

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

МАТЕРІАЛИ

*ПЕРШОГО МІЖНАРОДНОГО
УКРАЇНО-НІМЕЦЬКОГО СИМПОЗИУМУ
З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я*

*«Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі –
виклики сьогодення і перспективи розвитку»*

**25–26 вересня 2019 року
м. Тернопіль**

Тернопіль
ТНМУ
«Укрмедкнига»
2019

УДК 614.2:351.77(063)

Відповідальна за випуск доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ТНМУ імені І. Я. Горбачевського МОЗ України доктор медичних наук Н. О. Теренда.

Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики сьогодення і перспективи розвитку : матеріали Першого міжнар. укр.-нім. симп. з громад. здоров'я, 25–26 верес. 2019 р. – Тернопіль : ТНМУ, 2019. – 76 с.

Відповідальність за представлені результати досліджень несуть автори тез.

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ І СВІТОВОМУ МАСШТАБІ. НАУКОВЕ ПІДГРУНТЯ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЧНИХ РІШЕНЬ В ГАЛУЗІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

¹Д.В. Вакуленко, ¹Н.Я. Климук, ¹Н.О. Кравець, ¹О.М. Кучвара, ²О.П. Сидоров

БІОСЕНСОРИ ДЛЯ МОНІТОРИНГУ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

¹Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського, Україна

²Харківський національний медичний університет, Україна

Вступ. Із зростанням темпів життя і необхідністю більш точних методів моніторингу різних параметрів, інтерес до біосенсорів зростає в медицині та фармації. Біосенсори є альтернативою відомим методам вимірювання, які характеризуються: поганою вибірковістю, високою вартістю, поганою стабільністю, повільною реакцією і часто можуть бути виконані тільки високо підготовленим персоналом.

Біосенсори характеризуються високою ефективністю і широко використовуються у харчовій промисловості, при моніторингу параметрів довкілля, у військовій промисловості та під час бойових дій, у медицині в якості засобів для постановки діагнозів.

Основна частина. На даний час одними з основних проблем, з якими стикається людство є екологічні забруднення, що зростають з кожним днем і завдають серйозної шкоди планеті. Забруднення довкілля складається з трьох основних його видів: вода, ґрунт, повітря. Забруднення ґрунту і води має найбільш негативний ефект внаслідок посилення урбанізації та індустріалізації в недавньому минулому. Вода, ґрунт і повітря значно забруднені неочищеними промисловими та сільськогосподарськими відходами, а також важкими металами, пестицидами, гербіцидами, діоксинами та іншими токсичними речовинами.

Біосенсор має наступні компоненти:

1. Біорецептор – це чутливий розпізнавальний елемент біологічного походження, наприклад, тканини, цілі клітини/мікроорганізми, органели, ферменти, антитіла та нуклеїнові кислоти (Рис. 1), або будь-який інший

біологічно отриманий матеріал чи біоімітатор. Ці чутливі елементи також можуть бути розроблені шляхом застосування відповідних біологічно-інженерних технологій.

2. Перетворювач або детекторний елемент: працює за допомогою фізико-хімічного способу і перетворює сигнал, що генерується від взаємодії аналітів, тобто зразків, з біологічними елементами в інший сигнал з можливістю його вимірювання. На рисунку 1 показані типи біосенсорів, що найбільш широко використовуються.

3. Процесор сигналу на виході – це засіб візуалізації сигналу на виході біосенсору, який забезпечує відображення результатів вимірювання.

На першому етапі фіксування біологічного матеріалу відбувається за допомогою фізичного або мембранного захоплення, нековалентних або ковалентних зв'язків. На наступному етапі здійснюється контакт між фіксованим біологічним матеріалом і перетворювачем. Аналіт зв'язується з біологічним матеріалом для утворення приєднаного аналіту, що у свою чергу генерує електронний сигнал з можливістю його вимірювання. Іноді аналіти перетворюються в проміжні речовини, при цьому процес перетворення супроводжується виділенням тепла, газу (кисню), електронів. На останньому етапі в біосенсорі фіксуються електричні сигнали, що відповідають кількості (концентрації) вимірювальних речовин з можливістю подальшої візуалізації, які можна виміряти і візуалізувати за допомогою засобів відображення.

Застосування біосенсорів для екологічного моніторингу.

Біосенсори використовуються для контролю параметрів навколишнього середовища, зокрема для оцінки фізичного, хімічного та біологічного моніторингу забруднюючих речовин у довкіллі. Основні програми біосенсорів, призначені для виявлення та контролю різних забруднюючих речовин, включаючи солі важких металів, органічні та неорганічні забруднювачі, токсини, антибіотики і мікроорганізми.

Важкі метали такі, як мідь (Cu), кадмій (Cd), ртуть (Hg), свинець (Pb), цинк (Zn) та ін. є надзвичайно шкідливими. Вони відомі завдяки високій токсичності та біоаккумуляції в харчовому ланцюзі. Для визначення важких металів у різних зразках навколишнього середовища було розроблено ряд бактеріальних біосенсорів з використанням ферменту та ДНК як біорецептора, оптичної та електрохімічної системи як перетворювача.

Моніторинг біохімічної потреби кисню (БПК) є одним із основних параметрів оцінки концентрації біологічно органічної забруднюючої речовини,

що вимірюється у дослідних зразках води. Визначення БПК будь-якого зразка є трудомістким процесом, який триває протягом 5-ти днів, тому це не може бути використано в режимі реального часу. Швидкий онлайн-моніторинг БПК можливий тільки з використанням біосенсорів. Клітини рекомбінантних *Escherichia coli* з *Vibrio fischeri* геном lux AE на основі біосенсора було розроблено для вимірювання БПК.

Діоксини є поліхлорованими сполуками, що викидаються як побічні продукти під час декількох хімічних процесів, які включають хлор. Вони є токсичними та канцерогенними речовинами для людей і мають значний вплив на навколишнє середовище через випадкове поступлення в ланцюг живлення, зокрема для їх виявлення був розроблений біосенсор поверхневого плазмонного резонансу.

Збільшення населення на планеті та розвиток сільського господарства призводить до безперервного поступлення природних і синтетичних залишків гормонів (естрадіолу, естрону і етиленестрадіолу) в екосистему, що негативно впливає на здоров'я людей через збільшення онкологічних захворювань репродуктивних органів. Гормони разом з іншими органічними забруднювачами можна виявляти у зразках поверхневих вод за допомогою сучасних автоматизованих оптичних імуносенсорів.

Широке та немедичне використання антибіотиків у навколишньому середовищі викликає занепокоєння, оскільки вони сприяють розвитку резистентності до антибіотиків. Виникнення таких антимікробних сполук також викликає проблеми із безпечністю харчових продуктів через їх можливе введення в харчовий ланцюг. Протягом останніх років було розроблено декілька типів біосенсорів для визначення кількості антибіотиків у харчових продуктах та різних біологічних зразках.

По стічних водах передається велика кількість різних захворювань, що викликаються бактеріями, вірусами, найпростішими, грибами. Вони зазвичай зустрічаються в забруднених або неочищених водах, тому необхідна розробка ефективного моніторингу якості водопостачання, для зменшення впливу водних патогенів на здоров'я населення. Впровадження нових сучасних біосенсорних технологій широко використовуються для швидкого виявлення та моніторингу забруднюючих мікроорганізмів в режимі реального часу. Численні види біологічних властивостей, включаючи нуклеїнову кислоту і детекторів на основі імуноафінних сенсорів, не тільки швидко виявляють мікроорганізми в навколишньому середовищі, а також їх токсини (біотоксини). Найвний детектор

на основі поверхневого плазменного резонансу розроблений для моніторингу в реальному часі для виявлення сальмонел та лістерій у зразках води.

Висновок. При якісному екологічному моніторингу необхідно проводити дослідження по застосуванню нових біологічних речовин і широкого спектру забруднювачів навколишнього середовища. У подальших дослідженнях необхідно зосередитися на побудові нових екологічно чистих біосенсорів на основі біоматеріалів з використанням гібридної біоплівки. Оптичний біосенсор має величезний потенціал щодо виявлення забруднюючих речовин в навколишньому середовищі.

Г.В. Іншакова, Н.В. Шестак

ФАХОВЕ СТАТИСТИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ В БІОМЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ: СВІТОВИЙ ТА НАЦІОНАЛЬНИЙ ДОСВІД

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

Вступ. Наша сучасність характеризується глобалізацією, стрімким розвитком в усіх областях суспільства, зокрема медичній сфері. Широке використання доказової медицини, цифрових технологій, складних статистичних програм впровадило поглиблене застосування математичного апарату в медико-біологічних дослідженнях. У зв'язку з чим часто страждає якість наукових досліджень, що пов'язано, як правило, з недостатніми знаннями дослідників з біостатистики або взагалі результати можуть бути сфальсифіковані для досягнення бажаної мети. Тому нагальною потребою стає участь експерта зі статистики в проведенні наукових робіт в медичній галузі.

Основна частина. Здійснений аналіз щодо фахової статистичної допомоги при проведенні медичних досліджень показав, що в розвинених країнах в закладах вищої медичної освіти існує розвинена система інституцій, які надають послуги статистичного консалтингу. Це – потужний ресурс для статистичної підтримки клінічних та популяційних наукових досліджень. В даних відділах працюють висококваліфіковані фахівці з біостатистики, статистики, програмування, що мають ступінь доктора філософії. Серед обов'язків співробітників цих інституцій – навчання статистиці, власні дослідження та експертне статистичне консультування з різних дисциплін: біостатистики, медицини, математики, біології, психології. Як правило, співробітникам і докторантам закладу, при якому існує вказаний відділ,

загальні біометричні консультації надаються безкоштовно. Студенти-медики, які виконують магістерську роботу чи задіяні в інших складних проектах, також можуть отримати консультацію співробітників відділу. До функцій співробітників даних інституцій також включено освітню діяльність з медичної статистики, де передбачено більш глибоке її вивчення.

В Україні немає розвиненої системи з статистичної підтримки біомедичних досліджень. Але на деяких кафедрах соціальної медицини та громадського здоров'я закладів вищої медичної освіти функціонують окремі центри біостатистики, розроблено та впроваджено навчальні курси поглибленого вивчення біостатистики чи пропонуються безкоштовні консультації щодо статистичного аналізу при медико-біологічних дослідженнях.

Висновки. Таким чином, при проведенні біомедичних досліджень для отримання якісних, вірогідних результатів, заснованих на доказах, необхідним є надання експертного статистичного консультування. Система статистичного консалтингу успішно функціонує в розвинених країнах в закладах вищої медичної освіти. В Україні, як правило фахівці, які займаються дослідницькою діяльністю, звертаються до спеціалістів за приватними консультаціями. Система організацій з статистичної підтримки науковців в медичній галузі починає тільки розвиватися.

¹В.П. Марценюк, ²А.С. Сверстюк, ³С.В. Дзядевич, ²А.В. Семенець,
²Ю.Б. Паляниця, ⁴О.П. Сидоров

МАТЕМАТИЧНА МОДЕЛЬ ІМУНОСЕНСОРІВ ДЛЯ МОНІТОРИНГУ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

¹Університет в Бельско-Бялій, Польща

²Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського, Україна

³Інститут молекулярної біології і генетики НАН України

⁴Харківський національний медичний університет, Україна

Вступ. Останніми роками чимала кількість наукових досліджень пов'язана з розробкою експрес-методів аналізу, що характеризуються високою доступністю і мають достатній рівень чутливості та селективності. Особливий інтерес викликає можливість мініатюризації подібних аналітичних пристроїв.

Найбільш характерними представниками аналітичних систем, які поєднують в собі перелічені якості, є біосенсори.

Біосенсор – це компактний аналітичний пристрій, що містить біологічно чутливий елемент, інтегрований у фізико-хімічний перетворювач, метою якого є отримання оптичних або електронних сигналів, що відповідають концентрації аналізованої проби. Вплив на суспільство внаслідок наявності таких систем є величезним, тому вивчення будь-якої стратегії, яка могла б скоротити час розробки й витрат, та розкрити альтернативні конструкції, є надзвичайно важливим. Зокрема, математичне моделювання є потужним інструментом для наукового аналізу і прогнозування.

Серед великого сімейства біосенсорів імуносенсори є типовими сенсорами, що містять шар рецептора, який чутливий і селективний, включаючи іммобілізований біологічний елемент, наприклад антитіло, антиген або хаптен, які є імунологічними рецепторами для молекул, які досліджуються. В імуносенсорі відбувається реакція, яка ґрунтується на взаємодії між антитілом і антигеном або маленькими молекулами (хаптенами). Антитіла часто називаються імуноглобулінами, тому що вони є протеїнами, які пов'язані з імунною системою.

Імуноглобуліни використовуються імунною системою для ідентифікації та нейтралізації чужорідних об'єктів. Вони використовують властивості зв'язування антигенів. Антигени і антитіла можуть використовуватися в шарі рецептора в біосенсорах. Зміна властивостей середовища, що пов'язані з реакціями зв'язування антитіл з іммобілізованими антигенами, використовуються в конструкції шару рецепторів біосенсора, де антитіла відіграють функцію аналітів (молекул предметного детектування).

Основна частина. Нами запропоновано математичну модель імуносенсорів для моніторингу навколишнього середовища.

Розглядається узагальнена модель імуносенсорів для моніторингу навколишнього середовища. Нехай $V_{i,j}(t)$ – концентрація антигенів, $F_{i,j}(t)$ – концентрація антитіл в біопікселі (i, j) , $i, j = \overline{1, N}$.

Модель ґрунтується на таких біологічних припущеннях для довільного біопікселя (i, j) .

1. Маємо деяку константу народжуваності, $\beta > 0$ для популяції антигенів.
2. Антигени нейтралізуються антитілами з деякою ймовірнісною швидкістю $\gamma > 0$.

3. Популяція антигенів прагне до деякої межі насичення з швидкістю $\delta_v > 0$.

4. Ми маємо деяку дифузію антигенів з чотирьох сусідніх пікселів $(i-1, j)$, $(i+1, j)$, $(i, j-1)$, $(i, j+1)$, з швидкістю дифузії $D\Delta^{-2}$, де $D > 0$ і $\Delta > 0$ є відстань між пікселями.

5. Ми маємо деяку сталу смертності антитіл $\mu_f > 0$.

6. В результаті імунної відповіді ми збільшуємо щільність антитіл з ймовірнісною швидкістю $\eta\gamma$.

7. Популяція антитіл прагне до деякого рівня насичення з швидкістю $\delta_f > 0$.

8. Імунна відповідь з'являється з деякою сталою затримкою в часі $\tau > 0$.

На основі вищевикладеного розглядається дуже просту конструкцію моделі антиген-антитіло із запізненням, для двовимірного масиву біопікселів, яка ґрунтується на добре відомій моделі Марчука і використовує просторовий оператор \hat{S} .

$$\begin{aligned}\frac{dV_{i,j}(t)}{dt} &= (\beta - \gamma F_{i,j}(t - \tau)) - \delta_v V_{i,j}(t - \tau) V_{i,j}(t) + \hat{S}\{V_{i,j}\} \\ \frac{dF_{i,j}(t)}{dt} &= (-\mu_f + \eta\gamma V_{i,j}(t - \tau) - \delta_f F_{i,j}(t) F_{i,j}(t)) F_{i,j}(t)\end{aligned}\quad (1)$$

Модель (1) задана початковими функціями (2):

$$\begin{aligned}V_{i,j}(t) &= V_{i,j}^0(t) \geq 0, \quad F_{i,j}(t) = F_{i,j}^0(t) \geq 0, \quad t \in [-\tau, 0), \\ V_{i,j}(0), \quad F_{i,j}(0) &> 0.\end{aligned}\quad (2)$$

Застосування біосенсорів для моніторингу навколишнього середовища.

Для контролю фізичних, хімічних та біологічних забруднюючих речовин у довкіллі використовуються біосенсори та імуносенсори. Розглянемо основні напрямки їх застосування.

Азотні з'єднання, тобто нітрати, широко використовуються галузями харчової промисловості в якості консервантів (з метою збільшення терміну зберігання продуктів) та мінеральних добрив (для збільшення родючості ґрунту). Надлишкове використання даних сполук може викликати несприятливі наслідки для здоров'я людини, а також спричинити забруднення поверхневих та підземних вод, які потім можуть бути токсичними для водного середовища. Азотні сполуки можуть незворотно реагувати із гемоглобіном, зменшуючи

його транспортну функцію. Для визначення концентрації азотних сполук у зразках води було розроблено кілька біосенсорів, зокрема: амперометричний біосенсор, який використовує фермент (цитохром з нітрат редуктази) для визначення кількості нітратів та ферментний біосенсор, який є швидким, дуже чутливим і стабільним та може використовуватися для оцінки нітратів у воді.

Поліхлоровані біфеніли є токсичними органічними сполуками, які також забруднюють навколишнє середовище. Такі сполуки мають високоліпофільний характер, тому вони накопичуються в ланцюгу живлення. Для виявлення поліхлорованих біфенілів у навколишньому середовищі були розроблені такі біосенсиори: біосенсор на основі дезоксирибонуклеїнової кислоти (ДНК) з хронометричним виявленням, імуносенсиори з флуоресценцією, електрохімічні біосенсиори.

Феноли та їх похідні (хлорфеноли) також є шкідливими факторами навколишнього середовища. Такі сполуки в основному використовуються у виробництві барвників, ліків, пластмас, пестицидів, миючих засобів тощо. Виявлення і моніторинг фенолів є дуже важливим процесом, оскільки фенольні сполуки мають високу токсичність та здатні накопичуватися в навколишньому середовищі. Серед біосенсорів, які найчастіше використовуються для виявлення та моніторингу фенолів є:

- амперометричний біосенсор з ферментом (тирозиназою) – як біорецептор для селективного виявлення фенолу в стічних водах;
- оптичний біосенсор – використовує хемілюмінесцентні волокна для виявлення хлорфенолів.

Фосфоорганічні сполуки є групою органічних хімічних речовин, які зазвичай використовуються в якості інсектицидів, гербіцидів та пестицидів. У сучасному сільському господарстві вони використовуються для боротьби із шкідниками та бур'янами. Пестициди найбільш широко поширені у воді, ґрунті та продуктах харчування. Їх токсичність та стійкість в навколишньому середовищі мають негативний вплив на здоров'я населення. Для виявлення пестицидів найбільш широко використовуються сенсори на основі ферментів, наприклад амперометричні біосенсиори були розроблені для виявлення пестицидів у воді, амперометричні та оптичні – для виявлення гербіцидів.

Висновок. У подальших дослідженнях необхідно розробити нові екологічні біосенсиори на основі запропонованої в роботі математичної моделі імуносенсорів.

