

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

# **МАТЕРІАЛИ**

***ТРЕТЬОГО НАУКОВОГО СИМПОЗИУМУ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ***

*«Громадське здоров'я в глобальному та регіональному просторі –  
виклики в умовах пандемії COVID-19 та перспективи розвитку»*

**22-24 вересня 2021 року  
м. Тернопіль**

Тернопіль  
ТНМУ  
«Укрмедкнига»  
2021

УДК 614.2:351.77(063) + 616.98:578.834.1(063)

Г 86

**Відповідальні за випуск:** завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ТНМУ імені І. Я. Горбачевського МОЗ України проф. Сатурська Г.С.

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

**Громадське здоров'я в глобальному та регіональному просторі – виклики в умовах пандемії COVID-19 та перспективи розвитку:** матеріали Третього міжнар. укр.-нім. симп. з громад. здоров'я, 22–24 верес. 2021 р. – Тернопіль : ТНМУ, 2021. – 64 с.

Відповідальність за представлені результати досліджень несуть автори тез.

# ГЛОБАЛЬНІ ТА РЕГІОНАЛЬНІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОКРАЩЕННЯ ЇХ ДІЯЛЬНОСТІ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

*Чайчук О.Т.*

## ОСНОВНІ ПЕРСПЕКТИВИ І НАПРЯМКИ СТАНОВЛЕННЯ ОБЛАСНИХ ЦЕНТРІВ КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ НА ПРИКЛАДІ ДЕРЖАВНОЇ УСТАНОВИ «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

(ДУ «Тернопільський ОЦКПХ МОЗ»)

м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Державна установа «Тернопільський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» (далі – Центр, Установа) є флагманом в Тернопільській області, як з питань профілактики хвороб, забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя, так і у проведенні цілого ряду лабораторних досліджень. Зокрема, в частині надання платних послуг абсолютна більшість осіб незмінно задоволені якістю обслуговування у нас (ми досягли рівня 98% задоволення послугами за даними опитування).

**Основна частина.** Високий рівень соціального капіталу, здобутий Центром під час пандемії, один з найвищих, серед інших інституцій, рівень довіри серед населення дає підставу стверджувати на якісно новий рівень співпраці з усіма органами влади, місцевого самоврядування, бізнесом і громадянами. На сьогодні із Центром тісно співпрацює 100% громад Тернопільської області.

Центр діє, притримуючись позиції Європейського регіонального бюро ВООЗ: апелюючи до «совісті людей» у всьому, що стосується громадського здоров'я та профілактики хвороб, відстоюючи принцип здоров'я як основоположного права людини, виявляючи загрози та проблеми, і привертати до них увагу та сприяти вирішенню та зберегти лідерську позицію, якої він досяг за останні два роки, в загальнообласних зусиллях по профілактиці хвороб.

У відповідності до Резолюції EUR/RC61/R2 до «Європейського плану дій по зміцненню потенціалу та послуг охорони громадського здоров'я», Центр в подальшій роботі продовжуватиме концентруватиметься на 10 основних оперативних функціях охорони громадського здоров'я та сприятиме створенню на регіональному рівні такої системи громадського здоров'я, у якій кожен керівник територіального органу виконавчої влади чи місцевого самоврядування буде враховувати наслідки своїх рішень для здоров'я населення і надавати пріоритет заходам, які допоможуть людям уникнути хвороб і травм.

Пандемія наклала чіткий відбиток на роботу Центру і, на жаль, є підстави стверджувати, що цей процес триватиме і впродовж наступного року. Саме

тому, найдоцільнішим варіантом реформування Центру є не глобальні перетворення, а еволюційний підхід до розбудови з чіткою орієнтацією на реагування та вирішення найнагальніших викликів у сфері громадського здоров'я.

Великим позитивним фактором, що неодмінно сприятиме становленню Центру як модерної структури європейського взірця є підтримка медиків та закладів охорони здоров'я Президентом України, реалізація президентської програми «Здорова Україна», створення безбар'єрного простору та подальша реалізація програми «Велике будівництво» та забезпечення цих напрямків фінансовими ресурсами у наступні три роки у відповідності до ухвалені Бюджетної декларації України на 2022-2024.

Саме тому, впродовж перших років становлення обласного центру контролю та профілактики хвороб найдоцільніше концентруватись на наступних напрямках роботи:

1. Організація лабораторної складової та забезпечення ефективного епідеміологічного нагляду (спостереження) за поширенням на території області гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 на території області з метою своєчасного реагування та організації необхідного комплексу протиепідемічних заходів.

1.1. Вдосконалення моніторингу та реєстрації захворюваності на COVID-19, розслідування усіх випадків захворювання коронавірусною хворобою COVID-19 та відстеження контактних осіб.

1.2. Покращення здійснення активного епідеміологічного пошуку випадків шляхом лабораторного тестування на SARS-CoV-2.

1.3. Поширення науково обґрунтованих даних про COVID-19 і заходи для забезпечення готовності та відповідних дій.

1.4. Проведення активної промоції вакцинації проти COVID-19 з врахуванням підходу до усіх вікових категорій та протидія інформаційним фейкам.

1.5. Впровадження комплексного підходу до профілактики захворювання на COVID-19 та смерті від нього працівників галузі охорони здоров'я.

2. Посилення міжсекторальної взаємодії та координації шляхом забезпечення співпраці між окремими управліннями та відомствами, органами місцевого самоврядування і громадянським суспільством.

3. Визначення пріоритетних проблем системи громадського здоров'я в Тернопільській області, шляхів їх вирішення та розробка, координація та забезпечення виконання регіональних програм по збереженню та зміцненню здоров'я населення.

4. Забезпечення впродовж півріччя функціонування внутрішньої системи безперервного підвищення професійної майстерності працівників Центру.

5. Щорічне стабільне збільшення надходження коштів до спеціального фонду на 15% в порівнянні з попереднім роком,

з метою забезпечення належного виконання статутних завдань Центру, з одночасним врахуванням трудових прав працівників, в тому числі шляхом:

5.1. Розробки та впровадження цілком нових платних послуг для бізнесу, що ґрунтуються на статутних завданнях, а саме повного спектру консультацій з профілактики інфекційних хвороб, зокрема COVID-19:

5.1.1. Аудит суб'єкта господарювання (оцінка інфекційних ризиків; аудит наявної документації з інфекційного контролю; оцінка знань персоналу з інфекційної безпеки; оцінка дотримання правил гігієни різними категоріями персоналу). Підготовка експертного висновок за результатами аудиту з рекомендаціями для управлінців.

5.1.2. Допомога у розробці програм з інфекційного контролю (менеджмент інфекційних ризиків; розробка адаптованого плану з інфекційного контролю; оцінка пріоритетів інфекційного контролю в залежності від спеціалізації закладу).

5.1.3. Гігієнічне навчання персоналу, що модернізовано з врахуванням потреб бізнесу (розробка програми та графіка навчання; проведення лекцій, семінарів та тренінгів; навчання на робочому місці; оцінка вихідного рівня знань персоналу).

5.1.4. Експертиза проєктів будівництва (участь у проєктуванні нових об'єктів; участь у розробці проєктів реконструкції діючих об'єктів; рекомендації по дотриманню нормативних вимог інфекційної безпеки; участь у розробці проєктних рішень з питань інфекційної безпеки на всіх стадіях проєкту).

5.2. Створення системи клієнтського сервісу та його впровадження, навчання персоналу.

5.3. Модернізація роботи дезінфекційних підрозділів та розширення послуг в даному напрямі.

6. Поетапне покращення матеріально-технічної бази Центру.

7. Сприяння та організація проведення наукових досліджень на базі Центру та активне використання наукових здобутків в практичній діяльності як одного з напрямків автономізації установи.

8. Вдосконалення і приведення у відповідність до Статуту завдань і місця Центру у територіальних підсистемах цивільного захисту з напрацюванням чітких регламентів взаємодії.

8.1. Розробка методик та напрацювання системи заходів з метою забезпечення готовності підрозділів Центру до реагування на біологічні загрози.

8.2. Забезпечення швидкого реагування на акти біотероризму.

8.3. Створення мобільних протиепідемічних бригад.

9. Визначення імунопрофілактики одним з основних пріоритетів у роботі Центру:

Реалізація в межах повноважень «Стратегії розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2022 року».

Розробка та впровадження Стратегії розвитку імунопрофілактики інфекційних хвороб Тернопільської області та кампанії промоції вакцинації «Імунопрофілактика – загальна справа».

Створення при Центрі Школи промоції та адвокації імунопрофілактики для медичних працівників, особливо медичних сестер та братів, включаючи школи та ДНЗ, з метою отримання ними нових знань та формування у них комунікаційних навичок як провідників культури вакцинопрофілактики.

10. Імплементация в роботу Центру та всестороннє долучення установи до реалізації загальнонаціональної програми «Здорова Україна», яку ініціював Президент Володимир Зеленський.

Програма охоплює всі вікові групи людей та адаптована як до великого міста, так і маленького села, складається з трьох основних компонентів: 1. модель здорової школи; 2. медичні обстеження; 3. безкоштовні спортивні майданчики, буде основою, на яку орієнтуватиметься Центр під час розробки та проведення комунікаційних кампаній з промоції здорового способу життя, розробці програм у сфері громадського здоров'я.

11. Реалізація різних напрямів автономізації установи, в межах, визначених Статутом та організаційно-правовою формою (в кадровій політиці; фінансового - шляхом впровадження нових послуг, подання грантових заявок, фандрайзингу; наукового – можливості обрання наукових досліджень з найактуальніших для області питань тощо).

Висновок. Європейський і світовий досвід свідчить, що адміністрування та керування санітарно-профілактичним закладом охорони здоров'я має засновуватися на визначальних принципах поваги до інституційної автономії: відкритості й прозорості; суспільної відповідальності; внутрішньому контролю якості наданих послуг.

*Лінніков С.В.<sup>1</sup>, Миронюк І.С.<sup>2</sup>*

## **КОМУНІКАЦІЙНІ КРИЗИ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: СТАРТ ВАКЦИНАЦІЇ ВІД COVID-19 У ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

<sup>1</sup> Одеський обласний центр громадського здоров'я, м. Одеса, Україна

<sup>2</sup> ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

**Вступ.** Для України комунікативна діяльність у сфері охорони здоров'я здебільшого є не упорядкованою із тривалими періодами переходу відповідальності від одних інституцій до інших, від державного сектору до сфери діяльності неурядових організацій або, навіть, окремих персон. Тривалий час в країні не було єдиного речника в сфері громадського здоров'я. Міністерство охорони здоров'я не виступало створювачем інформації та поширювачем її серед населення. Місцева влада у вигляді департаментів охорони здоров'я державних адміністрацій також здебільшого здійснювала суто адміністративно-управлінські функції з розбудови системи та підтримання фінансування закладів охорони здоров'я. Громадські та пацієнтські організації, що почали з'являтися в Україні після 1991 року, обирали тематику і проблеми для власних інформаційних кампаній виключно за напрямком власної діяльності, наприклад: ВІЛ-інфекція, туберкульоз чи допомога людям з інвалідністю. Одним з прикладів погано впровадженої комунікаційної політики можна взяти програму ліквідації наслідків пандемії коронавірусної інфекції в Україні. З самого початку пандемії роль комунікаторів на тему загрози на себе перейняли телеканали та окремі лідери думок. Через це люди часто отримували мало перевірену інформацію та ширилася плітки та інформаційний шум.

**Основна частина.** Першою серйозною кризою під час пандемії коронавірусу стало повернення українських громадян на обсервацію з Китаю

до України. Тривалий час органи державної влади не могли визначити, хто саме має бути відповідальним за дотримання карантину, де саме і яким чином він буде організований. Врешті функції організації карантину на себе перейняло Міністерство внутрішніх справ. З сторони Міністерства охорони здоров'я в цей період лунали протирічні меседжі. Через це у деяких населених пунктах почалися протести місцевого населення. Зокрема, у селі Микулинці на Тернопільщині були влаштовані блокпости та цілодобове чергування, а аеропорт Тернополя відмовився прийняти літак з евакуйованими з Китаю українцями. Також проти того, щоб евакуйованих розміщували у Київській лікарні №2, виступили депутати Гостомельської селищної ради. Найбільші протести відбулися 20 лютого 2020 року у селищі Нові Санжари Полтавської області, коли було прийняте остаточне рішення розмістити евакуйованих у місцевому медичному центрі Національної Гвардії України. Під час протистояння з силами поліції було затримано не менше 24 осіб, а 10 правоохоронців звернулися за медичною допомогою. В селищі почали перекривати дороги, сталися сутички з правоохоронцями. До селища стягнули додаткові сили Нацгвардії. Для вирішення питання не було розроблено комунікаційної стратегії реагування на кризу. Натомість для врегулювання наслідків, заспокоєння населення наступного вечора в той самий карантин було поміщено і тодішню міністерку охорони здоров'я. Після Санжарів були протести у Чернівцях 4 березня, де 3 березня був госпіталізованих перший хворий на корона вірусну хворобу. В подальшому через брак офіційної інформації, значну кількість інформаційного шуму, люди почали втрачати довіру до офіційних джерел інформації. Наступною комунікаційною кризою стали висловлювання Державного санітарного лікаря про відсутність реальної необхідності заборони відвідувати парки та сквери під час загальнонаціональних карантинних обмежень. В суспільстві цей меседж був сприйнятий, як обман населення. В подальшому відсутність єдиної стратегії комунікації між усіма речниками сектору громадського здоров'я вилилася в низьке бажання вакцинуватися проти коронавірусу на початку 2021 року. При чому низьке бажання і недовіра до вакцинації спостерігалась як серед загального населення, так і серед медичних працівників. Данні щодо загального числа підлягаючих вакцинації за окремими контингентами та тих, хто дав згоду на вакцинацію в Одеській області, наведені в таблиці.

Таблиця.

