

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ
АККОНСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БЕРЛІНУ
ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я МОЗ УКРАЇНИ

МАТЕРІАЛИ

**ЧЕТВЕРТОГО НАУКОВОГО СИМПОЗИУМУ З МІЖНАРОДНОЮ
УЧАСТЮ З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я
«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В СОЦІАЛЬНОМУ І ОСВІТНЬОМУ
ПРОСТОРИ – ВИКЛИКИ В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ СУСПІЛЬСТВА
ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ»**

**21-23 вересня 2022 року
м. Тернопіль**

Тернопіль
ТНМУ
«Укрмедкнига»
2022

УДК 614.2:316.3:37(08)

Відповідальні за випуск: т.в.о. завідувача кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ТНМУ імені І. Я. Горбачевського МОЗ України проф. Теренда Н.О.

та доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ТНМУ імені І. Я. Горбачевського МОЗ України Слободян Н.О.

Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики в умовах глобалізації суспільства та перспективи розвитку: матеріали Четвертого наук. симп. з міжнар. участю з громад. здоров'я, 21–23 верес. 2022 р. – Тернопіль : ТНМУ, 2022. – 68 с.

Відповідальність за представлені результати досліджень несуть автори тез.

Грузєва Т.С., Іншакова Г.В.

ВИСВІТЛЕННЯ ОСНОВНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ФАХІВЦЯ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ ЯК ЧЛЕНА МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ КОМАНДИ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС
м. Київ, Україна

Вступ. Людство стикається з новими викликами та загрозами в усіх сферах буття, у т.ч. і в системі охорони здоров'я. Вони призводять до значних трансформаційних зрушень у функціонуванні суспільства. В медичній галузі гострими проблемами є швидкі темпи глобалізації, постаріння населення, урбанізація, обмеження фінансування, зокрема, держаного, спалахи інфекційних хвороб, нерівність щодо здоров'я та його охорони, надзвичайні ситуації тощо. Вирішення цих питань потребує не тільки міжсекторальних організаційних та фінансових підходів до служб охорони здоров'я, а й багатопрофільних кадрів охорони здоров'я, які володіють новими навичками та досвідом.

Основна частина. Одним з головних пріоритетів досягнення здоров'я для всіх є якість надання медичних послуг. Якість визначається ефективністю наданих послуг, їх безпекою та орієнтацією на пацієнта. Якісне медичне обслуговування передбачає наявність кваліфікованих кадрових ресурсів. Для їх підготовки необхідно загальне бачення професій, зосереджених, в першу чергу, на задоволенні потреб пацієнтів в доступному та якісному медичному обслуговуванні. Для безперебійного функціонування системи охорони здоров'я III тисячоліття, у т.ч. надання якісної медичної допомоги, всі медичні працівники, незалежно від фаху, повинні володіти основними компетентностями. Фахівці медичної сфери, насамперед, повинні бути навчені персоналізованій допомозі, праці в міждисциплінарних командах, спиратися на доказову практику, застосовувати заходи з підвищення якості медичного обслуговування, користуватися інформаційними технологіями.

Орієнтована на пацієнта допомога передбачає, що медичний працівник повинен враховувати побажання пацієнта, його потреби, індивідуальність та цінності; спрямовуватися на полегшення болю пацієнта; організувати та координувати безперервний догляд; спілкуватися, дослухатися, інформувати та навчати пацієнта; спільно приймати рішення; формувати засади здорового способу життя, у т.ч. з попередження захворювань та ризиків їх виникнення.

Для забезпечення безперервної та надійної допомоги необхідним є співпраця, тісне спілкування та інтеграція між членами міждисциплінарної команди.

Медичне обслуговування пацієнта повинно здійснюватися на доказах, заснованих на фактичних даних. З цією метою фахівцю медичної сфери треба використовувати найкращі дослідження з клінічним досвідом, безперервно навчатися та підвищувати свою кваліфікації, брати участь у виконанні наукових досліджень.

Для підвищення якості надання допомоги медичний працівник повинен уміти виявляти помилки, ризики та недоліки у догляді за хворими; розуміти та застосовувати провідні принципи безпеки для пацієнта, в першу чергу,

стандартизацію; постійно вимірювати якість медичної допомоги з точки зору структури, процесу та результатів щодо потреб пацієнта та суспільства в цілому; здійснювати моніторинг заходів щодо надання допомоги з метою підвищення її якості.

Використання інформаційних технологій дає змогу фахівцю медичної сфери спілкуватися з колегами, мати більш повну інформацію про пацієнта, отримувати знання та керувати ними, мінімізувати помилки, приймати рішення.

Висновки. Враховуючи сучасні виклики та загрози здоров'ю населення, необхідним є підготовка кадрів охорони здоров'я, які володіють новими навичками та досвідом і є учасниками міждисциплінарної команди. Всі медичні працівники в якості членів міждисциплінарної команди повинні вміти надавати орієнтовану на пацієнта допомогу на засадах доказової медицини, підходах до підвищення якості та використанні сучасних інформаційних технологій.

Гуцул І.В.

ДО ПРОБЛЕМНИХ ПИТАНЬ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Науково-дослідний центр «Екології людини та охорони громадського здоров'я»
Національний Університет «Острозька академія»
м. Острог, Україна

Вступ. Базовим документом, що окреслює політику у сфері медичних кадрів на світовому рівні є «Глобальна стратегія ВООЗ для розвитку кадрових ресурсів охорони здоров'я: трудові ресурси 2030 р.» та доповідь Комісії високого рівня ООН з питань зайнятості у сфері охорони здоров'я та економічного зростання «Робота в інтересах здоров'я та розвитку: інвестиції в трудові ресурси охорони здоров'я». Належну увагу у підготовці кадрів для вітчизняної системи охорони громадського здоров'я (далі-СОГЗ) було приділено в «Концепції розвитку системи громадського здоров'я», яка була схвалена Розпорядженням Кабінетом Міністрів України від 30.11.16р. №1002-р

Основна частина. Наразі, найбільш гострими проблемами для вітчизняної сфери громадського здоров'я є стрімка втрата висококваліфікованих і досвідчених фахівців профілактичної медицини, після ліквідації Держсанепідслужби, на підготовку яких держава витратила десятки років і значні кошти, а також працевлаштування випускників-бакалаврів галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я». Наприклад:

- в штаті регіональних центрів контролю та профілактики хвороб МОЗ України не передбачені посади, які можуть зайняти бакалаври громадського здоров'я;

- на посаду «фахівець з громадського здоров'я» та «фахівець з довкілля та здоров'я» у відповідності до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників Випуск 78 «Охорона здоров'я» (далі- Випуск 78) приймають лише магістрів громадського здоров'я хоча наказом Мінекономіки від 25.10.2021 № 810-21 "Про затвердження Зміни № 10 до національного

класифікатора ДК 003:2010" у розділ 4.2. «Професіонали», додано і працівників освітньої кваліфікації за першим (бакалаврським) рівнем вищої освіти;

-наказом МОЗ України від 03.08.2021. №1614 «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/зкладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення» не передбачено можливість зайняття відповідних посад у відділах/відділеннях інфекційного контролю бакалаврами громадського здоров'я.

Окремо слід зауважити, що у відповідності до постанови КМУ від 07.07.21. №762 шифр 0413 - *Management and administration (Управління та адміністрування)* Міжнародного стандарту класифікації освіти є єдиним шифром в галузі знань 22 «Охорона здоров'я» віднесений лише до спеціальності 229 «Громадське здоров'я» та уніфікований за аналогічним шифром до галузі знань 07 «Управління та адміністрування», 28 «Публічне управління та адміністрування», що потребує внесення змін до Випуску 78 в Розділі «КВАЛІФІКАЦІЙНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ. КЕРІВНИКИ». Не зважаючи, що Постановою КМУ від 01.02.17. «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 р. № 266» галузь знань 22 «Охорона здоров'я» доповнено спеціальністю 229 Громадське здоров'я, до цього часу у Випуску 78 відсутні професії для працевлаштування випускників-бакалаврів за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я».

Висновки. МОЗ України повинно більш оперативно реагувати на вирішення проблемних питань, які потребують якнайшвидшого нормативно-правового врегулювання з підготовки кадрів для СОГЗ. Кадрова політика у сфері громадського здоров'я має бути реалізована через розробку та прийняття Національного плану розвитку кадрового забезпечення системи охорони громадського здоров'я за міжгалузевим та міжсекторальним спрямуванням - «Охорона здоров'я в усіх політиках держави».

Лехан В.М., Гриценко Л.О.

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОНТИНУУМУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЯК СПОСІБ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З АМБУЛАТОРНО ЧУТЛИВИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Дніпровський державний медичний університет
м. Дніпро, Україна

Вступ. Існують переконливі дані, що підвищення якості медичної допомоги хворим з амбулаторно чутливими захворюваннями або із захворюваннями, що піддаються амбулаторному лікуванню (ЗПАЛ), є дієвим фактором зниження звернень за екстреною допомогою та запобіжної госпіталізації. В свою чергу якість медичної допомоги хворим із ЗПАЛ істотним чином залежить від інтегрованості медичної допомоги – скоординованого на рівні первинної допомоги та інших рівнях комплексного надання медичних послуг, який отримав назву континууму послуг. Тому

заходи, спрямовані на поліпшення континууму / безперервності медичних послуг хворим із ЗПАЛ набувають особливо важливого значення.

Основна частина. Процес надання медичної допомоги хворим на ЗПАЛ в Україні носить дискретний характер. Про це свідчать зокрема піддані нами певному узагальненню матеріали, виконаного Світовим банком каскадного аналізу медичної допомоги хворим з окремими ЗПАЛ (артеріальна гіпертензія та діабет, в процесі якого виявлені розриви на всьому ланцюжку медичної допомоги. Так, з загального числа хворих на гіпертензію і діабет (оціночні дані) у 39,5-31,0% (95% ДІ 29,39-29,51 та 31,1-29,9) пацієнтів захворювання не були виявлені та діагностовані; з числа діагностованих 8,7-8,3% (95% ДІ 8,54-8,86 та 8,26-8,34) були втрачені для лікування і подальшого нагляду; з числа тих, хто отримував лікування, 68,4-35,0% (95% ДІ 68,25-68,55 та 34,8-35,2) не піддавалися моніторингу стану здоров'я. Контрольованості захворювань (отриманню стійких значень артеріального тиску <140/80 мм рт. ст. при артеріальній гіпертензії та відсотку глікованого гемоглобіну HbA1c <7% при діабеті) не досягають: при артеріальній гіпертензії 73,1% (95% ДІ 72,79-73,41) пацієнтів з даними моніторингу та кожний 5-й з числа пролікованих (81,6%; 95% ДІ 81,22-81,96); при діабеті - 75,8% (95% ДІ 75,58-76,02) та 84,0% (95% ДІ 83,71-84,29) відповідно. Можна припустити, що аналогічна картина характерна і для інших ЗПАЛ.

З наведених даних видно, що найбільшої глибини розриви в наданні медичної допомоги сягають при переході від лікування до моніторингу стану хворих та досягнення контрольованого перебігу захворювання; досить значним є також розрив між поширеністю захворювання та його діагностикою; розрив між виявленням захворювання та початком лікування є найменшим на всьому ланцюжку медичної допомоги.

Континуум медичних послуг – це послідовність/наступність дій на всіх етапах надання допомоги: скринінг/діагностика, лікування, моніторинг, досягнення цільових індикаторів лікування з мінімізацією втрат хворих на кожному з етапів, за виключенням об'єктивних обставин, наприклад територіальне переміщення хворого. Зважаючи на обмеженість наявних ресурсів, одночасна оптимізація медичної допомоги у всіх точках розриву є проблематичною. Тому в нашому дослідженні ми зосередилися на декількох сценаріях, реалізація яких дозволить зменшити глибину розриву у найбільш критичних точках.

Сценарій 1. Підвищення виявності ЗПАЛ в тому числі на ранніх стадіях. Заходи: визначення груп населення, що відповідають критеріям скринінгу ЗПАЛ; розробка (за їх відсутності) заснованих на фактичних даних програм скринінгу; забезпечення скринінг-системами і підготовка персоналу для їх застосування; організація масових обстежень населення, що відповідають заявленим критеріям; застосування доказово ефективних скринінг-тестів та обов'язкове до обстеження осіб з позитивними результатами тестів.

При виборі такого сценарію слід зазначити, що якщо виявлення/діагностика проводиться ізольовано та не пов'язана з чітко визначеним маршрутом надання медичної допомоги, то відсутня гарантія того, що при отриманні патологічного результату діагностичного тесту буде здійснюватися ефективне лікування.

Сценарій 2. Забезпечення якісного моніторингу стану хворих на ЗПАЛ з призначенням лікування. Заходи: створення реєстру хворих на ЗПАЛ з їх диференціацією за групами ризику; розробка індикаторів якості медичної допомоги; створення (при їх відсутності) та дотримання доказових рекомендацій щодо короткострокового (в межах епізоду захворювання) та довгострокового (в рамках диспансерного нагляду) моніторингу стану на фоні лікування пацієнтів з конкретними ЗПАЛ.

Сценарій 3. Підвищення рівня контрольованості захворювання у пацієнтів із ЗПАЛ. Заходи: інформування населення про основні параметри здорового способу життя; формування коплайєтності/прихильності пацієнтів зі ЗПАЛ до лікування та диспансерного нагляду; забезпечення максимально широкого охоплення хворих на ЗПАЛ диспансерним наглядом; коректний, відповідно до діючих медико-технологічних документів, моніторинг пацієнтів зі ЗПАЛ, які отримують лікування.

Для реалізації будь якого із сценаріїв необхідні також розробка і експлуатація системи електронної охорони здоров'я (e-Health), а також реінжиніринг, перш за все системи первинної медичної допомоги.

Підвищення безперервності первинної медичної допомоги та її інтегрованості з вторинною медичною допомогою разом з іншим і заходами, спрямованими на зміцнення первинної допомоги, дозволить за експертними даними зменшити на 32,9 % зменшити рівень запобіжної госпіталізації від ЗПАЛ.

Висновки. 1. Медична допомога хворих із ЗПАЛ в Україні є надзвичайно фрагментованою. 2. Для забезпечення безперервності медичної допомоги запропоновані три сценарії, які можуть реалізовуватися як автономно, так і в різних поєднаннях.

Лінніков С.В.¹, Миронюк І.С.²

ПОМИЛКИ В КОМУНІКАЦІЙНИХ КАМПАНІЯХ, СПРЯМОВАНИХ НА ПРОТИДІЮ ПОШИРЕННЮ COVID-19 СЕРЕД УРАЗЛИВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

¹ Міжнародний комітет порятунку, м. Одеса, Україна

² ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Вступ. Пандемія коронавірусної хвороби створила великий попит на розробку та реалізацію інформаційно-комунікаційних кампаній спрямованих на протидію поширенню коронавірусної інфекції. Швидке поширення, висока потреба в шпиталізації та тривалому лікуванні зробила пандемію коронавірусної інфекції великим викликом для національних медичних систем різних країн. Обмежена можливість отримати якісну медичну допомогу вчасно та в повному обсязі через перевантаженість медичної системи, поставила під загрозу велику кількість населення. Проте ризики для окремих особливо вразливих груп населення можуть мати катастрофічні наслідки. До таких найбільш вразливих категорій можна віднести людей з низькими статками, тих, хто не має житла, людей похилого віку, людей, що мають

хронічні захворювання, в деяких випадках представників окремих етнічних меншин [10].

Зазвичай саме ці групи населення мають обмежений доступ до якісної медичної допомоги та можливості для лікування. Також вони можуть мати більші проблеми в доступі та отриманні інформації, в порівнянні з іншими групами. Ця проблема особливо загострилась від початку пандемії COVID-19, що було відображено у звіті Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Через надлишок інформації, як правдивої, що базується на принципах доказовості, так і неправдивої, ВООЗ визначила пандемію коронавірусу терміном «інфодемія». Було наголошено, що надлишок інформації створює ефект «інформаційного шуму», що безумовно ускладнює прийняття рішень та формування поведінки, що сприяє збереженню здоров'я.

Таким чином вразливі групи населення, що можуть відчувати додатковий тиск через захворювання є особливо вразливими перед дезінформацією та поширенням неправдивих даних про COVID-19 та вакцинацію. Зокрема COVID-19 може стати причиною так званої успадкованої бідності.

Основна частина

Погане планування може призводити до помилок комунікації та розуміння інформаційних меседжів. Наслідки таких помилок можуть бути дуже серйозними та призводити до особливо негативних наслідків для вразливих категорій. З цього випливає, що під час підготовки таких кампаній важливо враховувати особливості комунікації та отримання інформації вразливими групами населення. Попри це, стратегії інформаційно-комунікаційних кампаній рідко адаптують, враховуючи специфіку поширення інформації серед вразливих груп населення. Серед причин непропорційно негативних наслідків інфодемії для вразливих категорій населення можна виділити декілька причин.

Відсутність доступу до каналів зв'язку. Одним з найбільших викликів для експертів з комунікації у сфері громадського здоров'я є здатність кампаній та інформаційних меседжів, які вона поширює, охопити різноманітні групи людей, донести перевірену та достовірну інформацію щодо необхідної поведінки для запобігання захворювань. Сучасні інформаційно-комунікаційні програми використовують різноманітні канали для поширення інформації. Проте серед найбільш поширених є реклама в мережі інтернет та соціальних мережах, реклама на телебаченні, меншою мірою використовуються радіо та друковані носії. Варто зазначити, що вразливі групи населення часто не мають доступу до таких технологій, або цей доступ дуже обмежений. Таким чином інформаційні меседжі не можуть досягнути найбільш вразливі категорії та сформувати необхідну для запобігання хвороб поведінку.

Тривала недовіра до офіційних джерел. Від початку пандемії коронавірусної хвороби комунікація щодо боротьби із поширенням інфекції провадилась політиками або представниками державної чи місцевої влади. Брак узгодженої позиції, зокрема від відомих людей та політичних діячів, часта зміна комунікаційних рамок, а також загалом невдоволеність діями політиків не сприяли зростанню довіри до вакцинації та іншим методам профілактики.

Через історію дискримінацій та досвіду жорстокого поводження вразливі верстви населення частіше можуть не довіряти владі, місцевим лідерам думок, або медичним та соціальним працівникам, які також можуть виступати

каналами поширення інформації. Ця недовіра здатна спонукати до ігнорування порад щодо профілактики хвороб, або виконувати ці поради навпаки.

Одним з важливих альтернативних каналів комунікації можуть бути релігійні установи, некомерційні організації або громадські центри. Проте не завжди представники релігійних організацій або НГО є прихильниками доказового підходу до профілактики захворювань. Таким чином вони можуть бути додатковим джерелом поширення недостовірної інформації, яка змушує вдаватися до хибних практик та поведінок. Крім того, на часи пандемії, через правила соціального дистанціювання, доступ до таких установ став обмеженим для відвідування. Таким чином спроможність цих організацій громадянського суспільства для реагування на COVID-19 може бути обмежена.

Ідеальні умови для дезінформації. Проблеми з доступом до достовірної інформації, підсилена недовірою до офіційних каналів зв'язку формує позитивне тло для поширення альтернативних форм спілкування. Саме цими каналами, які є важко контрольованими та часто обмежено доступними для дослідження, поширюється велика кількість дезінформації. Хоча офіційні інституції, державні установи та інформаційні гіганти запровадити активну боротьбу з поширенням недостовірної інформації, викорінення її є складним та довготривалим процесом.

Дослідження проведене Київським інститутом соціології під час опитування "Оцінка дій влади, епідемія коронавірусу та реакція на поточні події", яке проводилось 7-11 серпня 2020 року, висвітило основні упередження щодо вакцинації. Зокрема респондентів питали, чи планують вони робити щеплення від коронавірусу безкоштовною, схваленою ВООЗ, вакциною. Респондентам, які не планували робити щеплення від коронавірусу, поставили додаткове питання про причини відмови. Найбільша кількість учасників зазначила серед причин те, що епідемія вигадана, а небезпека від коронавірусу перебільшена (33%), 21% опитаних вважали, що під виглядом щеплень від коронавірусу можуть ввести щось інше, 20% були впевнені, що вакцина проти коронавірусу є недостатньо дослідженою та може бути небезпечною, 18% були впевнені, що дієву вакцину не можна розробити за короткий проміжок часу, 17% зазначили, що вони проти будь-яких щеплень. Хоча таке дослідження може висвітлити загальні упередження щодо вакцинації, причини недовіри до вакцинації серед людей літнього віку, малозабезпечених громадян та інших найбільш вразливих категорій можуть відрізнятися.

Також дослідники зазначають, що починаючи з 2014 року росія почалася спрямовану кампанію з поширення дезінформації про вакцинацію, щоб посіяти розбрат в суспільстві та поставити під загрозу здоров'я населення в Україні та інших країнах. Хоча спочатку дезінформація поширювалася в онлайн спільнотах, згодом вона могла потрапити також до категорій людей, що не користуються цими каналами комунікацій.

Висновки. Оскільки інфодемія впливає на різні групи населення, то і відповідь на неї полягає в адаптації інформаційно-комунікаційних кампаній відповідно до особливостей окремих груп. При розробці кампаній важливо враховувати, що універсальні комунікаційні стратегії не здатні досягнути ключових та найбільш вразливих груп та існує потреба в розробці диференційованих та селективних стратегій комунікаційних кампаній. Такі

стратегії мають включати розширення доступу до офіційних каналів комунікації, шляхом розбудови інфраструктури – розширення доступу до швидкісного інтернету та інших сучасних каналів поширення інформації. Цей процес потребує значних грошових та людських ресурсів і може зайняти тривалий проміжок часу. Проте стратегічний розвиток цього напрямку здатен покращити комунікацію в найближчі місяці та роки.

При плануванні комунікаційних стратегій, які зможуть досягнути представників вразливих категорій населення потрібно особливо ретельно проводити оцінку партнерів та стейкхолдерів, які здатні стати каналами поширення інформації серед ключових груп. Ними можуть стати неурядові організації, релігійні установи, або локальні лідери думок, формальні або неформальні лідери етнічних меншин.

Важливим є також проведення подальших досліджень ефективності інформаційно-комунікаційних кампаній щодо COVID-19. Оскільки одним з основних каналів поширення інформації про методи запобігання захворювань є соціальні мережі, такі як Facebook, онлайн видання або реклама по телевізору, незрозуміло, як ефективно ці повідомлення досягають вразливі групи населення і як можна адаптувати кампанії, аби покращити поширення інформації та зменшити дезінформацію серед цих груп.

КОНЦЕПЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ І ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я. ІНФЕКЦІЙНІ ТА НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЇХ ВПЛИВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Біркова О.П.

КОНЦЕПЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ І ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського м. Кременець, Україна

Вступ. Здоров'я нації на 50% визначається здоровим способом життя на 20% – факторами зовнішнього середовища (клімат, екологія), ще на 20% – генетичними особливостями організму і на 10% – станом охорони здоров'я в країні.