В.А. Огнєв, І.А. Чухно

СОЦІАЛЬНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ В КОНТЕКСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ДЕРЖАВИ ТА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Харківський національний медичний університет

Вступ. На сьогодні наша держава перебуває на шляху значних змін в суспільно-політичному та соціально-економічному житті. Реформування відбувається і в системі охорони здоров'я, значущість якої для забезпечення стабільності та розвитку держави, її безпеки складно переоцінити. Окрім того, відбувається формування та становлення системи громадського здоров'я, що вимагає формування і реалізації відповідної державної політики та створення системи інституцій і взаємозв'язків між ними, забезпечення їх кадрами, компетентними та кваліфікованими до здійснення ефективної діяльності у цій сфері. Зважаючи на значущість соціальної складової для оцінки рівня розвитку країни та життя людей в цілому, питання соціального благополуччя населення та забезпечення ефективного управління соціальною сферою держави в цілому та сферою громадського здоров'я, як базисом для розвитку та реалізації людського капіталу в країні, є надзвичайно важливими в сучасних умовах.

У Концепції розвитку системи громадського здоров'я термін “громадське здоров'я” вживається у визначеному Всесвітньою організацією охорони здоров'я значенні і визначає систему громадського здоров'я як комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку і заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства. Система громадського здоров'я як основа профілактичної медицини повинна передбачати основні заходи у сфері охорони здоров'я та бути спрямованою на збереження здоров'я населення і зменшення обсягу витрат на медичне обслуговування.

Реалізація концепції розвитку системи громадського здоров'я та побудова такої системи і налагодження її ефективної роботи не можливі без чіткого розуміння сутності і складових соціального благополуччя, факторів, що його визначають та механізмів впливу на них.

Дослідженням питань сутності, значення, змісту, рівня і досягнення соціального благополуччя присвячені роботи науковців з різних сфер науки,

які, відповідно розглядають його з різних позицій. Це і дослідження в сфері економіки, державного управління та публічного адміністрування, соціології, психології та культурології, філософії та футурології. Дослідники в галузі медицини зосереджують увагу здебільшого на проблемах збереження здоров'я, формування культури здоров'я як необхідного елементу благополуччя та провідної цінності життя сучасних людей, а також розвитку нової та перспективної сфери добробуту та благополуччя людей (М. Амосов, Г. Апанасенко, В. Казначєєв, М. Ковальова, С. Мезенцев, Н. Русинова, та ін.)

Основна частина. Соціальне благополуччя представляє собою об'єктивне суспільне явище, детерміноване повсякденними умовами життєдіяльності людей, в яких вони задовольняють свої потреби, реалізують життєві плани і соціальні очікування.

Історично соціальне благополуччя було пов'язано з економічною наукою і розумілося як забезпеченість людини і суспільства матеріальними благами, тобто, фактично прирівнювалося до матеріального добробуту. Сучасна наука значно розширила трактування соціального благополуччя і більш чітко окреслила коло проблем, що до нього належать, включивши до них окрім матеріального добробуту такі характеристики життя суспільства, як здоров'я населення, освіту, безпеку, свободу, соціальну згуртованість, суб'єктивне відчуття благополуччя і т.д.

Науковці, що вивчають соціальне благополуччя, загалом сходяться у думці, що соціальне благополуччя є складним комплексним поняттям, яке включає в себе ряд компонентів та має різні рівні. Так, здебільшого, поняття соціальне благополуччя поділяють на 2 рівні: соціальне благополуччя індивіда, людини та соціальне благополуччя суспільства. Ці рівні є взаємопов'язаними та значною мірою впливають на формування один одного, проте їх взаємозв'язок є досить складним і вони не можуть прямо визначати один одного.

Соціальне благополуччя включає в себе як об'єктивні складові, порівнюваність яких для різних країн забезпечується застосуванням єдиної методики збору, обробки і аналізу даних, так і суб'єктивні, що визначаються власним сприйняттям людьми свого буття, життєвої ситуації і можуть суттєво відрізнитися при однакових фактичних умовах.

Існують різні підходи щодо визначення складових компонентів соціального благополуччя. Зазначимо, що найбільш цікавими і повними вбачаються структура індексу благополуччя Gallup-Healthways, відповідно до якої виділяють п'ять аспектів благополуччя: фізичне здоров'я, доходи і

добробут, соціальні відносини, відсутність депресії, робота і вільний час, а також підхід Дж. Хартера та Т. Райта які виділяють такі п'ять елементів соціального благополуччя, як професійне, соціальне, фінансове, фізичне і благополуччя в середовищі проживання. Проте, дослідження в цьому напрямку тривають й визначення складових соціального благополуччя в значній мірі залежить від базових поглядів науки, в якій вони здійснюються та кінцевих завдань дослідників.

Важливе місце при з'ясування сутності соціального благополуччя та пошуку ефективних шляхів управління ним у сфері громадського здоров'я посідає розуміння підходів та методів його оцінки та порівняння різних країн світу за цими показниками. Отож, для оцінки стану соціального благополуччя на сьогодні у світовій практиці застосовують цілий ряд показників, найбільш популярним з яких є індекс людського розвитку (до 2013 року мав назву індекс розвитку людського потенціалу). До його складу входять показники, що відображають найбільш важливі аспекти рівня життя та соціального благополуччя: очікувана тривалість життя при народженні, рівень грамотності населення та досягнутий рівень освіти, а також рівень життя, оцінений через валовий національний дохід на душу населення.

Ще одним з популярних індексів, що використовується у світовій практиці для оцінки і порівняння рівня соціального благополуччя є Міжнародний індекс щастя (Happy Planet Index), що був вперше розрахований у 2006 р. для 178 країн світу. Цей індекс включає в себе інтегральну оцінку чотирьох груп показників: суб'єктивного благополуччя (за результатами всесвітнього опитування Gallup), очікувану тривалість життя, ступінь нерівності населення однієї країни за показниками тривалості життя та суб'єктивної оцінки благополуччя, екологічне навантаження (екологічний слід), необхідне для підтримання стійкого рівня споживання в країні.

Окрім того, для оцінки соціального благополуччя доволі часто використовують такі методи оцінки та рейтинги як оцінка соціального благополуччя за версією Gallup World Poll, індекс якості життя ОЕСР, австралійський індекс благополуччя, Індекс якості життя від Economist Intelligence Unit та інші.

Висновки. Загалом, соціальне благополуччя можна вважати інтегральним показником відображення ефективності функціонування соціальної сфери держави, рівня добробуту та якості життя населення, а також самосприйняття їх населенням. Таким чином, в певній мірі, можна говорити про те, що показники

соціального благополуччя є одним із критеріїв результативності державної політики та розвитку держави.

При цьому слід зауважити, що, внаслідок складності, комплексності та багаторівневості явища соціального благополуччя, розробка і реалізація ефективної державної політики в цій сфері є надзвичайно складним завданням. Забезпечити ефективне управління ним лише з позицій громадського здоров'я чи, тим більше, системи охорони здоров'я просто не можливо. Зважаючи на залученість до розуміння соціального благополуччя та його оцінки практично всіх сфер життя людини (фізичного самопочуття, матеріального стану та добробуту, професійної та соціальної реалізації), що, з точки зору держави та державного управління, реалізується через забезпечення економічного і соціального зростання, підвищення рівня та якості життя населення, забезпечення стабільності та безпеки в державі, забезпечення зростання соціального благополуччя населення має бути однією з ключових ідей державного управління та державної політики, над досягненням якої необхідно працювати у всіх сферах державного управління та суспільного життя. Поряд з цим, підвищення рівня соціального благополуччя має бути одним із пріоритетів системи громадського здоров'я, роль якої в його забезпеченні є надзвичайно значною.

Н.Є. Романюк, Л.М. Романюк, Т.В. Блатуляк

МОНІТОРИНГ ЯК ОСНОВНА ОПЕРАТИВНА ФУНКЦІЯ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Вступ. У сучасних умовах реалізації соціальної політики у сфері громадського здоров'я однією із її складових є проведення моніторингу та оцінки діяльності із покращення здоров'я населення. Формування цілісного уявлення про здоров'я на сьогодні стикається з низкою взаємопов'язаних методичних та інформаційних проблем. Відтак все більшого пізнавального і практичного значення набуває формування цілісного уявлення про феномен здоров'я і якомога більш адекватна оцінка стану і перспектив здоров'я населення України.

Основна частина. Метою системи громадського здоров'я у справі поліпшення здоров'я є скорочення нерівності, а також забезпечення здійснення

оперативних функцій громадського здоров'я (ОФГЗ) і основного переліку доступних, високоякісних, ефективних послуг системи громадського здоров'я на індивідуальному, місцевому та популяційному рівнях. Зміцнення потенціалу системи громадського здоров'я здійснюється завдяки розробці, здійсненні моніторингу, залученні у процес відповідних механізмів стратегічного управління.

Головним принципом системи громадського здоров'я є властивий їй суспільний характер, а також той факт, що вона орієнтована головним чином на здоров'я населення в цілому. Система громадського здоров'я може функціонувати як ключовий аспект моніторингу захворювань в системі охорони здоров'я та може відігравати важливу роль у збільшенні ефективності та результативності роботи системи охорони здоров'я.

Діяльність фахівців у сфері громадського здоров'я в плані забезпечення основної оперативної функції – моніторингу, повинна здійснюватися за допомогою реалізації превентивних заходів у сфері, впровадження інновацій в аспекті покращення та популяризації громадського здоров'я, налагодження міжсекторальної взаємодії між державними та муніципальними організаціями, ініціативними групами та засобами масової інформації на місцевому рівні для реалізації основної мети системи охорони здоров'я - покращення громадського здоров'я в людській популяції. Спершу необхідно розробити та впровадити систему моніторингу та оцінки покращення профілактичних заходів у сфері громадського здоров'я.

Оцінювання дій зі зміцнення потенціалу та послуг системи громадського здоров'я здійснюється в ході широкого консультативного процесу. Отже, основне завдання моніторингу є поліпшення громадського здоров'я в процесі прийняття рішень, які спираються на базові принципи прав людини, соціальної справедливості, партнерських відносин та сталого розвитку системи громадського здоров'я. Європейський план дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я є одним з основоположних компонентів політики «Здоров'я – 2020». Ключові сфери діяльності забезпечуються зміцненням і подальшим розвитком існуючого потенціалу та послуг системи громадського здоров'я з метою поліпшення здоров'я і скорочення нерівності за допомогою впливу на соціальні детермінанти здоров'я.

Висновки. Створення та забезпечення функціонування систем моніторингу частоти виникнення і поширеності хвороб, а також систем медико-санітарної інформації для кількісного оцінювання захворюваності і показників

стану здоров'я населення є головною передумовою безперервного нагляду в сфері громадського здоров'я.

Основними складовими цієї оперативної функції є оцінка показників здоров'я місцевих територіальних громад, виявлення проблем і нерівностей за показниками здоров'я конкретних груп населення, виявлення потреб і планування заходів надання медичного забезпечення.

¹*L. Fedoniuk*, ¹*S. Yastremska*, ²*E. Burgess-Pinto*, ²*C. Shumka*, ²*Yv. Shelast*

PRINCIPLES OF THE SUSTAINABLE DEVELOPMENT IN HEALTH PROMOTION

¹I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

²MacEwan University

Introduction. The Sustainable Development Goals (SDGs), otherwise known as the Global Goals, are a universal call to action to end poverty, protect the planet and ensure that all people enjoy peace and prosperity. These 17 Goals build on the successes of the Millennium Development Goals, while including new areas such as climate change, economic inequality, innovation, sustainable consumption, peace and justice, among other priorities. The goals are interconnected – often the key to success on one will involve tackling issues more commonly associated with another.

Main part. The collaboration with Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University (TNMU) and the Faculty of Nursing MacEwan University students and teachers in the realization of the Sustainable Development goals proposes the possibilities to study and change the professional practice and nursing education. Co-creation involves strategy: nurses making a difference in the health of global communities. 25 students spent one week at TNMU, focusing on global/planetary health issues and SDGs. Participants include faculty members and Ukrainian students as well as International students from several countries (including Canada, Ghana, Nigeria, and India). Instruction focused on interactive learning and included flipped classroom format, seminars, team-based learning and field clinics coordinated by MacEwan faculty members in partnership with the TNMU members.

During the realization of the projects all participants evaluated evidence-informed knowledge specific to global health interventions that aim to improve health outcomes such as the Sustainable Development Goals, the Global Burden of Disease Project. They analyzed the key issues and emerging challenges that influence global

health priorities, policy, research, and practice agendas. Students had possibility to describe how beliefs, norms, behaviour, and practices influence perceptions of health and wellbeing. All of them enhanced critical thinking skills in relation to international global health and strengthen their analytical foundations as global citizens. Participants developed abilities for collaborative team work, that was, worked together to research issues, conducted evaluations, analyzed situations, and proposed potential solutions, demonstrated awareness of ethical considerations in global health partnerships.

Each group of participants created three solid, innovative and evidence-informed interventions or recommendations that could be implemented to combat the priority emerging issue and that aim to promoted health equity and equality in the priority population which had chosen by students. They linked their suggested interventions and or recommendations to the primary SDG and to one or more of the other SDGs, as deemed appropriate. The purpose here was to show how the SDGs are interlinked and interrelated.

Conclusion. Through interactive learning in an international setting, students developed a shared understanding of how people relate to each other and to their environments, compared Canadian and Ukrainian approaches to the Sustainable Development Goals, and created space for understanding different ways of knowing and how these enhance health and wellbeing. The face-to-face format of the trip was invaluable in enhancing emotional and informal learning as well as developing capacity as global citizens. The course provides an excellent foundation for students who wish to pursue graduate studies in global health either in Nursing or in Public Health.

ОСВІТНЯ ДІЯЛЬНІСТЬ В СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Т.С. Грузєва

ВИСВІТЛЕННЯ ПРОБЛЕМ НЕРІВНОСТІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я В НАВЧАЛЬНІЙ ПРОГРАМІ «СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»

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

Вступ. Скорочення нерівності стосовно здоров'я є однією з важливих цілей діяльності держав, національних систем охорони здоров'я, що відзначено в низці документів, прийнятих світовим співтовариством на найвищому рівні, у т. ч. в Порядку денному у сфері сталого розвитку на період до 2030 року, Ріо-де-Жанейрській політичній декларації з соціальних детермінант здоров'я, Основах політики і стратегії «Здоров'я-2020» тощо. Це завдання відображено в Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років, а його реалізація, поряд з іншим, потребує підготовки фахівців з відповідними компетентностями та вміннями.

Основна частина. В рамках обґрунтування та розробки нової навчальної програми «соціальна медицина, громадське здоров'я» для магістрів медицини, особливу увагу було приділено питанням нерівності в здоров'ї та стратегіям її скорочення. Однією з фахових компетентностей, якою повинні оволодіти майбутні магістри медицини, визначено здатність виявляти прояви нерівності щодо здоров'я, спричинені соціальними детермінантами, та розробляти відповідні заходи для їх скорочення.

З огляду на це окрема тема у курсі вивчення дисципліни стосується аналізу причин соціальної нерівності щодо здоров'я та його охорони, на яку виділено 4 академічні години, у т. ч. 2 – для практичного заняття. Вона передбачає з'ясування поняття «нерівність», розуміння її форм, причин, критеріїв тощо. Детально розглядається ключове поняття «нерівність в здоров'ї», сучасні її прояви, масштаби, приклади нерівності щодо здоров'я між країнами та між окремими групами населення в межах країн. Вивчення питання охоплює дослідження соціального градієнту здоров'я та соціальних детермінант здоров'я, рушійних сил несправедливості відносно здоров'я.

Основний акцент зроблено на розумінні необхідності досягнення справедливості щодо здоров'я з позицій загальних прав і свобод людини,

забезпечення загального охоплення населення послугами охорони здоров'я, доступу до медичних служб тощо, на з'ясуванні принципів та стратегій досягнення рівності щодо здоров'я, аналізі відображення принципів справедливості щодо здоров'я в політиці різних секторів.

Висновок. Вивчення магістрами медицини питань нерівності щодо здоров'я та стратегій її подолання сприятиме формуванню необхідних компетентностей для успішного здійснення ними в майбутньому професійної діяльності.

Т.С. Грузєва, Н.В. Гречишкіна, І.М. Пельо, Л.О. Литвинова

ПРІОРИТЕТИ ОСВІТНЬОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

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

Вступ. Досягнення стратегічних цілей усіх країн світу щодо забезпечення здорового життя та сприяння благополуччю для всіх потребує формування сучасних систем громадського здоров'я, здатних протистояти новим викликам та загрозам для здоров'я населення. Такий вектор розвитку відображено в Стратегії сталого розвитку до 2030 року, «Здоров'я-2020: основи європейської політики та стратегія для XXI століття», низці інших документів, прийнятих ООН, ВООЗ, ЄРБ ВООЗ, та імплементовано в національну нормативно-правову базу, у т. ч. в Стратегію сталого розвитку «Україна-2020» та Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. Траєкторію руху конкретизує Європейський план дій зі зміцнення потенціалу і послуг громадського здоров'я, План дій для підвищення рівня готовності та реагування систем охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ, 2018-2023 рр., результати нарад Коаліції партнерів зі зміцнення служб громадського здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ тощо.

Реалізація завдань, які стоять перед національними службами громадського здоров'я, передбачає наявність достатньої за чисельністю та якісно підготовленої когорти фахівців, здатних вирішувати складні проблеми громадського здоров'я, організувати та забезпечити здійснення основних оперативних функцій громадського здоров'я. З огляду на вказане, освітні аспекти формування кадрового потенціалу служби громадського здоров'я набувають в умовах сьогодення особливої ваги.

Основна частина. Створення такого потенціалу в Україні потребує обґрунтування, розробки та запровадження сучасної парадигми освітнього процесу з опануванням майбутніми бакалаврами та магістрами громадського здоров'я якісно нових знань, з оволодінням конкретними вміннями та з набуттям необхідних компетентностей.

Визначення пріоритетів освітньої діяльності, обґрунтування та розробка освітніх стандартів, навчальних планів та програм підготовки фахівців охорони здоров'я з питань громадського здоров'я здійснювалися на основі аналізу положень стратегічних документів впливових міжнародних організацій в охороні здоров'я та медичній освіті, програмних документів розвитку національної системи охорони здоров'я. Рамковою основою для формування напрямів освітньої діяльності в контексті підготовки фахівців громадського здоров'я стала Європейська програма ключових компетенцій фахівців громадського здоров'я (ASPHER), документи Агентства з акредитації освіти в сфері громадської охорони здоров'я (ARNEA).

Враховуючи багатоаспектну діяльність кадрів громадського здоров'я, було з'ясовано потребу в підготовці трьох різних груп працівників: власне фахівців громадського здоров'я; працівників охорони здоров'я, задіяних у наданні послуг громадського здоров'я; працівників, які не входять до сектору охорони здоров'я.

При обґрунтуванні навчальних програм і планів підготовки фахівців громадського здоров'я виходили з галузевої та національної рамки кваліфікацій, базувалися на стандартах вищої освіти, дотримувалися принципів наступності, спеціалізації, практично орієнтованого навчання.

Визначення необхідних інтелектуальних та практичних компетентностей, знань, вмінь і навичок майбутніх фахівців громадського здоров'я ґрунтувалося на забезпеченні здатності до виконання 10 оперативних функцій громадського здоров'я та враховувало рекомендації Європейської програми ключових компетенцій фахівців громадського здоров'я тощо.