### **Результати інформаційної кампанії щодо адвокації вакцинації від COVID-19 В Одеській області на початок 2021 року**

Група населення, що підлягає щепленню проти ковід	Підлягало всього, осіб	Виявили бажання вакцинуватись	
		осіб	%
Працівники мобільних бригад з імунізації	60	36	60,0
Весь персонал, у т.ч. медичні працівники, які працюють у ЗОЗ, де надають стаціонарну допомогу	3632	683	18,8

хворим на коронавірусну хворобу COVID-19			
Усі працівники лабораторій, які проводять лабораторні дослідження на коронавірусну хворобу COVID-19	325	35	10,8
Усі працівники екстреної медичної допомоги, включаючи водіїв	1678	170	10,1
Люди, які перебувають у спеціалізованих закладах (інтернатах, будинках для осіб похилого віку тощо)	1595	1356	85,0
Працівники спеціалізованих закладів (інтернатів, будинків для осіб похилого віку тощо)	1267	790	62,4
Усі працівники первинної медичної допомоги, у т.ч. адміністративний персонал	5627	335	5,9
Усі працівники інших ЗОЗ, які не надають стаціонарну допомогу хворим на коронавірусну хворобу COVID-19, у т.ч. адміністративний персонал	18638	951	5,1
Працівники соціальної сфери, у т.ч. соціальні працівники та інші	3279	102	3,1

Наведені в таблиці результати показують, що комунікація з питань вакцинації проти ковід виявилася повністю неефективною. Більшість медичних працівників, що мають бути промоутерами вакцинації в громадах, відмовились вакцинуватися. З іншою сторони така ситуація викликала ще більше занепокоєння серед громадськості, адже як можна вакцинуватися, якщо твій власний лікар не вакцинується. Врешті решт така ситуація призвела до того, що вакцинальна компанія йшла вельми повільними темпами, попри обіцянки зробити щеплення більшості населю України вже до святкування 30 річниці Незалежності, темпи виявилися недостатніми. Зокрема в Одеській області від початку вакцинації 25 лютого до 13 травня 2021 року було вакциновано 38080 осіб, що становить в середньому 488 осіб на день. З такими темпами вакцинації на те, щоб провести одне щеплення усьому дорослому населенню Одеської області, яке складає 1 980 384 осіб, буде потрібно витратити близько 10 років. Таким чином, навіть попри створення в Україні єдиного координатора дії з питань комунікації у кризових станах громадського здоров'я, програми комунікації мали низьку ефективність, що в свою чергу унеможливило реалізацію програми.

**Висновок.** Кризи в сфері громадського здоров'я потребують правильного реагування з боку офіційних органів влади та лідерів думок. В результаті відсутності відповідної реакції нішу комунікаторів займають ЗМІ, що



починають ширити неперевірені факти та чутки, ти самим поглиблюючи кризу. Кризові комунікації в громадському здоров'ї потребують ретельної підготовки, та не терплять імпровізації. Кожен ризик має бути досліджений та передбачений завчасно.

*Грузєва Т.С., Гречишкіна Н.В.*

**СПІВПРАЦЯ КАФЕДР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЗВО  
УКРАЇНИ У ФОРМУВАННІ НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНОГО  
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКЛАДАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ  
«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»**

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

**Вступ.** В сучасних умовах системи охорони здоров'я багатьох країн вирішують важливі завдання розвитку систем громадського здоров'я та забезпечення їх достатньою чисельністю якісно підготовлених кадрів. Поряд з цим, потребують вирішення проблеми формування нового загону спеціалістів медичної галузі, здатних співпрацювати з фахівцями громадського здоров'я задля скорочення нездоров'я та досягнення благополуччя населення. Медичний персонал повинен володіти знаннями з питань зміцнення здоров'я та реалізовувати профілактичні програми в своїй повсякденній діяльності з обслуговування населення.

**Основна частина.** До фахівців охорони здоров'я висуваються умови щодо знань, умінь та компетентностей з моніторингу та оцінки здоров'я і благополуччя, встановлення причин нездоров'я, аналізу діяльності системи охорони здоров'я, окремих її служб, закладів тощо, визначення пріоритетів діяльності, обґрунтування стратегій та скоординованих дій, їх практичної реалізації з наступною оцінкою ефективності.

На формування вказаних компетентностей спрямовано вивчення навчальної дисципліни «соціальна медицина, громадське здоров'я». З метою навчально-методичного забезпечення викладання навчальної дисципліни «соціальна медицина, громадське здоров'я» підготовлено принципово новий підручник «Громадське здоров'я». Його зміст відображає концептуальну основу, принципи та увесь спектр проблем громадського здоров'я, підходів і стратегій їх вирішення.

Авторський колектив підручника включає висококваліфікованих науково-педагогічних працівників провідних закладів вищої медичної освіти України. Авторами розділів підручника є завідувачі, професори та доценти кафедр соціальної медицини та громадського здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Дніпровського державного медичного університету, Івано-Франківського національного медичного університету, Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, Полтавського державного медичного університету,

Харківського національного медичного університету, Національного університету «Києво-Могилянська академія».

Участь представників різних соціально-гігієнічних наукових шкіл у написанні підручника збагатила навчальний матеріал знаннями та досвідом кожного закладу вищої медичної освіти у формуванні кадрів охорони здоров'я медико-соціального спрямування.

Підручник підготовлено у повній відповідності до навчальної програми навчальної дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я» і вимог навчального плану підготовки підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти кваліфікації освітньої «Магістр медицини» кваліфікації професійної «Лікар» галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 222 «Медицина».

Зміст навчального видання повністю узгоджується з загальновизнаними міжнародними підходами до висвітлення питань громадського здоров'я та положеннями національного законодавства у сфері охорони здоров'я.

Навчальний контент охоплює теоретичні основи, принципи та концепції громадського здоров'я; історичні аспекти розвитку і межі спеціалізацій; моделі і концепції здоров'я населення, провідні детермінанти та чинники ризику для здоров'я; існуючі проблеми здоров'я населення та сучасні виклики; політику і стратегії громадського здоров'я, правові та етичні аспекти; принципи і положення соціальних наук в громадському здоров'ї, у т. ч. демографії, соціології, економіки, управління; напрями інформатизації; потреби окремих груп населення в послугах громадського здоров'я; організаційну структуру, фінансування, кадрове забезпечення системи громадського здоров'я; основні оперативні функції громадського здоров'я.

Структура кожного розділу включає навчальні цілі, ключові слова, існуючі виклики, текстовий виклад матеріалу, відповіді на виклик, питання для обговорення та список рекомендованої літератури.

**Висновок.** Впровадження в навчальний процес підготовки магістрів медицини нового підручника «Громадське здоров'я» для вивчення навчальної дисципліни «соціальна медицина, громадське здоров'я» дозволить сформувати у майбутніх фахівців охорони здоров'я широкий світогляд, закласти основи аналітичного мислення в питаннях забезпечення здоров'я та благополуччя населення, набути необхідних навичок зі спільної реалізації з фахівцями громадського здоров'я основних оперативних функцій громадського здоров'я.

*Чорна В.В.*

## **ПОРУШЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕННЯ COVID-19**

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

Числений вплив детермінантів на громадське здоров'я населення України, а особливо пандемія COVID-19, вимагає комплексного міжсекторального

підходу як зі сторони національної системи охорони психічного здоров'я, так і зі сторони усіх секторів суспільства, громадськості та владних структур. Нажаль, недостатнє фінансування сфери охорони здоров'я не дає в повному обсязі провести ефективну/швидку реформу в цій галузі, що впливає на збільшення захворюваності населення України.

Директор ВООЗ Т. А. Гебреєсус у своєму виступі зазначив, що тривале перебування на карантинному режимі/ізоляції, перенесення захворюваності на COVID-19 вплинуло на психічне здоров'я мільйонів людей планети. За даними багатьох науковців країн світу було відзначено зміни не тільки зі сторони дихальної системи (характерний респіраторний синдром), серцево-судинної системи, а і зі сторони змін психічного здоров'я. За даними науковців Carod-Artal F.J. (2020), Garg R.K (2020), Nasir M. (2020)) у 52,7% респондентів, які оцінили вплив пандемії як "важкий" – депресивні симптоми визначались у 18,6% респондентів, симптоми тривоги у 26,5%. У 7,9% респондентів відмічався сильний рівень стресу як наслідок перенесеної хвороби COVID-19, стурбованість щодо власного здоров'я та близьких, фінансових втрат через карантинні обмеження [1-3].

Захворюваність на психічні розлади поведінки і психіки від 5 до 7% населення у світі є глобальною причиною інвалідності і тягарем для будь-якої держави у фінансово-економічній та соціальній політиці. ВООЗ прогнозувала, що до 2020 р. психічні захворювання на всій планеті збільшаться до 50% серед усіх захворювань, але не очікувала великі наслідки від пандемії COVID-19. В Україні кожен рік ВООЗ реєструвала 628 нових випадків психічних захворювань (на 100 тис. населення), враховуючи події на Сході країни ООС/АТО, які вплинули на ріст хворих щодо психічних захворювань [4].

Як і в Україні, так і в країнах ЄС дефіцит медичних працівників психіатричної сфери завжди була гострою проблемою (психіатри, невропатологи, психологи). За даними Satiani A. (2018) в США до 2024 р. дефіцит кількості психіатрів до чисельності населення буде дорівнювати між 14 280 та 31 091, у Швеції за даними Nadlaczky G. (2012) кількість практикуючих психіатрів зменшалась, але 5-10% населення потребує психіатричного лікування, а лише 3-4% звертаються за психіатричною допомогою, при цьому щороку 10 мільйонів шведів закінчують життя самогубством [5,6].

За останні роки показники захворюваності, поширеності хвороб, інвалідності в Україні збільшились при катастрофічному зменшенні/скороченні кількості лікарів всіх спеціальностей за період 1995/2015 р.р. на 3,1%, а за 2010/2017 р.р. на 10,5% (10 тис. населення) та медичних сестер за період 1995/2015 р.р. на 25,1%, а за 2010/2017 р.р. на 16,6% (10 тис. населення); кількість лікарняних закладів охорони здоров'я зменшилась за період 1995/2015 р.р. на 53,8%, а за 2010/2017 р.р. – на 39,3% (тис. одиниць) і кількість лікарняних ліжок зменшилось за період 1995/2015 р.р. на 37,6%, а за 2010/2017 р.р. на 22,2% відповідно (10 тис. населення). Серед лікарів психіатрів і психіатрів-наркологів на 10 тис. населення за період 1995/2015 р.р. на 15,4%, а за 2010/2017 р.р. на 21,4% відповідно при цьому з початку дій ООС/АТО на Сході країни з 2014 р. хворих на психічні розлади збільшилось, які потребували допомоги психіатрів, наркологів, психологів. Друга негативна сторона, що реформа охорони здоров'я полягає у недостатньому фінансуванні та застарілою

матеріально-технічною базою психіатричних лікарень, які будувались у XVIII-XIX столітті, що суперечить ключовій вимозі системи охорони психічного здоров'я у Європейських країнах і не дозволяє створити «терапевтичне/цілюще середовище» [4].

За результатами нашого дослідження встановлено, що із 611 респондентів легкою ступеню важкості перехворіли – 72,5% респондентів, середньою – 23,7%, важкою – 3,8 %. При цьому за даними Petri W. (2020) в 7 країнах у 40% респондентів захворювання проходило з легкими симптомами. Всі дані залежать від епідеміологічної ситуації під час проведення спостереження [7].

Скарги, які респонденти вказували в анонімній анкеті наступні: зі сторони дихальної системи – це кашель у 52,3% (76% у жінок і 24% у чоловіків), закладеність носа – у 48,8% (81 % у жінок і 19% у чоловіків), ускладнене дихання – у 28,1% (67% у жінок і 13% у чоловіків) та лихоманка – у 54,7% (72,0% у жінок і 28,0%. у чоловіків).

Зі сторони нервової системи респондентами відмічена: втома – 85,6%, порушення ритму сну під час хвороби відмічали – 41,4%, дратівливість – 38,6%, тривожні розлади – 26,0, порушення пам'яті – 23,2%, депресивні стани – 17,9%, страх – 13,3%, сплутаність свідомості – 11,9%, панічні атаки – 10,2%, судоми – 4,9% і суїцидні думки – у 2,1% (66,6% у чоловіків) респондентів. Частіші зміни у психічному здоров'ї відмічали особи жіночої статті, як в Україні, і так і в країнах ЄС. За даними науковців країн ЄС спостерігалось порушення психічного здоров'я у вигляді: стресів – у 22,8%, порушення адаптації – у 21,8%, тривожних розладів – у 20,8%, депресій – у 17,3%, порушення ритму сну – у 7,3% респондентів. Зі сторони Світової федерації неврології запропоновано запровадження міжнародних неврологічних реєстрів та міжнародна нейроепідеміологічна співпраця, яка допоможе визначити проблему неврологічних розладів [8].

При розладі психіки та поведінки хворим призначали антидепресанти. За даними науковців за місяць (з 15.02.20 по 15.03.20 р.) виписаних рецептів на антидепресанти збільшилось на 18,6% і снодійних на 14,8% в Європейських країнах. Тривалість прийняття антидепресантів до 14 днів відмічали 47,7% (66,6% жінки), до 1 місяця – 25,0% (81,8% жінки), до 2 місяців – 6,8% (із них 100% жінки), більше 2 місяців -20,5 % респондентів (із них 77,7% жінки).

**Висновки.** Наслідки нанесені пандемією COVID-19 катастрофічні, які потребують глобальних заходів в галузі охорони психічного здоров'я як в Україні, так і країнах всього світу.

Проведення реформи в галузі охорони психічного здоров'я в Україні згідно досвіду країн ЄС: лікування пацієнтів з психічними розладами психосоціальними методами в нових альтернативних закладах охорони здоров'я: центрах психічного здоров'я, на базі первинної медико-санітарної ланки, у психіатричних відділень в лікарнях загального профілю, у денних стаціонарів, у кризових центрах і створення єдиного електронного реєстру звернень населення України для покращення надання медичної допомоги.

*Власик Л.Й.*

## **ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ТЛІ БОРОТЬБИ З COVID-19 В УКРАЇНІ**

Буковинський державний медичний університет

м. Чернівці, Україна

**Вступ.** Пандемія COVID-19 змінила звичний розвиток подій у всіх сферах життєдіяльності людини. Системи охорони здоров'я зазнали виснаження через різке збільшення потреби у медичній допомозі пацієнтів з COVID-19 (особливо з тяжким перебігом); внаслідок надто вузького підходу до боротьби з інфекцією, зниження доступності решти медичних послуг, згорання скринінгових програм, зокрема, щодо неінфекційних захворювань (НІЗ). Пандемія проявила себе також і «непрямими» втратами, зумовленими, в першу чергу, фатальними ускладненнями з боку серцево-судинної системи. Можна також очікувати збільшення захворюваності на цукровий діабет, занедбані форми онкологічної патології, хронічні захворювання нижніх дихальних шляхів у майбутньому.

**Мета.** Запропонувати шляхи удосконалення профілактики НІЗ у період пандемії COVID-19.

**Матеріали та методи.** Використані результати опитування економічно активного населення (ЕАН) у 2017-2018 роки (N=1252). Застосовані методи: соціологічний, статистичний, концептуального моделювання.