Основна частина. Для продовження життя людей найбільш важливою є концепція здорового способу життя і всі фактори, які сприяють цьому – тобто промоція.

Основні принципи даної концепції:

1. Найбільш потужною складовою здорового способу життя є раціональне харчування, адже ми складаємося з того, що ми їмо. Кожна людина неповторна і вона, як ніхто, відчуває, що потрібно для її організму. Правда існує золоте правило – в усьому треба знати міру. У людей непов'язаних з фізичною працею добова калорійність не повинна перевищувати 3000 ккал; фізичні навантаження дозволяють підвищити до 4500 ккал. Слідкуючи за співвідношенням білків, жирів і вуглеводів, ми повинні враховувати і генетичну схильність до певних хвороб або їх наявність. Слід обмежувати легкозасвоювані вуглеводи при схильності до цукрового діабету, ожиріння. Фізіологічні норми залежать від віку, статі, професії, а засвоєння їжі – від ферментного набору організму і хімічного складу їжі. Здорова їжа, багата вітамінами, мінеральними солями має набагато більший ефект, ніж медикаментозне їх введення. В їжі ми повинні враховувати не тільки хімічний склад але і кулінарну обробку, місцеві і індивідуальні особливості харчування.

2. Важливе значення в концепції здорового способу життя має фізична активність людини, заняття фізкультурою і спортом. Це дозволяє бути в належній фізичній формі і тонусі, що підвищує самооцінку і настрій. Фізична активність проводить до покращення роботи серцево-судинної системи, внутрішніх органів, м'язів і суглобів.

3. Однією з умов здорового способу життя є раціональне використання часу. Це включає здоровий сон, який триває в середньому до 8 год., що дає можливість відпочити організму. Праця і відпочинок повинні поєднуватися і приносити задоволення для людини, а не симптом хронічної втоми. Протягом життя ми вибудовуємо звички, які дозволяють раціональніше використовувати час.

4. Уникання шкідливих значок – запорука здорового способу життя. Витратити кошти на те, що нас руйнує, вкрай нерозумно. Особлива робота повинна проводитися серед молоді.

5. Правило «золотої середини». В усьому треба зберігати міру: в харчуванні, фізичних навантаженнях, роботі, відпочинку

Висновки. Здоровий спосіб життя повинен бути правилом для кожного з нас, для того щоб продовжити своє життя і нації.

Гойда Н. Г., Октисюк Ж. С.

СТАН ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ІНФЕКЦІЇ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ СЕРЕД ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА МІСТА КИЄВА

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика
м. Київ, Україна

Вступ. Більше 1 мільйона випадків заражень на інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) відбувається в світі щодня. Також приблизно 376 мільйонів випадків інфікування хламідіозом, гонореєю, сифілісом і трихомоніазом щороку.

Захворюваність на інфекції, що передаються статевим шляхом є глобальною проблемою, і Україна не є виключенням, тому важливим та необхідним є вивчення даного питання.

Захворюваність на ІПСШ в підлітковому та дорослому віці нерідко стає причиною безпліддя, невиношування вагітності, онкогінекологічної патології, а також внутрішньоутробного інфікування плода.

Основна частина. Нами проаналізовано динаміку захворюваності з 2015 по 2021 роки на деякі інфекції, що передаються статевим шляхом: сифіліс, гонококова інфекція, хламідійна інфекція, трихомоніаз, уrogenітальний мікоплазмоз, в Україні та в місті Києві. Під час аналізу використано дані Центру медичної статистики МОЗ України за період 2015-2021 рр.

Аналізуючи дані, спостерігаємо позитивну динаміку щодо зменшення частоти захворюваності в Україні на всі вище зазначені інфекції. Частота захворюваності на сифіліс зменшилася з 5,9 до 2,7 на 100000 жінок (в 2,2 раза). Частота захворюваності на гонококову інфекцію зменшилася з 8,2 до 1,9 на 100000 жінок (в 4,3 раза). Частота захворюваності на хламідійну інфекцію зменшилася з 54,5 до 16,8 на 100000 жінок (в 3,2 раза). Частота захворюваності на трихомоніаз зменшилася з 182,5 до 57,4 на 100000 жінок (в 3,2 раза). Частота захворюваності на уrogenітальний мікоплазмоз зменшилася з 88,8 до 29,4 (в 3 рази). Варто зазначити, що зниження зазначених показників по даних інфекціях з 2015 до 2019 року відбувалося поступово, а в 2020 році відбулося різке зниження частоти захворюваності на всі зазначені інфекції. З 2019 до 2020 року частота захворюваності на 100000 жінок зменшилася наступним чином: на сифіліс в 1,6 раза; на гонококову інфекцію в 2,1 раза; на хламідійну інфекцію в 1,9 раза; на трихомоніаз в 1,7 раза; на уrogenітальний мікоплазмоз в 1,8 раза.

В м. Київ також спостерігаємо позитивну динаміку щодо зменшення захворюваності на вище згадані інфекції, окрім сифіліса. Частота захворюваності на гонококову інфекцію за сім років зменшилася з 1,7 до 0,9 на 100000 жінок (в 1,9 раза). Частота захворюваності на хламідійну інфекцію зменшилася з 41,7 до 10,4 на 100000 жінок (в 4 рази). Частота захворюваності на трихомоніаз зменшилася з 39,2 до 13,8 на 100000 жінок (в 2,8 раза). Частота захворюваності на уrogenітальний мікоплазмоз зменшилася з 172,6 до 70,9 на 100000 жінок (в 2,4 раза). З 2020 року, аналогічно з даними в цілому по Україні, спостерігається різке зниження частоти захворюваності на дані інфекції. Частота захворюваності на сифіліс, навпаки, збільшилася з 6,2 до 8,5 на 100000 жінок (в 1,4 раза). Це може бути свідченням кращого виявлення пацієнтів з даним захворюванням.

Висновки. Позитивна динаміка щодо зменшення частоти захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом в Україні і в місті Києві з 2015 по 2021 роки, може свідчити про високу ефективність заходів з профілактики даних інфекцій та з планування сім'ї, які були складовими трьох державних програм щодо планування сім'ї і репродуктивного здоров'я, а також про значне підвищення інформованості жінок щодо даної проблеми та ефективне проведення просвітницьких заходів.

*Гончаров В.О., Бондаренко Д.А., Максименко Ю.А., Варецька О.Ю.,
Сойнікова А.В., Козінова С.Г., Косенко В.Є., Демченко Т.М., Железова О.В.*
**ПОШИРЕНІСТЬ ХАРЧОВИХ ОТРУЄНЬ, ВИКЛИКАНИХ ЗБУДНИКОМ
БОТУЛІЗМУ, СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Державна установа «Одеський обласний центр контролю та профілактики
хвороб МОЗ України»

Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Вступ. Незважаючи на складну ситуацію у державі, ботулізм залишається актуальною проблемою охорони здоров'я. Так, за минулий період 2022р. по Україні було зареєстровано 43 випадки харчових отруєнь, викликаних збудником ботулізму (далі – ХОВЗБ), з 46 потерпілими, 2 з яких померли.

Основна частина. З метою визначення обставин, які сприяли розвитку ХОВЗБ, нами був проведений аналіз даних уніфікованих форм заключних повідомлень про випадки ХОВЗБ (наказ МОЗ України від 23.05.2002р. №190 «Про надання позачергових повідомлень Міністерству охорони здоров'я України»), що надавалися ДУ «Одеський центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» на ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» за результатами проведених епідеміологічних розслідувань за попередні 5 років (2017-2021рр.) та минулий період 2022р.

Проведене нами дослідження показало, що за вищезазначений період по Одеській області було зареєстровано всього 16 випадків ХОВЗБ з 18 потерпілими, один з яких помер (Табл.1).

Таблиця 1. Динаміка ХОВЗБ в Одеській області протягом 2017-2021рр. та 7 місяців 2022р.

	Роки					
	2017	2018	2019	2020	2021	7 міс. 2022
Всього випадків	3	1	3	3	4	2
Потерпілих	4	1	3	4	4	2
Померло	0	0	0	0	1	0

75% зазначених випадків отруєнь (12 випадків, 13 потерпілих) приходилися на Одеський район, у т.ч. 56,25% – на місто Одесу. 2 випадки з 3 потерпілими – в Подільському районі. По одному випадку з одним потерпілим – в Ізмаїльському та Березівському районах.

Щорічної закономірності щодо розподілу ХОВЗБ по сезонам року виявлено не було. Але за минулий період більше половини випадків приходилось на зиму та літо. (31,25% та 37,5% випадків, відповідно) За місяцями – найчастіше отруєння визначались у червні (4 випадки), лютому, травні, грудні (по 2 випадки). В листопаді за минулий період випадків ХОВЗБ зафіксовано не було.

Всі зазначені випадки харчових отруєнь сталися в побуті (вдома чи у гостях). 75% випадків отруєнь були спричинені продуктами домашнього виготовлення (грибні, м'ясні, рибні консерви, риба в'ялена). Слід зазначити, що у 66,67% випадків отруєнь – зазначені продукти консервували (в'ялили) або сам потерпілий, або хтось з його близьких, і тільки у 2 випадках – продукти домашнього виготовлення були закуплені на стихійних ринках (риба в'ялена, гриби консервовані білі; м. Одеса). У 3 випадках були запідозрені продукти промислового виготовлення (ковбаса напівкопчена, сардини консервовані в томаті, копчена риба; м. Одеса), дані були передані на дорозслідування до Головного управління Держпродспоживслужби в Одеській області.

Як показало дослідження, ХОВЗБ більш характерні для чоловіків (77,78%). Вік потерпілих в основному складав – 25-49 років (92,86%; 61,54% з них – вікова група 30-39 років). Тільки один потерпілий був віком 77 років.

Серед жінок за минулий період ХОВЗБ був зареєстрований тільки у 4:

- 2017р. – 2 особи (жінка 75 років – вживала гриби консервовані домашнього виготовлення разом з чоловіком; дівчинка 9 років – відвідувала день народження подруги, з підозрілим продуктом не визначилась);
- 2020р. – 1 особа (33 роки – вживала копчену рибу домашнього виготовлення разом з чоловіком);
- 2021р. – 1 особа (30 років – вживала рибу копчену промислового виготовлення, пригостили сусіди).

Висновки. Таким чином, аналіз статистичних даних показав, що:

- всі зазначені випадки ХОВЗБ відбулися в побуті (вдома чи у гостях);
- основна кількість випадків ХОВЗБ приходилась на Одеський район, у т.ч. на місто Одесу;

- основна кількість випадків харчових отруєнь були спричинені продуктами домашнього виготовлення (грибні, м'ясні, рибні консерви, риба в'ялена), причому, як правило, зазначені продукти консервували (в'ялили) або самі потерпілий, або хтось з його близьких;
- ХОВЗБ більш характерні для чоловіків вікової групи 25-49 років.

Дудаш Г.В., Брич В.В.

ПЕРЕКОНАННЯ ПІДЛІТКІВ ЯК ЕЛЕМЕНТ ФОРМУВАННЯ ПОВЕДІНКИ, ЩО СПРИЯЄ ЗДОРОВОМУ СПОСОБУ ЖИТТЯ

КНП «Закарпатський обласний центр громадського здоров'я» ЗОР

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

м. Ужгород, Україна

Вступ. Підлітки як основна демографічна сила представляють майбутній стан здоров'я країни, що зумовлює необхідність більшої уваги до покращення здоров'я осіб цієї вікової групи. Інтегрована в підхід до життєвого циклу політика громадського здоров'я та комплексний план дій з врахуванням захисних факторів, які сприяють благополуччю молодих людей, необхідні для покращення повсякденного життя підлітків та їхнього здоров'я. Аналіз профілактичної діяльності на основі досліджень і публікацій демонструє потребу у визначенні окремих елементів формування поведінки підлітків на основі ширшого розуміння поняття здорового способу життя, не обмежуючись конкретними формами життєдіяльності та враховуючи систему ціннісних орієнтацій, інтересів, моральних установок, потреб, мотивів, цінностей та об'єктивних суспільних умов, спрямованих на оздоровлення людини.

Основна частина. Загальновідомо, що підлітковий вік — це час, коли зазвичай виникають проблеми зі здоров'ям, зумовлені порушенням харчування, недостатньою фізичною активністю, курінням, вживанням алкоголю та інших психоактивних речовин. Підлітки рідко звертаються до профілактичних послуг і переважно користуються медичними послугами тільки через гострі чи хронічні захворювання. Важливо, що підлітковий вік характеризується швидким фізичним ростом, сексуальним розвитком і психосоціальним дозріванням, а поведінка, сформована в цей час, має наслідки, що тривають протягом усього життя. Цей етап особливо вирішальний для реалізації профілактичних втручань. Підліткова молодь починає бути більш мотивованою соціальним та емоційним навчанням, що створює умови для прищеплення здорових звичок, посилення саморегуляції та максимізації позитивних наслідків технологічної грамотності. У цьому контексті освітні заклади є ефективним середовищем для впровадження програм підвищення обізнаності про здоров'я та формування мотивації до здорового способу життя.

Слід враховувати, що для підлітків характерні підвищена чутливість до ставлення інших людей до них і бажання поваги та розуміння. Традиційні профілактичні програми не враховують цього і можуть працювати проти цієї чутливості. Проте ефективні інноваційні заходи дозволяють молодим людям робити вибір, який принесе користь їхньому довгостроковому майбутньому, та відчуття поваги й високого статусу у короткостроковій перспективі. Робота з

формування здорового способу життя передбачає не лише інформування підлітків про фактори ризику та захист від них, а й спрямована на формування переконань та відповідальної безпечної поведінки.

Модель зміни поведінки повинна складатися з трьох взаємопов'язаних компонентів: інформаційного (сукупність знань про здоров'я, здоровий спосіб життя, його складові, наслідки та ін.), емоційно-мотиваційного (ставлення до здоров'я та здорового способу життя; бажання діяти в цьому напрямку; усвідомлення мети та ін.), діяльнісного (комплекс поведінкових реакцій у певній ситуації або навички поведінки). Особливої уваги заслуговує емоційно-мотиваційний компонент, якому, на жаль, часто приділяють найменше уваги, зосереджуючись переважно на інформаційному.

Інформація, якою володіє підліток, поєднуючи знання та особистий досвід, може стимулювати до набуття нових навичок чи відмови від звичних. Мотивація ж викликає активність, визначає її спрямованість, залежить від фізіологічного стану організму та від вказаної інформації. Відповідно, результати діяльності підлітка залежать від інформації та мотивації.

Одним з найлегших шляхів формування переконань щодо здорового способу життя можуть стати програми з використанням Інтернету. Онлайн-платформи стають дедалі важливішим соціальним контекстом для дітей і молоді, а підлітки часто є новаторами у використанні сучасних технологій. Це, звичайно, створює нові вразливі місця, але водночас відкриває можливості для впливу на формування позитивних переконань щодо здорового способу життя. Проте при використанні технологій в цьому напрямку потрібно враховувати чинники, які стимулюють залучення молоді до цифрового простору. Теорія розвитку та поведінки, а також емпіричні дані нейронауки, біхевіоризму та психології розвитку загалом свідчать про два основні мотиваційні механізми: посилення в підлітковому віці певних факторів, які роблять використання технологій переконливо привабливим, та доступність і переконливість певних стимулюючих та захоплюючих, особливо в підлітковому віці, аспектів середовища.

Висновки. Підлітковий вік є вирішальним періодом для формування здорових звичок, мотивації до зміцнення здоров'я, посилення саморегуляції та максимізації позитивних наслідків. Враховуючи численні дослідження про можливості в цей час соціального впливу та широкого використання цифрових технологій, формування позитивних переконань може стати найпростішим та найбільш дієвим механізмом зміни поведінки на таку, що сприятиме здоровому способу життя.

Желтуцька І.Ю.

НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ ТА ЇХ ВПЛИВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського
м. Кременець, Україна)

Вступ. Згідно даних літератури неінфекційні хронічні захворювання є провідною причиною смертності у всьому світі. В Україні неінфекційні

захворювання складають 91% від загального числа смертей. Серед провідних неінфекційних захворювань основними причинами смерті є серцево-судинні захворювання, рак, діабет і хронічні захворювання легенів.

Основна частина. Формування органічної патології у дорослих починається ще в дитячому віці. Природно, що здоров'я нації значною мірою визначається здоров'ям її майбутнього - дітей і молоді.

За даними Міністерства охорони здоров'я України серед школярів спостерігаються: функціональні відхилення в діяльності різних систем організму - понад 50%; функціональні відхилення серцево-судинної системи - у 26,6%; захворювання органів травлення - у 17%; неврози - 30%; ендокринної системи - у 10,2%; порушення статури у приблизно 60% учнів шкіл.

При проведенні нами аналізу захворювань встановлено, що у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку відхилення у стані здоров'я мають в основному функціональний характер, а у підлітків у віці 15-17 років тільки 36% можуть вважатися здоровими. У 64% виявлено наступні захворювання: хронічний тонзиліт – 23,4%, хронічний фарингіт, гайморит – 12,5%, хронічний гастрит, дуоденіт, панкреатит, холецистохолангіт – 18,8%, ВСД – 28,5%, захворювання нирок та сечовидільних шляхів – 11%, прояви алергії - 25%.

Виявлено фактори, що впливають спочатку на низьку функціональну здатність, а пізніше розвиток хронічних захворювань: надмірна чи низька маса тіла, часті інфекційні захворювання, малорухомий спосіб життя, зловживання комп'ютерними іграми, нездорове харчування з високим рівнем споживання жирів, солі, порушенням режиму харчування, посилення стресових ситуацій. Окремою проблемою здоров'я дітей є поширення шкідливих звичок серед неповнолітніх. Виходячи з результатів соціологічних досліджень, проведених серед підлітків що тютюн, слабо- та середньоалкогольні напої (пиво, вино) уперше в житті вживаються у віці 11 - 13 років. Перше вживання міцних алкогольних напоїв (горілка, коньяк, лікери) припадає на вік 12 - 15 років з максимальними показниками у 14-річному віці. Тютюнопаління серед учнівської та студентської молоді, за різними даними зустрічається від 50 до 74 % юнаків та дівчат віком 17 - 18 років.

Висновки. Тож важливою є профілактика факторів ризику формування хронічної патології починаючи з дитячого віку. Це правильний режим харчування та склад їжі, фізичні вправи що знижують чутливість організму до стресів, споживання великої кількості природних антиоксидантів, своєчасне лікування та профілактика захворювань, навчання здоровому способу життя.

Коваль М.Є.

КЛІНІКО-ФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНОЇ ТА ТРИВОЖНОЇ СИМПТОМАТИКИ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЗАХВОРЮВАННЯ НА COVID-19

Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського
МОЗ України
м. Тернопіль, Україна

Вступ. Військові конфлікти несуть негативні наслідки для психічного здоров'я їх учасників, включаючи реактивні стани, посттравматичні розлади, тривожні і депресивні прояви, активізацію суїцидальної та аддиктивної поведінки, а також стійкі патохарактерологічні трансформації і порушення когнітивного функціонування. Іншою глобальною медичною та соціальною проблемою останніх років стала пандемія коронавірусної інфекції, спричиненої COVID-19. Численні дослідження підтвердили негативний вплив COVID-19 на психічне здоров'я: у пацієнтів, які перехворіли на коронавірусну інфекцію, виявлено більшу поширеність депресивної і тривожної симптоматики, а також проявів посттравматичного стресового розладу, що значно перевищує показники, притаманні популяції в цілому. При цьому вплив COVID-19 на психічне здоров'я військовослужбовців практично не досліджений, хоча синергічний вплив на психіку чинників бойового стресу і коронавірусної інфекції зумовлює специфічний характер психопатогенезу, що відбивається на структурі і особливостях психопатологічної симптоматики, і потребує особливих підходів до лікування, реабілітації та психосоціальної адаптації цього контингенту.

Основна частина. Метою дослідження було встановлення особливостей депресивної і тривожної симптоматики у військовослужбовців з непсихотичними психічними розладами, які перенесли захворювання на COVID-19, у порівняльному аспекті.

З дотриманням принципів біомедичної етики на підставі інформованої згоди нами було клінічно обстежено 252 пацієнти чоловічої статі, які брали безпосередню участь у бойових діях, які зверталися за психіатричною допомогою до Тернопільської обласної психоневрологічної лікарні та за консультативно-лікувальною допомогою на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського протягом 2020-2022 років, і яким було встановлено діагноз непсихотичних психічних розладів відповідно до критеріїв МКХ-10. Серед зазначених пацієнтів нами було виділено дві групи: пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, чисельністю 132 особи (Г1), та пацієнтів, які перенесли захворювання на COVID-19, чисельністю 120 осіб (Г2). Обстеження включало клінічну бесіду, організовану за методом напівструктурованого клінічного інтерв'ю, та оцінку виразності депресивної і тривожної симптоматики з використанням шкал депресії і тривоги М. Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression – HDRS and Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS).

Серед основних симптомів депресії відповідно до критеріїв МКХ-10 найбільш поширеними виявилися ангедонія: 77,3% пацієнтів Г1, і 83,3% пацієнтів Г2 ($p > 0,05$), зниження настрою – відповідно 55,3% і 66,7% ($p < 0,01$), і швидка втомлюваність – відповідно 51,5% і 65,8% ($p < 0,05$). Серед додаткових симптомів депресії найбільш часто зустрічалось почуття провини, марності, тривоги або страху: 78,0% пацієнтів Г1 проти 87,5% пацієнтів Г2 ($p < 0,05$), та порушення сну: відповідно 47,0% та 61,7% ($p < 0,05$); менш поширеними були нездатність концентруватися і приймати рішення – відповідно 25,8% і 43,3% ($p < 0,01$); думки про смерть або самогубство – відповідно 25,0% і 35,8% ($p < 0,05$); песимізм – відповідно 21,2% і 31,7% ($p < 0,05$) та занижена самооцінка – відповідно 21,2% і 31,7% ($p < 0,05$), а найменш поширеним симптомом –

нестабільний апетит і втрата ваги – відповідно 17,4% і 24,2% ($p > 0,05$). Повна відповідність клінічним критеріям, що дозволяла встановити діагноз депресивного розладу, була виявлена у 28,8% пацієнтів Г1 і у 53,3% пацієнтів Г2 ($p < 0,01$).