Надійним підґрунтям формування навчальних програм і планів став досвід викладання навчальної дисципліни «громадське здоров'я» в провідних медичних університетах світу та Європи. Було проведено аналіз досвіду підготовки бакалаврів та магістрів громадського здоров'я, докторів філософії в понад 50 провідних університетах світу. Це дозволило визначити особливості такої підготовки, тривалість вивчення базових та спеціальних навчальних дисциплін, обсяги ECTS, змістові складові базового та спеціального навчання,

вимоги до проходження практики, загальні цілі навчання, зв'язок навчання з місією і стратегією університету і структури, що проводить викладання, можливості зайнятості майбутніх випускників, матрицю визначених результатів навчання тощо.

Поглиблено було вивчено навчальні плани і програми підготовки фахівців для громадського здоров'я в Ягелонському університеті, Варшавському та Вроцлавському медичних університетах (Республіка Польща), в Університеті м. Дебрецена (Угорська Республіка), Софійському медичному університеті (Болгарська Республіка), Каролінському інституті (Швеція), Массачусетському університеті (США). Проведений аналіз дозволив отримати різноаспектну інформацію про профілі та форми навчання бакалаврів та магістрів громадського здоров'я, кількість необхідних семестрів та кредитів для отримання певної кваліфікації, перспективи та можливості подальшого навчання.

На основі здійсненої аналітичної роботи розроблено проекти навчального плану та навчальних програм підготовки магістрів громадського здоров'я, які передбачають 5-тирічний термін навчання, засвоєння низки гуманітарних та соціально-економічних дисциплін, включають природничо-наукову підготовку, професійну підготовку, курси за вибором, виробничу практику, написання та захист дипломної магістерської роботи.

В контексті підготовки магістрів медицини з питань громадського здоров'я обґрунтовано навчальну програму «соціальна медицина, громадське здоров'я». Її розробці передувало вивчення наукової літератури, стратегічних та програмних документів міжнародного та національного рівнів з даної тематики, проведення соціологічного дослідження з вивчення думки викладачів кафедр соціальної медицини та громадського здоров'я, а також менеджерів охорони здоров'я щодо структури та змісту навчальної програми. За результатами дослідження було обґрунтовано та визначено мету, зміст, структуру, обсяг та порядок вивчення навчальної дисципліни, представлено очікувані результати навчання. Нова навчальна програма включає чотири змістові модулі: «Біостатистика», «Громадське здоров'я», «Організація охорони здоров'я» та «Економіка охорони здоров'я». Їх тематика охоплює увесь спектр проблем, з якими стикаються фахівці охорони здоров'я в контексті вирішення проблем громадського здоров'я.

Висновок. Пріоритети освітньої діяльності у сфері громадського здоров'я полягають у підготовці значної когорти фахівців, з широким переліком

компетентностей, знань, вмінь та навичок, здатних реалізувати основні оперативні функції громадського здоров'я на основі міжсекторальної співпраці та міждисциплінарної взаємодії. В Україні розпочато формування кадрового потенціалу служби громадського здоров'я на основі сучасних навчальних програм та планів, що передбачає підготовку бакалаврів, магістрів та докторів філософії у сфері громадського здоров'я. Освітні програми підготовки кадрів для громадського здоров'я побудовано на принципах наступності, спеціалізації, практично орієнтованого навчання, компетентнісного підходу відповідно до стандартів вищої освіти, галузевої та національної рамки кваліфікацій.

Т.С. Грузєва, І.М. Сорока

ЕHEALTH: ПІДГОТОВКА МАГІСТРІВ МЕДИЦИНИ ДО РОБОТИ В НОВИХ УМОВАХ ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ПЕРЕТВОРЕНЬ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

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

Вступ. Одним з важливих напрямів реформування охорони здоров'я в Україні є формування системи електронного здоров'я. Проект Концепції інформатизації охорони здоров'я передбачає стратегічний план розвитку електронної системи охорони здоров'я, основні принципи її роботи, необхідні зміни та передумови. Поряд з законодавчим, організаційним, фінансовим, технологічним забезпеченням трансформаційних змін важливу роль відіграє підготовка кадрів охорони здоров'я, яким належить працювати у новій системі.

Основна частина. Від майбутніх фахівців охорони здоров'я вимагається розуміння суті реформ медичної галузі та цілей впровадження eHealth в Україні, усвідомлення нових можливостей та переваг системи електронного здоров'я, володіння навичками використання інформаційних і комунікаційних технологій, здатність до обробки державної, соціальної та медичної інформації, до здійснення адвокації, комунікації, та соціальної мобілізації у сфері громадського здоров'я з використанням різних каналів та технік комунікації.

Виходячи з сучасних потреб, при розробці нової навчальної програми навчальної дисципліни «соціальна медицина, громадське здоров'я», було передбачено вивчення студентами закладів вищої медичної освіти питань розвитку системи електронного здоров'я, у т. ч. телемедицини, надання інформації, ресурсів і послуг з використанням електронних засобів,

формування електронних реєстрів закладів охорони здоров'я, лікарів, створення електронних декларацій, рецептів тощо.

До навчального контенту включено питання функціонування медичних інформаційних систем у світі та в Україні, забезпечення збереження інформації, та швидкого доступу до неї, взаємообміну інформацією, проведення статистичного аналізу даних тощо. В процесі навчання розглядаються питання формування інформаційних потоків в системі медичної статистики, запровадження електронного документообігу в охороні здоров'я. Особливу увагу приділено питанням інформатизації в системі громадського здоров'я.

Висновок. Знання напрямів, принципів та шляхів розвитку системи електронного здоров'я є необхідним компонентом підготовки магістрів медицини та громадського здоров'я, що передбачено новою навчальною програмою навчальної дисципліни «соціальна медицина, громадське здоров'я». Використання набутих знань та компетентностей з питань електронного здоров'я дозволять магістрам охорони здоров'я ефективно використовувати електронні інструменти для поліпшення якості роботи та підвищення її ефективності.

Т.С. Грузєва, О.О. Стойка, М.Д. Дячук, К.П. Римаренко

МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПІДГОТОВКИ КОНСУЛЬТАНТІВ ТЕЛЕФОННИХ СЛУЖБ ДОПОМОГИ У ВІДМОВІ ВІД ВЖИВАННЯ ТЮТЮНУ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна,
Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної і
клінічної медицини» ДУС, м. Київ, Україна,
Громадська організація «Центр громадянського представництва «Життя»,
м. Київ, Україна

Вступ. Боротьба з вживанням тютюну є одним із стратегічних завдань в охороні здоров'я. ВООЗ розробила комплекс дієвих заходів з протидії поширеності куріння (MPOWER), який включає 6 стратегій, у т. ч. надання допомоги населенню для припинення вживання тютюну. В сучасних умовах у багатьох країнах світу добре зарекомендувала себе допомога у відмові від куріння з використанням телефонних ліній. Оскільки найважливішим компонентом функціонування телефонних ліній допомоги у відмові від

вживання тютюну є наявність консультантів, постало питання про забезпечення їх підготовки.

Основна частина. З метою якісної підготовки консультантів телефонних служб з відмови від куріння нами розроблено Методичні рекомендації, спрямовані на забезпечення оволодіння особами, що навчаються, необхідними компетентностями, знаннями протоколів телефонного консультування та засвоєння ними практичних методів консультування у відмові від вживання тютюну.

Методичні рекомендації розроблено на основі стратегічних та програмних документів ВООЗ, ЄРБ ВООЗ, даних наукових досліджень, у т. ч. за участі авторського колективу. В структурному плані Методичні рекомендації включають 12 розділів, які присвячено питанням значущості послуг телефонного консультування; масштабам та тенденціям вживання тютюну, проявам тютюнової залежності; практичним і теоретичним методам допомоги особам, які готові відмовитися від вживання тютюну, та не готові до цього; фармакотерапії ніотинової залежності; навичкам фасилітації консультантів; складовим телефонного дзвінка до служб допомоги у відмові від вживання тютюну; плануванню дій з допомоги клієнтам телефонної лінії; аналізу змісту телефонних консультацій; специфіці роботи телефонних служб з особливими групами населення; складним викликам тощо.

Висновок. Апробацію положень Методичних рекомендацій здійснено у квітні-травні 2017 р. в рамках навчального семінару з підготовки консультантів телефонних служб допомоги у відмові від вживання тютюну, результати якої свідчать про їх позитивну оцінку та доцільність впровадження в практику охорони здоров'я.

Г.В. Іншакова

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ З ОСНОВ БІОСТАТИСТИКИ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Вступ. Розробка діагностичного інструментарію з оцінювання знань студентів з будь-якої навчальної дисципліни є необхідним компонентом освітнього процесу. Контроль набутих компетентностей дозволяє визначити ефективність та якість засвоєння дисципліни, стимулює студентів до активної

пізнавальної діяльності та самоосвіти. Водночас оцінювання знань студентів є засобом зворотного зв'язку, що дозволяє викладачу виявити труднощі, з якими стикаються студенти в опануванні предмету, об'єктивно побачити результати своєї діяльності, відкоригувати наявні проблеми та усунути недоліки, що були виявлені під час навчання дисципліни.

Основна частина. Для створення інструментарію для діагностики набутої компетентності з предмету застосовуються критерії, відповідні їм показники та рівні сформованості знань. Для оцінювання знань з основ біостатистики студентів-медиків на кафедрі соціальної медицини та громадського здоров'я НМУ імені О.О. Богомольця застосовано мотиваційний, когнітивний, діяльнісний та рефлексивний критерії. Мотиваційний критерій визначає мотиви опанування студентами біостатистики, інтерес до даного предмету, прагнення до отримання знань з дисципліни, усвідомлення його важливості в майбутній професійній діяльності. Когнітивний критерій являє собою сукупність набутих знань та їх якість, фундаментальність, системність, відповідність вимогам державних освітніх стандартів. Діяльнісний критерій з'ясовує ступінь сформованості саме професійної компетентності з застосування біостатистичних знань в практичній охороні здоров'я, розкриває індивідуальні якості студентів. Рефлексивний критерій зорієнтовано на самовдосконалення знань, уміння адекватно аналізувати свою діяльність, порівнювати та оцінювати власні та зовнішні результати контролю набутої компетентності з біостатистики. Для наведених критеріїв розроблено рівні сформованості компетентності майбутніх лікарів з питань біостатистики: низький, середній та високий. Кожному з цих рівнів визначено відповідне кількісне значення в балах.

Висновки. Отже, створення діагностичного інструментарію з оцінювання набутої компетентності з навчальної дисципліни, зокрема, біостатистики, є обов'язковою складовою освітнього процесу. Біостатистичні знання майбутніх лікарів оцінюються за мотиваційним, когнітивним, діяльнісним та рефлексивним критеріями. Наведені критерії охоплюють різнобічні аспекти освітнього процесу і дають змогу всебічно оцінити набуту компетентність майбутніх лікарів з біостатистики.

*К.О. Пашко, О.В. Лотоцька, В.А. Кондратюк, М.О. Кашуба, О.М. Сопель,
Г.А. Крицька, О.Є. Федорів, О.Є. Копач, Н.В. Флекей, Н.А. Мельник, Н.В. Голка,
О.М. Смачило*

РАДІОЕКОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦІВ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Вступ. Моніторингом радіаційного стану називають вимірювання активності чи випромінювання з метою вивчення, оцінки, прогнозування радіаційної ситуації, виявлення випадків порушення санітарного законодавства, розробки заходів, спрямованих на запобігання, усунення або зменшення можливого негативного впливу іонізуючого випромінювання на здоров'я людини або населення.

Основна частина. Радіоекологічний моніторинг в Україні є підсистемою екологічного моніторингу. Він необхідний для постійного радіологічного контролю за небезпечними радіаційними об'єктами виробничо-господарської діяльності шляхом спостереження за гамма-фоном, адже впродовж багатьох років питання радіаційної безпеки залишається надзвичайно актуальним серед інших загроз техногенного характеру. Здійснюється радіологічний моніторинг в Україні за допомогою декількох служб. Спостереження за радіоактивним забрудненням атмосфери, осіданням радіоактивних частинок з атмосфери та вмістом радіоактивного аерозолі в повітрі здійснює Державна гідрометеорологічна служба МНС шляхом щоденних замірів доз гамма-радіаційної експозиції на 10 автоматизованих пунктах поблизу атомних електростанцій. Також ними проводяться вимірювання концентрації радіонуклідів в ґрунті і в атмосферних опадах у межах 30-кілометрової зони навколо Чорнобильської АЕС та здійснюються заміри радіоактивного забруднення поверхневих вод цезієм-137 на 8 водних об'єктах України. Лабораторії моніторингу Мінагрополітики проводять контроль у місцях концентрації радіоактивних речовин у ґрунтах та харчових продуктах. Міжнародна радіоекологічна лабораторія Чорнобильського центру атомної безпеки, радіоактивних відходів та радіоекології у м. Славутичі, здійснює моніторинг впливу радіації на біоту у зоні відчуження.

Радіоекологічний моніторинг на території України має певні особливості, спричинені значним забрудненням довкілля внаслідок катастрофи на ЧАЕС.

Так, наприклад, лише в Тернопільській області 10 населених пунктів є зоною посиленого радіоекологічного контролю внаслідок Чорнобильської катастрофи. Моніторинг радіоактивного забруднення атмосферного повітря на Тернопільщині здійснюється Тернопільським обласним центром з гідрометеорології на 4 пунктах спостереження в містах: Тернопіль, Бережани, Кременець та Чортків.

Головним завданням радіоекологічних досліджень є оцінка стану й характеру впливу радіації на екосистеми і людину. Це обумовлено тим, що згідно доповіді Наукового Комітету з дії іонізуючої радіації ООН (2010 р.) дози опромінення природними джерелами досягли, а іноді перевищують в декілька разів значення підвищених виробничих доз для професійного опромінення. На даний час їх величина складає близько 4,5 мЗв/рік при встановленій дозі межі опромінення в 1 мЗв/рік і продовжує в силу ряду причин збільшуватися. Відповідно посилюється внутрішнє опромінення людини. Це, в свою чергу, збільшує ймовірність прояву віддалених радіобіологічних ефектів (розвитку пухлин, мутацій, зниження імунітету, тощо). Тому за рекомендаціями Міжнародної Комісії з радіаційного захисту, доза від природної радіації не повинна перевищувати 5 мЗв/рік, хоч вже допускається вірогідність збільшення цієї дози до 10 мЗв/рік.

Друге місце за величиною внеску в опромінення населення мають джерела іонізуючих випромінювань, що використовуються в медицині. В Україні, за даними ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України», доза опромінення від медичної діагностики складає 0,5 мЗв/рік, що дорівнює 7 % від усієї дози опромінення населення. Встановлено, що щорічна середньосвітова індивідуальна ефективно-еквівалентна доза опромінення всього тіла внаслідок медичних процедур (в основному діагностичних) становить 0,44-1,0 мЗв/рік. Рентгенівська діагностика до сьогодні все ще є основним методом встановлення діагнозу захворювання. За її допомогою в Україні діагностується 60-80 % захворювань та травм. За останні роки відзначається збільшення доз опромінення населення внаслідок використання джерел іонізуючого випромінювання в медицині через впровадження передових інноваційних технологій (таких як комп'ютерна рентгенівська томографія, ангіографія, інтервенційна хірургія під контролем рентгену тощо) та внаслідок проведення радіаційної терапії пацієнтів.

Без постійного проведення радіоекологічного контролю, в якому виділяють три напрями, а саме базовий або стандартний, який охоплює всю

територію України і здійснюється за допомогою пунктів спостереження або служби радіаційного контролю на ядерному виробництві, кризовий або оперативний, який формується на територіях, де виникли несприятливі радіологічні ситуації, і науковий або фоновий, який створюється на базі науково-дослідних закладів, де проводяться радіологічні дослідження, неможливо дотримуватися допустимих меж радіаційного впливу на персонал, населення та навколишнє природне середовище, встановлених нормами, правилами та стандартами з безпеки (згідно Закону України «Про використання ядерної енергії та радіаційну безпеку»).

Висновки. В Україні, як і всьому світі, радіоекологічний моніторинг не втрачає своєї актуальності й сьогодні. Але для його здійснення необхідні кваліфіковані спеціалісти, які б могли створити та забезпечити постійне функціонування систем радіоекологічного моніторингу. Саме ними й можуть бути фахівці зі спеціальності «Громадське здоров'я». Крім дозволу на проведення радіоекологічного моніторингу після одержання ґрунтової підготовки у вищих закладах медичної освіти, ці спеціалісти повинні мати достатню приладово-технічну та навчально-методичну базу для їх виконання. Відповідно таку ж базу повинні мати й ті навчальні заклади, в яких вони отримують вищу освіту з цього напрямку.

H. Saturska, Y. Petrashyk, N.Panchyshyn

PRINCIPLES OF SUSTAINABILITY IN EDUCATION OF PUBLIC HEALTH MASTERS

Department of Public Health and Healthcare Management,
I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ukraine

Introduction. Currently, there is a lack of information about the implementation of the sustainable development principles into the education process of very educational institutions, including medical universities. Advanced education researches have acknowledged the value of methodological transformation, which offers an opportunity for researching and rethinking how appropriate and successful educational practices may be. According to the newest findings, there is a paucity of studies which examine the extent to which transformation and learning on matters related to sustainable development may be integrated. Also, the role of transformation in higher education and particularly in sustainability learning has been proved.

Main part. According to the 2030 Agenda for Sustainable Development, which calls on countries to begin efforts to achieve the 17 SDGs over the next 15 years, the goals address the needs of people in both developed and developing countries, emphasizing that no one should be left behind. Broad and ambitious in scope, the Agenda addresses the three dimensions of sustainable development: social, economic and environmental, as well as important aspects related to peace, justice and effective institutions. We will focus our attention on them as they all are closely related to health issues and obviously affect them.

Currently it is substantiated the urgency of obtaining questions on the establishment of appropriate training programs for Public Health masters, as well as the health care system of Ukraine, which is taking place in the process of radical reorganization and structuring of the network of Public Health centers. An important aspect of the Concept of building a new national Health Care System in Ukraine is the improvement of staffing and education of health care professionals with a similar feature to European and world standards. An important part of such training is the provision of a competent approach to training public health professionals and their continuous professional development.

One of the 17 goals of Sustainable Development is Goal 3 – good health and well-being. Therefore, based on the I. Horbachevsky Ternopil National Medical University (TNMU) mission: training highly skilled specialists for the healthcare system of Ukraine and abroad through the provision of educational services of the proper quality, observance of high standards in teaching, scientific and professional activity; developing fundamental and applied sciences in the field of medicine and pharmacy; providing of the high-tech science-intensive medical care and developing new diagnostic and therapeutic technologies for the needs of the Ukrainian health care system.

To summarize, TNMU is capable of realizing the goal of Sustainable Development "Ensuring a healthy lifestyle and well-being of people of all ages" in the educational process at the TNMU in curriculum for Public Health masters.

І.С. Миронюк, Г.О. Слабкий, В.В. Брич, В.Й. Білак-Лук'янчук

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ КАДРІВ ДЛЯ СИСТЕМИ
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Ужгородський національний університет

Вступ. Починаючи з 2014 року в Україні формується система громадського здоров'я. Створено і функціонує Центр громадського здоров'я МОЗ України та створюються регіональні центри громадського здоров'я. Розвивається законодавча та нормативно-правова база системи. Так, розпорядженням КМУ від 30.11.2016 р. №1002-р прийнята Концепція розвитку системи громадського здоров'я.