**Результати.** Пандемія та суворі карантинні обмеження вплинули як на спосіб життя населення, так і на отримання медичних послуг. За результатами дослідження можемо припустити, що ситуація сприяла і так високій поширеності факторів ризику (ФР) серед ЕАН. Зменшилася доступність здорових, але відносно вартісних продуктів харчування (фруктів, риби), які до того достатньо споживали всього 54%, та 22% населення, відповідно. Збільшилася пропозиція «доставки» фаст-фуду, який раніше дозволяли собі всього 17% зайнятих на ринку. Припинили роботу спортивні заклади, у яких регулярно займався кожний четвертий опитаний. Зменшилася фізична активність за всіма складовими. Доступними з активних форм залишилися фізична зарядка (була популярна серед 15% опитаних). Пасивна складова фізичної активності була згорнута у холодну пору року, а значить третина респондентів у період зростання сезонної вірусної захворюваності, були менш рухливими без роботи на присадибних ділянках та по господарству. перехідне положення, що можна було свідомо обирати (або так склалися умови), займали ходьба пішки та активний відпочинок на свіжому повітрі, які були характерні для половини з числа опитаних. Фінансові труднощі, невідомість та невпевненість у завтрашньому дні, особливо закриття ринків збільшили кількість та тривалість стресових ситуацій серед ЕАН. Можемо припустити, що безробіття як хронічний стрес підтримувало шкідливі звички як серед

чоловіків, так і серед жінок, що компенсувало відсутність компанії у звичних умовах.

Основною відмінністю у наданні первинної медичної допомоги (ПМД) в умовах суворих карантинних обмежень є згортання профілактичних оглядів та використання засобів он-лайн зв'язку для медичного обслуговування пацієнтів. До недавнього часу дистанційні послуги вважалися наближенням медичної допомоги до населення. Проте в умовах пандемії, коли вони стали масовими і загальноприйнятними на тлі вимушеного припинення профілактичних заходів на усіх рівнях, це стало важким ударом по ранньому виявленні НІЗ та патологічних станів, які їм передують. Порушився процес становлення взаємодії між лікарем та пацієнтом, що важливо для осіб, які звернулися вперше або після тривалої перерви у спілкуванні (а таких серед ЕАН близько половини), та для лікарів, які лиш почали працювати із пацієнтами, які їх обрали, однак не отримали необхідного досвіду та навичок профілактичних технологій. У рамках профілактики і контролю за НІЗ он-лайн зустрічі рекомендувалися після започаткування довірливих стосунків віч-на-віч та за певного їх чергування. Тому періоди зниження захворюваності доцільно і необхідно використовувати для лобювання офф-лайн візитів та налагодження контактів з людьми, в першу чергу, з тими, хто обрав і довірив своє здоров'я лікарю ПМД. Нами встановлено, що зайняте ЕАН надає перевагу зверненням до знайомих лікарів. Отже, і надалі є високою ймовірність того, що лікарі ПМД не стануть для своїх пацієнтів «знайомими», а лише джерелом надання формальних послуг (медичний висновок про тимчасову непрацездатність, направлення, довідки та т. і.).

Нами показано, що дійсним наближенням медичної допомоги до населення є виховання активних щодо свого здоров'я пацієнтів, які знають та мають навички убезпечити себе у непередбачуваних або нестандартних ситуаціях (до прикладу, в період карантину). Активність передбачає відповідальність за створення умов та дотримання певних рекомендацій щодо зміцнення свого здоров'я та здоров'я близького оточення. За даними нашого дослідження таку відповідальність відчували 70%. Проте не знайдено статистично достовірного підтвердження зв'язку відповідальності з іншими характеристиками медичної активності (контроль харчування, фізична активність, відсутність шкідливих звичок, регулярне проходження профілактичних оглядів). Профілактичну роботу слід розпочинати з підвищення медико-санітарної грамотності та інформованості пацієнта про стан здоров'я, з навчання використовувати перевірені засоби інформації, з виховання потреби вчасного консультування з лікарем. У рекомендовані періоди епідеміологічної ситуації необхідно спонукати пацієнтів до проходження профілактичних обстежень.

Системи громадського здоров'я у світі широко оперують інструментом COMBI (communication for behavioural impact), який включає масивну інформаційну складову, направлену на протидію спалахам (епідеміям) інфекційних захворювань. Доведено, що з використанням цього інструменту інформаційна кампанія щодо профілактики НІЗ є більш ефективною.

**Висновки.** Боротьба у напрямках двох пандемій може дати більшу її ефективність за рахунок попередження ускладненого перебігу COVID-19,

зокрема: 1) через настороженість щодо НІЗ, контроль/профілактику базових захворювань та станів, та своєчасність втручань відповідно до ситуації з боку лікаря; 2) через пацієнт-орієнтованість ПМД та участь пацієнта в охороні власного здоров'я; 3) через інформаційну підтримку системи громадського здоров'я та соціальну мобілізацію.

# КОНЦЕПЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ І ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я. ІНФЕКЦІЙНІ ТА НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЇХ ПЕРЕБІГ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

*Гуцулук І.В.*

## ДОСВІД УКРАЇНИ З ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ ЄВРОПЕЙСЬКИХ РЕФОРМ НАЦІОНАЛЬНИХ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Національний університет «Острозька академія»

м. Острог, Україна

**Вступ.** Медична наука сьогодні переживає складні процеси, пов'язані з реформуванням національних системи охорони здоров'я до сьогоднішніх викликів: епідемії неінфекційних та інфекційних захворювань. Наріжним каменем проблеми є формування ефективної системи охорони/захисту громадського здоров'я на індивідуальному та популяційному рівні.

**Мета.** Розроблення наукових засад удосконалення шляхів розбудови вітчизняної системи охорони громадського здоров'я на основі пріоритетності профілактичного напрямку для попередження та зниження захворюваності, смертності, інвалідизації серед населення.

**Методи дослідження.** Для вирішення поставлених у роботі завдань було використано комплекс методів: системного підходу, бібліографічний, епідеміологічний, медико-статистичний, концептуального моделювання.

**Результати.** У результаті проведення досліджень уперше:

- науково обґрунтовано концептуальні підходи з розбудови національної системи охорони громадського здоров'я через запровадження на загальнодержавному рівні принципу «Охорона здоров'я в усіх політиках держави» та можливі шляхи його впровадження;

- розроблено теоретичні пропозиції та методичні підходи з обґрунтування необхідності розробки еколого-гігієнічних паспортів окремих населених пунктів як інструменту сталого (збалансованого) розвитку територій, оздоровлення умов життєдіяльності населення та збереження його здоров'я;

- розроблені пропозиції до проєктів нормативно-правових актів у сфері громадського здоров'я;

- розроблений Паспорт населеного пункту;

- визначено комплексні показники для інтегральної оцінки здоров'яформуючих факторів;

- обґрунтовано та розроблено функціонально-організаційні моделі системи охорони громадського здоров'я на національному, регіональному та



місцевому рівні.

Розроблено концептуальні підходи до моделі вітчизняної системи охорони громадського здоров'я через впровадження принципу «Охорона здоров'я в усіх політиках держави».

Подано нове визначення (дефініції), що таке «система охорони громадського здоров'я» та загальнонаціонального принципу «Охорона здоров'я в усіх політиках держави».

Дістали подальшого розвитку питання щодо аналізу показників стану здоров'я населення, діяльності системи охорони здоров'я та санітарно-епідемічної ситуації, в контексті завдань системи охорони громадського здоров'я; впровадження й оптимізації загальнодержавної системи соціально-гігієнічного моніторингу як базової складової для створення інформаційного фонду з оцінки ризику та подальшої підготовки адекватних управлінських рішень у сфері громадського здоров'я.

**Висновки.** У роботі на підставі комплексних натурних, еколого-гігієнічних досліджень і теоретичних узагальнень науково обґрунтовано вирішення актуального завдання профілактичної медицини – створення нової системи збереження громадського здоров'я населення на основі досвіду державної санітарно-епідеміологічної служби України з моніторингу якості навколишнього середовища, прогнозу екологічно обумовленої патології та запровадження заходів профілактики.

Доведено функціональну необхідність проведення паспортизації населених пунктів для впровадження державної системи моніторингу за детермінантами здоров'я.

Запропоновано нові організаційно-функціональні моделі розвитку вітчизняної системи охорони громадського здоров'я на різних рівнях управління за загальнонаціональним принципом «Охорона здоров'я в усіх політиках держави».

Зазначено шляхи впровадження гігієнічних принципів профілактики в системі охорони громадського здоров'я, основними кроками якої є: моніторинг стану навколишнього середовища й умов життєдіяльності населення → паспортизація населених пунктів → визначення канцерогенних та неканцерогенних ризиків, оцінка небезпеки, прогноз динаміки захворюваності → розробка пропозицій для органів влади та місцевого самоврядування → моніторинг виконання та визначення ефективності заходів щодо збереження та поліпшення стану здоров'я жителів населеного пункту.

Обґрунтовано питання щодо практичного вирішення підготовки кадрів під час розбудови вітчизняної системи охорони громадського здоров'я на підставі розроблених і впроваджених в освітню діяльність освітньо-професійної програми та навчальних планів із підготовки бакалаврів та магістрів громадського здоров'я.

## ХВОРОБА ГОШЕ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ - ІНТЕРНІСТА

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

м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Хвороба Гоше – це спадкове і рідкісне захворювання в основі якого лежить дефіцит активності ферменту глюкоцереброзидази, в результаті чого в макрофагах накопичуються непереробні продукти метаболізму, які призводять до змін у селезінці, печінці, кістках скелету, кістковому мозку, легенях, порушуючи їх функцію.

**Основна частина.** Згідно статистичних даних в Україні хвороба Гоше вважається дуже рідкісним захворюванням і зустрічається з частотою 1:40000 - 1:60000 у представників усіх етнічних груп, а в популяції євреїв Ашкеназі частота цього захворювання досягає 1:450.

Основні клінічні прояви хвороби Гоше зумовлені накопиченням клітин, що перевантажені продуктами метаболізму в селезінці, печінці) і/або порушення структури й функції в кістках, кістковому мозку. Порушення роботи макрофагів призводить до розвитку анемії, кровоточивості, дистрофії, крихкості кісток, больових кризів. Інколи хвороба вперше може проявитися переломами кісток внаслідок незначної травми. Ураження кісток визначає прогноз захворювання і може призводити до тяжкої інвалідизації з порушенням рухової функції.

Діагноз хвороби Гоше встановлюється на підставі біохімічного аналізу активності маркерного ферменту - кислої глюкоцереброзидази в лейкоцитах крові. Зниження активності ферменту менш ніж на 30% від нормального рівня підтверджує діагноз хвороби Гоше. Морфологічне дослідження кісткового мозку дозволяє виявити характерні діагностичні елементи - клітини Гоше й одночасно виключити діагноз іншого захворювання системи крові.

Лікування хвороби Гоше має бути комплексним: симптоматичним і патогенетичним. Хворі повинні перебувати під наглядом гематолога протягом усього життя. Болі в кістках вимагають застосування анальгетиків, консультації ортопеда.

Патогенетичне лікування потребує призначення специфічної терапії, а саме велаглуцерази альфа, яка випускається по 400 ОД у флаконах, або таліглуцераза альфа по 200 ОД у флаконі із розрахунку 30-60 ОД/кг один раз на два тижні пожиттєво.

**Висновки:** 1. Вчасна діагностика хвороби Гоше дає можливість призначити правильне лікування, застосовуючи ферментозамісну терапію велаглуцеразою.

2. Саме тому, правильна і своєчасна діагностика хвороби може продовжити хворим життя на багато років.

3. Тривале лікування хвороби Гоше повністю стабілізує патологічний процес, знижуючи виражені зміни в кістках і паренхіматозних органах, помітно покращуючи і продовжуючи життя хворих.

## **НЕБЕЗПЕКА МЕДИЧНИХ ВІДХОДІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19**

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

**Вступ.** Проблема медичних відходів залишається актуальною впродовж останніх десятиліть. Особливо вона загострилась з виникненням пандемії COVID-19, коли категорія таких відходів, які можуть призводити до розповсюдження інфекційних захворювань, збільшилася мінімум на порядок. Даний вид відходів за Базельською конвенцією (1989) відносяться до категорії небезпечних відходів. Слід зауважити, що окрім закладів, які надають медичну допомогу, значна кількість таких відходів поступає від населення, яке лікується амбулаторно (в домашніх умовах), а вказані відходи збираються, перевозяться та складуються як звичайні тверді побутові відходи. Тому поводження з цією категорією відходів потребує особливої уваги.

**Мета.** Визначити небезпеку медичних відходів, а саме використаних хірургічних масок від пацієнтів та медичного персоналу, в умовах пандемії COVID-19, для оптимізації управлінських рішень щодо безпечного поводження з ними.

**Матеріали і методи.** В ході наукового дослідження систематизовано та опрацьовано значний об'єм нормативних документів, наукових праць і статей. Використано методи: лабораторний, санітарно-гігієнічний, статистичний, описовий, аналітичний.

**Результати.** В ході наукової роботи, проведено мікробіологічні дослідження на наявність коронавірусу SARS-Cov-2: з використаних хірургічних масок від пацієнтів, хворих на COVID-19, а також від медичного персоналу спеціалізованих інфекційних відділень. В результаті проведеного дослідження, методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), було підтверджено наявність РНК збудника коронавірусу SARS-CoV-2 у 5 зразках із 56 ( 8,9%). На зразках, відібраних з масок медичних працівників, коронавірусу SARS-CoV-2 не було виявлено. Вищевказане свідчить про достатній рівень захисту від зараження коронавірусом, який дає звичайна хірургічна маска при правильному використанні. Окремо, нами було заплановано та проведено дослідження стічних вод від інфекційного стаціонару Острозької багатопрофільної лікарні та із загальноміської каналізаційної мережі на наявність коронавірусу SARS-Cov-2. У відібраних зразках, методом ПЛР, коронавірусу SARS-CoV-2 виділено не було. Проте, вважаємо, що дані дослідження, в подальшому, потребують більш детальної уваги з боку спеціалістів громадського здоров'я.

В ході проведеної роботи нами підтверджено той факт, що найефективнішим методом знешкодження медичних відходів, які мають потенційний ризик інфекційного зараження, з точки зору санітарно-гігієнічної, санітарно-епідемічної та екологічної безпеки, є спалювання в інсинераторах.

**Висновки.** Результати дослідження підтверджують те, що медичні відходи: використані хірургічні маски можуть бути джерелом збудників

інфекційних захворювань, в даному випадку, коронавірусної хвороби. Тому поведення з медичними відходами у відповідності до вимог санітарного законодавства на всіх рівнях управління є вкрай важливим і актуальним, особливо у світлі інфекційних загроз, викликаних новими патогенними мікроорганізмами.

*Мандзій З.П.*

## **СИМПТОМАТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ**

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

м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Найпоширенішим захворюванням крові є залізодефіцитна анемія (ЗДА). По даним ВООЗ більше половини населення різних країн страждає залізодефіцитною анемією. Вона охоплює всі вікові групи населення, але найчастіше зустрічається у дітей, підлітків і вагітних жінок. Наявність залізодефіцитного стану знижує якість життя пацієнтів, порушує їх працездатність, викликає функціональні розлади з боку багатьох органів і систем.