При аналізі показників депресивної симптоматики з використанням шкали HDRS було виявлено значуще вищі показники виразності депресії в цілому, та її окремих клінічних варіантів у військовослужбовців, які перенесли захворювання на COVID-19. Показник депресивного настрою у пацієнтів Г1 склав $2,12 \pm 1,04$ балів, а у пацієнтів Г2 – $2,48 \pm 1,05$ балів ($p < 0,01$); почуття провини – відповідно $1,39 \pm 0,51$ балів і $1,53 \pm 0,52$ балів ($p < 0,05$), суїцидальних намірів – відповідно $1,18 \pm 0,75$ балів і $1,35 \pm 0,83$ балів ($p > 0,05$), раннього безсоння – відповідно $0,53 \pm 0,77$ балів і $0,74 \pm 0,85$ балів ($p < 0,05$); середнього безсоння – відповідно $0,49 \pm 0,75$ балів і $0,73 \pm 0,86$ балів ($p < 0,05$) та пізнього безсоння – відповідно $0,43 \pm 0,60$ балів і $0,69 \pm 0,76$ балів ($p < 0,01$). Обстеженим військовослужбовцям було притаманне виражене збільшення показників порушення працездатності і активності – відповідно $2,56 \pm 1,01$ балів і $2,85 \pm 0,90$ балів ($p < 0,05$), і загальмованості – відповідно $1,36 \pm 0,66$ балів і $1,44 \pm 0,58$ балів, та ажитації – відповідно $0,77 \pm 0,88$ балів і $0,82 \pm 0,93$ балів, хоча останні розбіжності статистично не значущі ($p > 0,05$).

Крім депресивної, у обстежених пацієнтів за даними HDRS були виявлені підвищені рівні тривоги, більш виражені у пацієнтів, які перенесли COVID-19: психічної тривоги – відповідно $2,87 \pm 1,59$ балів і $3,28 \pm 1,30$ балів ($p < 0,05$), та соматичної тривоги – відповідно $1,53 \pm 0,90$ балів і $1,82 \pm 0,97$ балів ($p < 0,05$).

Вагоме місце серед проявів депресії у досліджених пацієнтів займала соматична симптоматика депресивних розладів: шлунково-кишкові симптоми – відповідно $0,55 \pm 0,56$ балів і $0,52 \pm 0,52$ балів ($p > 0,05$); загальні соматичні симптоми – відповідно $0,97 \pm 0,65$ балів і $1,28 \pm 0,75$ балів ($p < 0,01$) та генітальні симптоми – відповідно $1,02 \pm 0,68$ балів і $1,07 \pm 0,64$ балів ($p > 0,05$). Також підвищеними виявилися показники іпохондрії – відповідно $0,71 \pm 0,90$ балів і $1,04 \pm 0,95$ балів, розбіжності між групами статистично значущі ($p < 0,01$). Обстежені пацієнти виявили високий рівень obsесивної та компульсивної симптоматики, значуще вищий у пацієнтів, які перенесли захворювання на COVID-19 – відповідно $0,97 \pm 1,07$ балів і $1,28 \pm 1,19$ балів ($p < 0,05$).

Крім депресивної симптоматики, в структурі афективних проявів неспсихотичних психічних розладів у військовослужбовців важливе місце займають прояви тривоги, які були виявлені у більшості обстежених. Показник тривожного настрою у Г1 склав $2,87 \pm 1,59$ балів, а у Г2 – $3,28 \pm 1,30$ балів ($p < 0,05$); напруження – відповідно $2,51 \pm 1,21$ балів і $2,78 \pm 1,26$ балів ($p < 0,05$); страхів – відповідно $1,76 \pm 1,16$ балів і $1,90 \pm 0,91$ балів ($p > 0,05$). У структурі тривожної симптоматики виявлено підвищені показники інсомнії – відповідно $1,41 \pm 1,48$ балів і $2,03 \pm 1,60$ балів ($p < 0,01$), когнітивних порушень – відповідно $1,56 \pm 1,06$ балів і $2,27 \pm 0,77$ балів ($p < 0,01$), а також депресивного настрою – відповідно $2,12 \pm 1,04$ балів і $2,48 \pm 1,05$ балів ($p < 0,01$), що узгоджується з показниками, одержаними з використанням шкали HDRS. У досліджених пацієнтів були виявлені підвищені показники соматичних м'язових симптомів –

відповідно $0,98 \pm 1,10$ балів і $1,20 \pm 1,07$ балів ($p > 0,05$) та соматичних сенсорних симптомів – відповідно $0,80 \pm 1,07$ балів і $1,11 \pm 1,18$ балів ($p < 0,05$).

Аналогічно, дослідження з використанням шкали тривоги М. Hamilton підтвердило високий рівень показників виразності соматичної симптоматики афективних порушень у досліджених пацієнтів: серцево-судинних симптомів – відповідно $1,16 \pm 1,07$ балів і $1,53 \pm 1,07$ балів ($p < 0,05$); респіраторних симптомів – відповідно $0,60 \pm 0,91$ балів і $0,88 \pm 1,03$ балів ($p < 0,05$); гастроінтестинальних симптомів – відповідно $1,02 \pm 0,68$ балів і $1,07 \pm 0,64$ балів ($p > 0,05$). Підвищені показники були виявлені також для сечостатевого симптомів – відповідно $1,02 \pm 0,68$ балів і $1,07 \pm 0,64$ балів ($p > 0,05$) і вегетативних симптомів – відповідно $1,08 \pm 1,37$ балів і $1,31 \pm 1,40$ балів ($p > 0,05$), а також для поведінки при огляді – відповідно $1,64 \pm 1,13$ балів і $1,63 \pm 1,10$ балів ($p > 0,05$).

Висновки. Таким чином, проведене дослідження дозволяє зробити висновок, що військовослужбовцям з непсихотичними психічними розладами притаманні високі рівні ураженості депресивними і тривожними розладами. При цьому захворювання на COVID-19 обтяжує перебіг афективної патології і збільшує ураженість депресивною і тривожною симптоматикою. Кількісні показники виразності депресії у військовослужбовців відповідають середній важкості депресивного розладу; при цьому у військовослужбовців, які не хворіли на COVID-19, показники ближчі до легкого депресивного розладу, а у військовослужбовців, які перенесли COVID-19 – до важкого депресивного розладу. У військовослужбовців, які перенесли COVID-19, були значуще вищими показники окремих видів депресії: адинамічної, ажитованої, зі страхом та недиференційованої. Загальний показник тривоги у військовослужбовців з непсихотичними психічними розладами відповідав середньому рівню, при цьому у пацієнтів, які не хворіли на COVID-19, показник був ближчим до низького рівня, а у пацієнтів, які перенесли COVID-19 – близьким до межі високого рівня. У структурі тривоги підвищені рівні були виявлені також для її окремих видів: психічної та соматичної тривоги.

Левицька Л.В., Юрків В.В., Левицький І.Б.

МЕДИЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ РИЗИКІВ У ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України
м. Тернопіль, Україна

Вступ. Найбільшу частку летальних ускладнень COVID-19 (10,5%) становлять серцево-судинні захворювання. Тому, для підвищення ефективності лікування хворих на COVID-19 необхідно вивчити вплив факторів та ступеню кардіоваскулярного ризику (КВР) на перебіг захворювання.

Основна частина. Метою дослідження було оцінити медичні та соціальні аспекти серцево-судинних ризиків у хворих на COVID-19. Проведено опитування 429 жителів України за допомогою онлайн-анкети «Серцево-судинні ризики в час COVID-19». Загальний кардіоваскулярний ризик оцінено за шкалою "Framingham".

Середній вік опитуваних становив $28,19 \pm 13,06$ років, 34,9% респондентів перенесли COVID-19 (з них 24,7% чоловіків і 75,3% жінок). У жінок переважали загальна слабкість з обмеженням фізичної активності (49,6% vs 29,7% чоловіків), біль і дискомфорт у грудній клітці (34% vs 16,2%, кашель (46% vs 29,7%), ($p < 0.05$). У чоловіків частіше зустрічались COVID-пневмонія (18,9% vs 11,5%), підвищений рівень D-димеру (16,2% vs 3,5%), креатиніну (10,8% vs 2,6%), гемоглобіну (10,8% vs 1,8% жінок), ($p < 0.05$). Чоловіки мали частіше високий і помірний КВР (24,3% vs 10,6%), ($p < 0.05$), у них переважали артеріальна гіпертензія (40,0% vs 29,0%), куріння (32,4% vs 16,8%), підвищений рівень холестерину (16,2% vs 12%), $IMT \geq 25$ kg/m^2 (57,9% vs 30%) і гіподинамія (55% vs 38,9%), $p < 0.05$. У респондентів старше 45р. частіше діагностували пневмонію (45,9% vs 14,3%), рівень сатурації менше 90% (32,4% vs 8,9%), лейкопенію (27,1% vs 8,9%), лімфопенію (13,5% vs 3,6%), підвищення ШОЕ (45,9% vs 9,8%), рівнів СРБ (32,4% vs 8,1%), D-димеру (24,3% vs 0,9%), креатиніну (13,1% vs 1,8%), ($p < 0.05$). Частота призначення оксигенотерапії (13,5% vs 3,5%), антибіотиків (56,8% vs 36,6%), антиагрегантів (40,6% vs 16,1%), антикоагулянтів (32,4% vs 8%), глюкокортикоїдів (37,8% vs 9,8%), ($p < 0.05$) була вища у пацієнтів старше 45р. В старшій віковій групі переважали артеріальна гіпертензія (54,1% vs 25,0%), підвищений рівень холестерину (32,4% vs 6,2%), $IMT > 25$ kg/m^2 (72,2% vs 29,7%), ($p < 0.05$). Високий КВР мали 1,7% опитаних до 45 р. проти 29,7% осіб старшого віку, помірний – 1,7% vs 16,2% та низький – 96,4% vs 54,1% відповідно ($p < 0.05$). У респондентів, КВР яких був вищим, ніж 10%, частіше розвивався тяжкий перебіг коронавірусної хвороби.

Висновки. Кардіо-васкулярний ризик в досліджуваній популяції був вищим в осіб старшої вікової групи та у чоловіків, порівняно з жінками, що супроводжувалось тяжчим перебігом коронавірусної хвороби.

Лотоцька О.В., Бандрівська Ю.Б., Крицька Г.А., Сопель О.М., Конач О.Є.
**ЗМЕНШЕННЯ НАДХОДЖЕННЯ ФОСФАТІВ У ПОВЕРХНЕВІ
ВОДОЙМИ ЯК ОСНОВНИЙ ЗАХІД БОРОТЬБИ З ЕВТРОФІКАЦІЄЮ
ВОДОЙМ**

Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я.Горбачевського
МОЗ України
м. Тернопіль, Україна

Вступ. Фосфор – важливий елемент для живих організм. Він надходить з продуктами харчування та водою. У воді він знаходиться переважно у формі фосфатів – хімічних сполук різних металів та фосфорної кислоти. Коли їх у поверхневих водах занадто багато, це викликає «цвітіння» річок і озер або евтрофікацію. В результаті у воді водойм відбувається інтенсивне розростання мікроскопічних синьо-зелених водоростей у небажаних кількостях, які викликають зниження вмісту кисню, загибель риби, збільшення кількості токсичних сполук. Вода стає небезпечною не лише для пиття, а навіть для купання. Адже фосфати, які знаходяться у воді, з часом можуть порушувати кислотно-основну рівновагу клітин шкіри, викликати алергічні реакції,

мікрозапалення і дерматологічні захворювання. Вони можуть проникати безпосередньо в кров, змінювати в ній процентний вміст гемоглобіну та білка, викликати зміну щільності сироватки та збій функцій печінки, нирок. Все це призводить до порушення обмінних процесів і загострення хронічних захворювань.

Основна частина. Основним джерелом забруднення поверхневих вод фосфором є пральні засоби, які разом з неочищеними або частково очищеними стічними водами надходять у поверхневі водойми. Об'єми цих стічних вод постійно збільшуються. Лише в Тернопільській області за останні п'ять років вони зросли на 7,18 млн. м³. Разом з ними зросла кількість нормативно чистих вод без очищення - на 8,6 млн. м³. Кількість забруднених стічних вод впродовж останніх п'яти років коливалася в межах 2,3-2,5 млн. м³. Кількість зворотних вод, скинутих у поверхневі водні об'єкти, за п'ять років збільшилася на 13,5 % у розрахунку на одну особу.

Середня кількість фосфору у господарсько-побутових стоках міст у розрахунку на одного мешканця дорівнює 1,5 – 1,8 г/добу. Сюди входять фосфати відходів життєдіяльності людини (близько 0,6 кг на людину в рік) та фосфати, що містяться в миючих засобах (близько 0,5 кг на людину в рік). Лише у 2019 році до водних об'єктів України скинуто 5708 тон фосфатів і з них за рахунок житлово-комунального господарства – 5354 тони. За даними Тернопільського обласного управління водних ресурсів, кількість фосфатів, що надійшли зі зворотними водами у поверхневі водні об'єкти Тернопільської області, в останні роки спостереження зросли від 93,34 тони у 2016 р. до 105 тони – у 2021 р.

Як відомо, сполуки фосфору, що потрапляють у водойми при концентраціях понад 0,01 мг/дм³, є причиною розвитку в них водоростей, що спричиняють евтрофікацію. Провівши аналіз результатів лабораторного дослідження поверхневих вод річок Тернопільщини, ми побачили, що в останні роки спостерігається збільшення концентрації фосфатів у них (таблиця 1).

Таблиця 1

Вміст фосфатів у річках Тернопільської області у 2017-2021 рр. (за даними Регіонального офісу водних ресурсів у Тернопільській області)

Місце визначення	2017 р.	2019 р.	2021 р.
р. Стрипа, 34 км, м. Бучач	0,0	0,18	0,35
р. Збруч, 137 км, смт. Підволочиськ	0,04	0,14	0,08
р. Серет, 211 км, с. В. Івачів	0,0	0,05	0,08
р. Серет, 180 км, м. Тернопіль	0,0	0,10	0,18
р. Серет, 81 км, м. Чортків	0,02	0,87	1,02
р. Нічлава, 35 км, м. Борщів	0,04	0,20	0,26

Якщо в 2017 р. фосфати визначалися лише в трьох обстежених водних об'єктах, то в 2019 і 2021 рр. вони вже були у всіх річках, причому їх кількість за останні роки значно зросла, окрім р. Збруч. Враховуючи таку критичну ситуацію з фосфатами в поверхневих водах України в цілому і в на

Тернопільщині зокрема, населенню і уряду країни необхідно вжити якісь заходи.

Провівши аналіз літературних джерел, ми встановили, що ще в 70-ті роки минулого століття, для зменшення забруднення поверхневих вод, під егідою ООН був підписаний міжнародний договір про захист Світового океану і прісноводних ресурсів. І першим напрямком цього договору було зменшення і повне припинення забруднення водних ресурсів біогенними речовинами, особливо фосфором. В результаті, для зменшення надходження фосфатів у поверхневі води з метою усунення евтрофікації водойм провідні країни світу обмежили або повністю заборонили використання фосфатів у мийних засобах, перейшовши на використання безфосфатних миючих засобів, більш безпечних для довкілля.

На початку 1970-х застосування фосфатів у пральних порошках припинили в окремих штатах США, а з 1994 року – по всій країні. У 1976 році використання фосфатів у мийних засобах заборонили в Японії. У липні 2010 року 17 штатів США заборонили також використовувати фосфати в засобах для посудомийних машин. З червня 2013 року Європарламент також заборонив фосфати у засобах для прання, а в засобах для посудомийних машин – з січня 2017 року. Закони про заборону фосфатів у мийних засобах діють в Республіці Корея, на Тайвані, в Гонконгу, Таїланді та в Південно-Африканській Республіці. Виробники пральних порошків почали замінювати фосфати речовинами, які біологічно розкладаються. На думку вчених, оптимальна концентрація фосфатів у пральному порошку не повинна перевищувати п'яти відсотків. У такому разі використання мийного засобу не є шкідливим для людини. Одночасно в багатьох країнах світу почалось будівництво спеціальних очисних споруд для видалення фосфору і азоту зі стічних вод.

Проте в Україні питання зменшення надходження фосфору у поверхневі водойми залишається відкритим. До сьогодні понад 90% мийних і пральних засобів містять фосфати натрію та калію, які пом'якшують воду і роблять засоби для миття більш ефективними. Перший раз питання про зменшення фосфатів в Україні піднімалося в 2013 році, коли Кабінетом Міністрів України був запропонований проєкт закону, який передбачав поетапне, з 2014 року, введення заборони на виробництво, ввезення і продаж в Україні фосфатних мийних засобів та побутової хімії. Проте законопроект не пройшов голосування. У 2018 році був знову запропонований законопроект "Про державне регулювання в сфері мийних засобів". Пропонувалося з 2019 року заборонити ввезення мийних засобів з аніонними ПАВ, що не відповідають стандартам ЄС, та ввести обмеження на гранично допустимий вміст фосфору в 5 %. Але проєкт навіть не був розглянутий Верховною Радою. У жовтні 2019 року парламент відхилив новий законопроект № 1170, який передбачав заборону миючих засобів, які містять фосфати більше, ніж 5% від маси мийного засобу, а з 1 січня 2021 року планував заборонити виробництво, використання та поширення мийних засобів з масовою часткою фосфатів більш ніж 0,2 %. І лише 2 червня 2021 року, за ініціативи Міністерства захисту довкілля та природних ресурсів України, Уряд на своєму засіданні ухвалив постанову «Про внесення змін до Технічного регламенту мийних засобів». Згідно законопроекту пропонується обмежити вміст фосфатів та інших сполук

фосфору у мийних засобах як для побутового, так і для промислового прання та миття з 31 грудня 2023 року. Зміни до техрегламенту мийних засобів були спрямовані на приведення його положень у відповідність до вимог регламенту ЄС, Європейського Парламенту та Ради. Оновлений український технічний регламент та синхронізація його з Регламентом ЄС «Про миючі засоби» має запровадити поетапне обмеження вмісту фосфатів та інших сполук фосфору в мийних засобах.

Висновки. Таким чином, враховуючи позитивний досвід провідних країн світу у боротьбі з евтрофікацією поверхневих водойм за допомогою законодавства, в українців з'явилася надія, що прийняття цієї постанови є правильним кроком для досягнення доброго стану наших річок і озер та дозволить реалізувати право кожного громадянина на безпечне для життя та здоров'я довкілля.

Лотоцька О.В., Данчишин М.В.

ОЦІНКА ВПЛИВУ НІТРАТІВ ПИТНОЇ ВОДИ НА ЗДОРОВ'Я СІЛЬСЬКИХ ЖИТЕЛІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я.Горбачевського
МОЗ України
м. Тернопіль, Україна

Вступ. В даний час проблема нітратів за своїми масштабами та наслідками вийшла на глобальний рівень. Вона полягає в тотальному забрудненні ними біосфери, що призводить до порушення біологічної рівноваги у біоценозах, насамперед антропогенних, негативному впливу їх на організм людини. Найбільш актуальною складовою цієї проблеми є епідеміологічний аспект негативного впливу нітратів, що надходять з питною водою та харчовими продуктами в організм людини, на здоров'я населення, особливо дітей раннього віку та вагітних жінок.

Доведено, що вода, забруднена нітратами, небезпечна для людей, а особливо для дітей у перші місяці життя. Її вживання призводить до такого тяжкого захворювання, як водно-нітратна метгемоглобінемія, впливає на роботу нервової та серцево-судинної систем, на розвиток ембріонів, може призвести до виникнення злоякісних пухлин [1].

Багато жителів сільських територій використовують для пиття воду з індивідуальних колодязів з понаднормативною кількістю нітратів впродовж багатьох років, не контролюючи хімічний склад цієї води, піддаючи себе і своїх рідних, особливо дітей, ризику виникнення різних хвороб внаслідок впливу на них цієї води.

Основна частина. Метою дослідження було визначення впливу нітратного забруднення води з індивідуальних колодязів на ризики для здоров'я дітей та вагітних жінок різних районів Тернопільської області. Дослідження проводилося у 5-х районах Тернопільської області. Аналітичні дослідження питної води на вміст нітратів були проведені спеціалістами ДУ «Тернопільський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ

України». Всього проаналізовано 1495 взірців питної води з індивідуальних колодязів, воду з яких використовують у харчуванні дітей та вагітних жінок.

Для оцінки ступеня ризику вживання питної води з понаднормативним вмістом нітратів для здоров'я населення різних вікових груп розраховували показники добового надходження (ADD) хімічної речовини в організм споживачів та коефіцієнт небезпеки (HQ) згідно методики оцінки ризику від впливу хімічних речовин, що забруднюють довкілля [2]. Величина референтної безпечної дози для людини, згідно методики, становить 1,6 мг на кілограм маси на добу, а критичними органами, що уражаються нітратами, є кров. Розрахунки проводили для таких вікових категорій сільського населення: діти (0-10 років) та дорослі жінки (старше 21 років).

Ризик можливого розвитку неканцерогенних ефектів оцінювали за показниками коефіцієнтів небезпеки (HQ), що розраховується за формулою:

$$HQ = ADD/RfD$$

Практично у всьому світі, в тому числі і в Україні, для питної води встановлено максимально допустимий вміст нітратів на рівні 50 мг/дм³ [3].

За даними ДУ «Тернопільський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» у 2019-2021 рр. спостерігалися значні відхилення в санітарно-хімічних показниках питних вод індивідуальних джерел водопостачання. Найчастіше вміст нітратів перевищував гранично допустиму концентрацію згідно «Гігієнічних вимог до питної води, призначеної для споживання людиною» в колодязях у південній та південно-східній частині області. Згідно результатів лабораторних досліджень, вміст нітратів у колодязях, воду з яких використовують у харчуванні дітей та вагітних жінок, коливався у таких межах: у Заліщицькому районі – від 57,7 до 153,0 мг/дм³, Борщівському – від 59,2 до 133,2 мг/дм³, Підволочиському – від 92,4 до 139,0 мг/дм³, Тернопільському – від 73,9 до 98,4 мг/дм³ та Теребовлянському – від 50,5 до 57,8 мг/дм³.

Провівши розрахунок середньодобової дози (ADD) надходження нітратів з питною водою до організму вагітних жінок та дітей, ми встановили, що у Заліщицькому районі вона коливається, відповідно, у межах 1,9-5,1 та 2,8-7,7; у Підволочиському – 3,0-4,6 та 4,6 -6,7; у Теребовлянському – 1,7-1,9 та 2,5-2,9; у Борщівському – 2,0-4,4 та 3,0-6,6; у Тернопільському – 2,4-3,3 та 3,7-4,9 мг/кг•добу.

Оцінка ризику для здоров'я населення за допомогою коефіцієнту небезпеки HQ, для вагітних жінок та дітей Заліщицького району, відповідно, становив 1,2-3,2 та 1,8-4,8, Підволочиського – 1,9-2,9 та 2,9-4,2, Теребовлянського – 1,0-1,9 та 1,5-1,8, Борщівського – 1,2-2,7 та 1,9-4,1, Тернопільського – 1,5-2,0 та 2,3-3,0. Згідно обраної методики величина ризику виникнення негативних ефектів для людини внаслідок постійного споживання питної води, що містить надлишкові кількості нітратів, оцінюється за такою шкалою: до 0,1 – дуже низький ризик; 0,1-1 – низький ризик; 1-5 – середній ризик; 5-10 – високий ризик і понад 10 – критичний ризик. Таким чином, якщо коефіцієнт небезпеки HQ менший від одиниці, то вірогідність виникнення шкідливих ефектів досить мала, неканцерогенний ризик низький, а зі збільшенням цієї величини ризик розвитку шкідливих ефектів для здоров'я людини зростає.