Підґрунтям для розвитку системи громадського здоров'я є «Європейський план дій по укрєпленню потенціала и услуг общественного здравоохранения».

В 2017 році Кабінетом Міністрів України було затверджено спеціальність 229 – «Громадське здоров'я». Підготовка професійних кадрів для системи громадського здоров'я в Україні почала проводитися починаючи з 2018-2019 навчального року коли Острозька державна академія та Сумський державний університет здійснили прийом студентів для підготовки бакалаврів за спеціальністю «Громадське здоров'я».

З 2019-2020 навчального року в Україні почато підготовку магістрів за спеціальністю «Громадського здоров'я». Всього, для навчання в магістратурі вищими навчальними закладами країни прийнято 18 студентів за державним замовленням та 34 студентів для навчання на платній основі. Цьогорічний досвід приймальної кампанії до вищих навчальних закладів, спеціальність «Громадське здоров'я» серед абітурієнтів авторитетом не користується.

Основна частина. Основою для підготовки кадрів для системи охорони здоров'я стали освітній стандарт, на базі якого розроблені навчальні програми і робочі плани. При їх розробці використано досвід країн Європи та матеріали міжнародних тренінгів, які проводилися в Україні.

Проблемою в організації навчального процесу стала відсутність навчальних та методичних матеріалів, а також підготовлених викладачів. В цих умовах використовуються матеріали міжнародних тренінгів та, крім штатних викладачів університетів, широко залучаються до педагогічного процесу практичні працівники, які добре розуміються на певних темах робочого плану підготовки магістрів.

Складним питанням в навчальному процесі стає вибір практичних баз навчання. Під час навчання на практичних базах студенти мають відпрацьовувати навички розробки та впровадження послуг у сфері громадського здоров'я. Концептуально ці послуги визначені основними оперативними політиками, а детально вони в Україні ще не опрацьовані.

При цьому необхідно зазначити, що відсутність зацікавленості абітурієнтів в отриманні спеціальності «Громадське здоров'я» пов'язана з відсутністю інформації про місця майбутньої роботи та про функції, які будуть виконувати фахівці після закінчення навчання і задачі, які будуть вирішувати. А це ускладнює профорієнтаційну роботу.

Висновки:

1. Необхідно проводити широку комунікаційну роз'яснювальну роботу, як серед випускників загальноосвітніх шкіл, так і медичних коледжів, випускників бакалаврських програм різних спеціальностей та медичних працівників з метою формування престижу спеціальності «громадське здоров'я».

2. Важливо провести розрахунки потреби у кадрах для системи громадського здоров'я на всіх рівнях її функціонування та необхідності їх спеціалізації по виконанню основних оперативних функцій системи громадського здоров'я.

3. Розширити в країні систему первинної підготовки фахівців для сфери громадського здоров'я, в тому числі за рахунок державного замовлення та створити систему післядипломної підготовки (безперервного професійного розвитку) спеціалістів і забезпечити проходження спеціалізації тих кадрів, які уже працюють в закладах, які інтегруються в систему громадського здоров'я.

4. Враховуючи відсутність в країні сучасного навчально-методичного забезпечення з підготовки фахівців для системи громадського здоров'я необхідно забезпечити підготовку Національного підручника «Громадське здоров'я» та його видання необхідним для країни накладом.

5. При підготовці фахівців для системи громадського здоров'я основним пріоритетом навчального процесу має стати формування у студентів і слухачів визначених освітнім стандартом компетенцій та забезпечення набуття ними практичних навичок, які будуть необхідними в їх майбутній практичній роботі.

6. Надзвичайно важливим питанням сьогодення є підготовка викладачів предмету громадського здоров'я для вищих навчальних закладів

відповідно до сучасних вимог викладання, знання задач, проблем та шляхів їх рішення в сфері громадського здоров'я в країні, а також дії в надзвичайних ситуаціях в указаній сфері.

С.О. Ястремська, Л.Я. Федонюк, Г.С. Сатурська, Л.П. Мартинюк

ВИВЧЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ – МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ В ГАЛУЗІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Вступ. Питання охорони здоров'я є одним з найважливіших питань державної соціальної політики у всіх розвинених країнах світу. Велика увага приділяється цьому в європейській та світовій практиці в галузі охорони здоров'я. Здоров'я людини має біологічні, міжособистісні та суспільні виміри. Тож не дивно, що студенти університету МакЮена (Канада) проходять курси, пов'язані зі здоров'ям, та проводять дослідження охорони здоров'я в різних дисциплінах.

Основна частина. Співпраця між Тернопільським національним медичним університетом імені Івана Горбачевського МОЗ України (ТНМУ) та університетом МакЮена відповідає стратегії діяльності медсестринського факультету університету МакЮена: медсестри, які впливають на здоров'я світової спільноти та виконують трансформаційне навчання в освіті медсестер та професійній практиці. Співпраця у реалізації програми та залучення українських студентів пропонує можливості вивчити та змінити освіту медсестер та їх професійну практику.

23 студенти провели один тиждень у ТНМУ, зосередившись на глобальних / планетарних проблемах здоров'я. Навчальний курс був створений у співпраці з Факультетом медсестринства (Університет МакЮена, Канада). Серед учасників були викладачі та студенти – представники України та декількох країн (включаючи Гану, Нігерію та Індію). Робота була зосереджена на інтерактивному навчанні та включала обернений формат аудиторії, семінари, командне навчання та польові клініки, координовані членами факультету Університету МакЮена у партнерстві з викладачами ТНМУ. Учасники відвідали різноманітні заклади охорони здоров'я, включаючи дитячі

клініки, лікарні психічного здоров'я, клініку ВІЛ, перинатальний центр, дитячі будинки та реабілітаційні центри.

Навчальний курс був організований з метою узгодження з трьома важливими складовими здоров'я на планеті: відносністю, стійкістю та способами пізнання. Завдяки інтерактивному навчанню в міжнародному середовищі студенти виробили спільне розуміння того, як люди ставляться один до одного та до свого оточення, порівняли канадський та український підходи до цілей сталого розвитку та створили простір для розуміння різних способів пізнання та як вони зміцнюють здоров'я і добробут. Формат поїздки віч-на-віч був неоціненним для підвищення емоційного та неформального навчання, а також для розвитку потенціалу особистості у світі. Курс є чудовою основою для студентів, які бажають продовжити навчання в університеті, вивчаючи основи глобального здоров'я або в галузі медсестринства, або в галузі охорони здоров'я.

Висновок. В подальшому і надалі планується співпраця, пов'язана з вивченням якості підготовки фахівців із галузі громадського здоров'я.

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

Д.М. Брезницька

ІНФЕКЦІЙНІ РИЗИКИ ПРИ ПОВОДЖЕННІ З МЕДИЧНИМИ ВІДХОДАМИ

Національний університет «Острозька академія»

Вступ. Медичні відходи (МВ) є фактором ризику виникнення інфекційних захворювань серед населення. Так як маршрутизація МВ передбачає велику кількість контактів, ризик зараження існує на кожному етапі від їх початкового утворення до остаточного захоронення.

Основна частина. Проведено визначення основних інфекційних ризиків, які виникають при поводженні з МВ та проаналізувати сучасні шляхи щодо їх усунення. В ході дослідження проведено аналіз діючих нормативно-правових документів, зарубіжних видань, які висвітлюють дану проблему. Було використано методи: описовий, медико-статистичний, бібліографічний, санітарно-епідеміологічний.

Щороку у світі в результаті ін'єкцій реєструються мільйони випадків інфікування вірусами гепатитів В і С та вірусу імунодефіциту людини. Існує чотири групи ризику щодо зараження: це пацієнти (повторне використання гострого обладнання будь-якого типу може поширити інфекцію), медичний персонал (недотримання правил техніки безпеки під час поводження з інфекційними МВ, не тільки ставить під загрозу життя медика, але й збільшує шанси передати цю інфекцію пацієнту чи в побуті), працівники, які збирають та утилізують МВ (піддаються небезпеці, оскільки часто немає спеціального оснащення на місці роботи), населення (остаточна утилізація МВ після того, як вони покинуть медичний заклад, часто може становити серйозні ризики зараження для населення). Розробляючи стратегію мінімізації інфекційного потенціалу МВ, найважливішими слід вважати методи, за допомогою яких медичні працівники та персонал, що утилізує МВ пройдуть підготовку для виконання та моніторингу плану поводження з МВ.

Висновки:

Неправильне поводження з інфекційними МВ не тільки робить медичний заклад більш небезпечним для пацієнтів та медперсоналу, але й запускає цикл

зараження поза його стінами. Ретельне стратегічне планування потрібно для мінімізації інфекційного потенціалу МВ.

Т.О. Воронцова

СТРАТЕГІЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ ДІТЕЙ В ПЕРІОД ФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Вступ. Оптимізація лікувально-діагностичної допомоги дітям на всіх рівнях надання медичної допомоги є пріоритетним напрямком розвитку української медицини на сучасному етапі перехідного періоду. При трансформації вторинної і третинної ланок медичної реформи необхідно не забувати питання підвищення якості та доступності всіх видів медичної допомоги дітям на амбулаторно-поліклінічному етапі.

Основна частина. Оптимізація лікувально-діагностичної допомоги дітям на первинному рівні в умовах перехідного періоду є важливою ланкою на сучасному етапі медичної реформи.

На даний час допомогу дітям в основному надають педіатри і сімейні лікарі. Якщо в минулому сімейний лікар був педіатром, то досвід роботи з дітьми дає змогу вирішувати питання діагностики, лікування хворих дітей та консультування здорових дітей на достатньому рівні.

Але в більшості випадків сімейний лікар – це терапевт, що пройшов 6-місячну перекваліфікацію, і рівень практичної роботи з дітьми вікового діапазону від нуля і вище бажає бути кращим. Останнє, в поєднанні з неможливістю чи небажанням батьків консультувати дитину на інших рівнях, призводить до обмеження права дитини на отримання кваліфікованої та вчасної медичної допомоги та може призвести до погіршення її здоров'я.

В даний момент первинний рівень амбулаторної допомоги в основному зосереджений на лікуванні у дітей гострих захворювань і практично не займається їх диспансерним спостереженням і профілактикою. Кваліфікована спеціалізована медицина для цієї вікової категорії пацієнтів стала проблематичною, оскільки вона в державному сегменті є віддаленою від місця проживання та від термінованою в часі через наявність попереднього запису, який часто розтягується щонайменше на декілька тижнів. Мережа платних

лікувальних закладів лише формується і не завжди перекриває весь спектр потреби в спеціалізованій допомозі. Тому питання наближення висококваліфікованої педіатричної допомоги до дітей сільського населення є достатньо актуальним.

Наближення третинного рівня допомоги дітям сільської місцевості вирішує питання своєчасного консультування дітей та призначення адекватного лікування

Як один із варіантів спеціалізованої медичної допомоги дітям може бути створення спеціалізованої мобільної педіатричної бригади. Взірцем може служити робота такої бригади на основі колективу кафедри дитячих хвороб і дитячою хірургії Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського.

Виїзна спеціалізована мобільна педіатрична бригада фахівців Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського – це сучасний інноваційний варіант надання медичної допомоги дітям висококваліфікованими спеціалістами. В складі бригади є дитячі гастроентерологи, ревмокардіологи, пульмонологи та алергологи, інфекціоністи, неонатологи, дитячі хірурги і ортопеди.

Спеціалізована мобільна педіатрична бригада практикує виїзди безпосередньо в медичні заклади області для огляду диспансерної групи дітей й надання консультацій пацієнтам педіатричних відділів місцевого стаціонару, що покращує якість лікування. Велику увагу фахівці приділяють профілактичним прийомам й роз'яснювальним бесідам із батьками новонароджених щодо харчування та догляду за малюками.

Якість роботи бригади можна оцінити за кількістю вперше виявленої патології серед оглянутих дітей в сільській місцевості. Вперше виявлена патологія складала 49,7 %, виявлялася у дітей різних вікових груп і мала різноманітну етіологічну направленість.

Висновки. Такий вид роботи наближає кваліфіковану допомогу вузьких спеціалістів до дітей сільського населення, підвищує якість надання медичних послуг та допомагає підтримати авторитет сімейного лікаря

О.В. Денефіль

ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я СУЧАСНОЇ МОЛОДІ

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Вступ. У людини виробилися механізми регуляції життєдіяльності, що захищають від екзогенних впливів. За останні 50 років клімат на Землі змінився більше, ніж за попередні 15000 років, тому стало необхідним вироблення нових механізмів адаптації.

Основна частина. Задля визначення стану психологічного здоров'я у молодих людей за I, II і III типів медико-метеорологічної ситуації (ММС) 386 чоловікам і 464 жінкам 16–22 років було проведено тестування за допомогою опитувальника FPI форма B.

У всіх обстежених були високі значення показників за шкалами IV (нестійкий емоційний стан із схильністю до афективного реагування); в чоловіків також за шкалою VII (агресивне відношення до соціального оточення, виражене намагання домінувати). У жінок, порівняно з чоловіками, були вищі рівні невротичності (I), депресивності (III), схильності до стресового реагування на звичайні життєві ситуації за пасивно-захисним типом (VIII), частоти коливання настрою, підвищеної збудливості, дратівливості (XI). У чоловіків були вищі імпульсивність (II), впевненість у собі, оптимістичність, активність (VI), екстравертивність (X), перебіг психічної діяльності переважно за чоловічим типом (XII).

Високі значення показників за всіх типів ММС були в чоловіків за шкалою VII: за I і III типів – за шкалою IV. У жінок за всіх типів ММС спостерігалися високі показники за шкалою IV. Виявлено вищий рівень відвертості в усіх за III типу ММС, порівняно з I і II. За всіх типів ММС у чоловіків були вищі значення за шкалами VII, X, XII та нижчі – за I, III, VIII, XI. За I типу ММС чоловіки мали більші значення за шкалою VI.

Висновок. Отже, спостерігається залежність від ММС за тестом FPI у осіб різної статі.

В.Л. Смірнова, Н.Я. Панчишин, В.П. Борак

НАРОДЖУВАНІСТЬ ДІТЕЙ ЖІНКАМИ ДІТОРОДНОГО ВІКУ В УКРАЇНІ

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Вступ. На сучасному етапі вивчення причин зниження народжуваності дітей в Україні показує, що цьому сприяють багато чинників. До них належать: зниження рівня життя населення, яке зумовлене соціально-економічною кризою, трудова еміграція жінок, державні виплати грошової допомоги при народженні дитини та субсидії, які далеко не компенсують витрати на дитину. Через безробіття, низький рівень життя, та інші соціально-економічні негаразди, зумовлені кризовими явищами в усіх сферах життя, українські сім'ї не мають можливості на сьогоднішній день забезпечити належний рівень витрат на дитину, що й стає однією з основних причин значного падіння народжуваності. Крім того, сучасна жінка все більше бажає встигнути самореалізуватися у кар'єрному рості, а не тільки в ролі матері, і все менше хоче бути просто домогосподаркою. Вибору бездітності або народження лише однієї дитини серед чималої кількості жінок сприяє той факт, що жінці доводиться і заробляти гроші, і рости дитину.

Важливо вивчити, як впливає на народження дітей самотність їх матерів, як впливають аборти. Крім того, важливим є розподіл жінок за їх соціальним статусом, а саме приналежність до групи жінок, які працюють в державних закладах, жінок, що займаються приватною діяльністю та інших (домогосподарки, на утриманні інших осіб, тощо.)

З початку 60-х років число абортів перевищило дітонародження. Однак і тут слід відзначити різницю у відтворенні населення між західними та східними областями. В східних областях, зокрема в Запорізькій, частота абортів в 4 рази вища, порівняно з Тернопільською.

В Україні майже половина шлюбів розпадається. Розлучення також має суттєві регіональні особливості. Так, розлучення в Луганській області в 2,5 рази зустрічається частіше, порівняно із Закарпатською.

Основна частина. Нами було проведено анкетування жінок дітородного віку у кількості 282, у яких з'ясовувалося питання: скільки вони хочуть і можуть мати дітей? Дослідження проводилось протягом 2016-2017 рр.

Загалом опитано 282 жінки, з них у віці 20-24 роки – 76 (27,0 %), 25-29 років – 88 (31,2 %), 30 і старше – 118 (41,8 %). Загалом, одну дитину мали $34,5 \pm 2,8$ %, двоє дітей – $12,4 \pm 1,9$ %, троє дітей – $1,4 \pm 0,7$ %, четверо і більше дітей $0,3 \pm 0,3$ % жінок. Не мали дітей $51,4 \pm 2,4$ %, тобто більше половини жінок так і не виконали свою дітородну функцію.

Всього жінками було народжено 185 дітей, що складало 0,66 дітей на одну жінку.

Тепер відносно бажання жінок всіх вікових груп мати дітей: одну дитину хотіли б мати $6,2 \pm 4$ %, двох дітей – $61,0 \pm 2,9$ %, трьох дітей – $14,5 \pm 2,1$ %, чотирьох і більше дітей $1,1 \pm 0,6$ % жінок. Не відповіли на дане питання $14,8 \pm 2,8$ % жінок.

Таким чином, число бажаних дітей склало 517, що пересічно становить 1,78 дитини на одну жінку.

Значно кращою виглядає картина у жінок основного дітородного віку 20-24 та 25-29 років. У жінок у віці 20-24 роки мали одну дитину $7,9 \pm 2,9$ %, двоє дітей – $5,3 \pm 7,6$ %, троє дітей – $1,3 \pm 1,3$ %, четверо і більше дітей – не мали. Не мали дітей 65 жінок, тобто $85,5 \pm 4,0$ %. Число народжених дітей склало 18, що пересічно становить 0,24 на одну жінку.

Хотіли б мати дітей у віці 20-24 роки одну дитину $11,8 \pm 3,9$ %, двох дітей – $63,2 \pm 5,5$ %, трьох дітей – $17,1 \pm 4,3$ %, чотирьох дітей $1,3 \pm 1,3$ %, п'ять дітей $1,3 \pm 1,3$ % жінок. Не відповіли на дане питання $5,2 \pm 2,5$ % жінок.

Таким чином, число бажаних дітей у цій віковій групі склало 153, що пересічно становить 2,01 дитини на одну жінку.

Аналогічні показники ми маємо у жінок у віковій групі 25-29 років, одну дитину мали $40,9 \pm 5,2$ %, двоє дітей – $4,5 \pm 2,2$ %, троє дітей – $1,1 \pm 1,1$ %, четверо і більше дітей – не мали. Не мали дітей 47 жінок, тобто $53,4 \pm 5,3$ %. Число народжених дітей склало 41, що пересічно становить 0,47 на одну жінку.

Слід відмітити, що частка жінок у віковій групі 25-29 років, які бажали б мати лише одну дитину знизилась, у порівнянні з попередньою віковою групою, до $3,4 \pm 1,8$ %, а число бажаних двох дітей збільшилась до $70,5 \pm 4,9$ %. Загалом жінки цієї вікової групи хотіли б мати 188 дітей, що пересічно складає 2,02 дитини на одну жінку, і це майже відповідає показнику в групі жінок 20-24 роки.