**Основна частина.** Нами було обстежено 23 пацієнти на залізодефіцитні стани (ЗДС) різних вікових груп. При допомозі загальноклінічних методів дослідження було встановлено наявність у хворих анемії різного ступення важкості.

Зрозуміло, що патогенетичним лікуванням ЗДС є застосування препаратів заліза всередину. Останніми роками продовжується дослідження з вивчення ефективності в корекції залізодефіцитних станів ліпосомального препарату «Поліфер», євробіотика «КІДС» та протигельмінтного препарату «Альбензі». Найбільш вивченим на сьогоднішній день є препарат, який є ліпосомальною формою випуску – Поліфер. Завдяки ліпосомній технології біодоступність заліза в продукті збільшується в 3,5 рази в порівнянні з тією ж кількістю заліза, що не входить в структуру ліпосом. В результаті такої фармакокінетики, навіть при низьких дозах поліфера, забезпечується його висока біодоступність. Також важливе значення мають механізми розвитку ЗДС при запальних захворюваннях кишечника, які потребують комплексного підходу до лікування, включаючи лікування основного захворювання, проведення протизапальної терапії, застосування пробіотиків, а саме Євро-біотик КІДС для поліпшення процесів травлення та нормалізації біоценозу кишечника. А застосування протигельмінтного препарату Альбензі дає можливість передбачити і лікувати не тільки знищення паразитів, але й усунути наслідки їхньої життєдіяльності, а саме проявів залізодефіцитних станів.

**Висновки:** У зв'язку з цим вже сьогодні можна відмітити, що порівняно з традиційною терапією вживання Поліферу і євробіотика КІДС демонструє очевидні переваги: немає побічних ефектів, гематологічні показники покращуються значно раніше, що і приводить до покращення самопочуття хворого, підвищення якості життя пацієнтів у період лікування та реабілітації.

*Калашикова Н.М.*

## **РОЛЬ СЛУЖБИ ГОРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19 В ПРОФІЛАКТИЦІ РАКУ ШКІРИ**

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,

м. Київ, Україна

**Вступ.** В Україні триває пандемія Covid-19, одним з несприятливих наслідків якої, крім очевидних, пов'язаних із хвилеподібними змінами захворюваності і смертності від вірусу Covid-19, є відповідне повільне, можливо ще не дуже відчутне, зростання захворюваності і смертності від найважливіших хронічних неінфекційних захворювань – серцево-судинних, ендокринних, онкологічних, про що свідчить безліч досліджень.

Особливо гостро це стосується онкопатології, зокрема злоякісних новоутворень шкіри, адже захворюваність на рак шкіри за останні 20 років в Україні зросла майже на чверть, зокрема на меланому – на 73%. Ця негативна динаміка притаманна багатьом країнам світу. Так, американці вчені визначили цю тривожну тенденцію як справжню епідемію раку шкіри, адже за прогностичними оцінками кожен п'ятий американець протягом життя захворіє на рак шкіри (Siegel R.L, 2021).

**Основна частина.** За уточненими та оперативними даними (за 2019 та 2020 роки відповідно) Національного канцер-реєстру (Бюлетень Національного канцер-реєстру № 22 - "Рак в Україні, 2019-2020") захворюваність на меланому у 2020 році зменшилась на 27% і становила 6,1 випадки на 100 тис. населення, (у 2019 році - 8,4 випадки на 100 тис. населення), смертність відповідно зросла з 1,4 до 2,3 на 100 тис.населення, тобто на 64%. Аналогічні дані отримані щодо немеланомних злоякісних новоутворень шкіри, первинна захворюваність на які зросла на 67% (з 44,5 до 26,5 на 100 тис. населення), смертність щоправда зменшилась на 14,2% (з 1,4 до 1,2 на 100 тис. населення). Результати попереднього аналізу динаміки захворюваності і смертності від раку шкіри в Україні підтверджують дані, що були отримані канадським вченими (Asai Y, Nguyen P, Hanna T.P, 2021). Затримку діагностики новоутворень шкіри вони визначали за стрімким зменшенням кількості біопсій, як поширеної діагностичної процедури (загалом на 15%, а з приводу меланоми – на 27%), що пов'язано з різким скороченням відвідувань пацієнтами лікарів. Особливо це стосується жінок та літніх людей старше 80 років.

Цей процес пов'язаний з багатьма аспектами, які вибудовуються у причинно-наслідковий ланцюжок: брак та надмірна зайнятість медичних кадрів призвели до скорочення кількості відвідувань пацієнтами медичних закладів, у т.ч. з профілактичною метою. Паралельно скоротилися можливості щодо госпіталізації пацієнтів, які того потребували. Зрозуміло, що основні кадрові і матеріальні ресурси охорони здоров'я зараз залучені до захисту населення від COVID-19. В результаті пацієнти починають займатися самолікуванням і все ж таки опиняються у лікаря, але вже в пізніх стадіях захворювання.

Потрібно відмітити, що оцінка ефективності організації онкологічної допомоги хворим на рак шкіри за оперативними даними у 2020 році за основними показниками – рівень охоплення спеціальним лікуванням та рівень морфологічної верифікації діагнозів – не виявила значних розбіжностей у порівнянні з 2019 роком, що свідчить про певну стабільність медичної допомоги онкохворим.

Однак в період пандемії, яка триває і в світі, і в Україні, актуальними лишаються питання профілактики, скринінгу та своєчасного виявлення раку шкіри. Не останню роль в цій справі має відігравати служба Громадського здоров'я, яка не так давно започаткована в Україні і вже зробила багато корисного в питаннях профілактики, але здебільшого туберкульозу, СНІДу, серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, тобто тими нозологічними формами, якими традиційно протягом багатьох років опікувався цей заклад.

Здавалося б, самодіагностика захворювань шкіри є найпростішою, оскільки вади шкіри є очевидними для самого пацієнта, так же, як і їх негативна динаміка. Залишається лише навчити пацієнта помічати ці небезпечні зміни, навчити його простим правилам самодіагностики. Тобто на часі стоїть завдання розробки стратегії профілактики раку шкіри, в першу чергу первинної, де ключову роль відіграє пропаганда захисту від ультрафіолетового випромінювання, санітарна просвіта, гігієнічне виховання населення стосовно онконастороженості з приводу раку шкіри – можливої малігнізації новоутворень шкіри, бодай звичайних родимок.

**Висновок.** Стратегія профілактики раку шкіри передбачає наступні напрями:

- сприяння політиці по досягненню національної мети запобігання раку шкіри (розвиток партнерства служби громадського здоров'я із закладами охорони здоров'я, закладами освіти, підприємствами, урядовими та громадськими організаціями);
- продовження моніторингу захворюваності населення на рак шкіри (оцінка динаміки захворюваності, тягаря хвороби);
- посилення досліджень, пов'язаних з профілактикою раку шкіри (вивчення факторів ризику та їх поширення серед певних контингентів населення; оцінка впливу профілактичних втручань);
- збільшення можливостей захисту населення від шкідливого впливу чинників (зокрема ультрафіолетового випромінювання на відкритому просторі та у закритих приміщеннях);
- продовження розробки нових форм санітарно-просвітницької діяльності по боротьбі із раком шкіри серед населення.

Важливим є визначення розподілу функцій стосовно цих питань поміж лікарями дерматологами, онкологами, сімейними лікарями та фахівцями в галузі громадського здоров'я.

## ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РАКУ ГОРТАНІ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів, Україна

**Вступ.** Злоякісні новоутворення залишаються однією з найбільших проблем системи охорони здоров'я, оскільки вони створюють значний глобальний тягар, підривають соціальні стандарти і вимагають значних економічних ресурсів. У 2020 році у світі зареєстровано 19,3 млн нових випадків злоякісних новоутворів і майже 10 млн смертей були зумовленими ними. У 2019 році в Україні зареєстровано 138509 випадків злоякісних новоутворів, а показник первинної захворюваності склав 351,7 на 100 тисяч населення.

**Основна частина.** Вагому медико-соціальної проблеми становить рак гортані (С32). Гортань відіграє ключову роль у таких життєво важливих функціях організму, як дихання, голосоутворення, ковтання. Встановлено, що позитивні результати під час лікування можна отримати лише на початкових стадіях захворювання. Тому проблема злоякісних новоутворень гортані потребує детального вивчення основних показників захворюваності та смертності, факторів ризику, розроблення і вдосконалення заходів щодо раннього виявлення цієї патології.

За даними Національного канцер-реєстру України в 2019 році у Львівській області зареєстровано 8866 випадків злоякісних новоутворів, з яких 159 випадків складав рак гортані (1,8%). Вперше протягом року цю патологію виявлено у 153 чоловіків (96,2%) та у 6 жінок (3,8%).

Показник захворюваності на рак гортані у Львівській області в 2019 році становив 6,4 випадки на 100 тис. населення, що на 1,7 випадків перевищував загальноукраїнський показник. Слід зазначити, що первинна захворюваність серед чоловіків Львівської області перевищувала аналогічний показник в Україні на 3,7 випадки на 100 тис. чоловічого населення. У той же час серед жінок України та Львівської області даний показник не відрізнявся і складав лише 0,4 випадки на 100 тис. жіночого населення.

У 2019 у Львівській області зареєстровано 3436 летальних випадки з причини злоякісних новоутворів, серед яких рак гортані складав 72 випадки (2,1%). Показник смертності в області відповідав загальноукраїнському і становив 2,7 випадки на 100 тисяч населення. Не відрізнялися також значення показників смертності серед чоловіків та жінок (6,6 і 0,1 випадків на 100 тис. населення відповідної статі).

При аналізі вікової структури осіб з вперше встановленим діагнозом раку гортані у Львівській області в 2019 році виявлено, що частка хворих віком 60 років і старше складала 63,5%.

В Україні оцінку якості надання онкологічної допомоги населенню проводять на основі показників занедбаності злоякісного процесу (відсоток хворих, в яких діагностували рак на IV стадії) та летальності до року. У 2019 році частка хворих на рак гортані I стадії складала 13,9%, II ст. – 19,4%, III ст. –

40,3%, IV ст. – 20,8%, а невизначеною стадія була у 5,6% хворих. Тобто у Львівській області занедбану форму раку гортані виявляють у кожного 5 хворого на цю патологію. Летальність до одного року з числа вперше виявлених хворих у 2019 році у Львівській області становила 23%. А це означає, що кожний четвертий хворий не проживає одного року з моменту встановлення діагнозу раку гортані. Очевидно, що рівень занедбаності та летальності до року пов'язані з низьким показником виявлення хворих при профілактичних оглядах. Частка хворих, виявлених на профоглядах, залишається надзвичайно низькою і складала 0,7%.

**Висновки.** Проаналізувавши епідеміологічну ситуацію із раком гортані у Львівській області, можна зробити наступні висновки: рівень захворюваності на злоякісні новоутворення гортані серед населення Львівської області у 2019 році був вищим, ніж загальноукраїнський; показник смертність від раку гортані у Львівській області був аналогічним до загальноукраїнського показника; серед чоловіків рак гортані зустрічається частіше, ніж в осіб жіночої статі; захворюваність на злоякісні новоутворення гортані найвища серед осіб 60 років і старше; відмічалася низька частка хворих, виявлених під час профілактичних оглядів, а також високі показники летальності до одного року з моменту встановлення діагнозу та занедбаності злоякісного процесу.

*Салій З.В.*

## **POST-COVID: ПРОВІДНІ НЕВРОЛОГІЧНІ СИНДРОМИ**

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

**Вступ.** Пандемія COVID-19 і її наслідки є провідною темою наукових досліджень у різних галузях медицини впродовж останніх 1,5 років. І, якщо публікації першої половини 2020 р. були присвячені переважно гострому періоду, то наступні – її наслідкам. Аналіз значної кількості матеріалу дав змогу класифікувати COVID-19. Так, Greenhalgh Т. та співавт. (2020) запропонували поняття Long-COVID (від 4 до 12 тижнів) та Post-COVID (більше 12 тижнів). Неврологічні ускладнення вірусних інфекцій зустрічаються з різною частотою: 1,8 % – при гострих респіраторних вірусних інфекціях, 6-19,1 % – при грипі, 15-20 % – при SARS-CoV та MERS-CoV. Відсоток неврологічних ускладнень при SARS-CoV2 (COVID-19) – вражаючий і, за даними різних клінік, коливається від 36 % до 84 % (Wang H.Y at all., 2020; Mao L. at all, 2020; Li Y. at all, 2020). Тому, розуміння основних патогенетичних механізмів розвитку ускладнень, особливостей клініки та лікування, а головне – профілактики – є актуальним.

**Основна частина.** Причиною розвитку неврологічних ускладнень вважають як пряму дію вірусу, так і опосередковано через гіпоксію, тромбоутворення, інтоксикацію, автоалергічні реакції тощо.

Встановлено (Yavagrou-Bali H. at all., 2021) основні шляхи проникнення вірусу SARS-CoV2 в нервову систему: нейрональний (ретроградний та



антероградний транспорт уздовж нюхового або трійчастого і блукаючого нервів та гематогенний (через явища ендотеліту пошкоджується гемато-енцефалічний бар'єр). Причому, ураження ендотелію в гострому періоді відіграє провідну роль. Ендотелій страждає внаслідок прямої дії вірусу й запальної реакції господаря, а також в результаті індукції апоптозу та піроптозу (Varga Z. at all., 2020). Це спричиняє системні порушення мікроциркуляторної функції в різних судинних руслах та обґрунтовує терапію для стабілізації ендотелію під час боротьби з реплікацією вірусів.

Неврологічні прояви гострого періоду представлені головокружінням, болем голови, запальними захворюваннями (менінгіт, енцефаліт, менінгоенцефаліт) демієлінізуючими захворюваннями (розсіяний склероз, дисемінований мієліт), гіпоксичною енцефалопатією, церебро-васкулярними захворюваннями (інсульт, субарахноїдальний крововилив, тромбоз венозних синусів). Аналіз судинної патології у хворих з COVID-19, проведений у 136 центрах 32 країн світу дозволив авторам зробити висновок про значно вищий рівень оклюзій великих судин, набагато нижчий рівень оклюзії дрібних судин та лакунарного інфаркту та значну кількість інсультів у молодих людей у порівнянні з популяційними дослідженнями до пандемії (Shahjoui S., 2021).

За даними M. Taquet at al. (2021), серед 200 тис. обстежених осіб неврологічні та психіатричні наслідки COVID-19 через 6 місяців діагностували у 33,62 %, причому у 12,84 % учасників вони були встановлені вперше. У пацієнтів, які були госпіталізовані до відділень інтенсивної терапії – у 46,42 % та 25,79 %, відповідно.