Висновки:

1. Найбільша концентрація нітратів у питній воді спостерігається у Заліщицькому середній вміст яких становить 153,0 мг/дм³, що перевищує норматив у 3,0 рази та Борщівському районі, середній вміст яких становить 133,2,0 мг/дм³, що перевищує норматив у 2,6 рази.

2. Середньодобова доза надходження нітратів до організму людини у всіх досліджуваних районах перевищує референтну, яка складає 1,6 мг/кг на добу.

3. Значення розрахованого ризику коливається у межах від 1,0 до 4,8. Дані зміни характерні середньому рівню ризику виникнення шкідливих негативних ефектів.

4. Ризик виникнення неканцерогенних ефектів при вживанні тієї самої води більший у дітей в порівнянні з вагітними жінками.

Маланчук Л.М., Стецевич М-М.О., Маланчук С.Л.

РОЛЬ ОЦІНКИ ГОРМОНУ СНУ У ПОРУШЕННЯХ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ

Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я.Горбачевського
МОЗ України
м. Тернопіль, Україна

Вступ. Нормальне функціонування менструального циклу являється основним маркером жіночого здоров'я. Існують дані, що рівні мелатоніну в організмі змінюються в залежності від фаз менструального циклу, отож можна думати, про наявність взаємозв'язку порушення менструальної функції зі змінами циркадних ритмів сну. Вивчення даного питання набуває особливого значення в умовах пандемії COVID-19, оскільки є дані про наслідки перенесеного захворювання як для менструальної функції, так і для процесів сну.

Основна частина. Для дослідження було відібрано дві групи жінок, I- 25 жінок з порушенням менструального циклу та розладами сну після перенесеного COVID-19, II -25 жінок, контрольна група. Критеріями виключення були жінки, з наявними супутніми захворюваннями: офтальмологічні, захворювання печінки та нирок, пародонтит, та інші. Також виключили жінок, що приймали препарати, які впливають на секрецію мелатоніну, зокрема оральні контрацептиви, бета-блокатори, нестероїдні протизапальні препарати, та інші. Секрет слинних залоз, як біологічну речовину для проб, ми обрали через найменшу інвазивність цього методу дослідження. Основою для забору проб слини був період DLMO (так званий початок дії мелатоніну неясного світла), освітлення < 30 люкс, відсутність фізичної активності перед забором, а також дотримання й інших рекомендацій, щодо взяття, зберігання та транспортування матеріалу. Очікувані результати концентрації мелатоніну у період найвищої секреції для слини були до 4 пг/мл. Після обробки за допомогою аналізатора ELISA, та вивчення результатів – концентрації мелатоніну в пробах першої групи жінок з порушенням менструальної функції є значно нижчими, ніж у групи з нормальним

менструальним циклом.

Висновки. Необхідне подальше дослідження для глибокої оцінки взаємозв'язку гормону сну та менструального циклу, оскільки менструальна дисфункція має чималий вплив на якість життя, і як наслідок зниження репродуктивного потенціалу.

Панчишин Н.Я., Галицька-Хархаліс О.Я., Хархаліс Ю.Ю., Смірнова В.Л.

ЗДОРОВ'Я І «НЕЗДОРОВ'Я» НАСЕЛЕННЯ: ПРОБЛЕМИ ТА ПІДХОДИ

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

МОЗ України

м. Тернопіль, Україна

Вступ. В сучасному світі здоров'я важливе не тільки у традиційному його розумінні як громадського здоров'я нації та індивідуального здоров'я кожної людини, а й у підході до цієї складової людського капіталу із врахуванням її технологічної і соціальної компонент. Здоров'я на даний час – це не просто характеристика людського потенціалу, що визначає економічну міцність країни та динаміку економічного зростання, а й основна компонента якості життя, цільова установка життєдіяльності людства. У зв'язку із цим проблематика здоров'я стає дедалі більше міждисциплінарною, що охоплює нові галузі досліджень.

Це, в свою чергу, зумовлює принципово новий підхід до вивчення здоров'я, яке є предметом суспільного аналізу ще з XIX століття, коли медицина набула статусу філософії життя і здатності встановлювати стандарти саме тому, що отримала можливість підвищувати якість життя і вирішувати практичні проблеми. На тлі очевидних успіхів лікувальної практики виникла необхідність дослідження ставлення індивіда до свого здоров'я у різні періоди життя, а також впливу держави на суспільне здоров'я через систему охорони здоров'я.

На сьогоднішній день здоров'я слід розглядати у ще ширшому контексті – як стан організму людини, обумовлений конкретним соціально-економічним середовищем. При такому підході основним показником у визначенні здоров'я людини виступає її ставлення до життя, оскільки саме воно визначає працездатність і рівень соціальної адаптивності в суспільстві. У зв'язку із цим, стає необхідним облік не тільки біологічних і фізіологічних, але і соціальних параметрів, причому на перший план виходить саме соціо-біологічна обумовленість здоров'я людини.

Основна частина. Здоров'я в сучасних умовах визначається як динамічна рівновага організму з навколишнім середовищем, при якому всі життєво важливі підсистеми людського організму дозволяють адаптуватися до природного і соціального середовища, яке швидко змінюється.

Порушення будь-якої компоненти здоров'я можна вважати нездоров'ям. При такому підході з'являється можливість врахувати всі фактори, що формують здоров'я як складову людського капіталу та одну із головних компонентів якості життя, невіддільну від його тривалості. Для інноваційної економіки важливе не просто довголіття, а й можливість людини протягом

усього життя зберігати працездатність та життєвий тонус. З одного боку, прогрес медичних технологій дозволяє радикально змінити результати захворювань, які раніше закінчувалися летально або призводили до повної втрати працездатності, з іншого – галузева диверсифікація сучасного господарства створює умови для громадської зайнятості практично будь-якої людини, яка тією чи іншою мірою зберегла здатність до праці. Такий підхід до понять «здоров'я» та «нездоров'я» дозволяє:

- по-перше, визначити можливості розвитку освіти, професійної підготовки та інтелектуального потенціалу населення;

- по-друге, детермінувати розміри людського капіталу, трудових ресурсів та Збройних сил країни;

- по-третє, врахувати перспективи асоціальної поведінки населення та криміногенного становища у суспільстві.

Сучасний підхід до вивчення здоров'я вимагає доповнення класичного статистичного аналізу соціологічними обстеженнями категорій населення з різними порушеннями здоров'я, які мають на меті з'ясувати їхні наміри брати участь у громадському виробництві та умови такої участі, з одного боку, а також вивчення можливостей інноваційної економіки забезпечити громадську зайнятість таким працівникам – з іншого. Йдеться про те, що сучасна медицина знижує смертність від багатьох захворювань, але збільшує кількість «не повністю здорових» людей, які охоче продовжують трудову діяльність за наявності відповідних місць застосування праці.

Соціально-економічна політика держави детермінує рівень здоров'я населення, пов'язуючи його із системою охорони здоров'я, але здоров'я і охорона здоров'я не повинні підміняти одне одного, інакше пріоритети у сфері медичних послуг будуть обрані неправильно, а ресурси, що направляються, не отримають ефективного використання. Кількість медичного персоналу, лікарняних ліжок та впровадження сучасних технологій лікування впливають не на здоров'я, а на його відновлення, і виникає проблема не просто збереження здоров'я на рівні, отриманому при народженні, а покращення його протягом, принаймні, репродуктивного та працездатного віку.

Тому охорону здоров'я населення не можна зводити тільки до надання медичної допомоги, залишаючи поза увагою питання профілактики захворювань та самозбережної поведінки населення. Сьогодні в багатьох країнах об'єктом соціальної політики у сфері суспільного здоров'я є масові захворювання і групи людей, які піддаються їм. А здорова людина перебуває поза увагою охорони здоров'я доти, доки не захворіє, і соціальна політика у сфері здоров'я спрямована, в основному, на покращення якості медичного обслуговування, а не на формування санітарно-гігієнічної культури населення та створення умов для оптимальної взаємодії особистості й соціальних інститутів, таких як сім'я, освіта, засоби масової інформації, дозвілля у сфері здоров'я.

Висновки. Відсутність ідеології здоров'я виражається не лише у характері юридичного обґрунтування соціальної політики у сфері здоров'я, а й у фінансуванні всього того, що так чи інакше з ним пов'язане (освіта, дозвілля, фізична культура і спорт та ін.). Головна небезпека існуючого негативного тренду полягає у його наближенні до «точки неповернення», після якої

підвищити якість здоров'я населення навряд чи буде можливим, а демографічні втрати значно зростуть. Сучасне суспільство дедалі глибше втягується в якусь «соціальну вирву» нездоров'я, для виходу з якої недостатньо життя одного покоління. Якщо не зупинити цей негативний процес, то він може стати незворотним.

Шепелла Г.Л., Брич В.В.

ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

м. Ужгород, Україна

Вступ. В останні роки спостерігається погіршення здоров'я дітей шкільного віку, а в сільських загальноосвітніх школах – тенденція до збільшення чисельності спеціальних медичних груп, в результаті чого гостро постає проблема контролю за станом здоров'я, запобігання та зниження захворюваності дитячого населення сільської місцевості. Одним зі способів покращення ситуації може стати формування здорового способу життя дітей з посиленням одного з найважливіших компонентів – фізичної активності. Поширені недоліки втручання щодо фізичної активності вказують на те, що складні основні механізми змін ще не повністю зрозумілі, а рівні фізичної активності дітей сільської місцевості можуть формуватися під впливом багатьох факторів. Саме тому для розробки інтервенцій громадського здоров'я для вказаної цільової групи слід визначити основні прогностичні чинники формування її фізичної активності.

Основна частина. Відомо, що рівень фізичного, морального, соціального здоров'я населення та дітей зокрема детермінується багатьма факторами, включаючи політичну та економічну стабільність, побутові умови, матеріальне забезпечення громадян, якість освіти тощо. Проте фізична активність як складова здорового способу життя дітей залежить як від зовнішніх чинників, так і від особистих та сімейно-обумовлених.

Багатьма авторами вказується, що на формування фізичної активності дітей може впливати ряд факторів: соціально-економічні умови перебування, рівень культури, організація фізичного виховання в закладах освіти, доступність елементів спортивної інфраструктури та багатофункціональної інфраструктури відпочинку, індивідуальні психологічні та функціональні особливості організму дітей. Серед причин погіршення рівня фізичної підготовленості сільських мешканців дослідники (Л.Волков, В.Гребінченко, О.Дубогай, М.Козленко) виділяють зниження загального рівня життя і соціальної захищеності населення, недосконалість системи медичного обслуговування, недостатнє фінансування освітніх установ, низький інтерес дітей, які дорослішають, до власного здоров'я. Окремі автори вказують слабку спортивно-матеріальну базу шкіл сільської місцевості як проблему, що призводить до зниження організованої фізичної активності дітей.

Водночас сільське соціально-природне середовище має і переваги для формування вищих рівнів фізичної активності: сприятливі природні та

екологічні умови, культурні особливості сільського населення. Проживання в середовищі кращих природних умов дозволяє зменшити нервові перенавантаження, а наявна інфраструктура спонукає до збільшення фізичної активності (пересування пішки; робота в саду та городі, часте використання велосипедів як транспортних засобів).

Слід врахувати, що на формування фізичної активності дітей сільської місцевості також впливають їхня мотивація та переконання. Серед факторів, що мотивують та спонукають до посилення фізичної активності, можна виділити такі: поради та особистий приклад батьків, друзів; сформована звичка виконання фізичних вправ; вплив закладу освіти, вихователя, педагога з фізичного виховання; різноманіття форм інформаційно-просвітницьких заходів; промоція фізичної активності за допомогою популярних серед дітей інформаційно-комунікаційних каналів. Загалом вважається, що на фізичний стан дитини значною мірою впливають стосунки в родині та фактори, що їх формують: взаємини між батьками, їхня поведінка, спосіб життя, соціально-побутові умови, ставлення до дитини, розуміння її проблем, характер занять з дитиною. Але в останні роки дедалі більшого впливу набувають соціальні медіа та віртуальні контент-спільноти, які формують переконання та поведінку дитячого населення, в тому числі в частині здорового способу життя.

Визначаючи рівні фізичної активності дітей та фактори, що їх зумовлюють, необхідно враховувати умови їхньої життєдіяльності у конкретному регіональному та соціальному середовищі. Це потребує вивчення та аналізу природно-кліматичних, інфраструктурних, соціальних, економічних, освітніх, культурних, сімейних, психологічних, комунікаційних та інших чинників, які визначатимуть основні предиктори формування фізичної активності в дитячому віці.

Висновки. У результаті опрацювання науково-методичних джерел з'ясовані чинники впливу на формування фізичної активності дітей, серед яких виділені матеріальне забезпечення сільських шкіл, наявність спортивних майданчиків та залів, природньо-екологічні умови проживання, побутові умови та психологічний клімат в сім'ї, рівень взаємодії батьків у формуванні мотивації до фізичної активності дитини, використання сучасних інформаційно-комунікаційних каналів, умови життєдіяльності у конкретному регіональному середовищі. У результаті формується потреба у більш детальному дослідженні вказаних факторів на рівні окремого регіону та розробці ефективних інтервенцій громадського здоров'я з метою покращення ситуації.

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ – СУЧАСНІ ВИКЛИКИ І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

Брезицька Д.М.

ПАНДЕМІЯ COVID-19 ТА ІНШІ БІОЛОГІЧНІ ЗАГРОЗИ В ПЕРІОД ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ

ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України»
м. Київ, Україна

Вступ. Геополітичні зміни, що відбуваються на сьогодні, свідчать про те, що світ вступив у фазу чергової глобальної трансформації, а разом з нею, - кризи і небезпеки щодо світового порядку, що супроводжується загостренням економічних, геополітичних, етнічних, демографічних та інших протиріч між центрами сили й світовою цивілізацією. Ці процеси постійно супроводжуються виникненням нових біозагроз.

Основна частина. Метою дослідження було проаналізувати проблеми біобезпеки у період військового стану та пандемії COVID-19, що становлять загрозу громадському здоров'ю. У процесі дослідження використано такі методи: описовий, бібліографічний, епідеміологічний, санітарно-гігієнічний. Було проведено аналітичний огляд зарубіжних і вітчизняних публікацій.

Пандемія COVID-19 стала справжнім викликом для людства, спричинивши велику кількість смертей і показавши наскільки безсилою може бути людина проти вірусу. А в подальшому, процеси глобалізації та урбанізації будуть чинниками нових біозагроз. І от тепер, у час війни з росією, питання біобезпеки постає особливо актуально. Військові загрози стали поєднуватися із екологічними ризиками, а їх складовими стало використання біологічної та бактеріологічної зброї.

Для усунення ризиків стихійних спалахів інфекційних хвороб необхідні постійний нагляд за готовністю системи охорони здоров'я і планування дій, спрямованих на запобігання їх виникненню. Ефективні механізми виявлення, моніторингу та реагування на спалахи хвороб зводять до мінімуму ефективність біологічної та токсичної зброї шляхом підвищення стійкості суспільства до її впливу.

Висновки. Дбаючи про власний захист, Україна повинна постійно турбуватися про свою безпеку та створювати комплекс необхідних заходів для підвищення її рівня. Це може забезпечити лише розвинена система громадського здоров'я.

Heiko L. I., Yurochko T. P.

QUALITATIVE STUDY: STAKEHOLDERS' VIEWS ON BARRIERS AND FACILITATORS OF THE IMPLEMENTATION OF A SCHOOL- BASED NUTRITION POLICY IN UKRAINE

School of Public Health, National University of "Kyiv-Mohyla Academy"
Kyiv, Ukraine

Background. The new recommended school nutrition policy was supposed to be implemented in Ukraine on the 1st of January, 2022. That was a considerable step to terminate post-soviet nutrition practices and introduce international standards recommended by the World Health Organization. Updated guidelines also included rebuilding eating culture, and communicating healthy nutrition for children and parents. Since the reform is ambitious and complex it potentially may face multiple barriers. That can be managed and prevented based on the data from stakeholders involved in policy design, communication, and implementation. The aim was to collect data from nutrition policy stakeholders regarding barriers and facilitators of implementing reform.

Methods. A qualitative study using semi-structured interviews was conducted, with an overall number of 16 interviews. A purposeful sampling method was used in to interview involved nutrition reform experts, healthy diet activists, authors, and opinion leaders.

Results. The results showed that there were multiple even conflicting opinions and suggestions. The collected data highlights that stakeholders are divided into different professional groups that lack teamwork and collaboration.

The study displays that experts and activists report being limited in human and financial resources which can be linked to the overall quality of work and their contribution. They are also commonly concerned about the monitoring system of the reform and the responsibility on the institutional and individual levels.

Discussion. The lack of agreement and long-term planning from the government may cause the inefficient and fragmented implementation of the policy. Additional support may be needed for vulnerable schools lacking health promotion professionals, modern equipment, and guidance. Furthermore, a nutrition policy communication campaign was not established in the country to explain its vision and values to the public.

Now implementation issues are facing more obstacles in the context of overall safety because of Russia's aggression. Every day attacks civilian and infrastructure facilities limit existing resources and cause additional expenditures. Still, the priority of healthy nutrition for children can't be demolished by any circumstances.

Мащак О.І., Черненко С.В.

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Державна установа «Запорізький обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України»
м. Запоріжжя, Україна

Вступ. В умовах воєнного стану, складної політичної, соціальної і економічної ситуації в Україні, забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення являється одним з основних умов реалізації прав громадян на охорону здоров'я та безпечне зовнішнє середовище.

Державна установа «Запорізький обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» в своїй роботі керується інтересами країни та її громадян тому на перший план виходять

заходи спрямовані на безпеку населення, реагування на надзвичайні ситуації військового та техногенного характеру, участь в розробці і реалізації заходів з цивільного захисту, формування груп епідемічної, хімічної та радіаційної розвідки.

Основна частина. Для виконання завдань щодо оцінки стану середовища життєдіяльності людини здійснюється визначення небезпечних факторів довкілля, проведення кількісного хімічного аналізу забруднюючих речовин в атмосферному повітрі, воді, ґрунті, визначення радіаційної обстановки на об'єктах та територіях, з відображенням результатів на електронній карті з використанням геоінформаційних систем.

Лабораторіями Центру проводяться дослідження питної води на органолептичні, мікробіологічні та санітарно-хімічні показники. Відібрано 367 проб атмосферного повітря, проведено 1838 досліджень вмісту забруднюючих речовин. При цьому відсоток перевищення гігієнічних нормативів у порівнянні із довоєнним часом скоротився в 2.2 рази що пов'язано зі зниженням кількості автотранспорту на вулицях міста та зниженням обсягу виробничих викидів промислових підприємств.

На території нашої області розташована найпотужніша в Європі атомна електростанція – Запорізька АЕС, яка завжди була і залишається потенційним джерелом радіаційної небезпеки. І як наслідок одним з основних напрямків діяльності Центру став радіаційно-гігієнічний моніторинг гамма-фону території області, дослідження сумарної бета-активності атмосферних опадів, а також сумарної альфа, бета- активності питної води з водопровідної мережі. Гамма-фон в Запорізькій області залишився на довоєнних рівнях, властивих для нашої території, і становить 0,07- 014 мікро Зіверт за годину.

Запорізька область залишається одним із регіонів, який приймає велику кількість осіб, що були вимушені покинути місця постійного проживання через військову агресію. На території області виділено 289 місць для тимчасового розміщення 39 тис. внутрішньо переміщених осіб.

Від початку цієї роботи Центром було забезпечено зв'язок та комунікацію з органами виконавчої влади та місцевого самоврядування, визначено відповідальних осіб, способи взаємодії та інформування, затверджено Регіональний план проведення моніторингу місць тимчасового перебування та склад моніторингових груп. Під час обстеження забезпечено проведення необхідного комплексу лабораторних, інструментальних досліджень та вимірювань, включаючи дослідження питної води та харчових продуктів за показниками безпечності. Забезпечено проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи серед внутрішньо переміщених осіб з питань профілактики інфекційних хвороб, в тому числі таких, що можна попередити шляхом вакцинопрофілактики.

При проведенні моніторингу за циркуляцією збудників інфекційних хвороб, суттєво змінилась структура досліджень. Набула суттєвих змін логістика лабораторних досліджень. Змінено алгоритм лабораторної діагностики таким чином щоб на відокремлених підрозділах проводився повний цикл ідентифікації збудників інфекційних захворювань. Акцент лабораторних досліджень зроблений на мікробіологічних та санітарно-

хімічних дослідженнях для безпечного функціонування об'єктів критичної інфраструктури: водопостачання, водовідведення.

В Запорізькій області, з початком військової агресії, склалась складна ситуація по охопленню профілактичними щепленнями дитячого та дорослого населення як в рамках рутинної вакцинації, так і вакцинації проти COVID-19. Фактично профілактичні щеплення на багатьох територіях не проводяться. Це переважно території, де ідуть бойові дії, крім того не працюють пункти щеплень, де внаслідок тривалої відсутності енергопостачання зіпсовані вакцини та немає логістичної можливості їх отримати. Незважаючи на виклики, які постали перед областю, імунопрофілактика триває та вирішуються всі можливі питання щодо охоплення населення профілактичними щепленнями. На даний час в області за індивідуальними графіками працює 87 пунктів щеплень в 48 закладах охорони здоров'я первинної ланки. Імунобіологічними препаратами область забезпечена. Показники охоплення щепленнями дітей по основних вікових групах по всіх інфекційним захворюванням наближені до середніх по Україні.

Інформаційній роботі як елементу контрпропаганди приділяється велика увага. Установою організовані канали та відпрацьований порядок регулярного, безперебійного оповіщення органів влади, місцевого самоврядування, відомств, ЗМІ та населення про оперативну санітарно-епідемічну ситуацію на всіх адміністративних територіях і в територіальних громадах області. Забезпечена щодобова, у тому числі у вихідні та святкові дні, інформаційна підтримка та рекомендації фахівців ДУ «Запорізький ОЦКПХ МОЗ» в надзвичайних ситуаціях, що виникають чи є потенційно можливими у зв'язку з військовими діями на окупованих територіях.

Колектив Центру пройшов великий шлях із фактично повним переформатуванням функціоналу. Для керівників та співробітників проходить переоцінка понять, фаховість і свідомість стають ключовими визначаючими ознаками для кожного окремого працівника і займана посада при цьому не є визначальною. І саме тому, окрім виконання основних завдань, визначених статутом, в Центрі функціонує обласний склад медичної гуманітарної допомоги. Наші працівники активно допомагають військовим та територіальній обороні, тому, що кожен з нас розуміє власну відповідальність, за здоров'я населення громади, регіону, країни.