Основними причинами, які стримували народження дітей у опитаних жінок були у порядку зростання: нехватка дошкільних закладів ($1,7 \pm 0,7$ %), прагнення жінки до професійного росту ($4,9 \pm 1,2$ %), складність виховання дітей

($5,4 \pm 1,2$ %), страх перед пологами ($5,7 \pm 1,2$ %), погані житлові умови ($7,4 \pm 1,4$ %), незадовільний стан здоров'я жінки ($12,9 \pm 1,8$ %), великі грошові трати на дитину ($22,9 \pm 2,2$ %), інші причини ($9,7 \pm 1,6$ %). Не відповіли на дане питання $29,4 \pm 2,4$ % жінок.

Таким чином, ці дві основні дітородні групи жінок – 20-24 та 25-29 років – мають майже однакові показники бажаного дітонародження, а це б сприяло забезпеченню хоча б стаціонарного відтворення населення.

Висновок. Отримані результати підтвердили те, що при сприятливих соціально-економічних умовах жінки дітородного віку мали б 2,02 дитини пересічно на одну жінку, що відповідало б стаціонарному типу відтворення населення замість існуючого звуженого типу відтворення населення.

КОНЦЕПЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ І ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я

Т.В. Бізуняк, О.В. Денефіль, О.О. Кулянда

ІНДЕКС МАСИ ТІЛА: ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ТА ПАТОЛОГІЇ

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Вступ. Індекс маси тіла (ІМТ) вважається оптимальним показником для оцінки розмірів тіла (ваги та зросту), які дозволяють оцінити ризики для здоров'я.

Основна частина. Визначено ІМТ у студентів 3 курсу та проаналізовано особливості стилю життя, які впливають на нього. Для дослідження були використані електронна вага, ростомір та розроблена нами анкета опитування студентів.

Обстежено 100 студентів: 50 жінок від 17 до 24 років та 50 чоловіків від 18 до 28 років. За ІМТ ми поділили обстежених на 4 групи.

До I групи з ІМТ менше $18,5 \text{ кг/м}^2$ увійшли 14 % студентів (85,7 % дівчат, 14,3 % – хлопців). Вони вживали переважно гіпокалорійну рослинну їжу, рибу, харчувалися 2-5 разів на день, мали високу фізичну активність протягом дня (3-15 км ходьби) та тижня (заняття спортом, ходьба до 45 км). У підлітковому віці обстежені мали часто понижену масу тіла, у сибсів та батьків переважала нормальна маса тіла.

II група включала 60 % обстежених з ІМТ $18,5\text{-}24,9 \text{ кг/м}^2$ (41,7 % дівчат, 58,3 % – хлопців). Харчувалася вони 1-4 рази на добу, раціон включав м'ясо, овочі, фрукти. Фізична активність включала ходьбу (2-4 км на день), заняття аеробними видами спорту. У підлітковому віці, у сибсів та батьків була переважно нормальна маса тіла. Частина обстежених вживала постійно вітаміни, препарати кальцію, біодобавки.

III група з ІМТ $25,0\text{-}29,9 \text{ кг/м}^2$ нараховувала 18 % студентів (44,4 % дівчат, 55,6 % – хлопців). У раціоні обстежуваних переважали м'ясо, молочні продукти, фаст-фуд. Частота прийомів їжі – 1-5 разів на добу. У підлітковому віці, серед сибсів та батьків була нормальна та підвищена маса тіла. Фізична активність обстежених включала ходьбу 2-5 км на день, заняття паверліфтингом, бігом, йогою, ранковою гімнастикою.

До IV групи студентів з ІМТ понад 30 кг/м² увійшли 8 % обстежених (62,5 % дівчат, 37,5 % – хлопців). У раціоні обстежуваних переважали гострі м'ясні страви, рис, випічка, газовані напої. Частота прийомів їжі – 2-6 разів на добу. У підлітковому віці, серед сибсів та батьків була нормальна та підвищена маса тіла. Фізична активність включала ходьбу 3-5 км на день, заняття у спортивному залі, баскетбол.

Висновки. Збалансоване харчування та фізична активність сприяють підтриманню нормальної маси тіла. Недостатня маса тіла частіше обумовлена гіпокалорійною їжею або підвищеним метаболізмом, швидкою реакцією організму на стрес. Найчастіше ожиріння виникає внаслідок споживання їжі з високою енергетичною цінністю (калорійністю) у поєднанні з недостатньою фізичною активністю і фактором генетичної сприйнятливості.

В.Б. Замкевич, Т.С. Грузєва

ВПЛИВ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ СТУДЕНТСЬКОЮ МОЛОДЦЮ НА ІНШІ ПРОЯВИ НЕЗДОРОВОЇ ПОВЕДІНКИ

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

Вступ. Медико-соціальна значущість проблем, пов'язаних з вживанням алкогольних напоїв, поширеність явища та ранній початок залучення молоді до нездорової поведінки обумовлюють потребу у визначенні причин та обґрунтуванні профілактичних заходів.

Основна частина. Дослідження вживання алкогольних напоїв у середовищі студентів закладу вищої медичної освіти засвідчило значну його поширеність, яка досягала 76,1±2,0 на 100 опитаних. Дві третини респондентів місцем вживання алкоголю назвали заклади, де вживаються алкогольні напої, а причиною – зустрічі з друзями.

Виявлено, що переважна чисельність опитаних вживала алкогольні напої у вихідні дні (46,3±3,1), майже кожен п'ятий – на свята (18,5±3,8), проте кожен десятий – протягом тижня (11,2±4,0 на 100 опитаних). Спонукальними чинниками вживання алкоголю були отримання задоволення (35,4±3,5), спілкування з друзями (7,4 на 100 опитаних), вирішення особистих проблем (2,9 на 100 опитаних).

Встановлено, що студенти надавали перевагу споживанню вина ($43,1 \pm 3,2$) та пива ($21,8 \pm 3,8$), однак, $14,8 \pm 3,9$ найчастіше вживали міцні напої, а $29,4 \pm 3,6$ на 100 опитаних – вживали одночасно різні напої.

Вивчення поєднаного вживання алкогольних виробів з тютюновими засвідчило, що третя частина респондентів ($32,3 \pm 3,7$ на 100) курили під час вживання спиртних напоїв. Особливу тривогу викликає впевненість $17,0 \pm 4,4$ респондентів в доцільності такого поєднання.

Виявлено відмінності в частоті вживання тютюнових виробів серед студентів, які вживають алкогольні напої, та, які не вживають. Розрахунок хі-квадрату свідчить про істотний вплив алкогольної поведінки на частоту куріння, оскільки його значення (2,5) перевищує табличне, а різниця є істотною. Студенти з алкогольною поведінкою частіше вживали також енергетичні напої, що також підтвердили розрахунки хі-квадрату.

Висновки. Встановлення вірогідно більшої частоти вживання тютюнових виробів та енергетичних напоїв серед студентів, які вживають алкогольні напої, порівняно з тими, що не вживають, свідчить про негативний вплив алкогольної поведінки на інші прояви нездорової поведінки і потребує комплексного підходу до скорочення їх поширеності та формування здорового способу життя.

О.О. Кулянда, Т.В. Бігуняк., О.В. Денефіль

ОЖИРІННЯ У МОЛОДОМУ ВІЦІ – ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНOSTI

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Вступ. Індекс маси тіла (ІМТ) дозволяє оцінити ризики для здоров'я. ІМТ понад 30 кг/м^2 вказує на ожиріння, яке збільшує частоту виникнення серцево-судинних захворювань, діабету II типу. В Україні щороку фіксують 15,5 тис. нових випадків ожиріння. Воно призводить до скорочення середньої тривалості життя на 6-7 років.

Основна частина. Визначено частоту ожиріння у студентів 3 курсу, які навчаються у ТНМУ та проаналізовано їх харчові звички, сімейних анамнез щодо ожиріння, фізичну активність. Для дослідження були використані вага, ростомір та розроблена нами анкета опитування студентів.

Всього було обстежено 100 студентів: по 50 осіб жіночої та 50 чоловічої статі віком від 18 до 28 років.

Обстежені з ІМТ 18,5-24,9 кг/м² включала 60 % студентів (41,7 % – дівчат, 58,3 % – хлопців). Харчувалися вони 1-4 рази на добу, раціон складався з м'яса, овочів, фруктів. Фізична активність включала ходьбу (2-4 км на день), заняття баскетболом, волейболом, бігом, йогою, крикетом, бадмінтоном, танцями. У підлітковому віці, у сибсів та батьків була нормальна, понижена та підвищена маса тіла. Частина обстежених вживала постійно вітаміни, препарати кальцію, біодобавки.

Студенти з ІМТ понад 30 кг/м² становили 8 % обстежених (62,5 % дівчат, 37,5 % хлопців). У їх раціоні переважали гострі м'ясні страви, рис, випічка, газовані напої. Частота прийомів їжі – 2-6 разів на добу. У підлітковому віці, у сибсів та батьків була переважно нормальна та підвищена маса тіла. Фізична активність включала ходьбу в середньому 3-5 км на день, заняття у спортивному залі, баскетбол.

Висновок. Збалансоване харчування та фізична активність сприяють збереженню нормальної маси тіла.

Л.М. Маланчук, В.М. Мартинюк, С.Л. Маланчук, І.М. Маланчин, З.М. Кучма

САНІТАРНО-ПРОСВІТНЯ РОБОТА МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

У ПРОФІЛАКТИЦІ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Тернопільський національний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Вступ. Рак молочної залози (РМЗ) займає перше місце серед онкологічних захворювань жіночого населення в Україні. Щорічно в нашій країні діагностується більше 15000 нових випадків даної патології. Серед жінок, які померли від РМЗ 30 % складають пацієнтки репродуктивного віку. Тому питання профілактики цього захворювання надзвичайно актуальне. Водночас достовірно відомо, що своєчасне виявлення та адекватне лікування передракових захворювань молочної залози в 2-3 рази може зменшити злоякісну патологію цього органу. Результати досліджень засвідчують, що 80-90 % випадків захворювання МЗ виявляються самими пацієнтками, тоді як при первинному лікарському огляді – 15-18 %, а під час мамографії лише 4-6 %.

Основна частина. Програма ранньої діагностики РМЗ включає: само обстеження, лікарські профілактичні огляди та скринінгові обстеження. В системі профілактики РМЗ само обстеження є одним з основних методів своєчасного виявлення патології молочної залози. Проте, на перший погляд простий і ефективний метод вимагає чіткої організаційної системи в підготовці та навчанні як медичного персоналу, так і жінок.

Особлива роль медичних працівників в профілактиці раку молочної залози пов'язана перш за все з їх тісним контактом із пацієнтками у різних сферах та рівнях медичної допомоги. Одним з найважливіших завдань медсестри є мотивація жінок уважно ставитись до себе і свого здоров'я. У цьому їм будуть допомагати різні засоби медіа: радіо, телебачення, преса. З метою навчання жінок широко слід використовувати наочну агітацію у вигляді інформаційних листів сан просвітних бюлетенів, таблиць, пробірок, тощо.

Санітарно-просвітня робота має на меті пропаганду здорового способу життя. В цьому сенсі само обстеження молочної залози не має на меті знайти пухлину, а перш за все є адекватним методом діагностики стану здоров'я, зокрема молочної залози. І про це дуже важливо пам'ятати, оскільки пошук захворювання і психологічний настрій при цьому викликають тривожність та напруженість, а така природна реакція призводить до відмови від само оглядів.

Висновок. Таким чином організація заходів, спрямованих на поліпшення діагностики, профілактики та лікування жінок активного фертильного віку із захворюваннями органів репродуктивної системи, залишається актуальною проблемою, що потребує вирішення на державному рівні.

Н.Я. Панчишин, Г.С. Сатурська, В.Л. Смірнова, О.Я. Галицька-Хархаліс

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Вступ. Питання формування здорового способу життя населення на даний час досить широко вивчаються і висвітлюються в науковій літературі вітчизняних і зарубіжних вчених, але проблема підвищення мотивації і формування здорового способу життя людини на всіх щаблях його розвитку залишається до кінця не вирішеною.

Нездорова нація не може бути економічно благополучною. Тому, здоров'я населення є не стільки медичною, скільки соціально-економічною, тобто, перш за все, державною проблемою, яка торкається всіх аспектів і сфер життя й діяльності людини. Основне завдання нашої держави та системи охорони здоров'я в цьому напрямку – це створення у своїх громадян усвідомленої потреби ставитися до свого здоров'я, як до цінності.

Відомо, що на 50-55 % наше здоров'я залежить від нас самих, тобто від нашого способу життя. Навколишнє середовище закріпило свій вплив на здоров'я на позначці 20 %; від генетичної схильності воно залежить на 18-20 %, і всього на 8-10 % – від державної системи охорони здоров'я.

Здоров'я населення обумовлене комплексним впливом факторів, що визначають спосіб життя людини і стан середовища її проживання. Одні чинники позитивно впливають на стан здоров'я населення, інші мають негативний вплив. Встановлено, що більше 70 % чинників, які впливають на стан здоров'я населення, є керованими, тобто залежать від стану і поведінки самої людини.

Основна частина. Найбільш поширеними серед дорослого населення факторами ризику, які піддаються корекції є: низька фізична активність; незбалансоване харчування (надмірне споживання кухонної солі, насичених жирів, нестача білків, мікроелементів та вітамінів); шкідливі звички (тютюнопаління, зловживання алкоголем, вживання наркотиків); психологічна дезадаптація (високе психоемоційне навантаження, в тому на роботі, почуття страху, ворожості, соціальної незахищеності). Тому виявлення факторів ризику і профілактика хронічних захворювань сприяють збереженню здоров'я і підвищенню якості життя популяції.

Здоровий спосіб життя є основою профілактики багатьох захворювань, яка сприяє зміцненню, збереженню і, в деяких випадках, відновленню здоров'я людини. Тому формування здорового способу життя є надзвичайно актуальною проблемою сьогодення.

Здоровий спосіб життя включає в себе кілька аспектів: раціональне харчування, рухова активність, режим праці і відпочинку та їх чергування, емоційне та духовне самопочуття, неприйняття шкідливих звичок, сексуальна культура (під якою розуміється відповідальність за своє репродуктивне здоров'я і здоров'я партнера), гігієна, екологічно грамотна поведінка.

До комплексу факторів, що забезпечують здоровий спосіб життя, відносяться: відповідна політика держави; особиста зацікавленість і

відповідальність людини; відповідальність сім'ї; проведення гігієнічної освіти і виховання населення та ін. Формування здорового способу життя відноситься до комплексу медичних та немедичних заходів, спрямованих на попередження появи тих чи інших захворювань і відхилень у стані здоров'я.

Комплекс профілактичних заходів, що реалізується через систему охорони здоров'я, називається медичною профілактикою. Медична профілактика по відношенню до населення буває індивідуальною, груповою та популяційною (масовою). Індивідуальна профілактика – це проведення профілактичних заходів з окремими особами; групова – серед груп осіб з подібними факторами ризику; популяційна охоплює великі групи населення (популяцію) або населення в цілому. Крім того, розрізняють первинну, вторинну і третинну профілактику (реабілітацію).

Одним з найважливіших компонентів первинної профілактики є формування здорового способу життя, який включає в себе сприятливі умови життєдіяльності людини, рівень її культури і гігієнічних навичок, що дозволяють зберігати і зміцнювати здоров'я, підтримувати оптимальну якість життя.

Важлива роль у формуванні здорового способу життя належить його пропаганді, метою якої є формування гігієнічної поведінки населення, що базується на науково обґрунтованих санітарно-гігієнічних нормативах, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я, забезпечення високого рівня працездатності, досягнення активного довголіття.

Медико-гігієнічне виховання – це частина державної системи охорони здоров'я, що включає поширення медичних і гігієнічних знань, формування здорового способу життя і прищеплення населенню гігієнічних навичок з метою збереження і зміцнення здоров'я, підвищення працездатності і активного довголіття.

Основною метою медико-гігієнічного виховання населення є формування знань і умінь самостійно приймати рішення щодо питань збереження і зміцнення здоров'я.

Найважливішими напрямками формування здорового способу життя є:

- пропаганда факторів, що сприяють збереженню здоров'я: особиста гігієна, гігієна праці, відпочинку, харчування, фізкультура, гігієна статевого життя, медико-соціальна активність, гігієна навколишнього середовища та ін.;
- пропаганда заходів з профілактики факторів, які згубно впливають на здоров'я: надмірного споживання їжі при недостатньому фізичному

навантаженні, зловживання спиртними напоями, вживання наркотиків, куріння тютюну, дотримання деяких етнічних обрядів і звичок і т.д.

Проблеми зміцнення здоров'я населення шляхом істотного зниження поширеності соціально значущих захворювань, створення умов і формування мотивації для ведення здорового способу життя останніми роками привертають дедалі більшу увагу на державному рівні. В цьому напрямку передбачено вирішення таких завдань:

- формування у різних груп населення, особливо у підростаючого покоління, мотивації для ведення здорового способу життя шляхом підвищення інформованості громадян через засоби масової інформації про вплив на здоров'я негативних факторів і можливості їх попередження;

- залучення громадян до занять фізичною культурою, туризмом і спортом, організація відпочинку та дозвілля незалежно від місця проживання, а також розробка механізмів підтримки громадських ініціатив, спрямованих на зміцнення здоров'я населення;

- розробка заходів, спрямованих на зниження кількості споживаного алкоголю, регулювання виробництва, продажу і споживання алкогольної продукції, запровадження в освітніх установах профілактичних програм, спрямованих на недопущення споживання алкоголю і тютюнових виробів дітьми і підлітками;

- створення ефективної системи профілактики соціально значущих захворювань, попередження чинників їх розвитку;

- забезпечення відповідного середовища проживання для осіб з обмеженими можливостями, розвиток реабілітаційних заходів, спрямованих на забезпечення максимальної соціалізації інвалідів;

- впровадження комплексних оздоровчих та реабілітаційних програм щодо скорочення термінів відновлення здоров'я після перенесених захворювань і травм, розвиток послуг, що надаються санаторно-курортними організаціями та оздоровчими закладами.

Таким чином, раціонально побудована система профілактики дає високий соціальний і економічний ефект за рахунок запобігання передчасної смертності, захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, інвалідності, скорочення витрат на виплату соціальних допомог та ін.

Висновки. На даний час проблема формування навичок здорового способу життя у населення стала досить актуальною, однак, поки що – лише в рамках життєвої побутової свідомості.

Причиною цього є цілий ряд проблем, пов'язаних як із психологією, культурою і традиціями, так і з деякими соціальними явищами, а саме:

- повсякденна і цілодобова доступність первинної медичної допомоги на рівні долікарської і первинної медичної допомоги породжує впевненість в можливості лікування більшості хвороб, що спричиняє зневагу до профілактичних заходів;

- неправильне тлумачення медичної інформації призводить до значного розриву між привабливістю рекламованих нових методів діагностики, ліків, легких способів позбавлення від хвороб і уявною простотою, буденністю профілактичних заходів;

- неминуча втрата особистого часу для заходів здорового способу життя і небажання відмовитися від задоволень звичного способу життя, а також фінансові труднощі з придбання фізкультурно-оздоровчих товарів і послуг знижують профілактичну активність населення;

- відсутність ефективної системи виховання і навчання психологічних аспектів здорового способу життя.