S. Lopez-Leon at al. (2021) вказують, що у 80 % пацієнтів, які були інфіковані SARS-CoV-2, розвинувся хоча б один із довготривалих симптомів. Найпоширенішими були втома (58%), головний біль (44%), розлади уваги (27%), випадіння волосся (25%) і задишка (24%). E.L. Graham at al. (2021) через 4-5 міс після перенесеної нетяжкої COVID-19 діагностували: втоми – у 85 %, «затуманеність мозку» – у 81 %, головний біль – у 68 %, оніміння/поколювання – у 60 %, дисгевзію – у 59 %, аносмію – у 55 %, міалгію – у 55 %.

За даними Petrocelli M. at al, 2021, через 6 місяців після COVID-19 у 27 % пацієнтів утримувалося порушення нюху та у 10 % – смаку. Функціональне відновлення є значним протягом першого місяця щодо смаку та перших двох місяців щодо запаху. Після цього періоду ймовірність поліпшення значно зменшується й довгостроковий рівень відновлення цих функцій на сьогодні не з'ясований.

Після пандемії грипу 1918 року до 40 % тих, хто вижив, залишалися хронічно недужими з різними симптомами, включаючи втому, млявість та труднощі з концентрацією уваги, які посилювались при фізичному навантаженні (Mohammed M. Islam at all, 2020). Все активніше в літературі обговорюють роль COVID-19 в розвитку синдрому хронічної втоми – це прояв аберрантної або неправильно спрямованої імунної реакції на початкову інфекцію, яка переросла в хронічне автоімунне захворювання за допомогою молекулярної мімікрії (гіпотеза "вдарив і втік") (Gaber T., 2021).

**Висновки.** Неврологічні прояви Post-COVID, враховуючи їх поширеність та різноманітність, загрозу віддалених наслідків у вигляді автоімунної патології та нейродегенерації, потребують ретельного дослідження з метою

уточнення основних патогенетичних механізмів, стратифікації ризиків та розробки комплексних програм раннього реабілітаційне втручання.

*Короленко В.В., Грузєва Т.С., Іншакова Г.В.*

## **РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА СИФІЛІС В ДИНАМІЦІ ДЕСЯТИРІЧНОГО ПЕРІОДУ**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Київ, Україна

**Вступ.** Сучасні світові та європейські тренди свідчать про стійке скорочення захворюваності населення на венеричні хвороби, зокрема на сифіліс та гонорею, впродовж останніх десятиліть. Такі ж тенденції до зменшення рівнів венеричної захворюваності спостерігаються в Україні. Проте, позитивні зрушення на окремих територіях, в окремих групах населення мали різну виразність через низку причин соціально-економічного, медико-організаційного характеру, що потребує дослідження епідеміологічних особливостей вказаних процесів тощо.

**Основна частина.** Аналіз захворюваності населення України на венеричні захворювання у регіональному аспекті впродовж 2009-2019 рр. виявив суттєві відмінності як в рівнях показників, так і в швидкості їх змін, що потребує поглибленого вивчення ситуації та визначення провідних чинників впливу.

У 2009 р. рівень захворюваності населення України на сифіліс становив 20,0 випадків на 100 тис. При цьому в Одеській області він досягнув 37,9 випадку, а в Житомирській - 34,4 випадку на 100 тис., що перевищило середній в країні рівень в 1,7-1,9 разу. Водночас, невисокі показники захворюваності на сифіліс було зареєстровано в областях Західного регіону, зокрема Львівській та Закарпатській, де вони становили 12,9-14,1 випадку на 100 тис. і були нижчими від середніх в країні на 29,9-35,5%.

Впродовж десятилітнього періоду відбулося зменшення рівнів захворюваності населення на сифіліс в цілому на 70,5%, або в 1,7 разу. Як і в попередні роки, у 2019 р. високі показники частоти нових випадків захворювань виявлялися в Одеській області (8,2 випадку на 100 тис.), надзвичайно високі рівні було зареєстровано у м. Києві (16,4), у Кіровоградській та Запорізькій областях, де вони досягли 13,1-9,4 випадку на 100 тис. Проте в низці областей Західного і Центрального регіону спостерігалися невисокі рівні захворюваності.

З огляду на регіональні особливості та тенденції захворюваності населення України на сифіліс значний інтерес становить дослідження профілактичної роботи з їх попередження та раннього виявлення для ефективного лікування. Аналіз результатів профілактичних обстежень населення засвідчив, що 68,6% первинних захворювань на сифіліс виявляється у ході профілактичної діяльності, що складає дві третини усіх випадків. Це показує, що третина захворювань на сифіліс не виявляється в процесі профілактичної роботи. Особливу тривогу викликають низькі показники

виявлення захворювань на сифіліс у Луганській області, де вони становлять лише 12,5%, у м. Києві, де досягають лише 23,1%. Разом з тим, у Черкаській області практично усі випадки нових захворювань на сифіліс виявляються профілактично (93,3%), переважна більшість – у Закарпатській, Запорізькій, Волинській, Одеській областях (87,2-88,9%).

Принципово важливим є виявлення випадків пізнього сифілісу при здійсненні профілактичних обстежень. В даному контексті прикладом є 8 областей України, де досягнуто 100,0% виявлення захворювань. Водночас, лише шоста частина випадків пізнього сифілісу виявляється при профілактичних обстеженнях у Закарпатській області, третина – у Кіровоградській, половина – у низці областей Центрального регіону України, у т. ч. Житомирській, Київській, Черкаській.

Про ефективність лікувально-профілактичної роботи свідчать показники питомої ваги осіб, яким проведено лікування, з числа обстежених контактних. Загальноукраїнський показник лікування контактних осіб з хворими на сифіліс у 2019 р. становив 16,7%. Надзвичайно низькі показники спостерігалися у Вінницькій та Миколаївській областях, де показники склали 1,8-2,4%. Менше половини контактних осіб було охоплено лікуванням у Миколаївській, Тернопільській, Луганській областях. Виявлені особливості захворюваності на сифіліс та результатів профілактичної роботи вказують на необхідність інтенсифікації попередження захворювань та поліпшення лікувально-діагностичного процесу.

**Висновки.** Попри загальну тенденцію до зниження захворюваності населення на сифіліс, на окремих адміністративних територіях спостерігаються високі рівні первинних захворювань, невисокі показники ефективності профілактичної роботи щодо виявлення захворювань при профілактичних обстеженнях, особливо пізніх форм, проведення лікування контактним особам тощо. Регіональні особливості захворюваності населення України на сифіліс є важливим підґрунтям для оцінки профілактичної роботи органів і закладів охорони здоров'я та основою для розробки заходів з її оптимізації.

*Іванюк А.В.<sup>1</sup>, Орлова Н.М.<sup>2</sup>*

## **ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕНOSTІ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБИГУ У КИЇВСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

<sup>1</sup>Київська обласна клінічна лікарня м. Київ, Україна

<sup>2</sup>Вінницький Національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

**Вступ** Київська область відноситься до територій України, які мають найвищі рівні передчасної смертності від хвороб системи кровообігу (ХСК), що обумовлює особливу медико-соціальну вагомість ХСК у даному регіоні.

**Основна частина.** Статистичний аналіз захворюваності здійснений на підставі даних Київського обласного центру медичної статистики за 2010-2019 рр. Встановлено, що у Київській області на ХСК страждає понад мільйон жителів. У 2019 р. ХСК склали 37,7% серед усіх захворювань зареєстрованих

серед дорослого населення області, рівень захворюваності на ХСК становив 446,2, а поширеності ХСК - 7114,8 на 10 тис. ДН. У структурі захворюваності на ХСК провідні місця посідають гіпертонічна хвороба (36,7%), ішемічна хвороба серця (ІХС) (28,0%) та церебро-васкулярні хвороби (18,7%). У структурі поширеності ХСК їх питома вага склала - 42,9%, 42,6% та 8,6%, відповідно. Рівні захворюваності та поширеності ХСК серед сільських жителів у середньому у 1,2 рази вищі, ніж серед міських жителів області, а епідемічна ситуація стосовно ХСК на Київщині є значно напруженішою, ніж в середньому в Україні. Інфаркти міокарда у області діагностуються серед ДН у 1,2, а інсульти у 1,5 разів частіше, ніж у країні в цілому, а поширеність ІХС у 1,5 рази перевищує аналогічний показник в Україні. Виявлена тенденція до зростання поширеності ХСК (на 8,5%, з 7321,5 до 7929,7 на 100 тис. ДН) та захворюваності на ХСК (на 5,7%, з 502,3 до 520,9 на 100 тис. ДН) у області впродовж 2010-2017 рр., а також відсутність можливості подальшого об'єктивного моніторингу захворюваності через відміну системи її державної реєстрації (за ф.№12), що може негативно позначитися на обґрунтованості управлінських рішень щодо організації медичної допомоги хворим на ХСК. Встановлена суттєва варіація захворюваності та поширеності ХСК у районах Київської області, яка у значній мірі обумовлена проблемами в організації кардіологічної допомоги в області, зокрема, недостатнім розвитком кадрових ресурсів та матеріально-технічної бази кардіологічної служби.

**Висновки** Несприятлива динаміка захворюваності та поширеності ХСК на Київщині та суттєве перевищення обласних показників середніх в Україні засвідчують необхідність удосконалення системи профілактики та організації медичної допомоги хворим на ХСК у Київській області, на чому і будуть зосереджені наші подальші дослідження.

*Паничев В.О.*

## **ПРИРОДНО-ОСЕРЕДКОВІ КЛІЩОВІ ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ ЯК ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА ТЕРНОПІЛЛІ**

ДУ «Тернопільський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України», м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Розбудова системи громадського здоров'я передбачає збільшення впливу власне системи охорони здоров'я, суспільства, органів влади на проблеми, що становлять загрозу для здоров'я населення з метою профілактики негативного впливу зокрема факторів здоров'я. Традиційно загрози зовнішніх факторів у громадській свідомості більше пов'язують з хімічними речовинами чи фізичними чинниками. В той час чинники біологічної природи, зокрема патогенні мікроорганізми в значній мірі є невід'ємною складовою довкілля, тісно пов'язані з тваринним світом, є складовою паразитарних систем, що склались і функціонують на багатьох територіях. Діяльність людини, пов'язана з природним середовищем, сприяє контактам з окремими компонентами паразитарних систем, що призводить до зараження збудниками цілого ряду небезпечних інфекційних хвороб. Такі загрози пов'язані із недостатньою вивченістю природно-осередкових хвороб на багатьох територіях і, як наслідок,

непоінформованістю населення, органів влади, власників природних угідь, зон відпочинку про епідемічні загрози. Відсутність конкретної інформації про епідризику щодо конкретних хвороб впливає на їх своєчасне виявлення, діагностику, ефективне лікування. Що часто призводить до хронізації паталогічного процесу, різноманітних ускладнень.

Прикладом такої проблеми є хвороба Лайма. Ще до недавнього часу клінічні прояви цієї хвороби були підставою для цілого ряду терапевтичних діагнозів, пов'язаних з ураженням конкретних органів і систем організму і як правило з хронічним перебігом, що виключало своєчасну ефективну етіотропну терапію.

**Основна частина.** Реєстрація хвороби Лайма на території Тернопільської області розпочалась у 2000 році. З того часу прослідковується тенденція до росту захворюваності, збільшення числа населених пунктів, де зареєстровані випадки. Захворювання поширене на всій території області. Особливо вразливими є верстви населення, чия професійна діяльність чи спосіб життя пов'язані з перебуванням в природних угіддях, на присадибних та дачних ділянках.

Результати епідеміологічного нагляду за хворобою Лайма дали підстави вважати небезпечними з точки зору загрози зараження також зелені зони міст, міські прибудинкові території.

Така ситуація спонукала до більш глибокого вивчення епідемічних ризиків та складових, що їх формують. Зрозуміло, що ризики визначаються наявністю та чисельністю векторів (переносників) та їх зараженістю патогенами. Ці чинники, як складові паразитарних систем в свою чергу залежні від інших компонентів, що забезпечують прогодовування кліщів і підтримують зараження популяцій патогенами в умовах епізоотичного процесу.

На нашу думку ризики кліщових хвороб в значній мірі визначаються двома факторам: спектром патогенів на певних територіях, чисельністю кліщів, переносниками чи резервуарами яких є останні. Безумовно, що індивідуальні ризики залежать від цілої низки обставин, що можуть посилювати чи зменшувати їх. Зокрема: рівень поінформованості населення щодо загроз, свідоме сприйняття та виконання рекомендацій щодо запобігання чи зменшення ризиків, використання засобів індивідуального захисту, належна організація охорони праці професійних груп ризику, здійснення біотехнічних та інших заходів на об'єктах довкілля, боротьба з гризунами, розв'язання проблеми бездомних тварин та ін.

За результатами багаторічних спостережень (2005-2020 р. р.) чисельність іксодових кліщів коливалась в межах від 1,4 до 13,6 екз./пр .км із середнім 7,2. За цей же період було офіційно зареєстровано 11182 випадки нападів (присмоктування) кліщів на людей.

Зараженість кліщів бореліями за період 2013-2020 р. р. становила в середньому 15,1 відсотки.

Дослідження кліщів, зібраних в природних угіддях Тернопільської області та в парках м. Тернополя, засвідчило їх зараженість не тільки бореліями, але і іншими мікроорганізмами, небезпечними як для людей, так і для домашніх тварин. Методом ПЛР в кліщах виявлені фрагменти ДНК *B. burgdorferi* s. l., *B. miyamotoi*, *A. phagocytophilum*, *Babesia* sp.

Польові дослідження з метою оцінки видового складу та чисельності мишуватих гризунів засвідчують наявність на території області восьми видів дрібних гризунів. Відсоток їх попадання на різних територіях коливається від 4,4, до 11,8.

**Висновки.** Отже в умовах Тернопільської області наявні три важливі компоненти паразитарних систем кліщових зоонозних хвороб, а саме: мишуваті гризуни, патогенні бактерії та кліщі, як їх переносники. Ці компоненти здатні забезпечити епізоотичний процес, що сприяє існуванню паразитарних систем у осередках кліщових інфекцій, природних та антропоургічних, в тому числі в межах населених пунктів. Реєстрація випадків Лайм-бореліозу на всій території області дозволяє вважати всю область ендемічною з цієї хвороби. Зараженість кліщів різними патогенами створює загрозу інших кліщових інфекцій в тому числі поєднаних.

# НАУКОВЕ ПІДГРУНТЯ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЧНИХ РІШЕНЬ В ГАЛУЗІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я. ОСВІТНЯ ДІЯЛЬНІСТЬ В СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.