Іншакова Г.В., Сорока І.М.

ВПРОВАДЖЕННЯ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СФЕРУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: МОЖЛИВОСТІ ТА ПЕРЕВАГИ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна

Вступ. Для підтримки національної системи охорони здоров'я в усьому світі широко використовуються високі технології, у т.ч. інформаційно-комунікаційні (ІКТ). Країни розробляють національні програми з застосування цифрових технологій в медичній сфері. Реалізація програм з діджіталізації

охорони здоров'я дозволяє персоніфікувати процес медичного обслуговування, підвищити його якість, скоротити фінансування за рахунок оптимізації розподілу коштів, покращити ефективність системи управління, впровадити профілактичні заходи.

Основна частина. Цифрова трансформація також притаманна і сфері громадського здоров'я. Цифрові технології використовуються для вирішення завдань у практичній, науковій, дослідній та освітній сферах громадського здоров'я. Інформаційні системи громадського здоров'я є складовою національної інформаційної системи, а також міжнародних організацій, що займаються питаннями охорони здоров'я населення. Широке використання ІКТ в сфері громадського здоров'я призвело до якісної зміни діяльності із захисту популяційного здоров'я та його покращення. Впровадження медичних інформаційних систем (МІС) дало змогу автоматизувати робочий процес надання медичних послуг та підвищити якість їх надання. За допомогою МІС формується єдиний інформаційний простір для ефективного обміну інформацією на всіх рівнях надання медичної допомоги та створюється єдина інформаційна інфраструктура eHealth. Однією з основних функцій медичних інформаційних систем є класифікація та кодування медичних даних, оскільки без формалізації мови професійного спілкування в медичній сфері результативне використання інформаційних технологій є неможливим.

Система охорони здоров'я визначається багатокомпонентною організаційною структурою і різноманітним складом суб'єктів, які беруть участь у процесі медичного обслуговування. Між даними суб'єктами медичної сфери існують тісні інформаційні зв'язки. Для обробки медичних даних та їх передачі серед суб'єктів сектору охорони здоров'я виділяють наступні групи: надавачі послуг, бенефіціари, заклади освіти та інформаційні заклади, платники, політики та адміністрація охорони здоров'я. До видів діяльності в охороні здоров'я, що потребують обробки і передачі інформації, а також її обміну, відносяться пряме надання послуг, діяльність у сфері громадського здоров'я, допоміжна та адміністративна діяльність.

Цифровізація медичної сфери спроможна цілком змінити систему охорони здоров'я і надати її суб'єктам дані та інструменти, що необхідні для результативного керування системою охорони здоров'я, її вдосконалення, підвищення якості медичного обслуговування, покращення лікування та підвищення виживаності. Електронна охорона здоров'я в змозі покращити доступ до більш якісної охорони здоров'я та підвищити результативність профілактики і лікування пацієнтів, зокрема тих, хто страждає на хронічні захворювання, у т.ч. неінфекційні. Медична інформація також використовується для надання цілеспрямованої профілактичної допомоги населенню. Потужний розвиток отримало використання персональних медичних пристроїв для моніторингу здоров'я та зворотнього зв'язку з надавачами послуг. Точність, якість аналізу та прогнозування стану здоров'я підвищуються на основі наборів відповідних даних, у т.ч. за допомогою штучного інтелекту, великих даних або моделювання з використанням віртуальної реальності.

Висновки. Використання сучасних ІКТ в охороні здоров'я має суттєві переваги і відкриває нові можливості, а саме: удосконалює систему громадського здоров'я і діяльність закладів охорони здоров'я, в т.ч. в плані

процедур лікування, електронних медичних карток і медичних даних, соціальних та економічних вигід, підвищення ефективності та продуктивності, а також сприяє активному впровадженню заходів з попередження виникнення хвороб. Швидкий обмін вірогідною інформацією між постачальниками послуг і фахівцями з медичних послуг дає змогу покращити доступ до якісної допомоги. Завдяки доступності технологій цифрової охорони здоров'я ряд віддалених або допоміжних закладів охорони здоров'я отримує змогу застосовувати такі технології для дистанційної діагностики, телемедицини та профілактики.

Ткачук Н.Є.

ПРОГРАМА ПІДТРИМКИ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Державна установа «Хмельницький обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України»
м. Хмельницький, Україна

Вступ. Охорона здоров'я є досить складною системою з багатьма чинниками та детермінантами здоров'я, які охоплюють все суспільство. Медико-демографічна ситуація, що склалась останнім часом в Хмельницькій області, свідчить про незадовільний стан здоров'я населення. Низька народжуваність порівняно з високим рівнем смертності, від'ємний природний приріст населення, а також високий рівень поширеності хронічних неінфекційних захворювань і, як наслідок, постійне зменшення чисельності населення області. Тому на часі є нагальним прийняття програми громадського здоров'я.

Основна частина. Метою програми є розбудова системи громадського здоров'я в контексті побудови єдиної консолідованої системи громадського здоров'я для реалізації ефективної державної політики. Підвищення рівня довіри громадськості до питань зниження ризиків для життя та здоров'я. Збереження та зміцнення здоров'я, профілактика та зниження показників захворюваності, смертності населення, шляхом організації та проведення профілактичних заходів. Формування розуміння у населення пріоритетності та відповідальності за збереження власного здоров'я, свідомого вибору щодо ведення здорового способу життя. Налагодження на обласному рівні проведення оцінки ризиків у сфері громадського здоров'я, удосконалення аналітичної та інформаційної складових частин діяльності у сфері громадського здоров'я. Створення інформаційних баз даних та системи обміну інформацією у режимі реального часу. Організація навчання та залучення працівників зацікавлених Департаментів, відомств та медичних працівників закладів охорони здоров'я усіх рівнів до виконання окремих завдань у сфері громадського здоров'я.

Виконавці: Хмельницька обласна рада, територіальні громади, Департаменти Хмельницької обласної державної адміністрації, ДУ

«Хмельницький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»

Партнери: громадські організації, засоби масової інформації.

Цільова група: мешканці Хмельницької області різних вікових груп.

Бюджет та джерела фінансування: обласний, місцеві бюджети, інші джерела фінансування не заборонені чинним законодавством.

Основними завданнями Програми є вирішення наступних проблем:

- Масштабний тягар хронічних неінфекційних захворювань. Неінфекційні захворювання (новоутворення, діабет, рак, серцево-судинні захворювання, хронічні хвороби органів дихання) зумовлюють понад 2/3 загальної захворюваності та близько 86% смертей в Україні. Загальновідомо, що профілактика неінфекційних захворювань у 2,7 рази менш затратна, ніж лікування хворих. При цьому здоровий спосіб життя населення у 5 разів ефективніший, ніж лікувально-діагностична діяльність галузі охорони здоров'я, пов'язана із збереженням та зміцненням здоров'я населення. В структурі померлих від новоутворень значну частку займають злоякісні новоутворення молочної залози і спостерігається тенденція до «омолодження» раку молочної залози у жінок у віковій групі 20-39 років. У віковій групі 65-69 років захворюваність у порівнянні з минулими роками збільшилась на 14,4%.

- Критичні рівні охоплення вакцинацією. Більшість населення вважає, що щеплення проводять лише у дитячому віці, а імунітет набутий в результаті вакцинації зберігається на все життя. На даний час значний прошарок дорослого населення ігнорує щеплення, так як вважає, що вони не захворюють.

- Проблема раціонального харчування дітей 1-го року життя. Нераціональне вигодовування в ранньому віці призводить до порушення росту та інтелектуального розвитку, виникнення деяких захворювань у підлітків і дорослих, визначає рівень здоров'я нації у подальшому. В Україні склалася така ситуація, що наукові дослідження значно відстають від потреб практичної медицини, а існуючі рекомендації з вигодовування дітей далеко не завжди ґрунтуються на об'єктивних доказах і часто носять суперечливий характер. Природне вигодовування – найбільш фізіологічний, адекватний та повноцінний вид вигодовування дітей 1-го року життя. Вигодовування дітей першого року життя материнським молоком у всі часи вважалось найбільш оптимальним видом харчування, оскільки за своїми властивостями це унікальний продукт.

- Туберкульоз. Одним із завдань, які поставлені в рамках Цілей сталого розвитку в області на період до 2030 року, є ліквідація глобальної епідемії туберкульозу. «Стратегія щодо ліквідації туберкульозу», розроблена ВООЗ та затверджена Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я в 2014 році, має на меті зниження рівня смертності від туберкульозу до 2030 року на 90,0 % і захворюваності на 80,0% в порівнянні з 2015 роком.

- Вірусні гепатити В та С. Розповсюдженість захворювань печінки серед населення України лишається високою. Найбільшу групу серед них складають вірусні ураження. В різних країнах світу вірусним гепатитом інфіковані сотні мільйонів людей, що значно перевищує кількість ВІЛ-інфікованих. Це одна із серйозних проблем системи охорони здоров'я. Офіційна реєстрація хронічного вірусного гепатиту В та С в Україні розпочата лише в 2010 році. За ступенем негативного впливу на здоров'я населення та масштабами захворюваності

вірусні гепатити в Україні займають домінуюче місце в структурі інфекційної патології. Вірусні гепатити є основною причиною цирозів печінки та гепатоцелюлярних карцином.

- Система обліку та звітності про захворювання в Україні та області часто є дублюючою. Паралельно із системою обліку інфекційних захворювань, що проводиться ДУ «Хмельницький обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» існують інші системи обліку окремих інфекційних хвороб, визначені Міністерством охорони здоров'я України, зокрема ВІЛ-інфекції, туберкульозу, інфекцій, що передаються статевим шляхом. Таким чином ускладнюється ситуація щодо моніторингу вищезазначених хвороб, а відтак і оперативне прийняття управлінських рішень. Відсутні на рівні держави системи обліку, моніторингу захворювань, що функціонують у режимі реального часу. Звітність, що передбачена Міністерством охорони здоров'я України, не у повній мірі забезпечує потреби системи громадського здоров'я.

- Система санітарних норм та правил. Санітарні норми та правила сформовані ще за радянських часів, втратили чинність. Натомість нові санітарні норми та правила, які б відповідали сучасним вимогам та кращій практиці ЄС, на заміну скасованих, більшою частиною, не розроблені.

- Кадрові ресурси. Враховуючи запровадження нового напрямку діяльності «громадське здоров'я», на рівні держави не в повній мірі відпрацьовані кваліфікаційні вимоги, та, відповідно, напрямки підготовки фахівців за зазначеним напрямом з подальшим працевлаштуванням.

Для виконання завдань Програми передбачається здійснення відповідних заходів.

Висновки. Виконання основних завдань Програми забезпечить реалізацію її основної мети – максимально поліпшити здоров'я та добробут людей і громад на регіональному рівні. Виконання Програми дасть змогу:

- знизити рівень захворюваності злоякісними новоутвореннями молочної залози та збільшити рівень охоплення спеціальним лікуванням вперше виявлених хворих;
- збільшити питому вагу дітей, які перебувають виключно на грудному вигодовуванні до 6 місяців;
- збільшити питому вагу населення, охопленого діагностикою вірусних гепатитів В та С;
- удосконалити систему обліку хворих на вірусні гепатити;
- покращити моніторинг за ефективністю лікування хворих на вірусні гепатити В і С, які його отримують;
- забезпечити своєчасну діагностику порушень постави у дітей та комплексну медичну реабілітацію дітей, які цього потребують;
- виявляти своєчасно хворих на туберкульоз;
- забезпечити ефективне лікування осіб, хворих на туберкульоз, на всіх етапах надання медичної допомоги, в тому числі амбулаторної;
- підвищити рівень поінформованості населення з питань імунопрофілактики та рівень прихильності до вакцинації;
- збільшити питому вагу населення, охопленого вакцинацією (дитячого та дорослого населення області);

- знизити рівень захворюваності населення від вакцинокерованих інфекцій;
- покращити кадровий потенціал фахівцями громадського здоров'я;
- удосконалити «Профіль здоров'я» Хмельницької області в реальному часі зі зміною індикаторів і постійним моніторингом активностей, визначених Програмою «Громадського здоров'я Хмельниччини».

Бойко Т.Я.

ГЛОБАЛЬНІ ВИКЛИКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я. ЯК ЗМІНЮЮТЬСЯ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ ПОЛІТИКИ ЗДОРОВ'Я

Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського
м. Кременець, Україна

Вступ. Ключова ціль будь-якої системи охорони здоров'я – доступність і якість медичної допомоги, медичних послуг, медичного обслуговування. Головна мета будь-якої країни – за мінімальні ресурси побудувати ефективну модель системи охорони здоров'я та досягти найвищого рівня здоров'я населення.

Основна частина. До чинників, які визначають сучасні тенденції в охороні здоров'я, належать глобалізація, демографічні зміни, екологічні проблеми (забруднення довкілля, зміна клімату), соціально-політичні конфлікти, технологічні нововведення, поглиблення нерівності у розподілі матеріальних благ і доступу до послуг, міграція населення тощо.

В даний час у суспільстві формуються і нові виклики: різке постаріння населення, епідемія хронічних неінфекційних захворювань, збільшення поширеності чинників ризику, підвищення агресивності чинників навколишнього середовища, розвиток резистентності мікроорганізмів, проблеми фінансування в умовах обмежених ресурсів, швидка поширеність хвороб через високу мобільність населення, підвищення вимог до доступності та якості медичної допомоги, зростання вартості послуг, що формують здоров'я.

Середня очікувана тривалість життя за останні 100 років суттєво зросла. Суттєве постаріння населення змушує витратити більше коштів на охорону здоров'я, оскільки кількість звернень за медичною допомогою збільшується в декілька разів. Також надзвичайно актуальною є проблема нерівності у доступі до медичного обслуговування.

Сучасний світ переживає справжню епідемію хронічних неінфекційних захворювань, пов'язану з нездоровим способом життя, незбалансованим харчуванням, низькою фізичною активністю тощо. Смертність від захворювань 7 груп — серцево-судинних, онкологічних, хронічних респіраторних, цукрового діабету, ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та малярії — становить 60% у загальній структурі смертності. Провідні чинники ризику хвороб: високий артеріальний тиск (12,8%), тютюнокуріння (12,3%), зловживання алкоголем (10,1%), підвищений рівень холестерину (8,7%), надмірна маса тіла

(7,8%) недостатнє споживання овочів і фруктів (4,4%), малорухомиий спосіб життя (3,5%).

Збільшення ВВП на душу населення зумовлює зростання вимог до якості медичної допомоги, впровадження нових медичних технологій, що, в кінцевому рахунку, призводить до збільшення вартості послуг. Висока вартість послуг охорони здоров'я, неможливість прогнозування часу виникнення потреби в них та їх відстрочки, необхідність оплати в момент отримання послуги, що може призвести до відмови від послуги, становить загрозу зубожіння населення, зумовлює необхідність фінансового захисту та розподілу ризиків.

Наслідки інтенсивного використання екологічних систем, а саме: значне забруднення довкілля, деградація, прояви зміни клімату, негативно впливають на здоров'я, що, у свою чергу, призводить до зростання екологічно залежної патології, значних медичних та соціально-економічних збитків для суспільства.

Сьогодні у світі у сфері охорони здоров'я працюють 60 млн фахівців, у тому числі 8,7 млн лікарів, 16,7 млн сестринського та акушерського персоналу, 1,2 млн стоматологічного і 2,1 млн фармацевтичного персоналу тощо. Дефіцит медичних кадрів досягнув 4,3 млн фахівців, у тому числі 2,4 млн лікарів. Відзначається нерівномірність розподілу за регіонами.

Висновки. Для вирішення всіх цих проблем потрібно провести низку змін у механізмі управління охороною здоров'я, вдосконалити її політику, сприяти розвитку структур громадського здоров'я, посилити вплив на провідні чинники ризику: підвищений артеріальний тиск, тютюнокуріння, зловживання алкоголем, високий вміст холестерину у крові, ожиріння, недостатня фізична активність, небезпечний секс.

Брич В.В.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ МОЖЛИВОСТІ ІНТЕГРАЦІЇ ФАХІВЦІВ З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ОРГАНІЗАЦІЮ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ НА РІВНІ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

м. Ужгород, Україна

Вступ. В останнє десятиріччя в багатьох країнах світу відповідно до закликів ВООЗ проводяться активності щодо зміцнення реабілітації як стратегії охорони здоров'я. В Україні також здійснено вже чимало: законодавчо врегульовано реабілітацію в сфері охорони здоров'я, створено нові реабілітаційні спеціальності; впроваджено Міжнародну класифікацію порушень функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я; забезпечено можливість отримання реабілітаційних послуг в рамках програми медичних гарантій. Але організація реабілітаційної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я, особливо його інфраструктурного етапу, потребує нових підходів та залучення фахівців інших сфер з метою полегшення функціональної спроможності сфери реабілітаційної допомоги на різних рівнях надання медичної допомоги. Одним з можливих потенційних шляхів

покращення ситуації може стати працевлаштування фахівців з громадського здоров'я та їх інтеграція в організацію надання реабілітаційної допомоги на рівні територіальних громад.

Основна частина. З метою вивчення можливостей інтеграції фахівця з громадського здоров'я в організацію надання реабілітаційних послуг різним категоріям населення регіону проаналізовані їхні завдання та обов'язки відповідно до Наказу МОЗ України від 26.02.2021 р. № 336 «Про затвердження Змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»». На основі результатів опрацювання сформовані пропозиції до потенційних функціональних можливостей в системі організації надання реабілітаційної допомоги на рівні територіальних громад з визначенням їх покрокової реалізації.

Відповідно до наведених кваліфікаційних вимог фахівець з громадського здоров'я повинен планувати та здійснювати заходи, спрямовані на зміцнення здоров'я населення, засновані на принципах доказової медицини, враховуючи статистичні дані, результати епідеміологічних досліджень та інші дані про стан здоров'я населення. З погляду організації реабілітаційної допомоги в умовах недостатнього її забезпечення всім, хто її потребує на рівні територіальної громади, першим кроком такого фахівця може стати проведення оцінки потреби населення в реабілітаційних послугах з урахуванням епідеміологічної ситуації щодо поширення окремих нозологій, які формують основний тягар захворюваності, інвалідності та втрати працездатності на відповідній території. Наступним кроком його діяльності визначено здійснення оцінки доступності реабілітаційних послуг як частини системи охорони здоров'я на рівні громад чи окремих територій. При цьому слід врахувати наявність закладів, в яких надаються такі послуги, фахівців з реабілітації, ресурсного забезпечення структурних підрозділів для реабілітації. Це дозволить сформувати інформаційно-комунікаційну мережу реабілітаційної допомоги, яка сприятиме організації інформаційно-роз'яснювальної діяльності, комунікації та соціальної мобілізації всіх зацікавлених сторін (пацієнтів, лікарів первинної та спеціалізованої медичної допомоги, фахівців з реабілітації, представників установ соціального обслуговування, тощо) за допомогою сучасних інформаційно-комунікаційних каналів та соціального маркетингу.

Після опрацювання результатів оцінки наявних потреб та формування інформаційно-комунікаційної мережі реабілітаційної допомоги в громаді фахівець з громадського здоров'я може здійснювати оптимальне планування та реалізацію інтервенцій з метою забезпечення охоплення вказаними послугами всіх осіб, які їх потребують. Наведений крок потребує використання науково обґрунтованих методів та стратегій, міжвідомчих підходів формування політики покращення здоров'я населення. Відповідальний у громаді фахівець з громадського здоров'я братиме участь у впровадженні програм охорони здоров'я та соціальних політик, які допомагають гарантувати право на справедливі та ефективні реабілітаційні послуги.

Постійною запланованою діяльністю у сфері реабілітації фахівця з громадського здоров'я, який працює в територіальній громаді, визначається організація та оцінка ефективності програм вторинної та третинної профілактики найбільш поширених нозологій та травм на основі доказових

підходів, підтримка функціонування створеної інформаційно-комунікаційної мережі реабілітаційної допомоги.

Висновки. Кваліфікаційні характеристики фахівців з громадського здоров'я дозволяють обґрунтувати можливість їх залучення до організації надання реабілітаційної допомоги на рівні територіальних громад. Створення робочих місць для таких фахівців та їхня інтеграція у процес зміцнення здоров'я громади в сфері надання реабілітаційних послуг допоможе вдосконалити роботу системи охорони здоров'я, зменшити навантаження на медичних працівників та створити сприятливе для здоров'я населення середовище.

Дністрянська М. В., Лотоцька О. В.

ПИТАННЯ ПОВОДЖЕННЯ З ТВЕРДИМИ ПОБУТОВИМИ ВІДХОДАМИ В УКРАЇНІ - РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ

Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я.Горбачевського
МОЗ України
м. Тернопіль, Україна

Вступ. Надзвичайно важливе місце серед актуальних проблем громадського здоров'я займає утилізація відходів. За даними статистики, кожна людина в середньому за місяць утворює 300-400 кг побутових відходів. В результаті, кожного року в Україні збирається понад 350 мільйонів тонн сміття. 93% непотребу вивозять на сміттєзвалища та полігони твердих побутових відходів (ТПВ), яких на сьогодні в Україні лише офіційних нараховують більше 6000. Окрім цього, майже біля кожного села та селища існують великі та маленькі стихійні сміттєзвалища. За різними підрахунками, їх нараховується від 30 до 33 тис. Нагромадження великої кількості сміття, неправильна його утилізація не лише забруднює повітря та воду, впливає на самопочуття та здоров'я людей, а також може призвести до масштабної екологічної катастрофи.

Основна частина. На сьогоднішній день, у містах України система санітарного очищення потребує суттєвого вдосконалення. За оцінками фахівців, в Україні загальна площа сміттєзвалищ займає 9 тис га. Як відомо, частина з них вже переповнена. Ще до війни, яку веде рф, на їх площах накопичено 15,6 мільярда тонн сміття. В результаті бойових дії на території України утворилася величезна кількість так званих відходів війни, які складаються зі зруйнованої інфраструктури, нерозірваних снарядів та уламків від них, згорілого транспорту та військової техніки, акумуляторів та руїн будівель тощо, які залишаються в містах, селищах, лісах, полях, землі. Подібне сміття є дуже небезпечним, тому його не можна просто прибрати й викинути. Його небезпечно як транспортувати, так і зберігати на звалищі. Саме тому, наголошують спеціалісти, так важливо правильно утилізувати це сміття. Все це загострює проблему поводження з відходами, яка ще до війни очікувала негайного розв'язання.

Діючий закон про відходи був ухвалений ще у 1998 році. І це стало причиною відставання України у галузі управління ТПВ від інших європейських країн на декілька десятків років. Старі підходи поводження зі сміттям аж ніяк не відповідали новим реаліям. 90% відходів на сьогодні заховують в землю. На переробку потрапляє лише від 3 до 5 % зібраного сміття, хоча в Німеччині переробляють 67% відходів, у Швеції – понад 90%, а Швейцарія, яка вважається однією із найчистіших країн світу, переробляє практично 100% своїх відходів і ще закуповує сміття в інших країнах.