ЕКОНОМІКА ЗДОРОВ'Я ТА ПРИНЦИПИ СТАЛОГО РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА: ЧОМУ ВИГІДНО ІНВЕСТУВАТИ В ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ І КРАЇНИ

¹Л.П. Запорожан, ¹Л.І. Патра, ²М.С. Феиш

МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ: УКРАЇНСЬКІ РЕАЛІЇ ТА ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД

¹Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль

²Тернопільський національний економічний університет, м. Тернопіль

Вступ. Медичне обслуговування громадян України є пріоритетним напрямком державної соціальної політики. Недостатнє фінансування – основний гальмівний чинник розвитку медичної сфери. Економічне становище в Україні не дає можливості в повній мірі фінансувати заклади охорони здоров'я, надавати повноцінну медичну допомогу населенню, займатись профілактикою захворювань та реабілітацією.

Ситуація в українській системі охорони здоров'я може бути покращена за рахунок розвитку медичного страхування. В Україні питання страхування поки не врегульовані на державному рівні, тому оплата медичних послуг найчастіше здійснюється самим пацієнтом. Якщо у випадку з профілактичними заходами це прийнятні суми, то при виникненні складних ситуацій зі здоров'ям вартість лікування може складати сотні тисяч гривень.

Основна частина. Медичне страхування – це вид особистого страхування, який гарантує при виникненні страхового випадку (хвороби) отримання медичної допомоги та компенсації витрат на придбання медикаментів за рахунок страхової компанії. Основними учасниками медичного страхування є страхові компанії, страхувальники (фізичні та юридичні особи), страхові посередники, асистуючі компанії, медичні установи.

Приватне (особисте) медичне страхування можна розділити на:

- Страхування життя;
- Страхування від нещасних випадків;
- Медичне страхування.

Програмами особистого страхування в Україні користуються не більше 2млн. 520 тис. громадян (6 %), з яких переважна більшість придбали поліс у

рамках корпоративного страхування. Така популярність даного полісу обумовлена ціною і зручністю в оформленні. При цьому вартість корпоративного страхування на 20-30 % дешевша особистого. Це пов'язано з тим, що при корпоративному страхуванні договір укладають і здорові, і хворі люди, а самостійно за страховкою звертаються вже ті, хто потребує лікування.

На вітчизняному ринку добровільного медичного страхування в 2018 році становила більше 290, в тому числі більше 60 страхових компаній займаються добровільним медичним страхуванням. Найбільш відомі з них: Державна акціонерна страхова компанія «Укрінмедстрах», СК «ІНГО Україна», СК «Провідна», СК «УНІКА», СК «Українська страхова група» та інші.

У тому, що медичне страхування – не панацея, переконує і міжнародний досвід. Фінансування охорони здоров'я здійснюють зазвичай у змішаній формі. В різних країнах світу, залежно від того, яка форма фінансування є домінуючою, систему охорони здоров'я називають державною (Великобританія, Італія), обов'язкове медичне страхування (Австрія, Бельгія, Нідерланди, Німеччина, Швеція, Японія) та змішаною (страхово-бюджетною) – США.

В країнах Західної Європи чисельність застрахованого населення досягає 85-90 %, крім цього практично у всіх країнах в бюджетах передбачено фінансування видатків на охорону здоров'я. Тому в цих країнах більшість лікувально-профілактичних закладів одержують одну частину коштів із системи обов'язкового медичного страхування, другу – за рахунок традиційного бюджетного фінансування і третю – від реалізації платних послуг.

Класичний продукт добровільного медичного страхування у країнах з розвинутою системою страхування – це довгостроковий договір страхування, який забезпечує значний обсяг страхового покриття (оплату послуг) за рахунок щомісячних чи щоквартальних, щорічних страхових внесків, які накопичуються. В країнах Західної Європи чисельність застрахованого населення досягає 85-90%, крім цього практично у всіх країнах в бюджетах передбачено фінансування видатків на охорону здоров'я. Тому в цих країнах більшість лікувально-профілактичних закладів одержують одну частину коштів із системи обов'язкового медичного страхування, другу – за рахунок традиційного бюджетного фінансування і третю – від реалізації платних послуг.

Наприклад, у Німеччині капітальні видатки покриваються урядом землі, і тільки поточні – лікарняними касами.

Міністерство охорони здоров'я Республіки Польща повністю або частково здійснює фінансування видатків на надання високоспеціалізованих медичних послуг (зокрема, на хірургічні втручання) з коштів державного бюджету, а видатки на всі інші медичні послуги покриваються за рахунок обов'язкового медичного страхування. Особи, що працюють, зобов'язані платити за медичне страхування. Внески віднімаються безпосередньо із заробітної плати роботодавцем, а фрілансери самі платять внесок у Національний фонд охорони здоров'я. Але існує в Польщі і добровільна система страхування. Страхівку можуть оформити люди, які не потрапляють під категорію, якій необхідно мати медичне страхування.

Внески за обов'язкове страхування в Польщі становлять близько 9% від заробітної плати. Громадянам, які беруть участь у програмі, і членам їх сімей надають право на безкоштовну первинну медико-санітарну допомогу, спеціалізовану медичну допомогу та стаціонарне лікування.

В Угорщині запроваджено страхові поліси для працюючих громадян і роботодавців, котрі сплачують відповідні щомісячні внески залежно від розміру доходу.

У Литві внески на медичне страхування встановлено як частину прибуткового податку з однієї особи. Внески за дітей, пенсіонерів, безробітних та інші соціально незахищені категорії населення в цій країні сплачує держава за рахунок бюджетних коштів. За кошти державного бюджету фінансуються програми щодо медицини катастроф; переливання крові та донорства; банку тканин для трансплантацій; проблем психіатрії та примусового лікування.

Естонія однією з перших пострадянських держав у прискореному темпі провела медичну реформу і створила економічно ефективну систему медичного страхування. Нині в цій країні діє солідарна система медичного страхування: у разі хвороби вартість медичних послуг не залежить від розміру сплаченого соціального податку конкретною людиною. Ставка податку на медичне страхування спочатку становила 11 %, нині – 13 %. 97 % населення країни мають медичну страховку. Коштом держави застраховані діти (до 19 років), безробітні, студенти, пенсіонери, вагітні, люди з інвалідністю. За працюючих громадян внески до державного фонду медичного страхування сплачують роботодавці. Медичне страхування повністю покриває надання первинної та невідкладної допомоги дорослому населенню, а також медичну допомогу під час вагітності та пологів. За стаціонарне лікування естонці доплачують 2,5 Євро за добу, але не більше 25 Євро за весь період лікування, за візит до лікаря-

спеціаліста за направленням сімейного лікаря – 5 Євро. Це невеликі кошти, враховуючи, що середня заробітна плата в Естонії становить приблизно 1,5 тис. Євро. Але при цьому всі медичні втручання, у тому числі й складні операції, проводяться безкоштовно. Дітям уся медична допомога надається безкоштовно.

Висновок. Звичайно, у виборі страхової моделі для України потрібно максимально прагнути розробити власний варіант, який врахував би вітчизняні реалії, чинне законодавство та економічні показники в державі. Необхідно врахувати переваги і недоліки багаторічного медичного страхування країн Європи. Маємо врахувати й специфічні ризики на шляху запровадження страхової медицини, найбільшим з них є відсутність гарантій ефективного та цільового використання коштів Фонду загальнообов'язкового медичного страхування.

^{1,2}Т.І. Пискливець, ¹А.Г. Шульгай, ^{1,3}Р.Д. Левчук, ¹Г.С. Сатурська

РОЛЬ МІСЦЕВОГО БЮДЖЕТУ У СТРУКТУРІ ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ МІСТА ТЕРНОПОЛЯ У 2018 РОЦІ

¹ Тернопільський національний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

²КНП «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2», м. Тернопіль, Україна

³Тернопільська міська рада, м. Тернопіль, Україна

Вступ. В сучасних реаліях реформування системи охорони здоров'я перед місцевою владою стоїть важливе завдання – забезпечити надання жителям Тернопільської громади якісних та доступних медичних послуг в умовах критичного недофінансування медичної галузі з державного бюджету. Тому актуальним є пошук нових шляхів ефективного розподілу фінансових ресурсів в системі охорони здоров'я, які б дозволяли закладам охорони здоров'я міста Тернополя функціонувати на оптимальному рівні.

Основна частина. Вивчено роль місцевого бюджету в структурі всього фінансування медичної галузі міста Тернополя на основі фінансових звітів вісьмох закладів охорони здоров'я міста за 2018 рік.

Відтак виявлено, що бюджет галузі охорони здоров'я міста Тернополя в 2018 році становив 269 млн. 356 тис. грн., з яких 65 млн. 377 тис. грн. – це кошти місцевого бюджету, що становить 24,3% всього фінансування. Для порівняння, бюджет галузі в 2016 році становив 163 млн. 966,8 тис. грн, в 2017

році – 231млн. 557,6 тис. грн., що менше від бюджету 2018 року на 39 % та 14 % відповідно. Дефіцит бюджету на заробітну плату у 2018 році становив майже 50 млн. грн. Ця різниця, як і в попередні роки, дофінансовувалась коштами, виділеними Тернопільською міською радою. Також досліджено, що місцевий бюджет щорічно покриває такі соціально значимі напрямки, як забезпечення пацієнтів з цукровим діабетом інсулінами, орфанні захворювання, матеріали догляду за людьми з додатковими потребами тощо. Серед всієї соціальної складової бюджету міста Тернополя у 2018 році вагома частка припадає і на видачу безкоштовних рецептів, зубопротезування пільгових категорій громадян, медичну допомогу учасникам АТО, чорнобильцям, тощо, що в сумі становить 11 млн. 389,4 тис. грн. (4,22 % всього бюджету та 17,42 % – місцевого бюджету медичної галузі). Щодо 2019 року, то, згідно даних відділу охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської міської ради, в бюджеті міста на медичну галузь закладено 84,6 млн. грн., що становить 33,6% від загального бюджету медицини міста Тернополя. Також лєвова частка міського бюджету щорічно виділяється на проведення сучасних ремонтів і реконструкцій, придбання високотехнологічного обладнання. Всього в 2018 році на вищевказані витрати направлено 23 млн. 783,1 тис. грн.

Висновки. Таким чином, ми спостерігаємо чітку позитивну тенденцію фінансування медичної галузі міста, в якій вагому роль відіграють кошти місцевого бюджету. Саме завдяки його ефективному розподілу в 2018 році вдалось уникнути заборгованості по заробітній платі працівникам закладів охорони здоров'я, модернізувати медичні установи та оснастити їх сучасним обладнанням.

Подальший аналіз принципів фінансування галузі охорони здоров'я на прикладі міста Тернополя дозволить успішно впровадити на місцях заплановану Урядом трансформацію системи охорони здоров'я, так як державне фінансування в даний час не забезпечує функціонування системи навіть на 30 %.

Л.М. Романюк, Н.Є. Романюк, С.С. Рябоконт

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ЦЕНТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Вступ. ВООЗ розглядає «Громадське здоров'я (Public health)» як науку та практику попередження захворювань, збільшення тривалості життя і зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль усього суспільства. На сучасному етапі існуючих глобальних викликів громадському здоров'ю, а саме «епідеміологічного зміщення» в бік неінфекційних захворювань, насамперед серцево-судинних, онкологічних захворювань та травматизму, визначено концептуальні підходи щодо вдосконалення стратегічного управління охороною громадського здоров'я в Україні шляхом створення нових структур – центрів громадського здоров'я.

Основна частина. Розвиток громадського здоров'я в Україні можливий лише в рамках розвитку глобального здоров'я, яке поєднує різноманітні аспекти політики у сфері охорони здоров'я, епідеміології, профілактики, діагностики й лікування захворювань. Сфера охорони громадського здоров'я України, що існувала до цього часу та була зорієнтована переважно на протидію інфекційним хворобам, перестала відповідати вимогам сьогодення, тому існує нагальна необхідність її реформування. Першочерговим завданням для цього є визначення концептуальних підходів до організаційних засад створення центрів громадського здоров'я.

Необхідно створити таку систему, у якій кожен керівник центрального та місцевого органу виконавчої влади буде враховувати наслідки своїх рішень для здоров'я населення і надавати пріоритет заходам, які допоможуть людям уникнути хвороб і травм. Розбудова такої системи громадського здоров'я в Україні є однією з вимог Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом.

Нова система громадського здоров'я будується за принципами децентралізації та субсидіарності. Координатором та технічним лідером програм та проектів у цій сфері має стати Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я. Центр має доступ до медичної статистичної інформації, здійснює обробку баз даних, готує науково обґрунтовані рішення та аналітику у сфері громадського здоров'я, а також керує обласними установами у сфері громадського здоров'я.

Розвитку центрів громадського здоров'я та впровадженню в них інноваційних технологій сприятиме реалізація політики у сфері громадського здоров'я на регіональному рівні за участю органів місцевого самоврядування. Вони будуть відповідальні за санітарний та епідеміологічний добробут населення, імплементацію Національної стратегії громадського здоров'я на місцевому рівні.

Система громадського здоров'я в Україні розвивається в основних стратегічних сферах. Відтак, в Україні однією зі складових реформи національної системи охорони здоров'я повинна стати розбудова вітчизняної системи охорони/захисту громадського здоров'я на основі створення, функціонування та розвитку центрів громадського здоров'я, стратегічним завданням яких є збереження здоров'я населення як загальнонаціонального принципу визнання пріоритетності безпеки в питаннях життя і здоров'я людини.

Висновки. Головною місією центрів громадського здоров'я є профілактика захворювань як на індивідуальному, так і на популяційному рівні. Новостворені державні установи у сфері громадського здоров'я повинні зосереджувати свою діяльність на профілактику, безперервний моніторинг основних неінфекційних хвороб, які становлять значний тягар для суспільства і спричиняють значні соціально-економічні втрати.

ІНФЕКЦІЙНІ ТА НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЇХ ВПЛИВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Л.Є. Лимар, І.М. Маланчин, Н.А Лимар

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІВЧАТ ТА ЖІНОК РАНЬОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ: РИЗИКИ ТА ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України, КНП «ТОКПЦ «Мати і дитина» ТОР

Вступ. Проблеми захворювання жіночої статевої сфери впродовж віків турбують людство, оскільки призводить не лише до втрати працездатності, погіршення якості життя, але й безпліддя. На сьогоднішній день ми спостерігаємо зростання комор бідної патології. Часто захворювання жіночих статевих органів (ЖСО) поєднуються із патологією щитоподібної залози, органів травлення, що усугубляє перебіг гінекологічного захворювання. Особливо нас хвилює зростання дисгормональних захворювань дівчат та жінок раннього репродуктивного віку.

Основна частина. Метою нашого дослідження було виявлення захворюваності ЖСО на тлі коморбідної патології у дівчат та жінок раннього репродуктивного віку. За допомогою спеціально розробленої анкети нами проведено анкетування в декількох школах та ВУЗах Тернополя. Обстежено 538 дівчат-школярок 16-17 років та 976 студенток віком 18-25 років. Виявлено ранній початок статевого життя у 417 (77,5 %) школярок та у 612 (52,5 %) студенток. Патологія органів травної системи спостерігається у 121 (22,5 %) дівчаток та у 448 (45,9 %) дівчат. Захворювання ЖСО виявлено у 87 (16,2 %) дівчаток. З них у 39 (7,3 %) запальні захворювання (кольпіти, вульвовагініти); у 69 (12,8 %) спостерігаються порушення менструальної функції (ПМФ), а саме, дисменореї, олігоменореї. Захворювання ЖСО виявлено у 326 (33,4 %) дівчат. З них у 172 (17,6 %) спостерігаються запальні захворювання (кольпіти, цервіцити, аднексити); у 291 (29,8 %) виявлені ПМФ (аномальні маткові кровотечі (АМК); олігоменорея, дисменорея.). Поєднана патологія захворювань травної системи та ПМФ спостерігається у 18 дівчаток, що складає 26,1 %; та у 162 дівчат, що складає 55,7 % відповідно. Важливо відзначити, що лише 3 (0,6 %) дівчаток та 112 (11,5 %) дівчат звертались за допомогою до лікарів. Нами проведена санітарно-освітня робота (бесіди) з вказаним контингентом

дівчаток і дівчат. В даний час продовжується обстеження та лікування пацієнток, які звернулися до нас за допомогою.

Висновки:

1. Захворювання ЖСО спостерігаються у 16,2 % дівчаток та у 33,4 % дівчат, що свідчить про високий рівень захворюваності.

2. Поєднання ПМФ з патологією травної системи у 26,1 % дівчаток та у 55,7 % дівчат вказує на необхідність своєчасного виявлення та комплексної адекватної терапії коморбідної патології.

3. Виявлений низький відсоток звертання за допомогою вказує на недостатній рівень санітарної освіти і культури обстежуваних пацієнток, що зумовлює необхідність проведення санітарно-освітньої роботи серед населення.

Є.А. Лимар, А.І. Цвях, Л.Є. Лимар

**ПРОБЛЕМА ФУНКЦІЇ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТА: ШЛЯХИ
ПРОФІЛАКТИКИ І РЕАБІЛІТАЦІЇ**

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Вступ. Проблема функції опорно-рухового апарата на сьогоднішній день є дуже важливою. Її актуальність зростає з кожним роком, оскільки захворюваність не лише не знижується, але спостерігається тенденція до підвищення. Прискорення темпу життя, підвищення соціальної активності населення, з одного боку, та зниження рухової активності, сидячий спосіб життя, з іншого боку, часто призводять до надмірного навантаження на окремі ділянки хребта, що, в свою чергу, спричиняє його деформацію та порушення функції. Крім того, ми спостерігаємо зростання коморбідної патології, зокрема, дисгормональних захворювань жіночих статевих органів (ЖСО). Метою нашого дослідження було виявлення порушення функції опорно-рухового апарата у жінок репродуктивного та переклімактеричного віку, які ведуть малорухомий спосіб життя.

Основна частина. Обстежено 57 жінок репродуктивного віку (32-45 років) та 46 жінок переклімактеричного віку (47-52 років), які склали 2 групи. Контролем служили 30 гінекологічно здорових жінок репродуктивного віку, які мали сидячу роботу, але активно займалися фізичними вправами. Виявлено сколіоз у 38 (68,7 %) жінок 1 групи та у 42 (91,3 %) 2 групи. Кили Шморля

діагностовано у 7 (12,3 %) пацієнок репродуктивного віку та у 5 (10,9 %) пацієнок преклімактеричного віку. Періодичний біль в кульшових суглобах та ногах, оніміння ніг спостерігалось у 42 (73,7 %) жінок 1 групи та 43 (93,5 %) жінок 2 групи. Сколіоз виявлений у 5 (16,7 %) контрольної групи, інших проявів захворювань опорно-рухового апарата у контрольній групі не спостерігалось. У 51 (89,5 %) жінок 1 групи виявлені дисгормональні захворювання ЖСО, які проявляються порушенням менструальної функції (ПМФ), а саме, дисменореєю, олігоменореєю, у них виявлена гіпоестрогенемія та гіпокальціємія. Захворювання ЖСО виявлено у 38 (82,6 %) жінок 2 групи. ПМФ проявлялись аномальними матковими кровотечами (АМК); олігоменореєю, дисменореєю. У всіх пацієнок 2 групи з ПМФ виявлена гіпоестрогенемія, гіпопрогестеронемія та гіпокальціємія. Важливо відзначити, що за допомогою до гінеколога звертались 43 (75,4 %) жінок 1 групи та лише 9 (19,6 %) жінок 2 групи. У всіх обстежуваних пацієнтів виявлена остеопенія, у 8 (14,0 %) та у 19 (41,3 %) діагностований остеопороз. Нами розроблена спеціальна програма реабілітації вказаного контингенту жінок, яка включає комплекс фізичних вправ, фізіотерапевтичне та медикаментозне лікування, а також цикл лекцій санітарно-освітнього спрямування з метою забезпечення здорового способу життя та своєчасної діагностики супутньої патології. В даний час продовжується обстеження та лікування пацієнок.