*Грузєва Т.С., Іншакова Г.В.*

## СТРАТЕГІЇ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ЗАХОДИ З ПІДТРИМКИ ОСІБ СТАРШОГО ВІКУ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

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

**Вступ.** Пандемія COVID-19 спричинила безпрецедентні виклики та загрозу населенню всього світу, особливо життю, стосункам та статкам осіб похилого віку. Така ситуація вимагає нових підходів до надання медичних послуг населенню, у т. ч. літнім людям, та можливостей їх надання, а також забезпечення доступності та високої якості медичного обслуговування, зокрема й профілактичного.

**Основна частина.** Надання медичної допомоги особам старшого віку в умовах пандемії стає актуальною через те, що ситуація ще більш загострюється страхом, дискримінацією, хибною інформацією, обмеженнями на пересування тощо. У зв'язку з перевантаженням медичних служб доступність необхідного медичного обслуговування знижується, зростає смертність через COVID-19 та інші захворювання, які потребують профілактики і лікування.

Багато осіб старшого віку знаходяться в ізоляції, перебуваючи у закритих приміщеннях, не можуть фізично контактувати з іншими людьми, відвідувати свою родину, відпочивати з нею. Тривалий час пандемії COVID-19 спричинює зростання тягаря багаторазових втрат і горя, впливаючи на фізичне та психічне здоров'я. Відомо, що такі негативні явища як тривале дистанціювання, зменшення контактів з родиною, близькими людьми, знайомими викликає у людей старшого віку стрес, депресію, невпевненість у майбутньому.

Хоча ризик інфікування COVID-19 та його важкий розвиток чи смерть притаманні всім віковим категоріям, але, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), саме тяжкий перебіг хвороби є характерним для осіб старшого віку та людей з супутніми розладами здоров'я, зокрема – з неінфекційними захворюваннями, які також притаманні літнім особам. ВООЗ акцентує увагу на тому, що ця вразлива категорія людей повинна мати можливість звернутися за доступною та якісною медичною допомогою. Необхідну підтримку, у т.ч. психологічну, повинні отримувати і ті, хто доглядає за людьми поважного віку, це, зокрема, родичі, сусіди, соціальні працівники. Джерела забезпечення підтримки повинні включати нові підходи до взаємодії з літніми людьми, зокрема телемедицину, інші технології. Отже необхідно

підвищувати цифрову грамотність осіб старшого віку, в першу чергу, уміння користуватися мобільними додатками для пошуку та отримання актуальної інформації, спілкування з родиною, контактування з соціальними працівниками, волонтерами тощо.

Політики урядів усіх країн повинні зосереджуватися на людях старших вікових категорій та їх переконанні у необхідності дотримання профілактичних заходів з запобігання неінфекційних та інших захворювань, своєчасному звертанні для діагностування хвороб та мінімізації їх наслідків.

ВООЗ створено технічні керівництва і рекомендації для осіб, які приймають рішення, працівників медичної сфери та установ, що займаються підтримкою літніх людей в умовах пандемії COVID-19. В першу чергу увага повинна бути сконцентрована на розробці програм, скерованих на задоволення потреб людей старших вікових категорій, зміцнення їхнього здоров'я та запобігання госпіталізації. Шляхом комунікації різних служб та інформування треба забезпечити домашній догляд осіб літнього віку, продуктами першої необхідності, зокрема, харчування, санітарно-гігієнічні приналежності, медичне обслуговування, соціальну допомогу та підтримку психічного і емоційного благополуччя. Ця вразлива категорія населення повинна мати адресну і точну інформацію про те, як запобігти хворобі під час пандемії і що треба робити при появі симптомів захворювання.

**Висновки.** Заходи соціально-політичного характеру повинні спрямовуватися на розробку програм сприяння і захисту людей старших вікових категорій, забезпечення їх доступності, створення таких умов, щоб вони почували себе корисними, були соціально активними, адаптованими у суспільстві та слугували передумовою покращення якості життя і фактором гуманізації суспільства. Необхідно забезпечити прийнятний доступ до комплексних послуг, що зосереджені саме на медико-соціальних потребах літніх людей.

*Комар О.М., Паламар І.В.*

## **КОМУНІКАЦІЯ ЗДОРОВ'Я ЯК ОДИН ІЗ СУЧАСНИХ ІНСТРУМЕНТІВ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ**

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Вступ.** Експерти в галузі охорони здоров'я визнають медико-санітарну комунікацію життєво важливою для програм охорони здоров'я, які стосуються профілактики захворювань, зміцнення здоров'я та якості життя.

**Основна частина.** Традиційні втручання більше не вважаються достатніми для ефективної профілактики та контролю над такими серйозними загрозами для здоров'я як коронавірус, Ебола, кір, ВІЛ, стійкість до протимікробних препаратів тощо.

Дослідження показують (<https://www.ecdc.europa.eu>), що розроблена належним чином поведінкова комунікація здоров'я може мати значний позитивний вплив на ставлення, переконання та поведінку людини.



Європейський центр профілактики та контролю захворювань (ECDC) визначив такі атрибути ефективної комунікації здоров'я та створення повідомлень: *точність (accuracy)* – зміст є дійсним і без помилок щодо фактів, тлумачення чи судження; *наявність (availability)* – повідомлення або інформація надсилається/ розміщується так, щоб аудиторія могла до нього отримати доступ; *баланс (balance)* – зміст висвітлює переваги та ризики потенційних дій або визнає різні та обґрунтовані погляди на проблему; *послідовність (consistency)* – зміст з часом залишається послідовним, а також узгоджується з інформацією інших джерел; *культурна компетентність (cultural competence)* – процес проектування, впровадження та оцінювання враховує особливі потреби окремих груп населення, а також рівень освіти та інвалідність; *доказова база (evidence base)* – відповідні наукові докази, які пройшли комплексну оцінку та ретельний аналіз для формулювання практичних рекомендацій, показників ефективності, критеріїв оцінки технологій; *охоплення (reach)* – інформація потрапляє до або стає доступною для якомога більшої кількості людей у цільовій сукупності; *надійність (reliability)* – джерело змісту заслуговує довіри, а сам зміст оновлюється; *повторення (repetition)* – надсилання повідомлення продовжується або повторюється з часом як для посилення впливу на певну аудиторію, так і для охоплення нових поколінь; *своєчасність (timeliness)* – повідомлення надається або стає доступним коли аудиторія найбільш сприйнятлива або потребує конкретної інформації; *зрозумілість (understandability)* – рівень та формат читання/мови (включаючи мультимедіа) підходять для конкретної аудиторії.

Положення Європейського плану дій зі зміцнення потенціалу і послуг громадського здоров'я свідчить про те, що досягнення позитивних змін у здоров'ї та способі життя населення з використанням ефективної комунікації потребує підготовки нової генерації фахівців громадського здоров'я, знання і комунікативні компетенції яких є запорукою адресної протидії нездоровим формам поведінки і шкідливої для здоров'я продукції, зокрема алкоголю й тютюну.

Існує щонайменше шість основних областей моделювання знань про комунікацію у сфері охорони здоров'я та її об'єкт, які сприяють більш ефективному її впровадженню: медична грамотність, медична освіта, соціальний маркетинг, комунікація щодо ризику, кризова комунікація та пропаганда (адвокація) здоров'я.

**Висновки.** Інструменти комунікації здоров'я мають значну додану вартість як на комунікаційному, так і економічному рівнях.

*Панчишин Н.Я., Коллінс Д.М., Галицька-Хархаліс О.Я.*

## **СПЕЦИФІКА ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я СЕРЕД МОЛОДІ**

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

м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Ставлення людини до внутрішнього світу в розумінні його формування й розвитку, пізнання самого себе, а також ставлення до світу

зовнішнього – природи, суспільства, інших людей свідчить про рівень її культури. Водночас і сама культура визначає глибину цього ставлення, адже саме в цих стосунках відбиваються всі властивості, здібності та якості людини.

Поняття «культура здоров'я» порівняно нове, хоча сама ця проблема була визначена вченими та лікарями ще на початку ХХ століття як пріоритетна. Досить часто це поняття вживають у взаємозв'язку з такими категоріями, як «здоровий спосіб життя», «екологія людини».

Немає сумнівів у тому, що культура здоров'я включає здоровий спосіб життя, найважливішою характеристикою якого є відсутність шкідливих звичок, дотримання режиму дня, розумне поєднання праці і відпочинку, заняття фізичною культурою, відповідне поєднання розумової та фізичної праці.

Аналіз показує, що знання з цих питань хоча і фрагментарні, але є у співвітчизників, зокрема, студентської молоді, однак систематичне, практичне дотримання всіх необхідних складових у багатьох, на жаль, відсутня.

**Основна частина.** Головним показником культури здоров'я є високий рівень стану здоров'я індивіда, високий рівень як фізичної, так і розумової працездатності, подолання стресових факторів і психологічна стійкість, протистояння несприятливим природним і екологічним умовам.

Шкідливі звички несумісні зі здоровим способом життя і культурою здоров'я. Всі знають, в основному з чуток, про шкоду куріння. Але практично, число курців в молодіжному середовищі зростає. Дані вибіркового обстеження умов життя домогосподарств Державної служби статистики свідчать, що кількість українців у віці 12 років і старші, які повідомили, що курять, становить 5559,2 тис. осіб (16,8 %). Найбільше курців серед чоловіків у віці 30-59 років – 3246,0 тис. (39,4 %); серед жінок найвищий відсоток – 8,4 % – зафіксовано у віці 18-29 років. За даними нового дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я курить кожен третій українець; дві третини курців помирають передчасно. На рік цигарки вбивають 85 тисяч українців або 230 людей щодня. І особливо невтішні результати саме серед молоді. Тобто яскрава і переконлива пропаганда культури здоров'я відсутня.

Про вплив алкоголю на здоров'я, на людський організм також відомо не з чуток. А ось пиво, як нібито безалкогольний і абсолютно необхідний для радості життя продукт, прямо «переливається» через екран в незміцнілі душі молоді. Яскрава реклама, нав'язлива, але гарна, апетитна ... І пивний алкоголізм не змусив себе чекати. П'ють просто так «за компанію», після роботи, в транспорті, на вулицях ... У ці моменти майбутні батьки не думають про те, що вони підривають не тільки своє здоров'я, але прирікають на хвороби своїх майбутніх дітей.

Шокуючою є статистика ВООЗ, згідно якої за рівнем дитячого алкоголізму Україна очолює список, посідаючи перше місце. Дослідження показують, що майже 90 % школярів пробували напої, що містять спирт; 26 % підлітків випивають декілька разів на місяць; 40 % молоді з 14 років вживають п'яне зілля декілька разів на місяць і вже потребують спеціалізованої допомоги. Молодому організму достатньо регулярно вживати пляшку пива, щоб стати алкозалежним. Півлітра пива впливає на організм як 60 мл горілки. Дешевий та доступний напій стає все більш популярним серед дітей та молоді, тому пивний алкоголізм став в Україні звичайним явищем. І знову ж зрозуміло, що про

шкоду алкоголю на здоров'я знають всі, але категорично «ні!» алкоголю говорять і діють відповідно до цієї установки далеко не всі.

Зі сказаного випливає, що культура здоров'я виключає шкідливі звички, і серед них – алкоголь, куріння, наркотики.

Альтернатива шкідливих факторів – виховання і самовиховання отриманих звичок, що зміцнюють здоров'я. Є багатовіковий досвід народної культури здоров'я – фізична праця, раціональне харчування, рухливість (ходьба, танці, ігри, фізкультура, спорт, туризм). Народна культура накопичила величезний досвід збереження здоров'я, що істотно доповнюється професійною діяльністю щодо його зміцнення. В системі освіти – це формування цінностей здорового способу життя, серед яких обов'язковим компонентом навчально-виховного процесу є формування цінностей фізичної культури через обов'язкові години занять фізкультурою за розкладом, спортивні змагання, участь в спортивних секціях, студентських арт-клубах (танці, театральні вистави з активним сценічним рухом), активну участь в студентських заходах, волонтерській роботі тощо.

**Висновки.** Культура здоров'я – це певний спосіб життєдіяльності індивіда, пов'язаний з профілактикою захворювань і зміцненням стану здоров'я. У вузькому сенсі, культура здоров'я – це розпорядок заходів, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я.

В існуючих умовах є позитивний досвід залучення молоді в активні форми спортивного, суспільного, політичного життя (молодіжний парламент, волонтерський рух, екологічні загони, спортивні клуби, благодійні ініціативи для допомоги дітям, які залишилися без сім'ї з навчанням, залученням до праці, духовного життя, спорту тощо). Активна пропаганда шкоди куріння і заборона куріння в громадських місцях, в освітніх установах позитивно впливає на молодь. Та все ж в цілому по країні ситуація з курінням залишає бажати кращого. За даними Міністерства охорони здоров'я щорічно споживання тютюнових виробів зростає на 1,5 – 2 %. Дослідження підтверджують, що куріння провокує зближення з алкоголем і наркотиками.

Всіма наявними виховними засобами від першого курсу до випуску студентській молоді потрібно прищепити цінність здоров'я як найважливішої складової професійного, кар'єрного, конкурентного успіху, а цінність здоров'я і цінність фізичної культури – необхідні складові культури здоров'я, успішної кар'єри і міцної родини.

*Хоменко І.М., Івахно О.П., Вернер О.М., Козярін І.П., Першегуба Я.В.*

## **ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ В СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

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

**Вступ.** Пандемія COVID – 19 стала викликом для системи епідеміологічного нагляду та громадського здоров'я (ГЗ) усього світу, а також виявила прогалини у координації дій та оперативному реагуванні на ситуацію. З'ясувалося, що медична система не повністю підготовлена до ефективного

реагування на епідемію коронавірусної хвороби COVID – 19, що потребує перегляду взаємодії у сфері контролю за хворобами та біобезпекою.

Одним із шляхів реагування на такі виклики є створення мережі центрів контролю і профілактики хвороб (ЦКПХ), які є складовою нової системи епідеміологічного нагляду в Україні. ЦКПХ створюються завдяки об'єднанню наявних регіональних потужностей – лабораторних центрів, обласних центрів ГЗ, підрозділів зі статистики та відділів моніторингу і оцінки.

Створення нової повноцінної національної епідеміологічної служби є на часі в Україні, до функцій якої входить і контроль та профілактика захворюваності в цілому. Через високі показники смертності населення України від неінфекційних захворювань, чинниками ризику яких є паління, надмірне вживання алкоголю, нездорове харчування, недостатня рухова активність, забруднення довкілля, сучасна система ГЗ має орієнтуватися на співпрацю з різними секторами економіки, служб та організацій в інтересах пацієнтів, громад та населення (міжсекторальна взаємодія), підзвітність громадам та пацієнтам.