З огляду на це, для вирішення даної проблеми, потрібно звернути найбільшу увагу саме на етап переробки сміття. Вона повинна починатися з сортування. В січні 2018 р. у Закон «Про відходи» було внесено зміни, які суворо зобов'язували жителів сортувати сміття та забороняли захоронення на полігонах неперероблених твердих відходів. Були встановлені контейнери і, навіть, передбачені штрафи. За даними Міністерства розвитку громад та територій України у близько 1200 населених пунктах почалося роздільне збирання побутових відходів. Але при перевірці результатів сортування було встановлено, що лише 24,6 % всього сміття може вважатися дійсно правильно відсортованими. На сьогодні, за даними всеукраїнського опитування, в середньому, лише 40% українців готові сортувати сміття, понад 30% респондентів відповіли, що «ще не звикли», третина опитаних переконані, що в сортуванні немає сенсу, оскільки все сміття змішують і везуть на один полігон.

Як відомо, в європейських країнах значну роль у поводженні з ТПВ відведено саме державному управлінню. Тож потрібно вирішувати дане запитання шляхом впровадження ефективного законодавчого регулювання з урахуванням наших національних особливостей, об'єднувати діяльність органів місцевого самоврядування, громадських організацій та переймати позитивний досвід інших зарубіжних країн. Цьому буде сприяти прийнятий Радою в червні 2022 р. Закон про управління відходами. Це рамковий документ, у якому узгоджуються базові принципи роботи розширеної відповідальності виробника та залучення до процесу місцевої влади. Такий принцип передбачає, що роздільний збір та переробку пакування організовує та фінансує виробник товарів. Цей документ - один із кроків до виконання Угоди про асоціацію між Україною з ЄС. Мета законопроекту – наблизити законодавство України до норм Європейського Союзу. Зокрема, закон передбачає такі євроінтеграційні кроки:

- Впровадити європейську ієрархію поводження з відходами, яка полягає у запобіганні в утворенні відходів, підготовці їх до повторного використання, рециклінгу або іншій утилізації, зокрема сміттєспалювання для отримання тепла чи електроенергії, а при неможливості цього всього - захороненні на полігонах.

- Організувати планування системи управління відходами на національному, регіональному та місцевому рівнях;

- Закрити та рекультивувати старі сміттєзвалища, а ті, що залишаться, привести до європейських норм;

- Впровадити розширену відповідальність виробника (Це означає, що виробник несе повну відповідальність за продукцію, яку випустив на ринок, а саме збір, повторне використання, переробку чи утилізацію упаковки).

- Створити умови для побудови в Україні сучасної сміттєпереробної інфраструктури за європейськими правилами і відкрити кордони для інвесторів.

Цей Закон лише встановлює рамку нових сучасних правил функціонування системи управління відходами в Україні. На його основі будуть розробляти низку інших необхідних секторальних законів. Кінцева мета - зробити поводження із відходами ефективнішим і безпечнішим як для людей, так і для довкілля.

Висновки. Таким чином, прийняття нового Закону про управління відходами відкриває нові перспективи та нові шляхи позитивного вирішення старої проблеми – поводження з твердими побутовими відходами в Україні.

Романюк Н.Є., Романюк Л.М., Кондратишин А.Р., Нагорна О.П.

РОЛЬ ЦЕНТРІВ КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ У ТРАНСФОРМАЦІЇ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я.Горбачевського
МОЗ України
м. Тернопіль, Україна

Вступ. Пандемія COVID-19 стала викликом для системи епідемічного контролю та громадського здоров'я усього світу. В Україні вона також виявила деякі недоліки у швидкій координації та оперативному реагуванні на виклики сьогодення. Система громадського здоров'я та система охорони здоров'я на державному рівні повною мірою не була підготовленою до ефективного реагування на SARS-CoV-2. Враховуючи сучасні виклики та складну епідеміологічну ситуацію в Україні стартувала трансформація системи громадського здоров'я. Вже з 1 липня 2021 року в усіх областях України запрацювали новостворені центри контролю та профілактики хвороб.

Основна частина. Метою дослідження було встановлення особливостей організації та діяльності центрів контролю та профілактики хвороб, їх штатно-організаційної структури, матеріально-технічного забезпечення, формування їх основних завдань та функцій для забезпечення оптимальних зрушень у трансформації системи громадського здоров'я.

Нова система громадського здоров'я спрямована на розбудову вертикалі епідемічного контролю в регіонах. Відповідно до Постанови КМУ від 17.02.2021 № 106 в усіх областях України та м. Києві з 1 липня 2021 року запрацювали Центри контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ).

Враховуючи досвід реагування на пандемію COVID-19, постала потреба в перегляді функцій та взаємодій у сфері епідконтролю. Насамперед це стосується змін у стратегічних підходах до управління системою громадського здоров'я. Основою змін в системі управління став перехід від децентралізованої системи до чітко керованої структури управління. Регіональні центри контролю та профілактики хвороб підпорядковуються МОЗ України через головного державного санітарного лікаря. Це дало змогу забезпечити швидке реагування

на виклики пандемії, а також злагоджену роботу щодо інших викликів у сфері громадського здоров'я.

Основою для новостворених ЦКПХ стали Лабораторні центри МОЗ України. Фахівці регіональних центрів громадського здоров'я були переведені у центри контролю та профілактики хвороб для посилення кадрового потенціалу у напрямках комунікації, профілактики й контролю неінфекційних захворювань, а також промоції вакцинації як рутинної, так і проти COVID-19. Новостворені центри мають в складі оперативно-диспетчерський підрозділ та бригади оперативного реагування. Керівники цих центрів отримали статус головних державних санітарних лікарів областей.

Центри взяли на себе повністю відповідальність за епідситуацію у кожному регіоні. Сфера їхньої діяльності починається від рутинного моніторингу показників захворюваності та епідагляду до прогнозування, виявлення надзвичайних ситуацій, спалахів та реагування на них. Робота центрів базується на тісній взаємодії з усіма медичними закладами та установами області, які працюють у сфері громадського здоров'я. Керівництво центрів співпрацює з управліннями охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, управліннями освіти, департаментами захисту довкілля й екології, управліннями Державної служби надзвичайних ситуацій.

Центр громадського здоров'я МОЗ України, як головна експертна установа, забезпечує керівництво та організаційно-методичний супровід роботи ЦКПХ та координацію діяльності мережі ЦКПХ у рамках епідеміологічного нагляду та реагування на небезпеки.

Відповідно до Закону України №4142 «Про систему громадського здоров'я» основними функціями ЦКПХ є:

- координація та проведення епідеміологічного нагляду й аналізу;
- індикація та ідентифікація збудників інфекційних хвороб, що мають значний епідемічний потенціал та/або міжнародне значення;
- реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я спільно з регіональними ЦКПХ у рамках роботи функціональних і територіальних підсистем єдиної державної системи цивільного захисту;
- проведення секвенування збудників інфекційних хвороб із метою розслідування причинно-наслідкових зв'язків виникнення та розповсюдження інфекційних хвороб, у тому числі інфекцій, які передаються при наданні медичної допомоги;
- повідомлення МОЗ про ризики у сфері громадського здоров'я та управління такими ризиками в межах компетенції;
- розробка пропозицій, планів дій та рекомендацій щодо здійснення заходів, спрямованих на поліпшення показників здоров'я і благополуччя населення та вдосконалення системи громадського здоров'я;
- збір та обробка інформації для формування інформаційного фонду ГЗ;
- проведення періодичного аналізу детермінантів здоров'я, заходів впливу на детермінанти здоров'я та заходи, спрямовані на запобігання, зменшення та усунення нерівностей щодо здоров'я;
- моніторинг заходів щодо зміцнення здоров'я, показників рухової активності, статевого й репродуктивного здоров'я, психічного здоров'я населення.

Висновки. Таким чином, проведене дослідження дозволяє зробити наступний висновок. Національна концепція створення центрів контролю та профілактики хвороб з метою трансформації системи громадського здоров'я відповідає найкращим світовим практикам та забезпечує реалізацію державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення.

Слободян А.І., Паламар Б.І.

ПАКЕТИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна

Вступ. В Україні останні роки відбулися кардинальні зміни в політиці, економіці і стратегії розвитку у медичній галузі. На всіх рівнях органів виконавчої влади пріоритетом стало забезпечення високоякісної і доступної медичної допомоги з орієнтацією системи охорони здоров'я на попередження захворювань. На це спрямований основний вектор реформування охорони здоров'я в Україні. Злоякісні новоутворення в країні посідають друге місце після серцево-судинних захворювань, оскільки є найбільш небезпечними для здоров'я людини серед причин смертності та інвалідизації. Актуальність боротьби із злоякісними новоутвореннями сьогодні визначається постійним зростанням захворюваності, інвалідності та смертності онкологічних хворих.

Основна частина. Від 24 лютого 2022 року воєнний стан в Україні – це нова реальність, яка диктує нові підходи та забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я для задоволення медичних потреб населення. Виникли нові потреби та вимоги щодо забезпечення кваліфікаційною медичною допомогою пацієнтів та постраждалих від військової агресії. Наказом МОЗ України від 24.02.2022 р. №374 «Про затвердження Тимчасових заходів у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії Російської федерації проти України» (із змінами від 20.03.2022 р.) передбачено тимчасове призупинення планових госпіталізацій, але не припинено термінові та невідкладні госпіталізації та операції, в тому числі це надання медичної допомоги хворим на онкологічні захворювання (ОЗ), тощо.

Разом з тим, у воєнний час пацієнти з ОЗ продовжують отримувати медичну допомогу відповідно пакетів медичних послуг, які були затверджені у 2021 році Національною службою здоров'я України (НСЗУ): хіміотерапевтичне лікування, радіологічне лікування та супровід пацієнта у стаціонарних та амбулаторних умовах. Від 1 січня 2022 року набув чинності оновлений Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення в 2022 році, затверджений постановою КМУ № 1440 від 29 грудня 2021 р. Відповідно до реформування системи охорони здоров'я усі пакети медичних послуг у 2022 році залишилися попередніми та без змін, зокрема і з приводу діагностики та лікування ОЗ. Відповідно до даних програм на сімейних лікарів покладено один з важливих напрямків – це вчасне

спрямування жінок на мамографічний скринінг та пояснення необхідності в даному обстеженні. Нажаль, сьогодні система контролю якості роботи первинної ланки не є досконалою, тому і настороженість лікарів первинної ланки до можливого розвитку ОЗ у пацієнтів не дуже висока. В системі охорони здоров'я механізму фінансової відповідальності за пропущені випадки, що призвели до занедбаних стадій ОЗ немає.

Постановою КМУ від 03.05.2022 р. №529 «Про внесення змін до постанов КМУ від 25.04.2018 р. № 410 «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» були внесені зміни для стабілізації роботи медичних служб під час воєнного періоду в країні щодо надання безперервної медичної допомоги. З метою удосконалення процедури реалізації програми медичних гарантій та підвищенню ефективності надання медичних послуг у воєнний стан були внесені зміни Постановою КМУ від 01.07.2022 р. № 741 до Постанови реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році, яка затверджена КМУ від 25.04.2018 р. №410, а також її Порядку, яка затверджена Постановою КМУ від 29.12.2021 р. №1440.

В період воєнного стану не відмінена і продовжена робота по розробці та впровадженню таких програм, як організованого популяційного скринінгу; розробленню скринінгових програм з оцінкою результатів; підвищенню рівня професійної освіти лікарів, середнього медичного персоналу та медичних працівників з метою збільшення кількості та якості кадрових ресурсів відповідно проекту «Національної стратегії контролю онкологічних захворювань до 2030 року», стратегічні цілі якого не змінені.

У воєнний час продовжує працювати інформаційний інструмент для пацієнток з ОЗ (чат-бот «Лікуйся» у мережі Telegram), який був створений з 2021 року та набуває більшої актуальності сьогодні, оскільки в умовах воєнного часу збільшення кількості звернень, часто обумовленні внутрішнім переміщенням населення через воєнні дії. Даний проект був створений завдяки ГО «Ліки контроль» та «Афіна», за підтримки НСЗУ. Грантова підтримка надана проектом USAID/UK aid «Прозорість та підзвітність у державному управлінні та послугах/TAPAS», яка є фондом «Євразія», при підтримці Міністерства цифрової трансформації України. Даний чат-бот надає можливість обрати медичні послуги відповідно до чотирьох розділів його головного меню: діагностика, лікування, перебування у стаціонарі та контрольні обстеження, а також можливість обрати зазначені медичні послуги за районом перебування в теперішній час. Чат-бот «Лікуйся» також надає можливість обрати послугу (оплачує НСЗУ чи самостійно), за якою можливо знайти медичний заклад відповідного профілю. Даний чат-бот надає покрокову інструкцію та необхідну інформацію. Необхідність його створення була викликана тим, що близько 18% жінок та 9% чоловіків відмовляються від лікування або зменшують кількість препаратів при злоякісних новоутворень через брак коштів, або не можливість отримання медичної допомоги.

Висновки. Воєнний стан в країні не змінив стратегічного напрямку реформування системи охорони здоров'я і надання медичної допомоги, зокрема пацієнтам з онкологічною патологією. Збільшилося навантаження і професійна

відповідальність медичного персоналу. Існує необхідність удосконалення системи моніторингу якості медичної допомоги на всіх етапах.

Омельченко Е.М., Єлізарова О.Т., Полька О.В., Линчак О.В.
**МОЖЛИВІ НАСЛІДКИ ВОЄННИХ ДІЙ НА ВИНИКНЕННЯ
РЕПРОДУКТИВНИХ ВТРАТ ГЕНЕТИЧНОЇ ЕТІОЛОГІЇ**
ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України»
Національна академія медичних наук України
м. Київ, Україна

Вступ. Депопуляція населення України була проблемою і у довоєнний час, тому особливо сьогодні питання збереження кожної бажаної вагітності та народження здорової дитини повинно бути пріоритетним.

Основна частина. Російське вторгнення похитнуло функціонування інфраструктури системи охорони здоров'я, в ряді областей медична допомога (як первинна, так і спеціалізована) на сьогодні є недоступною. Географічна і соціальна нерівність у доступі до медичної допомоги буде лише посилюватися. Доступ до ліків утруднений і часто просто неможливий внаслідок бідності пацієнтів, яка прогресуватиме. Хронічний стрес будь якої етіології за рахунок порушення гормонального гомеостазу є генетично значущим, війна також приводить до постійної повторюваної травматизації, тому слід очікувати формування комплексного посттравматичного синдрому, що може мати суттєві негативні наслідки як для теперішнього населення України, так і для майбутніх поколінь.

Крім безпосереднього забруднення довкілля шляхом використання зброї, відбувається руйнування об'єктів промисловості, заповідників та орних земель, водоймищ та забруднення атмосферного повітря в результаті пожеж і викидів небезпечних речовин. Ці події є як стресовими факторами для здоров'я людини, так і мають пряму нейротоксичну дію, що може приводити не тільки до порушення регуляції ендокринної системи в цілому і репродуктивного здоров'я зокрема, а й викликати вроджені аномалії або порушувати когнітивні можливості у народжених дітей. Дослідження показують ініціацію несприятливих віддалених епігенетичних ефектів для здоров'я, що розвиваються під впливом таких стресових факторів як війна, теракти та техногенні катастрофи, які супроводжують українську популяцію з початку повномасштабного вторгнення.

Відміна планових операцій, застосування репродуктивних технологій при плануванні вагітності є тільки однією стороною наслідків війни і з цією проблемою суспільство вже зустрічалося при впровадженні локдаунів під час розпалу пандемії COVID-19. Між тим, зараз ворог наносить удари саме по медичній інфраструктурі з метою дезорієнтації і залякування населення. Внаслідок безперервних обстрілів та бомбардувань або окупації, дітей народжували у підвалах чи бомбосховищах без належної медичної допомоги. На сьогодні ще ми не знаємо статистики по самовільним викидням та замерлим вагітностям за цей період, але можна припустити, що ця цифра буде

вища за довоєнний рівень. Без належної медичної допомоги у цьому випадку можливий ряд ускладнень у майбутньому або навіть втрата життя. Різка відміна ліків або контрацептивних засобів призначених з лікувальною метою є також потенційною причиною порушення репродуктивної сфери, а також сприяє підвищенню частки небажаних вагітностей.

Міграція населення, зміна звичного способу життя, втрата роботи, житла, роботи та медичної допомоги є також стресовим чинником. Крім того, багато з переселенців є родичами військовослужбовців, і тому є групою ризику щодо формування посттравматичного розладу і репродуктивних порушень. Небажані вагітності, зміна способу життя, загострення неінфекційних захворювань приводить до зростання кількості жінок, які потребують переривання вагітності.

Щодо допомоги майбутнім матерям у профілактиці вроджених аномалій та метаболічних порушень у новонароджених, то відомо, що вживання фолієвої кислоти при плануванні вагітності може запобігти формуванню дефекту нервової трубки, тоді як дефіцит лікарських препаратів та просто ігнорування цих рекомендацій може привести до підвищення частки дітей з цією патологією. Не менш важливими проблемами є профілактика залізо- і йоддефіциту у вагітних і новонароджених.

Висновки. Отже, під час війни на репродуктивну функцію впливає комплекс негативних факторів і без належної медичної допомоги може спостерігатись підвищення як материнської смертності, так і підвищення смертності серед жінок в цілому. Також фактор війни потенційно сприяє зростанню репродуктивних втрат генетичної етіології і наслідки дії цих чинників можуть бути як короткостроковими, так і віддаленими, що потребує тривалого спостереження і ретельного аналізу.

Чечурін Ю.О.

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я ТА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського
м. Кременець, Україна

«Якщо лікар врятував одну людину, про нього говорять.
Якщо вінвилікував 10-15 осіб, його прославляють.
Але якщо він відвернув захворювання тисяч і тисяч людей,
цього ніхто не оцінить.

Адже як можна оцінити те, що не відбулося?»

Лев Васильович Громашевський, видатний український епідеміолог

Вступ. Громадське здоров'я і є про те, що не відбулося, що можна і потрібно попереджувати. Дуже важко викликати усвідомлення у людини для того, аби працювати над попередженням ефемерної хвороби, коли її ще навіть не існує у людини. Тому, нелегкою задачею все ще залишається потреба

мотивувати населення дбати про своє здоров'я і дотримуватись рекомендацій спеціалістів щодо ведення здорового способу життя.

Основна частина. Під час воєнного стану всі люди нашої країни, в тому числі і студенти, знаходяться в умовах постійної психологічної напруги, яка негативно впливає на якість життя. Але не зважаючи на скрутні обставини, в яких опинилися українські громадяни, однаково потрібно знаходити можливість приділяти увагу покращенню фізичного та психологічного стану для підняття духу і впевненості у боротьбі з ворогом, прямуючи до перемоги.

В умовах війни студенти закладів вищої освіти України продовжують навчатися в тих регіонах, де це можливо, покращуючи свій потенціал знань. Багато студентів займаються волонтерською діяльністю або вступили до лав територіальної оборони. Але не дивлячись на те, яким чином молодь допомагає країні долати ворога, потрібно знаходити час для зміцнення фізичних якостей і здоров'я, що є складовими впевненості і незламного духу, які формуються завдяки фізичним навантаженням.

В Кременецькому медичному фаховому коледжі імені Арсена Річинського під час навчання для безпеки студентів та працівників закладу підготовленні бомбосховища. При оголошенні владою України повітряної тривоги викладач організовує переміщення студентів в укриття. Там, викладачі фізичної кафедри проводять бесіди з дітьми про збереження здоров'я громадян та про корисні властивості фізичних навантажень.

Для фахівців з громадського здоров'я та викладачів фізичної культури важливо пропагувати населенню як вести активний, здоровий спосіб життя. Важливими є комунікативні навички, здатність систематизувати та аналізувати інформацію, розумітися у захворюваннях та симптомах, діяти в екстрених ситуаціях та швидко приймати рішення.

Одним із основних завдань спеціалістів громадського здоров'я та педагогів є виховання молоді в дусі відповідального ставлення до власного здоров'я і здоров'я оточуючих, як до найвищої індивідуальної та суспільної цінності.

Основним чинником створення гармонійно розвинутої особистості є фізична культура і спорт. На сучасному етапі розвитку суспільства зростають вимоги до фізичної підготовки людей, адже саме рівень здоров'я нерідко - головний чинник працездатності в процесі життєдіяльності людини.

Заняття фізичною культурою та спортом мають велике значення у формуванні здорового способу життя, духовного та фізичного розвитку студентської молоді. Заняття фізичними вправами зміцнюють здоров'я, підвищують нервово-психічну активність до емоційних стресів, підтримують фізичну і розумову працездатність.

Навіть в умовах воєнного стану для зміцнення організму і підтримання гарної фізичної форми необхідно правильно будувати план тренувань і дотримуватись системи занять, щоб не нашкодити здоров'ю. Потрібно чітко розуміти, що у студентському віці формується організм, розвивається сила, витривалість і вдосконалюється психоемоційна рівновага, а також формуються внутрішні органи і запас міцності всього організму. Для розвитку всіх фізичних

якостей і зміцнення здоров'я дуже важливо вміти регулювати навантаження, щоб не нашкодити організму і досягти максимального ефекту.

Висновки. Здоровий спосіб життя, розвиток фізичних якостей, зміцнення психологічно-вольового характеру є важливими складовими життя кожного громадянина нашої країни. У студентів, які активно й систематично відвідають заняття з фізичного виховання, виробляється певний стереотип режиму дня, підвищується впевненість у поведінці та рівень дотримання норм здорового способу життя. І головне, пам'ятаймо, що будь-яку хворобу краще попередити, ніж її лікувати, а здорові люди є найвищою цінністю будь-якої країни.

НАУКОВЕ ПІДГРУНТЯ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЧНИХ РІШЕНЬ В ГАЛУЗІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я. ЕКОНОМІКА ЗДОРОВ'Я ТА ПРИНЦИПИ СТАЛОГО РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА: ЧОМУ ВИГІДНО ІНВЕСТУВАТИ В ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ І КРАЇНИ

Грохотов В.А.¹, Орлова Н.М.²

ДОСТУПНІСТЬ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

¹Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
м. Київ, Україна

²Вінницький Національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Вступ Збереження стоматологічного здоров'я є важливою складовою та запорукою забезпечення високого рівня громадського здоров'я. Скорочення мережі та недостатнє фінансування комунальних стоматологічних закладів, комерціалізація стоматології та зубожіння населення призводить до зниження доступності стоматологічної допомоги та погіршення стану стоматологічного здоров'я населення України.

Основна частина. З метою оцінки сучасного рівня доступності стоматологічної допомоги для населення України нами проаналізовані матеріали, оприлюднені Держкомстатом України у статистичному довіднику «Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги», щодо результатів вибіркового обстеження домогосподарств, проведених у 2020 р. (опитано 8145 домогосподарств, які у сукупності налічували 38105 осіб та репрезентативно представляли усі домогосподарства України).