Висновки:

1. Жінки, які ведуть малорухомий спосіб життя, страждають порушеннями функції опорно-рухового апарата. Цьому сприяє зниження рівня кальцію на тлі гіпоестрогенемії.
2. Виявлений недостатній рівень своєчасного звертання за допомогою, що потребує проведення санітарно-освітньої роботи.
3. Розроблена спеціальна програма реабілітації вказаної патології дасть змогу забезпечити профілактику, своєчасну діагностику та лікування патології опорно-рухового апарату.

І.М. Маланчин, Л.Є. Лимар, В.М. Мартинюк

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ПРЄЕКЛАМПСІЇ У ВАГІТНИХ

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Вступ. Серед причин материнської смертності преєклампсія та гіпертензивні розлади вагітних займають 3-4 місце протягом останніх десяти років. Перинатальна смертність для даної патології коливається в межах від 10 до 30 %, перинатальна захворюваність – від 463 до 780 ‰. Гіпертензивні порушення при вагітності є однією з найважливіших причин серйозних захворювань, тривалої інвалідності та смерті у матерів і немовлят. Первинна профілактика преєклампсії є предметом суперечок і активних наукових досліджень. Оптимізація надання медичної допомоги з метою профілактики і лікування гіпертензивних порушень у жінок – це важливий крок на шляху до досягнення цілей, сформульованих в «Декларації тисячоліття» ООН.

Основна частина. Мета роботи – оптимізувати методи профілактики артеріальної гіпертензії та преєклампсії у вагітних жінок. Первинна профілактика полягала у виявленні факторів ризику виникнення гіпертензивних розладів під час вагітності (цукровий діабет 1 або 2 типу, хронічна гіпертензія або виникнення гіпертонічної хвороби під час попередньої вагітності, хронічні захворювання нирок, аутоімунні захворювання, рецидивуючі вірусні інфекції, багатоплідна вагітність). Серед вагітних жінок проводилася санітарно-просвітницька робота, надавалися рекомендації щодо дотримання здорового способу життя, раціонального харчування, припинення тютюнопаління. Заохочували всіх пацієнток до виконання щоденного фізичного навантаження (фітнес вагітних, йога, аквааеробіка тощо) упродовж 15-20 хвилин на день за умови комфортного самопочуття. Вагітних з депресивно-тривожними розладами обов'язково консультував психолог, призначав медикаментозну корекцію при наявності показів.

Під нашим спостереженням було 92 вагітних, які отримували ацетилсаліцилову кислоту 100 мг на добу і препарати, що містять кальцій (1-2 г на добу) з 12-16 тижня вагітності. Усіх пацієнток у доступній формі було проінформовано щодо стану здоров'я, подальшого перебігу захворювання та алгоритму профілактичних та лікувально-діагностичних заходів, які будуть проводитись. Вагітність завершилась фізіологічними пологами у 76 (82,6 %) обстежених жінок, передчасними пологами – у 11(11,9 %) пацієнток, кесарським розтином – у 5 (5,5 %).

Висновок. Таким чином, запропоноване нами профілактичне лікування дозволило зменшити частоту розвитку преєклампсії та важкість її перебігу у жінок з групи високого ризику, покращити стан фетоплацентарного комплексу.

Мультидисциплінарний підхід до ведення вагітних з преєклампсією та артеріальною гіпертензією, узгоджені дії лікарів та профілактична терапія позитивно впливають на перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду. Профілактика серцево-судинних захворювань починається під час вагітності і триває до кінця життя.

Г.П. Михальчишин

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ТА НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ В УКРАЇНІ ЗА 2000-2017 РР.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Вступ. У період реформування вітчизняної галузі охорони здоров'я важливим є розуміння існуючих епідеміологічних трендів цукрового діабету 2 типу (ЦД 2 типу) та неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП).

Основна частина. Встановлено динаміку показників захворюваності, поширеності ЦД 2 типу та НАЖХП за 2000-2017 рр. в Україні.

За цей час показник захворюваності на ЦД 2 типу в Україні достовірно збільшився на 10,41 % з 300,13 (95 % ДІ 273,19-324,5) до 331,37 (95 % ДІ 298,76-369,67) випадків з розрахунку на 100 тис. населення ($p < 0,001$). Серед чоловіків підвищення даного показника було дещо більшим, ніж серед жінок, відповідно на 13,06 % та на 8,1 % $p < 0,001$. Зростання показника захворюваності констатовано і в інших розвинених країнах, зокрема в Білорусії на 9,2 %, в Польщі – на 28,1 %, Німеччині – на 32,1 %, США – на 69,6 %.

За 2000-2017 рр. в Україні достовірно збільшились й інші показники, зокрема: поширеність ЦД II типу на 9,91 % з 7229 (95 % ДІ 6539,6-7858,4) до 7951,3 (95 % ДІ 798,37-952,36) випадків з розрахунку на 100 тис. населення; показник, що характеризує роки життя з інвалідністю, на 10,2 % з 607,12 [95 % ДІ 418,5-828,72] до 669,2 [95 % ДІ 449,9-923,9] з розрахунку на 100 тис. населення; показник, що характеризує кількість років якісного (здорового) життя, втрачених унаслідок настання непрацездатності або передчасної смерті в результаті захворювання (DALY), на 7,8 % з 694,65 (95 % ДІ 505,77-917,92) до 748,81 (95 % ДІ 527,11-1004,67) з розрахунку на 100 тис. населення

За цей час в Україні констатовано збільшення показника поширеності НАЖХП як серед чоловіків (з 0,198 до 0,223), так і серед жінок (з 0,098 до 0,122 з розрахунку на 100 тис. населення), при цьому піки збільшення показника

поширеності відбуваються майже в один віковий період – з 50 до 75 років, проте підвищення показника в цей віковий період відбулося серед чоловіків на 65,8 % (з 0,38 до 0,63), а серед жінок на 90 % (з 0,20 до 0,38 з розрахунку на 100 тис).

Вважається, що прогнозна поширеність НАЖХП буде слідувати трендам показника поширення ожиріння та ЦД 2 типу, між якими існує приблизно 10–15-річна затримка, тому очікується, що в Україні в найближчій перспективі будуть спостерігатися відносно нижчі показники НАЖХП, але у віддаленій перспективі прогнозується значне збільшення тягаря хвороби, у т. ч. і внаслідок старіння населення.

Висновки. За 2000-2017 рр. в Україні спостерігається достовірне збільшення показників захворюваності та поширеності на ЦД 2 типу та НАЖХП як серед жінок, так і серед чоловіків. ЦД 2 типу та НАЖХП мають значний медичний та економічний тягар як на систему охорони здоров'я, так і на країну в цілому.

¹О.В. Покришко, ²В.О. Панічев, ¹М.С. Творко, ²У.В. Ільницька, ²Н.І. Годована

ПРОБЛЕМА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТІЙКОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ІЗ СКАЗУ В УКРАЇНІ

¹Тернопільський національний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

²ДУ «Тернопільський обласний лабораторний центр МОЗ України»

Вступ. Сказ – це гостре інфекційне захворювання, збудником якого є нейротропний вірус із роду *Lyssavirus*. У разі зволікання з надання медичної допомоги в результаті стрімкого розвитку енцефаліту настає смерть. Захворювання на сказ, якщо його не попередити у 100 % є летальним. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), ця хвороба входить у першу п'ятірку хвороб, спільних для людини і тварин, що наносять найбільший соціально-економічний збиток. На сьогодні сказ реєструють у 150 країнах світу.

Резервуаром збудника сказу є дикі та свійські хижі тварини, що належать до класу ссавців: найчастіше з-поміж свійської фауни – коти, собаки; в дикій природі – лисиці, вовки. За даними ВООЗ, у 99 % випадків смерті людини від сказу джерелом інфекції є собаки. Людина може заразитися сказом від інфікованої тварини через укуси; подряпини та мікроушкодження шкіри;

потрапляння зараженої слини на слизові оболонки; вірус аерогенно може потрапляти через кон'юнктиви, слизові ротоглотки в лабораторних умовах, під час відвідування печер, населених кажанами. У контактний спосіб людей найчастіше інфікують коти й собаки – з-поміж свійської фауни, а в дикій природі – лисиці та вовки. За даними Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів з початку 2019 року в Україні зареєстровано 260 випадків сказу тварин.

Основна частина. За матеріалами Міністерства охорони здоров'я України, епідемічна ситуація щодо захворюваності людей на сказ останні 30 років є нестійкою, такі випадки реєструються щорічно. За останнє десятиріччя найбільша кількість захворювань зареєстрована у 2011 р. – 6 випадків (у Київській, Чернігівській, Тернопільській, Сумській, Донецькій областях та м. Києві). У 2017 р. зареєстровані 2 випадки захворювань серед людей (у Дніпропетровській та Одеській областях); в 2018 р. – 1 (у Львівській області). Інфікування людини сказом походить переважно від диких хижаків (вовки, лисиці – 41,4 %), домашніх тварин (коти – 21,8 %, собаки – 15,3 %), а також сільськогосподарських тварин (20,2 %).

Щорічно в Україні реєструється приблизно 100–120 тисяч осіб, які звернулися до медичних установ з приводу укусів тваринами, з яких 60 % одержують направлення за показниками підозри інфікування сказом.

Антирабічна вакцина запобігає виникненню захворювання у 96–99 % випадків. Однією з головних причин, що смерть укушених скаженими тваринами людей, є незнання про необхідність профілактичного лікування вакциною або небажання провести первинну імунізацію. Крім того, причиною смерті від цього страшного захворювання стають пізні звернення до фахівців, і отже, пізній початок лікування, а також перерване профілактичне лікування або порушення режиму поведінки щепленого у період антирабічних щеплень (вживання алкоголю). Специфічну профілактику потрібно розпочинати не пізніше 14-го дня з моменту укусу чи облинення. Антитіла у людини з'являються тільки на 12–14-й день, а максимальні їхні рівні досягаються лише через 30–40 днів. Імунітет стає дієвим приблизно через два тижні після закінчення курсу вакцинації та залишається таким упродовж року. У разі ризику короткого інкубаційного періоду (укуси обличчя, шиї, голови, пальців рук, промежини, множинні або дуже глибокі поодинокі укуси, ослинення слизових оболонок), окрім вакцини застосовують і людський антирабічний імуноглобулін.

З метою попередження сказу ветеринари ведуть боротьбу зі сказом серед собак, знищення бродячих тварин, профілактичну вакцинацію домашніх тварин. Також проводиться пероральна імунізації диких м'ясоїдних тварин. Згідно наказу МОЗ України № 865 від 17.04.2019 Україна закупила понад 93 тисяч доз вакцин для профілактики сказу. Першими вакцини для профілактики сказу отримали Львівська і Тернопільська області – 956 і 375 доз відповідно. Також антирабічною вакциною проводять профілактичну імунізацію людям, робота яких пов'язана з ризиком зараження: співробітникам лабораторій, які працюють з вуличним вірусом сказу, ветеринарам, мисливцям, лісникам та ін.

Висновок. Проблема забезпечення стійкого благополуччя із сказу тварин є не лише ветеринарною, а й загальнодержавною. Сказ можна подолати лише за умови тісної взаємодії та узгодженої роботи всіх зацікавлених служб і відомств.

*М.І. Шкільна, М.М. Корда, Р.О. Гуменна, М.А. Андрейчин, Л.М. Мельник,
І.М. Кліщ, К.Б. Штокайло, С.Й. Запорожан, М.Т. Гук*

АНАЛІЗ ОБІЗНАНОСТІ ПАЦІЄНТІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКИХ ЛІКАРЕНЬ ЩОДО ХВОРОБИ ЛАЙМА

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Вступ. Хвороба Лайма (бореліоз) вважається найбільш поширеним інфекційним захворюванням людини, що передається іксодовими кліщами. Лише у США щорічно реєструється майже 300 000 випадків недуги, в Європі – до 85 000. Територія України є ендемічною за цим зоонозом, найбільша захворюваність реєструється в західних областях. Лайм-бореліоз виявлено в 57 населених пунктах 14 районів Тернопільської області та м. Тернополі.

Основна частина. Проаналізовано обізнаність пацієнтів лікарень Тернополя стосовно хвороби Лайма. Під спостереженням було 129 пацієнтів, які перебували на стаціонарному та амбулаторному лікуванні в кардіологічному і ревматологічному відділеннях КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня», КУ ТОР «Тернопільський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер» та Тернопільському обласному протитуберкульозному диспансері. Їх вік коливався від 19 до 65 років. Чоловіків було 56 (43,4 %), жінок – 73 (56,6 %).

Усі обстежені дали відповіді на запитання уніфікованої міжнародної анкети-опитувальника, якими передбачено в'яснення числа і місця укусів кліщів, способу їх видалення, результатів обстеження на наявність борелій та скарг після укусів. Пацієнти також інформували про застосування репелентів перед входженням у лісову зону та огляд шкірних покривів після виходу з неї. На основі даних анкет здійснено аналіз поінформованості пацієнтів лікарень міста Тернополя щодо бореліозу, а також визначено доцільність розширення їх знань щодо хвороби Лайма та інших інфекцій, пов'язаних з нападом кліщів.

Дане обстеження є частиною спільного українсько-польського проекту «Дослідження епідеміології, патогенезу, клініки та профілактики бореліозу» в рамках відповідних науково-дослідницьких планів Європейського Союзу.

Серед обстежених 129 пацієнтів 18 (14,0 %) вказали на три укуси кліщами й більше протягом життя, про два укуси пам'ятали 8 (6,2 %), одноразовий – 32 (24,8 %) респонденти. 71 (55,0 %) особа не могла пригадати можливі укуси або їх заперечувала. Найчастішими місцями укусів пацієнти відзначили верхні кінцівки (22) та нижні кінцівки (17). Укуси в ділянку шиї і тулуба спереду пригадувалися рідше – 10 і 8 випадків відповідно. На укус кліщем у голову вказала лише одна особа. Слід зазначити, що багаторазові напади кліщів більше турбували пацієнтів протитуберкульозного диспансеру.

Найбільше опитаних (20) самостійно застосували декілька способів для видалення кліща, 18 – перед його видаленням місце укусу змазали олією, що неприпустимо; 11 осіб – продезінфікували. Допомогою лікаря чи медичної сестри для видалення кліща скористалися лише 19 осіб.

Власні знання та відомості щодо засобів інформації про бореліоз достатніми вважали 10,1 та 6,2 % респондентів, середніми – 16,3 та 24,0 %, мінімальними – 35,7 і 24,1 % відповідно. Слід зазначити, що 36,4 % опитаних не володіли потрібною інформацією про це захворювання.

Огляд шкірних покривів після повернення з лісу проводили лише 24,8 % пацієнтів зазначених лікарень міста, репеленти застосовували лишень 5 (3,9 %).

Висновок. Низький відсоток звертань пацієнтів різних лікувальних закладів Тернополя за медичною допомогою у разі нападу кліща, відсутність достатніх знань у них про хворобу Лайма та невикористання більшістю превентивних заходів потребують підвищення рівня санітарно-освітньої роботи щодо бореліозу серед населення.

К.Є. Юрїїв

ФОРМУВАННЯ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ, ЯК ПІДХОДИ ДО ВИРШЕННЯ ГЛОБАЛЬНОЇ ПРОБЛЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Вступ. Фіброз печінки – патологічний процес, який характеризується розростанням сполучної (колагенової) тканини в печінці без зміни її структури. Він розвивається на фоні хронічних запальних процесів у печінці з наступною активацією зірчатих клітин, що призводить до розвитку фіброзу. При цьому зберігається нормальна будова тканини і печінкових дольок. Нециротичний портальний фіброз печінки виникає при патології жовчевивідних шляхів, вірусних гепатитах, автоімунних гепатитах, токсичних гепатитах, алкогольних гепатитах, інфекційних захворюваннях, хронічній серцевій недостатності. Перипортальний фіброз виникає при шистосоматозі. Також буває вроджений і спадковий фіброз печінки.

Існують сироваткові маркери фіброзу печінки та стабілізації його перебігу: гіалуронова кислота та колаген 4 типу.

Основна частина. Метою роботи було вивчити механізми портального фіброзу печінки у щурів.

Для виконання поставленої мети у дослід взяли 40 щурів 6-7 місяців: контрольна група і 3 дослідних групи тварин з фіброзом печінки (алкогольним, токсичним – у результаті впливу протитуберкульозних препаратів та при дії CCl_4). Кров у піддослідних тварин брали через 2 тижні після початку розвитку експерименту та по його закінченні. У крові піддослідних тварин досліджували наявність маркерів запалення, концентрацію аланінамінотрансферази, аспартатамінотрансферази. Виявлено значне зростання маркерів запалення та амінотрансфераз при всіх досліджуваних моделях фіброзу печінки через 2 тижні після початку дослідження та значне зниження даних показників у кінці дослідження, які не досягали значень контролю.

Висновок. Отже, при розвитку фіброзу відбувається трансформація гострого запального процесу в хронічний.

ПРАВОВІ ТА ЕТИЧНІ ЗАСАДИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Л.А. Волянська, Е.І. Бурбела

НЕСПРИЯТЛИВІ ПОДІЇ ПІСЛЯ ІМУНІЗАЦІЇ: УКРАЇНСЬКІ РЕАЛІЇ, АРГУМЕНТИ ТА ДОМИСЛИ

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Вступ. В період різкого зниження інфекційної загрози, що досягнуто завдяки масовій вакцинації, прояви реактиrogenності вакцин і твердження з ряду «введення вакцин може мати негативні наслідки» відчутно агравовано сприймаються населенням, а в українських реаліях цим процесам ще й нерідко притаманна політична заангажованість.

Основна частина. Проаналізовано зміни стану здоров'я щеплених дітей після вакцинації та їх зв'язку зі щепленням. Задля цього проведено клінічне спостереження за дітьми з несприятливими проявами в періоді після імунізації та медична документація дитячих лікувальних закладів м. Тернополя.