Міжгалузеву координацію та взаємодію необхідно посилити за принципом пріоритетності здоров'я при формуванні державної політики, профілактики хвороб, охорони та промоції здоров'я.

Важливим підходом є заохочення населення до здорового способу життя (ЗСЖ).

Залишається пріоритетом лабораторна діагностика загроз для здоров'я – безпечність води, харчових продуктів, середовища життєдіяльності.

На регіональному рівні значну роль у цьому напрямі відіграють центри первинної медико-санітарної допомоги, що включає скринінг на онкологію, формування ЗСЖ з метою запобігання основним групам хронічних неінфекційних захворювань: серцево – судинні, діабет, новоутворення, захворювання органів дихання.

**Основна частина.** Угода про асоціацію між Україною та ЄС є одним із керівних документів для зміцнення громадського здоров'я.

В Україні активний розвиток нової системи ГЗ розпочався у 2015 році, що увінчалось підготовкою та затвердженням на урядовому рівні цілої низки офіційних документів.

Незважаючи на особливості викликів до сфери ГЗ в різних країнах світу, проблеми в цьому напрямі дуже схожі. Разом з тим, кожна країна має свої вимоги до шляхів їх вирішення.

Запропоновану європейську модель компетенцій для фахівців системи ГЗ можливо використати для скерування підвищення кваліфікації спеціалістів, структури команди системи та підготовці посадових інструкцій.

Кафедрою громадського здоров'я НУОЗ України імені П. Л. Шупика проводиться виконання НДР, присвячених саме питанням значимості системи ГЗ в охороні здоров'я країни. Виконані наукові дослідження у 2017 – 2020 роках стосувалися кадрового забезпечення нової для України системи ГЗ, які висвітлили цілу низку проблем у функціонуванні галузі. На сьогодні необхідно зробити акцент на стосунки і взаємодії для фахівців ГЗ, які включають лідерство та системне мислення, співробітництво та партнерство, комунікацію, культуру та адвокування при виконанні усіх функцій у системі. У 2021 році

проведено соціологічне дослідження щодо організації вирішення медико – санітарних питань ЦГЗ на різних організаційних рівнях (центральному, регіональному, місцевому).

Розроблено анкету експерта з питань розвитку адвокаційної складової в системі ГЗ України, яка включає 23 питання з 3 – 13 варіантами відповідей на кожне. У якості експертів виступили фахівці центрів громадського здоров'я, лабораторних центрів України – 77 спеціалістів.

Саме вирішення організаційних питань медичного і адміністративного значення відноситься до компетенції ЦГЗ незалежно від їх підпорядкованості (85,96%, 57,89%, 43,86% позитивних відповідей).

Основні фактори ризику на території України сьогодні – біологічний чинник, що підвищує увагу до значимості епідеміологічного нагляду в країні.

Із детермінант здоров'я провідне місце посідають соціальні фактори: організація харчування, умови праці, медична допомога (позитивні відповіді експертів в межах 70,17% - 61,4%).

Враховуючи, що на сьогодні, у порівнянні з іншими галузями суспільного розвитку, популярність медицини дещо знизилася – медичні заклади вищої освіти практично не набирають студентів на спеціальність «Громадське здоров'я», а низька обізнаність молоді з особливостями професійної діяльності за спеціальністю потребує саме підвищення санітарно – просвітньої роботи у цьому напрямі.

До недоліків системи охорони здоров'я необхідно віднести також відсутність прогнозування потреби у медичних кадрах. Незважаючи на значну кількість лікарів, які щорічно випускаються із закладів вищої медичної освіти, визначена деяка невідповідність їх рівня підготовки потребам ринку праці.

Покращення якості лабораторних досліджень факторів довкілля, популяризації щеплень через загальнонаціональну комунікаційну компанію, підвищення інформованості та обізнаності населення з питань профілактики інфекційних і неінфекційних захворювань є запорукою здоров'я в цілому.

Підвищення рівня підготовки фахівців з питань епідеміології, імунології, реагування на спалахи буде сприяти формуванню здорового середовища життєдіяльності населення країни.

Сучасний підхід до відбору абітурієнтів у медичні заклади вищої освіти має базуватися на їх підготовці з дисциплін, що визначають здатність майбутнього фахівця до логічного мислення та вміння аналізувати.

**Висновки.** Враховуючи вищезазначене, провідними лідерськими якостями у сучасній національній системі громадського здоров'я є такі:

- стратегічний підхід (міжнародний, національний, місцевий рівень) до розвитку профілактичного напрямку в економічному розвитку держави в цілому;
- практичність, гнучкість при досягненні мети у міжвідомчих програмах з охорони здоров'я населення країни;
- дієвий вплив на політики, що відбиваються на стані здоров'я громадян та епідеміологічній безпеці країни.

## **ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ ПОЛІТИКИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ**

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

м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** В останній третині ХХ століття здоров'я стає глобальною проблемою в зв'язку із загостренням екологічної, енергетичної, продовольчої, демографічної та інших життєво важливих проблем для всього людства. Загострення цієї проблеми обумовлено і нестабільною економічною ситуацією, особливо зростанням безробіття, зростаючими загрозами системної кризи суспільства.

Ситуація зі зниженням якості здоров'я людей в глобальному масштабі зажадала нових зусиль науки у вивченні умов виживання людини, особливостей її еволюції, об'єднання вчених у боротьбі з хворобами, підвищення якості практичної медицини в наданні допомоги хворим з найнебезпечнішими захворюваннями ХХІ століття (рак, СНІД, туберкульоз, хвороби серцево-судинної системи), які забирають мільйони життів.

У рішенні проблеми виживання в умовах погіршення екологічного середовища, конфліктності соціальної обстановки, психологічного напруження людей (стресів) треба було знову повернутися до проблеми еволюції людини, переглянути вектори адаптації *Homo Sapiens* (людини розумної) в процесі еволюції і проаналізувати зв'язок адаптації та здоров'я людини.

**Основна частина.** Виявлено залежності двох основних напрямків адаптації людини до середовища – біологічної та соціокультурної. Здоров'я виявилось головним фактором розвитку людської популяції. Підвищення рівня здоров'я, за даними антропологів, вело до збільшення людської популяції і, навпаки, зниження здоров'я вело до скорочення популяції. Цей висновок дуже важливий для практичної реалізації мети – збереження людства. Особливо значимий цей висновок для соціальної політики країн, в яких населення зменшується з катастрофічною швидкістю (до 1 млн. чоловік щорічно), а народжуваність не забезпечує простого відтворення населення. Висока смертність і низька народжуваність – тривожний показник погіршення здоров'я в масштабі науки, країни, всього людського суспільства.

Людський фактор став головним фактором руйнування природи і здоров'я. Трагедія екології переросла в трагедію ендоекології («ендо-» – всередині). Забруднення навколишнього середовища призвело до забруднення середовища внутрішнього. Дезадаптація знизилася опірність організму людини до вірусів, бактерій, їх мутантів, нових хвороб, та й відомі хвороби стали виліковуватися набагато важче, ніж раніше. Збільшення щільності населення і оволодіння новими високотехнологічними виробництвами все більше руйнує екосистему і загрожує здоров'ю, а обмеженість природних ресурсів спонукає людину шукати їх і розробляти у важкодоступних місцях, у важких кліматичних умовах, що вимагає нових зусиль і технологій облаштування, пристосування людини до незвичного середовища. Виникає необхідність

послабити вплив на людину об'єктивних факторів дезадаптації і активізувати внутрішні сили людини для пристосування до незвичного середовища.

Людина ХХІ століття опинилася в умовах жорсткого але необхідного вибору між життям і смертю, творенням і руйнуванням, адаптацією і загибеллю.

Еволюція показала гнучкість людської природи і здатність пристосування до умов, що змінюються. Але війни, катастрофи, конфлікти, тероризм та інші чинники, які дегуманізують суспільство – це потужне гальмо на шляху до адаптації і її руйнівник.

Суспільство в сучасних умовах робить необхідні кроки для усунення негативних чинників адаптації. Сюди належать міжнародні екологічні проекти, акумуляція міжнародного досвіду практичної медицини, замкнуті цикли виробництва. Але ці проекти не стали ще загальним керівництвом до дії з різних причин (економічних, соціальних і ін.). До того ж суспільство через труднощі і протиріччя дуже повільно повертається до гуманізму, необхідною складовою якого є здоров'я.

Посилюючи увагу до глобальних проблем здоров'я, важливими є наукові підстави глобальних проектів, зокрема, не випускати з уваги особливості розвитку і пристосованості конкретної людини, у якої здатність до адаптації змінюється в умовах конкретного середовища і з віком протягом цілого життя. Віковий фактор пов'язаний з діяльністю людини щодо зміни умов життя, способу життя, тренуванням, або, навпаки, ослабленням зусиль по зміцненню здоров'я, а також незатребуваністю адаптаційних сил організму в умовах підвищеного комфорту життєвого середовища, побуту (відсутність фізичної праці, звички до швидкого харчування переробленими продуктами, комфортні транспортні засоби замість пересування пішки, велика кількість побутової техніки і т.п.).

**Висновки.** За допомогою науки і техніки, грамотної поведінки можна не тільки утримувати екологічну рівновагу, але і створювати системи біоекологічної рівноваги, здорової для людини і суспільства. Звідси випливає необхідність екологізації освіти, виховання, практики, науки, способу життя людей. Завдання дуже непросте навіть в локальному масштабі, а в глобальному – тим більше.

У цих надто складних умовах глобальне здоров'я конкретизує світоглядні, ціннісні, стратегічні установки людини, спираючись на міждисциплінарні дослідження медицини, біології, екології, гуманітарних і соціальних наук. Стійкою установкою повинна стати стратегія виживання, збереження здоров'я, здобуття вмінь грамотно використовувати в житті адаптаційні сили людини. Головне – світогляд має бути активним і дієвим.

«Здоров'я – не все, але все без здоров'я – ніщо», – ця мудрість Сократа, на жаль, не усвідомлена ще дуже багатьма людьми і у нас, і за кордоном.

## **180-РІЧЧЯ КИЇВСЬКОЇ СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНІЧНОЇ НАУКОВОЇ ШКОЛИ: ВІД ОСНОВ ЛІКАРЕЗНАВСТВА, МЕДИЧНОЇ ПОЛІЦІЇ І САНІТАРНОЇ СТАТИСТИКИ ДО СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

**Вступ.** Відзначення 180-річного ювілею Київської соціально-гігієнічної школи є прекрасною нагодою переглянути сторінки історії, проаналізувати поступ наукового напрямку, оцінити внесок її представників у формування засад та розбудову соціально-гігієнічної науки і практики в Україні.

**Основна частина.** Майже два століття копіткої праці сподвижників соціально-гігієнічної науки дозволили подолати відстань від основ лікарезнавства, медичної поліції і санітарної статистики до соціальної медицини та громадського здоров'я. Рух у цьому напрямі мав складний, тривалий і навіть трагічний характер. З огляду на значущість послідовних кроків розбудовчого спрямування чітко вирізняються три важливі історичні етапи формування наукової школи.

Перший етап пов'язано з утвердженням соціально-гігієнічної думки та початком науково-освітньої діяльності медико-соціального спрямування в середовищі медичного факультету Київського університету Святого Володимира. Викладання питань соціальної гігієни здійснювалося на мультидисциплінарних кафедрах класичних університетів або профільних освітніх закладів з середини ХІХ ст. до 20-их років ХХ ст. У 1846 р. на медичному факультеті Київського університету Святого Володимира було засновано кафедру державного лікарезнавства, де викладалися основи громадської медицини та організації медичної справи поряд з судовою медициною, ветеринарною поліцією з епізоотичними хворобами. У 1871 р. у цьому ж закладі відкрито першу в Україні кафедру гігієни, медичної поліції, медичної географії та статистики, яку очолив професор Субботін В. А. В подальшому відбувалася диференціація гігієнічного наукового напрямку з виділенням соціально-гігієнічного за ініціативи та безпосередньої участі доктора медицини, приват-доцента Корчак-Чепурківського О.В. Саме він розробив та реалізував з 1903 р. окремий курс з епідеміології та санітарної статистики, а з 1906 р. - курс «Основи соціальної гігієни і громадської медицини», який мав вирішальне значення для розвитку соціально-гігієнічної наукової школи.

Подальший розвиток Київської соціально-гігієнічної школи включає етап 1920-1990-их років ХХ ст. Він пов'язаний з відкриттям самостійних кафедр соціальної гігієни в медичних інститутах. Важливе значення мало включення навчальної дисципліни «соціальна медицина» до обов'язкових предметів підготовки фахівців охорони здоров'я. У 1920 р. було створено Інститут охорони здоров'я з подальшою трансформацією його в 1922 р. в Київський медичний інститут, де завідувачем кафедри загальної та соціальної гігієни став Корчак-Чепурківський О.В. Вчений зробив неоціненний внесок у розвиток



соціальної гігієни, сформував власну наукову школу, мав незаперечний авторитет науковця, практика і педагога, водночас він і його сім'я зазнали утисків, переслідувань і репресій від владних структур за переконання та відстоювання соціально-гігієнічних позицій. Професор Корчак-Чепурківський О.В. справедливо вважається фундатором соціальної медицини в Україні.

У 1923 р. було прийнято рішення про створення самостійної кафедри соціальної гігієни у Київському медичному інституті, яке затвердили 18 січня 1924 р. З цього періоду науковими напрямками кафедри були проблеми організації державної охорони здоров'я в Україні, у т. ч. з формування служби охорони материнства та дитинства, розвиток санітарної справи, медико-соціальні оцінки здоров'я та розробка оздоровчих заходів. Кафедру послідовно очолювали професори Каган С.С., Радченко С.І.

З 1941 р. репресивні заходи торкнулися багатьох наукових шкіл, їх представників. Перейменування кафедр соціальної гігієни в кафедри організації охорони здоров'я супроводжувалося скороченням змістового наповнення навчальних програм за рахунок вилучення питань соціальної спрямованості охорони здоров'я та соціально-економічної детермінації популяційного здоров'я. Наукова тематика Київської соціально-гігієнічної школи у воєнні та повоєнні роки стосувалася удосконалення організації медико-санітарних служб, поліпшення медичного обслуговування робітників і дітей. Дослідження медико-санітарних наслідків війни поєднувалося з вивченням проблеми захворюваності різних груп населення, малюкової смертності, організації та планування медичної допомоги різним контингентам населення, розробкою першого повоєнного плану розвитку охорони здоров'я, створенням оглядів охорони здоров'я. Завідувачами кафедри організації охорони здоров'я були доценти Кушнір Ю.А., Пігіда І.П., професор Хорош І.Д.