Результати аналізу засвідчили, що відсоток домогосподарств, у яких хто-небудь із членів родини протягом останніх 12 місяців при потребі не зміг одержати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя склав 19,2%. 41,2% респондентів, серед тих хто не зміг одержати медичну допомогу, вказали на неможливість відвідати лікаря-стоматолога, а майже третина – на неможливість здійснити зубне протезування (29,6%).

Серед усіх опитаних членів домогосподарств частка осіб, які не змогли відвідати стоматолога у разі потреби склала у 2020 році 7,9%, а зробити протезування, відповідно, - 5,7%. Тобто, у 2020 р. 13,6% респондентів або кожний 7-й житель України не зміг одержати стоматологічну допомогу у разі потреби в ній. Основною причиною недоступності стоматологічної допомоги, на думку 95,1% опитаних, є занадто висока її вартість.

Доступність стоматологічної допомоги залежить від фінансових можливостей домогосподарств. У групах домогосподарств із низькими доходами (менше 3834,14 грн - середньомісячного розміру фактичного прожиткового мінімуму за 9 місяців 2020 року, розрахованого Мінсоцполітики) частка осіб, які не змогли відвідати стоматолога була вірогідно більшою, ніж серед більш забезпечених домогосподарств (9,7 % та 7,3%, відповідно, $p < 0,05$).

Доступність стоматологічної допомоги також залежить від вікового складу домогосподарств. У групах домогосподарств із наявністю дітей (до 18 років) вірогідно вищою була частка членів домогосподарств, які у разі потреби не могла відвідати стоматолога (9,7% проти 7,7%, $p < 0,05$), а у домогосподарствах із членами старше 60 років – більша частка осіб, які не змогли одержати протезування (9,3% проти 5,4%, $p < 0,05$).

Іншим чинником, який диференціює доступність стоматологічної допомоги є місце проживання. Доступність послуг стоматолога є вірогідно нижчою для селян, що засвідчує вища частка сільських жителів, порівняно із міськими, які відповіли, що у разі потреби не змогли відвідати стоматолога (9,0% проти 7,4%, відповідно, $p < 0,05$). А от статистично вагомої різниці у доступності протезування в залежності від місця проживання респондентів, не було виявлено (5,3% у селі та 5,9% у місті, $p > 0,05$).

Опосередковано про недостатню доступність стоматологічної допомоги та низьку санітарну культуру населення свідчить дуже мала частка респондентів, які вказали, що впродовж останніх 12 місяців звертались до стоматолога у державній медичній установі (11,0%) або до приватних стоматологів (9,8%). Тобто, впродовж року до стоматолога звертається лише кожний четвертий житель України, а три чверті залишаються не оглянутими стоматологом жодного разу за рік.

Частота звернень до стоматолога є нижчою серед сільського населення. До стоматолога у бюджетних закладах впродовж 12 місяців зверталось 9,0% опитаних селян та 11,9% - міських жителів ($p < 0,05$). До приватного стоматолога – 8,6% та 10,3% респондентів, відповідно ($p < 0,05$).

Серед дорослого населення найрідше до стоматолога звертаються особи пенсійного віку - 9,3% чоловіків та 8,6% жінок старше 60-ти років впродовж останніх 12 місяців відвідали стоматолога у бюджетних установах та і 5,6% та 6,5%, відповідно, - приватного стоматолога.

Низькою є частота звернення до стоматологів і серед дитячого населення. Так, діти у віці до 3-х років, згідно результатів опитування членів домогосподарств, впродовж останніх 12 місяців оглядалися стоматологом лише у 1,3% випадків. Найчастіше стоматологічну допомогу одержували юнаки призовного віку (16-17 років). 20,8% з них - у бюджетних стоматологічних закладах і 13,5% - у приватного стоматолога. Але навіть серед них за 12 місяців стоматолога відвідав лише кожен третій юнак.

Висновки Існування проблем із доступністю стоматологічної допомоги обумовлює необхідність розробки та затвердження гарантованого рівня безоплатної стоматологічної допомоги для населення України, особливо для його соціально незахищених верств та обґрунтування нових організаційних форм надання стоматологічної допомоги, у т.ч. на засадах державно-приватного партнерства.

Ковальчук Т.А.

ЗАДОВОЛЕНІСТЬ МЕДИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ У СІМ'ЯХ ДІТЕЙ ІЗ СИНКОПЕ ВНАСЛІДОК ОРТОСТАТИЧНОЇ ГІПОТЕНЗІЇ

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України
м. Тернопіль, Україна

Вступ. Оцінка надання медичної допомоги є важливим інструментом поточного контролю та подальшого покращення якості медичних послуг. Традиційно в процесі такої оцінки перевага надається технічним і фізіологічним характеристикам отриманого результату, тоді як думка пацієнтів, як основних реципієнтів наданих послуг, до уваги не береться.

Основна частина. Метою роботи було визначити задоволеність якістю медичних послуг у сім'ях дітей із синкопе внаслідок ортостатичної гіпотензії (СВОГ).

Обстежено 28 пацієнтів із СВОГ та 36 відносно здорових дітей віком 8-17 років. В діагностиці СВОГ використовували рекомендації Європейського товариства кардіологів (2018). Оцінку наданих медичних послуг здійснювали шляхом анкетування батьків респондентів адаптованою україномовною версією загального модуля опитувальника PedsQL™ 3.0 «Задоволеність в галузі охорони здоров'я». Вірогідність розходжень оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента для даних із нормальним розподілом та критерію Манна — Уїтні при відмінному від нормального розподілі.

Нами не було виявлено жодних відмінностей у показнику загальної шкали задоволеності в галузі охорони здоров'я у сім'ях дітей обох груп ($p=0,14$). У порівнянні зі здоровими респондентами, батьки пацієнтів із СВОГ були задоволені рівнем обізнаності про стан здоров'я дитини, залученням сім'ї під час лікування, технічними навиками медичного персоналу, реалізацією емоційних потреб дитини та її сім'ї, включаючи задоволеність наданими медичними послугами в цілому ($p>0,05$). Однак, діти зі СВОГ та їх сім'ї мали низький рівень комунікації із медичним персоналом ($p=0,04$) – отримували недостатньо інформації щодо стану здоров'я та лікування, проведених аналізів та процедур.

Висновки. Отримані результати будуть корисними для покращення якості надання медичних послуг дітям із СВОГ та їх сім'ям.

Комар О. М., Пірвердієва І. С.

ПОГЛИБЛЕНИЙ ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ЗА 2020 РІК

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова МОЗ
України
м. Вінниця, Україна

Вступ. За останні кілька десятиліть демографічний зсув, що супроводжується паралельним зростанням тягаря хронічних неінфекційних

захворювань, і збільшення частки пацієнтів, які перенесли гострі критичні захворювання, призвели до зростання кількості людей, які живуть з хронічними захворюваннями та інвалідністю, що в кінцевому підсумку призводить до збільшення попиту на реабілітаційні послуги з часом.

Основна частина. На початок 2021 року в Україні проживало 2724,1 тисяч осіб з інвалідністю, з них 1449,1 тисяча з III групою або 53,2%, темп росту (ТР) яких склав (+) 0,8% і (+) 2,3% відповідно. Із загальної кількості осіб з інвалідністю 44,3% або 52067 жінки (статистичний збірник державної служби статистики України «Соціальний захист населення України у 2020 році»).

За даними з аналітико-інформаційного довідника «Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2020 рік», загальний показник первинної інвалідності (крім дітей з інвалідністю) на 10 тис. усього населення у 2020 році склав в Україні – 30,9, у Вінницькій області – 34,2, темп росту яких становив (-) 13,2% і (-) 17,8% відповідно. Зниження даного показника відбулося у всіх областях. За регіональним розподілом, окрім Вінницької області, значно вищий рівень первинної інвалідності (III), від середнього національного, мали (на 10 тис. усього населення): Полтавська (43,2), Запорізька (37,9), Львівська (37,2), Хмельницька (36,7), Житомирська (35,3) області тощо.

За окремими причинами первинної інвалідності лідером залишається категорія «особи з інвалідністю внаслідок загального захворювання» - 26,1 й 28,9 на 10 тис. усього населення в Україні й Вінницькій області відповідно, яка у відсотковому відношенні дорівнювала 84,5%.

Така ж тенденція прослідковувалася і за показником III працюючих на 10 тис. зайнятого населення, крім Кіровоградської і Черкаської областей, де виявлено зростання останнього в 2020 році до попереднього на (+) 4,5% й (+) 5,0% відповідно. В Україні первинну інвалідність було встановлено 41437 працюючим або 25,8 на 10 тис. зайнятого населення, у Вінницькій області (20 рангове місце) – 1883 (29,3) особам; темп росту – (-) 8,5% й (-) 15,1% відповідно.

Серед населення працездатного віку показник III на 10 тис. населення був на рівні 43,2 в Україні (ТР (-) 12,9%) і 49,4 у Вінницькій області (ТР (-) 17,7%). За місцевістю проживання даний показник вищий у населення сільських територіальних громад – 53,8 (загальнонаціональний рівень) і 55,3 (у Вінницькій області), а міського – 34,5 й 46,7 відповідно.

Аналіз показника III в Україні за класами та нозологічними формами захворювань у 2020 році на 10 тис. населення працездатного віку виявив, що найбільш розповсюдженими причинами, які призводять до інвалідизації були: новоутворення (9,5); хвороби системи кровообігу (9,2), серед них цереброваскулярні хв. (4,1); хв. кістково-м'язової системи (6,3); травми, отруєння (4,2); хв. нервової системи й психіки (по 2,3). Такі ж місця ці класи захворювань зайняли і у структурному розподілі первинної інвалідності – 21,9%; 21,2%; 14,6%; 9,7% (разом біля 65% від усіх нозологій) відповідно; 5-те місце – розлади психіки та поведінки (5,4%); 6-те – хв. нервової системи (5,3%).

Висновки. Результати поглибленого аналізу показника первинної інвалідності вказують на нагальну потребу розширити надання реабілітаційної допомоги, особливо на рівні первинної медико-санітарної допомоги, щоб

забезпечити доступність і надання послуг тим, хто їх потребує незалежно від місцевості проживання.

Романів М.П., Теренда Н.О.

АНАЛІЗ НАДАВАННЯ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ НА ВТОРИННОМУ ТА ТРЕТИННОМУ РІВНЯХ В УКРАЇНІ

Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського
МОЗ України
м. Тернопіль, Україна

Вступ. У світі рак шийки матки (РШМ) займає 3-тє місце серед усіх онкологічних захворювань у жінок та становить значну медико-соціальну проблему. Так, у 2019 році в усьому світі від РШМ померло більше 280 тисяч жінок, а в Україні – більше 2 тисяч. РШМ в Україні є одним з основних в структурі онкологічної захворюваності у жінок та становить 5,9 % в структурі онкологічних захворювань жінок.

Основна частина. За даними Національного канцер-реєстру України за період 2017-2020 років захворюваність на РШМ в Україні мала тенденцію до зниження із 21,7 до 17,9 на 100 тис. жіночого населення. Смертність від РШМ також зменшилася із 8,6 до 7,4 на 100 тис. жіночого населення. В Тернопільській області також за період 2017-2020 років спостерігалось зменшення захворюваності на РШМ з 19,7 до 15,4 на 100 тис. жіночого населення, при цьому даний показник був нижчий за загальноукраїнський на 9,2-14,0 %. Проте спостерігалось підвищення смертності від РШМ з 6,9 до 9,1 на 100 тис. жіночого населення на відміну від загальноукраїнського показника (+23,0 % у 2020 році).

Дані тенденції відобразилися у наданні онкогінекологічної допомоги жінкам на вторинному та третинному рівнях. Так, у Національному інституті раку за період 2017-2020 років зменшилася щорічна кількість пролікованих пацієнок з РШМ з 362 до 284, при цьому середня частота госпіталізації хворої за рік коливалася в межах 2,2-2,5 разу. Середня тривалість перебування пацієнок на стаціонарному лікуванні у Національному інституті раку зменшилася із 26,5 до 21,9 ліжко-днів.

У Тернопільському обласному клінічному онкологічному диспансері за період 2017-2020 років також зменшилася щорічна кількість пролікованих пацієнок з РШМ з 170 до 135 жінок. Середня частота госпіталізації хворої за рік коливалася в межах 2,2-2,5 разу, що відповідає даним Національного інституту раку. Проте середня тривалість перебування пацієнок на стаціонарному лікуванні за період 2017-2020 років перевищувала такий показник закладу третинного рівня на 38,5-47,0% (відповідно від 36,7 до 32,2 ліжко-днів).

Висновок. За період 2017-2020 років спостерігається позитивна тенденція щодо зменшення рівня захворюваності на РШМ як на регіональному (Тернопільська область), так і на державному рівнях. Також зменшується

середня тривалість перебування пацієнток на стаціонарному лікуванні на вторинному та третинному рівнях онкогінекологічної допомоги з переважанням по тривалості лікування на вторинному рівні.

Мокієнко А.В.

ВОДА, САНІТАРІЯ ТА ГІГІЄНА: ГЛОБАЛЬНІ ТА НАЦІОНАЛЬНІ ВИКЛИКИ ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'Ю

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Вступ. Доступ до безпечної води, санітарії та гігієни (WASH) має вирішальне значення для досягнення Порядку денного держав-членів ООН на період до 2030 року. Неналежний WASH є причиною 432 000 смертей щороку в усьому світі. Належний WASH запобігає спалахам захворювань і летальним наслідкам.

Мета полягала у порівнянні глобального WASH із даними по Україні.

Основна частина. У дослідженні (М. Aboah, М. Mivittah, 2022) проаналізовано доступні дані за 1990-2020 рр. для моделювання впливу глобального WASH на здоров'я людини на основі однофакторного та багатфакторного аналізу. Досліджено глобальний розподіл WASH із використанням глобальних індикаторів з 1990 по 2020 рік. Лідерство за якістю та чистотою води зайняла Європа. Америка мала найвищий рівень санітарії порівняно з іншими континентами. Порядок зростання WASH серед континентів є таким: Африка, Азія, Європа, Австралія, Америка. Сильна урядова політика та системи управління є відповідальними за високий рівень санітарії на континентах за межами Африки. Було продемонстровано, що покращення якості води, санітарія та гігієна позитивно впливають на здоров'я, соціальний та економічний розвиток. Однак глобальне розуміння якості води, санітарії та гігієни є обмеженим.

«Дослідження кластеру з питань води, санітарії та гігієни про гуманітарні потреби на сході України» (листопад 2021) наводить наступні дані: 33% домогосподарств (Д) на підконтрольних уряду територіях потребують допомоги з водопостачанням у будь-якому з наступних питань (індикатори): 1) Д, які не мають доступу до покращених джерел води; 2) які мають проблеми з доступністю водопровідної води (перебої або постачання за графіком); 3) не можуть дозволити собі придбати необхідні матеріали для очищення питної води (з будь-якого джерела); 4) очікують на воду понад 30 хвилин (для води з вантажівки або в кіосках); 5) Д, які зберігають воду негігієнічним способом. В 20-км зоні 38% Д потребують допомоги. На віддаленій від лінії розмежування території - 31%. Більшою мірою допомоги потребують жителі сільської місцевості (40%), ніж міст (32%). Найбільше (15% Д) мають потребу за індикатором 3. Це корелює з результатами дослідження 2020 р., коли констатовано наявність мікробного та хімічного забруднення води.

Висновки. Доступ до чистої питної води у районах, уражених конфліктом, залишається гострою проблемою. Це обумовлено застарілою

інфраструктурою водопостачання та її постійним пошкодженням внаслідок бойових дій. Надалі планується підвищення справедливого доступу до чистої питної води та безпечної санітарії в зоні конфлікту; зменшення впливу екологічних ризиків; поліпшення практик дотримання гігієни в громадах, школах і медичних закладах.

Огнєв В.А.¹, Пересипкіна Т.В.^{1,2}, Бринза М.С.²

ПЕРСПЕКТИВИ ЩОДО МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ В УКРАЇНІ

¹ Харківський національний медичний університет

² Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна
м. Харків, Україна

Вступ. У рамках проведення студентської наукової роботи було проведено анкетування іноземних студентів-медиків двох закладів вищої медичної освіти (ЗВМО) великого промислового міста.

Точкою наукового інтересу було визначення можливостей та особливостей надання медичної допомоги іноземним здобувачам вищої медичної освіти за час їх навчання в Україні. Дослідженням були передбачені питання щодо кратності їх звернення за медичною допомогою, причин звернення та установ, в яких вони отримували медичну допомогу, а також про складнощі, які іноземні студенти відчували під час її отримання.

Основна частина. В опитуванні шляхом анонімного анкетування прийняли участь 51 студент шостого курсу ЗВМО I та 53 здобувача освіти ЗВМО II, що навчалися на третьому курсі. Середній вік студентів становив 23,4 та 22,1 років відповідно. Розбіжностей за статтю не встановлено ($p < 0,05$).

Визначено, що за результатами більшості відповідей анкети достовірних розбіжностей між закладами не виявлено.

Так, встановлено, що за час навчання переважна більшість студентів двох вищів зверталися за медичною допомогою протягом їх навчання – 86,3 % ЗВМО I та 62,3 % ЗВМО II ($p < 0,01$). Кратність звернення по допомогу в основному, становила один раз протягом навчального року для $60,8 \pm 6,9$ % ЗВМО I та $34,0 \pm 6,6$ ЗВМО II ($p < 0,01$); двічі на рік зверталися $17,7 \pm 5,4$ % та $17,0 \pm 5,4$ % ЗВМО II відповідно ($p > 0,05$). Кількість студентів, які визначили більшу частоту звернень (один раз на місяць, раз на три місяці, тощо..) була не значною серед студентів двох ЗВМО.

Кількість звернень по медичну допомогу може бути обумовлена станом здоров'я та наявністю хронічної патології. Так, серед здобувачів ЗВМО I на наявність у них станів, які вимагають тривалого медичного спостереження або контролю вказали 5 осіб (9,8 %) та 4 особи (7,8 %) зазнали труднощі із відповіддю на дане питання. Серед респондентів ЗВМО II на наявність хронічної патології вказали лише 2 студента (3,8 %) та 3 респондента (5,7 %) не визначилися із відповіддю на дане питання ($p > 0,05$). Тобто, переважна кількість опитаних не визначали у себе наявність захворювань, які вимагають тривалого медичного спостереження.

Оцінюючи структуру причин звернень по медичну допомогу встановлені деякі відмінності між двома ЗВМО. Так, захворювання респіраторної системи мали найвищу питому вагу ($42,8 \pm 6,6$ %) серед респондентів ЗВМО I; другу рангову позицію займали захворювання з боку кістково-м'язової системи ($19,6 \pm 5,3$ %); кардіоваскулярна патологія обумовила питому вагу у $8,9 \pm 3,8$ %; хвороби сечостатевої системи – $8,9 \pm 3,8$ %.

Серед опитаних ЗВМО II структура причин звернень розподілилася наступним чином: найбільшу питому вагу становили звернення із профілактичною метою ($31,0 \pm 4,6$ %); інфекційні захворювання становили $21,0 \pm 4,7$ %; хвороби респіраторної системи становили $19,0 \pm 3,9$ %; захворювання ока та придаткового апарату були визначені у $11,0 \pm 3,1$ %.

Тобто, ЗВМО II частіше ($p < 0,05$) зверталися до медичних установ із профілактичною метою, частіше із захворюваннями ока та придаткового апарату та із інфекційною патологією, ніж опитані ЗВМО I. Серед здобувачів ЗВМО I була вище питома вага скарг на розлади респіраторної системи ($p < 0,01$), захворювання кістково-м'язової системи ($p < 0,05$).

За даними анкетування встановлено, що медичне страхування студентів не мало особливого значення при зверненні до медичних закладів в Україні. Результати показали, що для 27 здобувачів освіти ЗВМО I ($52,9 \pm 7,0$ %) та для 25 осіб ЗВМО II ($47,2 \pm 6,9$ %, $p > 0,05$) вказували на те, що страховий поліс може мати лише в окремих випадках.

Зкладами, куди найчастіше зверталися опитуванні були: приватні клініки (30 осіб ($58,8 \pm 6,9$ %) ЗВМО I та 22 особи ($41,5 \pm 6,8$ %) ЗВМО II, ($p > 0,05$); медичні центри при закладах вищої освіти (4 особи ($7,8 \pm 3,8$ %) ЗВМО I проти 16 респондентів ($30,2 \pm 6,3$ %) ЗВМО II, ($p < 0,001$). До лікарів – викладачів на клінічних кафедрах навчання мали досвід звернення 10 ($19,6 \pm 5,6$ %) опитаних ЗВМО I та лише 4 ($7,5 \pm 3,7$ %, $p < 0,05$) ЗВМО II.

Анкета також містила питання щодо задоволеності отриманою допомогою. Визначено, що відповідь «задоволені» надали 25 осіб ($49,0 \pm 7,1$ %) респондентів ЗВМО I та 22 особи ($41,8 \pm 6,8$ %) ЗВМО II, ($p > 0,05$).

При зверненні за допомогою студенти – медики мали певні труднощі. Серед основних з них вказувалися: труднощі у спілкуванні ($64,7 \pm 6,7$ % серед студентів ЗВМО I та $77,3 \pm 5,8$ % респондентів ЗВМО II ($p > 0,05$); недостатня кількість медичних закладів для іноземних студентів ($7,8 \pm 3,8$ % ЗВМО I та $50,9 \pm 6,9$ % ЗВМО II, ($p < 0,001$); на обмеженість доступу до необхідних послуг, фахівців 4 особи ($7,8 \pm 3,8$ %) ЗВМО I та 17 ($32,1 \pm 6,4$ %) ЗВМО II, ($p < 0,01$).

Всі опитані іноземні студенти-медики в обох вищих навчальних закладах були єдині у думці (100%) щодо того, що сьогодні необхідним є вдосконалення медичної допомоги іноземним студентам, які навчаються в Україні.

Висновки. Проведене пілотне опитування показало, що є деякі складнощі для отримання іноземними студентами медичної допомоги за період навчання в Україні.

Результати опитування вказують, що протягом навчання достатня кількість здобувачів освіти звертаються до медичних закладів. Вища питома вага звернень, у тому числі із профілактичною метою, інфекційними захворюваннями або хворобами органів зору притаманна студентам молодших

курсів. Організація, потужність та поширення інформації щодо роботи медичних центрів при закладах вищої медичної освіти має значення для здобувачів при виникненні потреби отримання медичної допомоги.

Серед моментів, щодо вдосконалення механізму надання медичної допомоги іноземним студентам, є: підвищення ролі медичних пунктів закладів вищої освіти, підвищення інформаційної складової у питаннях про те, де можна отримати медичну консультацію, в тому числі з урахуванням зниження мовного бар'єру. Потребує врегулювання питання отримання допомоги студентами за умовами страхового полісу.