Індивідуальна вакцинація проведена в рамках держбюджетної календарної масової імунізації попри дотримання всіх застережних заходів, іноді все ж супроводжується появою більш чи менш виразних відхилень в стані здоров'я. Актуальність цієї проблеми зростає у зв'язку з розширенням контингенту щеплених за рахунок збільшення можливостей керувати більшою кількістю інфекцій. Зі зростанням кількості щеплень, незважаючи на пов'язане з цим різке зниження захворюваності та смертності від інфекційних хвороб, збільшує кількість зареєстрованих поствакцинальних змін у стані здоров'я імунізованих, а від так ініціює суспільну стурбованість про безпечність щеплень та провокує масові відмови від профілактичної імунізації на тлі негативного висвітлення окремих моментів в ЗМІ. Коло замикається, як наслідок в Україні протягом останніх 10–15 років ми спостерігаємо патологічне звуження кола імунізованих та виражений ріст захворюваності на керовані інфекції. Будь-яка нетипова реакція у поствакцинальному періоді повинна бути ретельно розслідувана, і зв'язок її із імунобіологічним препаратом має бути об'єктивно доведеним чи спростованим, щоб припинити підживлювати антивакцинальні паростки в державі та створювати прецедент загрози національній безпеці.

Висновки. Оцінка причинно-наслідкового зв'язку між вакцинами і НППІ може бути складною, проте, детальне розслідування випадків покращить здатність оцінки причинно-наслідкового зв'язку. Для встановлення останнього потрібно застосовувати різні методи (біологічні, клінічні, епідеміологічні) чи їх поєднання, що дозволить звести до мінімуму ймовірності. Оцінка причинно-наслідкового зв'язку має враховувати часовий фактор та реальність клінічних проявів з точки зору доказовості. Вона є першим кроком на шляху дії/бездіяльності та основним знаряддям в подоланні негативізму до вакцинації у суспільстві. Тільки доведена правда в питаннях НППІ є найдієвішим засобом гарантування інфекційної безпеки для української дитини зокрема та держави загалом.

Н.М. Калинюк

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ НОРМАТИВНИХ ПРИПИСІВ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Тернопільський національний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Вступ. З метою утвердження та пропаганди здорового способу життя, визнання здоров'я населення однією з найбільших цінностей, необхідною умовою для соціально-економічного розвитку країни, створення оптимальних умов для реалізації потенціалу кожної особи впродовж всього життя, досягнення європейських стандартів якості життя та благополуччя населення в Україні було прийнято низку нормативно-правових актів, що забезпечують правове підґрунтя для реалізації цих норм.

Основна частина. Означене правове забезпечення сфери громадського здоров'я, що містять спеціальні норми, включає:

1. Конституцію України (28.06.1996 р.), де закріплено право особи на безпечне для життя і здоров'я довкілля, на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування та ін.

2. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (19.11.1992 р.), де закріплюються основні положення права на охорону здоров'я, забезпечення здорових і безпечних умов життя та ін.

3. Указ Президента України «Про схвалення Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020» (12.01.2015 р.), де закріплено, що створення оптимальних

умов для реалізації потенціалу кожної особи впродовж всього життя, досягнення європейських стандартів якості життя та благополуччя населення в Україні є одним з основних завдань держави.

4. Указ Президента України «Про затвердження Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» (19.02.2016 р.), де задекларовано основні заходи держави щодо створення сприятливих умов для зміцнення та збереження здоров'я людей як найвищої соціальної цінності, забезпечення реалізації права особи на оздоровчу рухову активність.

5. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я» (30.11.2016 р.), де термін «громадське здоров'я» вживається у визначеному Всесвітньою організацією охорони здоров'я значенні; визначено систему громадського здоров'я як комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку і заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства.

Система громадського здоров'я як основа профілактичної медицини повинна передбачати основні заходи у сфері охорони здоров'я та бути спрямованою на збереження здоров'я населення і зменшення обсягу витрат на медичне обслуговування. На сьогодні наявні поодинокі елементи системи громадського здоров'я діють незлагоджено та потребують оптимізації існуючих ресурсів та суттєвого збільшення ефективності управління ними.

За роки незалежності поодинокі заходи щодо реформування системи охорони здоров'я тільки поглибили кризу профілактичної медицини. Причинами критичної ситуації, яка склалася із станом здоров'я населення, є соціально-економічна криза, несприятлива екологічна ситуація, високий рівень поширеності тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних засобів, недостатні фізичні навантаження, нездорове харчування та ін.

З огляду на зазначене нагальною потребою є проведення комплексної реформи системи охорони здоров'я, включаючи сферу громадського здоров'я.

Висновки. Вищевказане дає підстави говорити про необхідність удосконалення чинного законодавства України у сфері формування здорового способу життя з метою запровадження сприятливої державної політики, що свідчитиме про рівень готовності держави вирішувати наявні проблеми.

¹К.А. Посохова, ²Л.М. Матюк

РОЛЬ ФАРМАКОНАГЛЯДУ У ФОРМУВАННІ САНОГЕННОГО МИСЛЕННЯ

¹Тернопільський національний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

²Управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації

Вступ. Одним з пріоритетів такої спеціальності як «Громадське здоров'я» є формування саногенного мислення, що сприяє збереженню здоров'я. Проте, цього неможливо досягти без чіткого усвідомлення ризиків, які оточують людину. Не дивлячись на те, що багато людей продовжує вважати антибіотики (АБ) «магічною кулею», яка має лише позитивний вплив, багаторічні спостереження за цією важливою групою ліків переконують у тому, що іноді вони можуть бути небезпечнішими, ніж той інфекційний процес, з приводу якого їх застосовують.

Основна частина. Система фармаконагляду, однієї з функцій якого є моніторинг побічних реакцій (ПР) та ускладнень лікарських засобів (ЛЗ), в тому числі АБ, підвищує інформованість населення щодо негативних наслідків антибіотикотерапії, що сприяє більш раціональному і безпечному застосуванню АБ. Відповідно до світової статистики, алергічні реакції (АР) становлять від 5 до 10 % в структурі ПР на медикаменти. При застосуванні АБ ця цифра є суттєво вищою. Зокрема, результати фармаконагляду у закладах охорони здоров'я Тернопільської області свідчать, що у 2018 р. АР при призначенні АБ становили 72 % від усіх зареєстрованих ПР ЛЗ. Для порівняння у 2012 році цей показник складав 57 %. Незважаючи на те, що шкірні прояви АР при призначенні АБ, які виникали у 45 % випадків, помилково вважаються найлегшими ПР, вони можуть суттєво погіршувати якість життя, призвести до подовження тривалості лікування, мати надзвичайно тяжкий перебіг і навіть спричинити смерть пацієнта. У 32 % випадків АР виникали при застосуванні β -лактамних антибіотиків, 22 % – фторхінолонів, 6 % – макролідів, 5 % – аміноглікозидів, 2 % – сульфаніламідів. Протитуберкульозні засоби викликали 23 % ПР від загальної кількості зареєстрованих ПР. Серед АБ найчастіше викликали АР цефтріаксон, левофлоксацин та амоксицилін, що, ймовірно, обумовлено більшою частотою їх застосування, порівняно з іншими АБ. Фармаконагляд – це не лише реєстрація ПР ЛЗ у процесі їх клінічного застосування. Отримані дані дозволяють прогнозувати тенденції ПР АБ,

забезпечити активне їх попередження. Велике значення також має просвітницька діяльність представників фармаконагляду у Тернопільській області, яка здійснюється шляхом виступів на нарадах-семінарах, публікування статей у періодичних виданнях, в процесі індивідуальних зустрічей з лікарями.

Висновок. Система фармаконагляду сприяє формуванню саногенного мислення у населення і лікарів у сфері застосування антибіотиків, раціональному їх використанню, попередженню самолікування цими потужними засобами.

Т.І. Толокова

РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я – ЕТИЧНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Вступ. За визначенням ВООЗ, під репродуктивним здоров'ям розуміють стан повного фізичного, розумового і соціального добробуту, а не лише відсутність хвороби або недуги в усіх аспектах, що мають відношення до репродуктивної системи, її функцій і процесів. Таким чином, задовільний стан цього компоненту загального громадського здоров'я передбачає можливість людей мати задовільне і безпечне статеве життя разом з можливістю відтворення, а також свободу вирішувати чи варто вдаватися до відповідних дій, а якщо так – то коли і як часто. Репродуктивне здоров'я також включає сексуальне життя, метою якого є підвищення тону життя і особистих стосунків (ВООЗ, 2006).

Основна частина. Аналіз репродуктивного здоров'я як основного чинника громадського здоров'я України обґрунтовує теоретико-методологічні засади удосконалення державного управління у сфері охорони репродуктивного здоров'я як складової системи національного благополуччя.

За результатами дослідження отримано сукупність наукових та практичних результатів, спрямованих на вдосконалення механізмів керування охороною здоров'я, що мають на меті збереження людського капіталу шляхом мінімізації ризиків для національного добробуту, пов'язаних зі здоров'ям.

Законом України «Про основи національної безпеки України» (ст. 8) зміцнення демографічного і трудових ресурсного потенціалу держави, подолання кризових демографічних явищ віднесено до основних напрямів державної

політики з питань формування людського потенціалу та є необхідною передумовою реалізації соціально-економічних перспектив країни. Специфічними демографічними індикаторами належного рівня репродуктивного здоров'я є народжуваність та дитяча смертність, які є в значній мірі залежні від якісних характеристик населення (здоров'я, освітнього рівня, професійного складу) та в особливій підвладності дії факторів інституціонального характеру (у тому числі неформальних: традицій, цінностей, сталих ознак способу життя). Така залежність стану здоров'я від низки біологічних та соціальних детермінант зумовила поширення системного підходу до розв'язання проблем громадського здоров'я.

Висновок. Сучасне визнання людського капіталу одним з основних чинників розвитку суспільства потребує вивчення стану репродуктивного здоров'я з позицій забезпечення громадського благополуччя. Усвідомлення того, що проблеми, пов'язані зі здоров'ям, можуть поставити під загрозу можливість створення конкурентоспроможної економіки, захист державного суверенітету і розвиток громадянського суспільства, зумовлює необхідність дослідження можливостей і механізмів управлінського впливу на збереження і зміцнення репродуктивного здоров'я нації як одного із вагомих чинників національної безпеки.

ЗМІСТ

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ І СВІТОВОМУ МАСШТАБІ. НАУКОВЕ ПІДґРУНТЯ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЧНИХ РІШЕНЬ В ГАЛУЗІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	3
<i>Вакуленко Д.В., Климук Н.Я., Кравець Н.О., Кучвара О.М., Сидоров О.П.</i> БІОСЕНСОРИ ДЛЯ МОНІТОРИНГУ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА	3
<i>Іниакова Г.В., Шестак Н.В.</i> ФАХОВЕ СТАТИСТИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ В БІОМЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ: СВІТОВИЙ ТА НАЦІОНАЛЬНИЙ ДОСВІД	6
<i>Марценюк В.П., Сверстюк А.С., Дзядевич С.В., Семенець А.В., Паляниця Ю.Б., Сидоров О.П.</i> МАТЕМАТИЧНА МОДЕЛЬ ІМУНОСЕНСОРІВ ДЛЯ МОНІТОРИНГУ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА	7
<i>Огнєв В.А., Чухно І.А.</i> СОЦІАЛЬНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ В КОНТЕКСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ДЕРЖАВИ ТА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	11
<i>Романюк Н.Є., Романюк Л.М., Блатуляк Т.В.</i> МОНІТОРИНГ ЯК ОСНОВНА ОПЕРАТИВНА ФУНКЦІЯ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	14
<i>Fedoniuk L., Yastremska S., Burgess-Pinto E., Shumka C., Shelast Yv.</i> PRINCIPLES OF THE SUSTAINABLE DEVELOPMENT IN HEALTH PROMOTION	16
ОСВІТНЯ ДІЯЛЬНІСТЬ В СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	18
<i>Грузєва Т.С.</i> ВИСВІТЛЕННЯ ПРОБЛЕМ НЕРІВНОСТІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я В НАВЧАЛЬНІЙ ПРОГРАМІ «СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»	18
<i>Грузєва Т.С., Гречишкіна Н.В., Пельо І.М., Литвинова Л.О.</i> ПРІОРИТЕТИ ОСВІТНЬОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	19
<i>Грузєва Т.С., Сорока І.М.</i> ЕНЕАЛТН: ПІДГОТОВКА МАГІСТРІВ МЕДИЦИНИ ДО РОБОТИ В НОВИХ УМОВАХ ТРАНСФОРМАЦІЙНИХ ПЕРЕТВОРЕНЬ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	22
<i>Грузєва Т.С., Стойка О.О., Дячук М.Д., Римаренко К.П.</i> МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПІДГОТОВКИ КОНСУЛЬТАНТІВ ТЕЛЕФОННИХ СЛУЖБ ДОПОМОГИ У ВІДМОВІ ВІД ВЖИВАННЯ ТЮТЮНУ ..	23
<i>Іниакова Г.В.</i> КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ З ОСНОВ БІОСТАТИСТИКИ	24
<i>Пашко К.О., Лотоцька О.В., Кондратюк В.А., Кашуба М.О., Сопель О.М., Крицька Г.А., Федорів О.Є., Копач О.Є., Флекей Н.В., Мельник Н.А., Голка Н.В., Смачило О.М.</i> РАДІОЕКОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ФАХІВЦІВ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»	26

<i>Saturska H., Petrashyk Y., Panchyshyn N.</i> PRINCIPLES OF SUSTAINABILITY IN EDUCATION OF PUBLIC HEALTH MASTERS	28
<i>Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Брич В.В., Білак-Лук'яничук В.Й.</i> АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ КАДРІВ ДЛЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	30
<i>Ястремська С.О., Федонюк Л.Я., Сатурська Г.С., Мартинюк Л.П.</i> ВИВЧЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ – МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ В ГАЛУЗІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	32
ГЛОБАЛЬНІ ВИКЛИКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я. ЯК ЗМІНЮЮТЬСЯ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ ПОЛІТИКИ ЗДОРОВ'Я	34
<i>Брезицька Д.М.</i> ІНФЕКЦІЙНІ РИЗИКИ ПРИ ПОВОДЖЕННІ З МЕДИЧНИМИ ВІДХОДАМИ	34
<i>Воронцова Т.О.</i> СТРАТЕГІЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ ДІТЕЙ В ПЕРІОД ФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ	35
<i>Денефіль О.В.</i> ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я СУЧАСНОЇ МОЛОДІ	37
<i>Смірнова В.Л., Панчишин Н.Я., Борак В.П.</i> НАРОДЖУВАНІСТЬ ДІТЕЙ ЖІНКАМИ ДІТОРОДНОГО ВІКУ В УКРАЇНІ	38
КОНЦЕПЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ І ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я	41
<i>Бігуняк Т.В., Денефіль О.В., Кулянда О.О.</i> ІНДЕКС МАСИ ТІЛА: ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ТА ПАТОЛОГІЇ	41
<i>Замкевич В.Б., Грузева Т.С.</i> ВПЛИВ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ СТУДЕНТСЬКОЮ МОЛОДДЮ НА ІНШІ ПРОЯВИ НЕЗДОРОВОЇ ПОВЕДІНКИ	42
<i>Кулянда О.О., Бігуняк Т.В., Денефіль О.В.</i> ОЖИРІННЯ У МОЛОДОМУ ВІЦІ – ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНOSTІ	43
<i>Маланчук Л.М., Мартинюк В.М., Маланчук С.Л., Маланчин І.М., Кучма З.М.</i> САНИТАРНО-ПРОСВІТНЯ РОБОТА МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ У ПРОФІЛАКТИЦІ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	44
<i>Панчишин Н.Я., Сатурська Г.С., Смірнова В.Л., Галицька-Хархаліс О.Я.</i> МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ	45
ЕКОНОМІКА ЗДОРОВ'Я ТА ПРИНЦИПИ СТАЛОГО РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА: ЧОМУ ВИГІДНО ІНВЕСТУВАТИ В ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ І КРАЇНИ	50
<i>Запорожан Л.П., Патра Л.І., Феш М.С.</i> МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ: УКРАЇНСЬКІ РЕАЛІЇ ТА ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД	50
<i>Пискливець Т.І., Шульгай А.Г., Левчук Р.Д., Сатурська Г.С.</i> РОЛЬ МІСЦЕВОГО БЮДЖЕТУ У СТРУКТУРІ ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ МІСТА ТЕРНОПОЛЯ У 2018 РОЦІ	53

<i>Романюк Л.М., Романюк Н.С., Рябокони С.С.</i>	
ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ЦЕНТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	55
ІНФЕКЦІЙНІ ТА НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЇХ ВПЛИВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ	57
<i>Лимар Л.Є., Маланчин І.М., Лимар Н.А.</i>	
ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІВЧАТ ТА ЖІНОК РАНЬОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ: РИЗИКИ ТА ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ	57
<i>Лимар Є.А., Цвях А.І., Лимар Л.Є.</i>	
ПРОБЛЕМА ФУНКЦІЇ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТА: ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ І РЕАБІЛІТАЦІЇ	58
<i>Маланчин І.М., Лимар Л.Є., Мартинюк В.М.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ПРЕЕКЛАМПСІЇ У ВАГІТНИХ	59
<i>Михальчишин Г.П.</i>	
ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ТА НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ В УКРАЇНІ ЗА 2000-2017 РР.	61
<i>Покришко О.В., Панічев В.О., Творко М.С., Ільницька У.В., Годована Н.І.</i>	
ПРОБЛЕМА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТІЙКОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ІЗ СКАЗУ В УКРАЇНІ	62
<i>Шкільна М.І., Корда М.М., Гуменна Р.О., Андрейчин М.А., Мельник Л.М., Кліщ І. М., Штокайло К.Б., Запорожан С.Й., Гук М.Т.</i>	
АНАЛІЗ ОБІЗНАНОСТІ ПАЦІЄНТІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКИХ ЛІКАРЕНЬ ЩОДО ХВОРОБИ ЛАЙМА	64
<i>Юрїїв К.Є.</i>	
ФОРМУВАННЯ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ, ЯК ПІДХОДИ ДО ВИРІШЕННЯ ГЛОБАЛЬНОЇ ПРОБЛЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	66
ПРАВОВІ ТА ЕТИЧНІ ЗАСАДИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	67
<i>Волянська Л.А., Бурбела Е.І.</i>	
НЕСПРИЯТЛИВІ ПОДІЇ ПІСЛЯ ІМУНІЗАЦІЇ: УКРАЇНСЬКІ РЕАЛІЇ, АРГУМЕНТИ ТА ДОМИСЛИ	67
<i>Калинюк Н.М.</i>	
СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ НОРМАТИВНИХ ПРИПИСІВ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	68
<i>Посохова К.А., Матюк Л.М.</i>	
РОЛЬ ФАРМАКОНАГЛЯДУ У ФОРМУВАННІ САНОГЕННОГО МИСЛЕННЯ	70
<i>Толокова Т.І.</i>	
РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я – ЕТИЧНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ	71

Підп. до друку 19.09.2019. Формат 60×84/16.
Папір офсет. № 1. Гарн. «Times». Друк офсет.
Ум. друк. арк. 4,42. Обл.-вид. арк. 3,67.
Тираж 70 прим. Зам. № 272.

Видавець і виготівник
Тернопільський національний медичний
університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів
видавничої справи ДК № 2215 від 16.06.2005