Смірнова В.Л., Панчишин Н.Я., Дністрянський Б.В.

АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА СТАТИСТИЧНИХ ДАНИХ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА У МІСТІ ВІННИЦЯ

Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського
МОЗ України
м. Тернопіль, Україна

Вступ. Хвороби систем кровообігу є медико-соціальною проблемою, які займають одне з провідних місць у структурі захворюваності та смертності населення України. На сьогоднішній день, смертність від інфаркту міокарда в Україні є однією з найвищих у світі. За статистичними даними, у нашій країні щороку реєструють 40 тисяч інфарктів, а симптоми ішемічної хвороби серця мають 9 мільйонів дорослого населення. За даними Асоціації кардіологів, від гострого інфаркту міокарда помирає близько 30% українських пацієнтів. Незважаючи на певні успіхи в лікуванні даного захворювання в більшості розвинутих країн світу, ця патологія залишається однією з найголовніших причин захворюваності та смертності населення, а отже потребує детального дослідження.

Метою дослідження було проаналізувати та оцінити динаміку захворюваності на інфаркт міокарда в Україні в цілому та у місті Вінниця.

Основна частина. За даними ВООЗ, гострий інфаркт міокарда відноситься до одних із найважливіших неінфекційних хвороб. За останні 10 років захворюваність на інфаркт міокарда зросла на 17,5%, зокрема висока смертність спостерігається й як серед хворих працездатного віку, що доводить те, що дане захворювання є медико-соціальною проблемою. Внаслідок ХСК(хвороби системи кровообігу) Україна щорічно втрачає близько 300 тис. населення. Упродовж 1991–2017 років показник смертності від ХСК в Україні зріс з 488,0 до 1010,7 (на 100 тис. нас.), тобто в півтори разів. В 2017 р. в структурі смертності від усіх захворювань, ХСК становили 69,5%, тоді як онкологічні хвороби –19,8%, хвороби органів травлення та дихання – 5,9%, зовнішні причини – 4,8%. Роботу первинної ланки по наданню медичної допомоги кардіологічним хворим міста Вінниці характеризує поширеність ХСК, їх раннє виявлення та своєчасне оздоровлення. Стан смертності від ХСК визначає роботу лікувальних закладів в цілому і являється основним критерієм та кінцевим результатом роботи медичної галузі міста. Аналізуючи показники

поширеності, захворюваності та смертності у лікувальних закладах міста, слід відмітити значну їх строкатість та мінливість в динаміці які щорічно повторюються. Станом на 2021 рік, захворюваність на інфаркт міокарда у місті Вінниця зменшилась із 81 до 65 в абс. числах, а також смертність зменшилась із 11 до 10 в абс. числах.

Таблиця 1.

Захворюваність та смертність від гострого інфаркту міокарду (ІМ) в 2020 р.

Лікувальний Заклад	ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ІМ				СМЕРТНІСТЬ від ІМ			
	Всього (абс.ч.)	Працездатний вік	Захворіли ІМ повторно (абс.ч.)	Показник на 10 000 нас.від всіх захворілих	Всього (абс.ч.)	Працездатний вік	Показник на 10 000 нас. від всіх померлих	% померлих від числа захворілих
ЦПМСД-1	31	7	2	8,57	5	0	1,38	16,1
ЦПМСД-2	82	20	4	10,88	14	3	1,86	17,0
ЦПМСД-3	100	18	8	13,26	22	1	2,92	22,0
ЦПМСД-4	76	16	3	13,38	13	0	2,29	17,1
ЦПМСД-5	67	11	1	11,67	12	0	2,09	17,9
М.ВІННИЦЯ	356	72	18	11,82	66	4	2,19	18,5
		2,78 Показ ник				0,15 Показ ник		

Показник захворюваності на 100 тис. населення у 2020 р. становить 95,99.

Показник смертності на 100 тис. населення у 2020 р. становить 17,79.

Примітка: в колонці із працездатним віком зазначено абсолютне число захворілих та померлих працездатного віку, а також показник на 10 000 населення. ЦПМСД (Центр первинної медико-санітарної допомоги).

Таблиця 2.

Захворюваність та смертність від гострого інфаркту міокарду (ІМ) в 2021 р.

Лікувальний	ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ІМ	СМЕРТНІСТЬ від ІМ
-------------	-------------------	-------------------

Заклад	Всього (абс.ч.)	Працездатний вік	Захворіли ІМ повторно (абс.ч.)	Показник на 10 000 нас.від всіх захворілих	Всього (абс.ч.)	Працездатний вік	Показник на 10 000 нас. від всіх померлих	% померлих від числа захворілих
ЦПМСД-1	26	5	1	8,35	7	0	2,25	26,9
ЦПМСД-2	75	14	5	10,73	18	1	2,58	24,0
ЦПМСД-3	91	17	7	13,35	29	3	4,25	31,9
ЦПМСД-4	66	22	1	15,03	19	5	4,33	28,8
ЦПМСД-5	63	17	0	13,94	11	1	2,43	17,5
М.ВІННИЦЯ	321	75	14	12,43	84	10	3,25	26,2
		3,37 Показ ник				0,45 Показ ник		

Показник захворюваності на 100 тис. населення у 2021 р. становить 86,56.

Показник смертності на 100 тис. населення у 2021 р. становить 22,65.

Примітка: в колонці із працездатним віком зазначено абсолютне число захворілих та померлих працездатного віку, а також показник на 10 000 населення.

Проаналізувавши таблиці 1. і 2 слід зазначити, що захворюваність на інфаркт міокарда по місту дещо знизилась із 356 до 321 (в абс. числах). Показник захворюваності (на 10 000 нас.) в 2020 р. склав 11,82 проти 12,43 в 2021 р. Серед лікувальних закладів первинної ланки міста найвищою захворюваність спостерігається в ЦПМСД-3 – 91 особа, а найнижчою - в ЦПМСД-1 – 26. Стосовно захворюваності на інфаркт міокарда серед працездатного населення, то кількість хворих дещо зросла із 72 до 75 осіб (абс. числа) в 2021 році. Зменшилась кількість тих, що захворіли на інфаркт міокарда повторно на 4 особи. Смертність від інфаркта міокарда по місту становила 66 осіб, а в 2021 році суттєво зросла на 18 і становить 84 померлих в гострому періоді інфаркта міокарда. Показник смертності на (10 000 нас.) в 2020 р. склав 2,19 проти 3,25 в 2021 році. Серед лікувальних закладів найвищою смертність спостерігається в районі обслуговування ЦПМСД-3 – 29 осіб, а найнижчою в ЦПМСД-1– 7 осіб. Стосовно смертності від інфаркта міокарда серед осіб працездатного віку, вона в 2020 р. становила 0,15. В 2021 р. показник (на 10 000 нас.) склав 0,45. Таким чином, смертність від гострого інфаркту міокарда в 2021 році суттєво зросла, як в цілому так і в числі працездатного населення. Слід зазначити, що із 84 померлих від цієї хвороби в 2021 р. лише 6 осіб померли на догоспітальному етапі, тобто не в лікарні, а вдома або в інших місцях (2 - в кареті швидкої мед. допомоги). Із 78 померлих в

лікувальних закладах міста - 69 померли в спеціалізованому інфарктному відділенні КНП «ВРЦСП».

Висновки. Отже, можна зробити висновок про те, що висока захворюваність на інфаркт міокарда не завжди поєднується із високою смертністю цією патологією. Захворюваність на інфаркт міокарда по місту дещо знизилась, а смертність зросла.

Туряниця С.М.^{1,2}, Балашов К.В.², Юрочко Т.П.¹, Гульчій О.П.²

ЕКОЛОГІЧНІ РЕСУРСИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я – СУБ'ЄКТ УПРАВЛІННЯ ЕФЕКТИВНОГО КЕРІВНИКА

¹Національний університет «Києво-Могилянська академія»

²Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
м. Київ, Україна

Вступ. Заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) – це складна організаційна структура, де якість надання послуг багато в чому залежить від ефективності управління. Допомога великій кількості клієнтів/пацієнтів, використання хімічних речовин, деякі медичні послуги потребують використання значних об'ємів природних ресурсів, а також призводять до забруднення поверхонь та обладнання шкідливими компонентами. Останнє, в свою чергу, сприяє розвитку та міграції мікроорганізмів й інфекцій, пов'язаних із наданням медичної допомоги. Дотримання вимог гігієни і санітарії при наданні медичної допомоги є основою для запобігання внутрішньолікарняних інфекцій, рівень яких вищий у країнах з неадекватними службами охорони навколишнього середовища в лікарнях. Проте навіть у розвинених країнах Європи, хвороби, пов'язані з поширенням внутрішньолікарняних інфекцій є великим викликом. Так в Європейському союзі та Європейській економічній зоні у 2016 році було зафіксовано 2,609,911 нових випадків таких інфекцій, з них в Італії від 450 до 700 тисяч. При цьому 30% з них можна запобігти.

Керівнику лікарні слід пам'ятати, що ЗОЗ – це місце, де концентрація небезпечних чинників є високою: забруднене повітря, вода, обладнання, меблі, хімічні речовини, миючі засоби, сміття, яке неправильно складається, зберігається чи утилізується, тощо. Економічні збитки лікарні часто є наслідком неефективного використання природних ресурсів, через застарілі комунікації, обладнання, неправильну експлуатацію, ненавченість та невмотивованість персоналу, а помилки в менеджменті та логістиці можуть призвести до зараження людей (пацієнти, відвідувачі, персонал). З огляду на це доцільним є розгляд трьох основних ресурсів (вода, повітря та поведження з відходами) в ключі зменшення негативних наслідків на природне середовище та здоров'я людей від діяльності лікарняних закладів.

Основна частина. В усьому світі 9 мільйонів передчасних смертей (дані за 2016 рік) стали результатом впливу забрудненого повітря. Оскільки 90% свого часу люди проводять в приміщеннях, а рівні контамінації там зазвичай в 3-5 разів вищі, ніж у відкритому просторі, то якість повітря всередині має важливе значення для мінімізації негативного впливу на здоров'я. Особливо гостро це може стосуватись ЗОЗ, де забруднення спричиняється патогенними

мікроорганізмами чи специфічними речовинами. Їхній вплив викликає як низку симптомів (погане загальне самопочуття, втома, зниження рівнів концентрації та уваги), так і захворювання: мігрені, дерматити, респіраторні захворювання, рак тощо. Хімічне забруднення повітря у лікарнях – сфера підвищеної уваги, адже вплив хімічних речовин досить різний залежно від відділення джерел (стерилізуючи, дезінфікуючі та миючі засоби, розчинники, важкі метали, небезпечні препарати і анестезуючі гази). Удосконалення профілактичних процедур і постійний моніторинг рівня потенційно токсичних речовин як у працівників (біологічний моніторинг), так і в робочому середовищі (екологічний моніторинг) може значно знизити ризик впливу та забруднення. Біологічне ж забруднення в приміщенні виникає внаслідок розповсюдження патогенів у клінічному середовищі, що потенційно може спричинити розвиток внутрішньолікарняних інфекцій та респіраторних захворювань. Будь яку контамінацію повітря всередині приміщення можна контролювати і зменшувати завдяки управлінським рішенням та постійному контролю, зокрема через коректну роботу систем вентиляції (в тому числі і природної), кондиціонування, корегуванню температури та вологості. Крім цього не слід забувати і про ще одну важливу проблему - формування мультирезистентності мікроорганізмів через широке застосування антибіотиків. Центр по контролю та профілактики захворювань США повідомляє про майже 2 млн заражень пацієнтів в закладах охорони здоров'я, з них помирає близько 100 тис. Мікроорганізми можуть легко переноситись на невеликій відстані, а у вигляді біоаерозолів на більш дальні, осідати на предметах, тому приміщення, які погано провітрюються – несуть пряму загрозу при зараженні пацієнтів чи персоналу.

Іншим екологічним ресурсом, який має вагомий вплив на здоров'я людини, є вода, що використовується для їжі, пиття, кондиціонування повітря, гігієни, санітарії, лікувальних процедур, охолодження чи обігріву приміщень. Об'єми використання води можуть коливатись в залежності від типу лікарні, дати будівництва, кількості персоналу та пацієнтів, додаткових послуг і доступних зелених зон. Дослідження свідчать, що 7% усієї води, яка використовується в комерційних та інституційних галузях Сполучених Штатів Америки, припадає на лікарні. Одна лише дезінфекція води значно збільшує її витрати, проте має позитивний вплив на зменшення розвитку внутрішньолікарняних інфекцій та забруднення зовнішніх комунікацій. Окрім використання води, як економічного та екологічного ресурсу, власне споживання її для різних потреб в закладах охорони здоров'я може впливати на організм людини (співробітників, відвідувачів або пацієнтів) як через безпосереднє вживання, так і через гігієнічні та санітарні процедури. Неналежне очищення, відсутність знань і низька якість управлінських рішень призводять до понад тисячі смертей від внутрішньолікарняних типів пневмонії, спричинених синьогнійною паличкою (за даними Centers for Disease Control and Prevention). Всесвітня організація охорони здоров'я в свою чергу повідомляє, що 38% медичних закладів у 54 країнах з низьким і середнім рівнем доходу, не мають доступу до водопровідної, засобів для миття рук та засобів очищення води.

Не менш важливим екологічним ресурсом в роботі системи охорони здоров'я (ОЗ) є відходи. Оскільки ОЗ - стратегічно важлива та незамінна галузь, то і продукує вона велику кількість сміття - 5,7 млн тонн у рік, порівняно з 1,47 млрд тонн загальних відходів. Враховуючи те, що проблема поводження та накопичення сміття сама по собі є актуальною, особливо для нашої країни, та для інших країн, що розвиваються, а також беручи до уваги специфічність видів саме лікарняного сміття, для керівників ЗОЗ важливо звертати особливу увагу на цей аспект. В лікарнях будь якого типу більшість (75-90%) відходів є такими, які не становлять небезпеки ні для навколишнього середовища, ні для людини, але решта (10-25%) є так званими «небезпечними» відходами. Потенційні наслідки некоректного управління та поводження зі сміттям можуть торкнутись здоров'я людей як напряму (зараження медиків, працівників комунальних служб), так і опосередковано - через забруднення навколишнього середовища. Це може бути результатом різноманітності та неуніфікованості підходів та інструментів до менеджменту (сортування, збір, зберігання, утилізація, тощо), низького рівня обізнаності та навченості персоналу, недостатності чи обмеженості засобів захисту, порушення норм при виконанні заходів, тощо.

Висновки. Оглянувши три важливих компоненти навколишнього середовища в ЗОЗ, або так звані «екологічні ресурси ЗОЗ», стає зрозумілим, що вони впливають як на розвиток та поширення внутрішньолікарняних інфекцій так і на зовнішнє природне середовище. Менеджмент цих ресурсів повинен включати оцінку, планування, моніторинг заходів, навчання та мотивацію персоналу в поводженні з ними, економічну підтримку напрямку, реагування на зміни, тощо. Це повинно стати ще одним окремим потужним інструментом в руках керівника ЗОЗ, який допоможе покращити надання послуг, підвищити ефективність роботи закладу, при цьому зменшивши тягар на природне середовище.

ЗМІСТ

Грузєва Т.С., Іншакова Г.В. ВИСВІТЛЕННЯ ОСНОВНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ФАХІВЦЯ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ ЯК ЧЛЕНА МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ КОМАНДИ	3
Гущук І.В. ДО ПРОБЛЕМНИХ ПИТАНЬ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	4
Лехан В.М., Гриценко Л.О. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОНТИНУУМУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЯК СПОСІБ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З АМБУЛАТОРНО ЧУТЛИВИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ.....	5
Лінніков С.В., Миронюк І.С. ПОМИЛКИ В КОМУНІКАЦІЙНИХ КАМПАНІЯХ, СПРЯМОВАНИХ НА ПРОТИДІЮ ПОШИРЕННЮ COVID-19 СЕРЕД УРАЗЛИВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ.....	7
КОНЦЕПЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ І ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я. ІНФЕКЦІЙНІ ТА НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЇХ ВПЛИВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ	11
Біркова О.П. КОНЦЕПЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ І ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я..	11
Гойда Н. Г., Оксисюк Ж. С. СТАН ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ІНФЕКЦІЇ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ СЕРЕД ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА МІСТА КИЄВА.....	12
Гончаров В.О., Бондаренко Д.А., Максименко Ю.А., Варецька О.Ю., Сойнікова А.В., Козінова С.Г., Косенко В.Є., Демченко Т.М., Железова О.В. ПОШИРЕНІСТЬ ХАРЧОВИХ ОТРУСЬ, ВИКЛИКАНИХ ЗБУДНИКОМ БОТУЛІЗМУ, СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	13
Дудаш Г.В., Брич В.В. ПЕРЕКОНАННЯ ПІДЛІТКІВ ЯК ЕЛЕМЕНТ ФОРМУВАННЯ ПОВЕДІНКИ, ЩО СПРИЯЄ ЗДОРОВОМУ СПОСОБУ ЖИТТЯ.....	15
Желтуцька І.Ю. НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ ТА ЇХ ВПЛИВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ.....	16
Коваль М.Є. КЛІНІКО-ФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНОЇ ТА ТРИВОЖНОЇ СИМПТОМАТИКИ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЗАХВОРЮВАННЯ НА COVID-19.....	17
Левицька Л.В., Юрків В.В., Левицький І.Б. МЕДИЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ РИЗИКІВ У ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19.....	20
Лотоцька О.В., Бандрівська Ю.Б., Крицька Г.А., Сопель О.М., Копач О.Є.	21

ЗМЕНШЕННЯ НАДХОДЖЕННЯ ФОСФАТІВ У ПОВЕРХНЕВІ ВОДОЙМИ ЯК ОСНОВНИЙ ЗАХІД БОРотьБИ З ЕВТРОФІКАЦІЄЮ ВОДОЙМ.....	
Лотоцька О.В., Данчишин М.В.	
ОЦІНКА ВПЛИВУ НІТРАТІВ ПИТНОЇ ВОДИ НА ЗДОРОВ'Я СІЛЬСЬКИХ ЖИТЕЛІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	24
Маланчук Л.М., Стецевич М-М.О., Маланчук С.Л.	
РОЛЬ ОЦІНКИ ГОРМОНУ СНУ У ПОРУШЕННЯХ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ.....	26
Панчишин Н.Я., Галицька-Хархаліс О.Я., Хархаліс Ю.Ю., Смірнова В.Л.	
ЗДОРОВ'Я І «НЕЗДОРОВ'Я» НАСЕЛЕННЯ: ПРОБЛЕМИ ТА ПІДХОДИ...	27
Шепелла Г.Л., Брич В.В.	
ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ.....	29
ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ – СУЧАСНІ ВИКЛИКИ І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ	31
Брезицька Д.М.	
ПАНДЕМІЯ COVID-19 ТА ІНШІ БІОЛОГІЧНІ ЗАГРОЗИ В ПЕРІОД ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ.....	31
Heiko L.I., Yurochko T.P.	
QUALITATIVE STUDY: STAKEHOLDERS' VIEWS ON BARRIERS AND FACILITATORS OF THE IMPLEMENTATION OF A SCHOOL-BASED NUTRITION POLICY IN UKRAINE.....	31
Мащак О.І., Черненко С.В.	
ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	32
Іншакова Г.В., Сорока І.М.	
ВПРОВАДЖЕННЯ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СФЕРУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: МОЖЛИВОСТІ ТА ПЕРЕВАГИ.....	34
Ткачук Н.Є.	
ПРОГРАМА ПІДТРИМКИ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	36
Бойко Т.Я.	
ГЛОБАЛЬНІ ВИКЛИКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я. ЯК ЗМІНЮЮТЬСЯ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ ПОЛІТИКИ ЗДОРОВ'Я.....	39
Брич В.В.	
ФУНКЦІОНАЛЬНІ МОЖЛИВОСТІ ІНТЕГРАЦІЇ ФАХІВЦІВ З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ОРГАНІЗАЦІЮ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ НА РІВНІ ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАД.....	40
Дністрянська М. В., Лотоцька О. В.	
ПИТАННЯ ПОВОДЖЕННЯ З ТВЕРДИМИ ПОБУТОВИМИ ВІДХОДАМИ В УКРАЇНІ - РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ.....	42
Романюк Н.Є., Романюк Л.М., Кондратишин А.Р., Нагорна О.П.	
РОЛЬ ЦЕНТРІВ КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ У ТРАНСФОРМАЦІЇ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	44

Слободян А.І., Паламар Б.І. ПАКЕТИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	46
Омельченко Е.М., Єлізарова О.Т., Полька О.В., Линчак О.В. МОЖЛИВІ НАСЛІДКИ ВОЄННИХ ДІЙ НА ВИНИКНЕННЯ РЕПРОДУКТИВНИХ ВТРАТ ГЕНЕТИЧНОЇ ЕТІОЛОГІЇ.....	48
Чечурін Ю.О. ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я ТА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	49
НАУКОВЕ ПІДГРУНТЯ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЧНИХ РІШЕНЬ В ГАЛУЗІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я. ЕКОНОМІКА ЗДОРОВ'Я ТА ПРИНЦИПИ СТАЛОГО РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА: ЧОМУ ВИГІДНО ІНВЕСТУВАТИ В ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ І КРАЇНИ	52
Грохотов В.А.¹, Орлова Н.М.² ДОСТУПНІСТЬ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ.....	52
Ковальчук Т.А. ЗАДОВОЛЕНІСТЬ МЕДИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ У СІМ'ЯХ ДІТЕЙ ІЗ СИНКОПЕ ВНАСЛІДОК ОРТОСТАТИЧНОЇ ГІПОТЕНЗІЇ.....	54
Комар О. М., Пірвердієва І. С. ПОГЛИБЛЕНИЙ ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ЗА 2020 РІК.....	54
Романів М.П., Теренда Н.О. АНАЛІЗ НАДАННЯ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ НА ВТОРИННОМУ ТА ТРЕТИННОМУ РІВНЯХ В УКРАЇНІ.....	56
Мокієнко А.В. ВОДА, САНІТАРІЯ ТА ГІГІЄНА: ГЛОБАЛЬНІ ТА НАЦІОНАЛЬНІ ВИКЛИКИ ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'Ю.....	57
Огнєв В.А., Пересипкіна Т.В., Бринза М.С. ПЕРСПЕКТИВИ ЩОДО МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ В УКРАЇНІ.....	58
Смірнова В.Л., Панчишин Н.Я., Дністрянський Б.В. АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА СТАТИСТИЧНИХ ДАНИХ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ІНФАРКТ МІОКАРДА У МІСТІ ВІННИЦЯ.....	60
Турияниця С.М., Балашов К.В., Юрочко Т.П., Гульчій О.П. ЕКОЛОГІЧНІ РЕСУРСИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я – СУБ'ЄКТ УПРАВЛІННЯ ЕФЕКТИВНОГО КЕРІВНИКА.....	63