Лише в 1966 р. кафедрам медичних вишів повернули їх попередню назву - соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. А наукова робота профільної кафедри Київського медичного інституту поряд з традиційними напрямками розширилася дослідженням проблем здоров'я, удосконаленням медичного обслуговування жінок, зайнятих у шкідливому виробництві, травматизму дитячого населення, організації надання швидкої медичної допомоги дітям, захворюваності дітей на респіраторні захворювання та обґрунтуванням організації профілактичних і лікувально-діагностичних заходів, вивченням соціально-гігієнічних проблем здоров'я студентів у взаємозв'язку з їх успішністю, етичних та деонтологічних аспектів медичної допомоги тощо.

Знаковим для Київської соціально-гігієнічної наукової школи став прихід на кафедру професора Грандо О.А, який надав новий потужний імпульс її розвитку. Пріоритетними науковими напрямками в цей період були комплексне вибіркове вивчення стану здоров'я населення у зв'язку з переписом населення 1970 р., визначення потреб в різних видах спеціалізованої медичної допомоги, удосконалення організації амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги, дослідження історичних аспектів розвитку медицини та охорони здоров'я. А створений ним в Київському медичному інституті Музей історії медицини в подальшому став Національним музеєм медицини України.

Третій етап розвитку Київської наукової соціально-гігієнічної школи охоплює період з 1991 р. до сьогодні, який стосується сучасної розбудови соціально-гігієнічного напрямку та реформування вітчизняної системи охорони здоров'я. Під керівництвом професора Вороненка Ю.В. кафедральна тематика збагатилася міжнародним проектом з вивчення здоров'я жінок і дітей, сконцентрувалася на питаннях охорони материнства і дитинства, розбудови медсестринської служби, удосконалення існуючих та формуванням якісно нових навчальних програм тощо. За завідування кафедрою професора Москаленка В.Ф. наукові дослідження стосувалися наукового супроводу реформування охорони здоров'я, пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги, впровадження профілактичних засад в діяльність закладів охорони здоров'я тощо. Розпочалася співпраця з Бюро ВООЗ в Україні та Європейським регіональним бюро ВООЗ.

З 2014 р. кафедра соціальної медицини та громадського здоров'я в науковому плані зосередилася на питаннях обґрунтування розвитку системи охорони здоров'я в умовах її реформування з урахуванням євроінтеграційних процесів, багатокладності охорони здоров'я, пріоритетної розбудови системи громадського здоров'я. Важливим науковим напрямом кафедри як опорної стало обґрунтування сучасних освітніх програм «Соціальна медицина, громадське здоров'я» і «Соціальна медицина, громадське здоров'я та основи доказової медицини», які схвалено ЦМК ВМО МОЗ України та рекомендовано для впровадження у навчальний процес. В цей період було обґрунтовано і розроблено освітні програми підготовки магістрів та бакалаврів громадського здоров'я. У рамках співпраці з Бюро ВООЗ в Україні науковці кафедри брали участь у низці наукових програм під егідою ЄРБ ВООЗ. Започатковано партнерські зв'язки з багатьма європейськими освітніми та науковими інституціями з Польщі, Чехії, Словаччини, Хорватії, Білорусі, Швеції, стажування у закордонних науково-освітніх закладах. Організовано та проведено низку українсько-шведських тренінгів з питань епідеміології для молодих науковців. Зарубіжні партнери стали учасниками щорічних Міжнародних науково-практичних конференцій до Всесвітнього дня здоров'я в НМУ імені О.О. Богомольця, круглих столів та семінарів, які організуються з ініціативи та за активної участі кафедри.

Науковий шлях Київської соціально-гігієнічної наукової школи сьогодні продовжують 22 науково-педагогічні працівники кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я НМУ імені О.О. Богомольця, серед яких 1 академік НАНВО України, 3 д.мед.н., професори; 8 к.мед.н. та к.пед.н., доцентів; а також 8 аспірантів та численні вихідці цієї школи, які працюють в різних закладах і установах охорони здоров'я, науки, освіти в Україні та багатьох інших країнах світу.

**Висновки.** Київська соціально-гігієнічна наукова школа має багату історію, яку формували непересічні особистості в різні часові періоди. Колектив кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я НМУ імені О.О. Богомольця як спадкоємець і продовжувач Київської соціально-гігієнічної школи пишається її славною історією, глибоко шанує і розвиває славні традиції, закладені 180 років тому.

**СТАНОВЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ УСТАНОВИ «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ» ЯК ОСНОВНОЇ ІНФОРМАЦІЙНО-РОЗ'ЯСНЮВАЛЬНОЇ ТА КОМУНІКАТИВНОЇ ІНСТИТУЦІЇ З ПИТАНЬ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ.**

ДУ «Тернопільський ОЦКПХ МОЗ»  
М. Тернопіль,

**Вступ.** На підставі наказів МОЗ України від 02.06.2021 №1103 «Про деякі питання організації діяльності державних установ – лабораторних центрів Міністерства охорони здоров'я України» та від 07.06.2021р. №1123 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 02 червня 2021 року №1103» було змінено назву установи з Державна установа «Тернопільський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України» на Державна установа «Тернопільський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України», а також затверджено новий статут, що значно розширив повноваження, завдання та функції реформованої Установи.

**Основна частина.** Зокрема, до новостворених завдань було включено освітню роботу серед населення з профілактики інфекційних та неінфекційних хвороб та здорового способу життя; проведення комунікаційних кампаній з промоції здоров'я та участь у них тощо.

Саме тому, з метою включення Центру та проблематики громадського здоров'я в усі регіональні та на рівні громад сфери планування та прийняття рішень є надзвичайно важливим якнайшвидше утвердження Центру в якості основної інформаційно-роз'яснювальної та комунікативної інституції з питань громадського здоров'я та профілактики хвороб в регіоні.

Для реалізації цього, Державна установа «Тернопільський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» працюватиме в наступних напрямках:

- Посилення роботи із засобами масової інформації, серед іншого, з метою поширення науково обґрунтованих даних про COVID-19 і заходи для забезпечення готовності та відповідних дій, а також проведення активної промоції вакцинації проти COVID-19 з врахуванням підходу до усіх вікових категорій та протидія інформаційним антивакцинаторським фейкам.

- Забезпечення Центром сучасного інструментарію, який базується на підтверджених достовірних даних, який громади, бізнес, громадські організації могли б використовувати для перетворення стратегій розвитку, що ґрунтувалися б на принципах досягнення здоров'я для всіх.

- Надання ОДА, райдержадміністраціям, органам місцевого самоврядування, громадам, суб'єктам господарювання, громадянам усієї необхідної інформації для вирішення актуальних питань життєдіяльності громад та області.

- Створення та впровадження у громадах області інтегрованої інформаційної системи для закладів охорони здоров'я щодо факторів ризику виникнення неінфекційних захворювань у їх пацієнтів в залежності від місця проживання, роботи чи іншої діяльності.

- Забезпечення надання мережі первинної медичної допомоги необхідної інформації для організації та проведення інформаційних кампаній для населення.

- Підвищення рівня обізнаності населення щодо наслідків для здоров'я контакту з азбестом, радоном та іншими небезпечними поллютантами, а також щодо шляхів мінімізації негативного впливу на здоров'я населення та зниження рівня забруднення закритих приміщень, а також одночасно забезпечення належного лабораторного контролю за рівнем опромінення населення області радоном та продуктами його розпаду, з метою його зниження та мінімізації довгострокових ризиків від поширення радону в житлових та нежитлових будівлях, на робочих місцях, і, відповідно, зменшення ризиків виникнення онкологічних захворювань пов'язаних з опроміненням населення, а також інших несприятливих факторів навколишнього природного середовища.

- Упровадження сучасних навчальних та освітніх матеріалів в навчальний процес для дітей дошкільного та шкільного віку, студентів і слухачів післядипломної освіти з включенням до навчальних програм закладів освіти Тернопільської області тем щодо формування здорового способу життя, попередження розвитку неінфекційних захворювань.

- Розроблення та поширення навчальних матеріалів для різних груп населення (дітей, вагітних жінок і жінок, які годують груддю, осіб похилого віку, пацієнтів з неінфекційними захворюваннями) з інформацією здобутою внаслідок моніторингових заходів Центру.

- Розробка і впровадження комплексних цільових програм «Здорове місто» (м. Тернопіль, м. Чортків, м. Кременець та м. Бережани) та «Здорова громада», що мають на меті сприяти організації здорового способу життя у містах та громадах області, зменшенню смертності, покращенню здоров'я матерів та дітей, формування у підлітків поведінкового патерну з дотримання здорового способу життя, збільшення «індексу щастя» громадян, управління всіма сферами міста/громади та цілими галузями крізь призму здоров'я.

- Імплементация в роботу Центру та всестороннє долучення установи до реалізації загальнонаціональної програми «Здорова Україна», яку ініціював Президент Володимир Зеленський. Потреба піклуватися про себе та своє здоров'я стала особливо відчутною під час пандемії коронавірусної хвороби. Громадяни відчули, що здоров'я є дуже великою цінністю, без якої неможливо рухатися вперед. Саме тому, програма «Здорова Україна», що охоплює всі вікові групи людей та адаптована як до великого міста, так і маленького села, та складається з трьох основних компонентів: - модель здорової школи; - медичні обстеження; - безкоштовні спортивні майданчики є основою, на яку орієнтуватиметься Центр під час розробки та проведення комунікаційних кампаній з промоції здорового способу життя, розробці програм у сфері громадського здоров'я.

- Реалізація в межах повноважень «Стратегії розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна

запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2022 року». Розробка та впровадження Стратегії розвитку імунопрофілактики інфекційних хвороб Тернопільської області та кампанії промоції вакцинації «Імунопрофілактика – загальна справа».

- Створення при Центрі Школи промоції та адвокації імунопрофілактики для медичних працівників, особливо медичних сестер та братів, включаючи школи та ДНЗ, з метою отримання ними нових знань та формування у них комунікаційних навичок як провідників культури вакцинопрофілактики.

- Утвердження Центру як каталізатора змін у сфері громадського здоров'я, забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення через: здійснення тісного співробітництва з громадами - ця робота може бути посилена шляхом створення динамічної «функції Центру» в кожній з громад для забезпечення взаємовигідного співробітництва між відповідною громадою і Центром.

*Ліштаба Л.В., Слободян Н.О., Петрашик Ю.М., Теренда Н.О.*

## **ВИКОРИСТАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НАВЧАННЯ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я – ПРОВІДНА ФУНКЦІЯ ФОРМУВАННЯ КЛЮЧОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ФАХІВЦІВ**

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

**Вступ.** Стан системи освіти сьогодні потребує зростання обсягу знань, ускладненням і розширенням навчального матеріалу. Традиційні методики поступово втрачають свою ефективність, тому необхідно впроваджувати в навчальний процес сучасні інноваційні технології. В них закладені можливості для підготовки компетентних магістрів громадського здоров'я, здатних успішно функціонувати в різних соціально-професійних спільнотах. Використання інноваційних педагогічних технологій розширює можливості для творчості, навчання стає більш індивідуалізованим. Нові інформаційні технології перетворюють освіту у процес, що спонукає до розвитку дослідницьких, інформаційних та комунікативних навичок, а викладача стимулює до освоєння нових прогресивних методик.

**Основна частина.** Сьогодні у навчальному процесі використовується багато комп'ютерних програм, так званих помічників, при створенні рефератів, проєктів, презентацій (Microsoft Office, який включає в себе: Microsoft Word, Excel, Outlook, PowerPoint та інші). Ці програми дійсно полегшують та пришвидшують освітній процес, проте вони не дають змоги поєднати текст, візуалізацію та аудіо. Кожна окрема частина цих програм є досконалою по одинці, проте інноваційні технології не стоять на місці і щодня оновлюються, таким чином надаючи змогу поєднати усі елементи за допомогою однієї програми – AdobePremierePro. AdobePremierePro – професійна програма нелінійного відеомонтажу компанії AdobeSystems. Для тих, хто є активним користувачем YouTube чи Facebook і викладає свої відео проєкти на загальний

доступ, то у нагоді буде саме AdobePremierePro. Адже програма має організатор, який можна використовувати для змішування декількох фотографій і відео, щоб створити динамічний відеоколаж. Можна перетворити фотографію на фільм, панорамування та масштабування, AdobePremierePro можна використовувати як на персональному комп'ютері так і на планшеті чи телефоні, що значно збільшує діапазон його використання. При створенні відео за допомогою даної програми розвивається уява, просторове мислення, абстрактне мислення, логічне мислення, креативне мислення і т.д. Програма AdobePremierePro здатна змусити розмірковувати, порівнювати, аналізувати та синтезувати.

**Висновок.** Заняття, які включають інноваційні форми їх проведення, сприяють не тільки систематизації й поглибленню теоретичних знань, але й залучають магістрів до активної та творчої діяльності, розвивають уміння узагальнювати, відстоювати свою точку зору. Водночас формується пізнавальний інтерес до дисципліни, розвивають творче мислення, інтуїцію, вміння працювати в команді. Упровадження в навчальний процес сучасних педагогічних інноваційних та інформаційних технологій сприяють підготовці висококваліфікованих, конкурентоздатних фахівців.

# ГЛОБАЛЬНІ ВИКЛИКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19. ЕКОНОМІКА ЗДОРОВ'Я ТА ПРИНЦИПИ СТАЛОГО РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА. ПРАВОВІ ТА ЕТИЧНІ ЗАСАДИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.

*Посохова К.А.<sup>1</sup>, Матюк Л.М.<sup>2</sup>, Павельєва М.М.<sup>2</sup>*

## СПЕКТР ТА ЧАСТОТА НЕСПРИЯТЛИВИХ ПОДІЙ ПІСЛЯ ІМУНІЗАЦІЇ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ВАКЦИН ПРОТИ COVID-19

<sup>1</sup>Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
МОЗ України

<sup>2</sup>Департамент охорони здоров'я Тернопільської обласної державної  
адміністрації

м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Збереження здоров'я населення України було і залишається пріоритетним завданням медицини. Відповідно, фармаконагляд за побічними реакціями лікарських засобів та несприятливими подіями після імунізації (НППІ), який здійснюється для забезпечення належного балансу між користю та ризиками фармакотерапії та імунопрофілактики, не втрачає своєї актуальності. Особливо важливим прослідковування НППІ стало після початку активної імунізації людей в умовах пандемії COVID-19.

**Основна частина.** У даному повідомленні підведено перші підсумки щодо спектру і частоти НППІ, які виникали у пацієнтів, вакцинованих проти COVID-19 у Тернопільській області. Зокрема, підвищення температури тіла  $<39^{\circ}\text{C}$  відмічено у 0,54 % випадків. Гіперпірексія понад  $39^{\circ}\text{C}$  спостерігалась у 0,16 % щеплених. На біль у місці введення вакцини скаржились 0,91 % пацієнтів. Такий розлад, як набряк м'яких тканин розміром  $<50\text{ мм}$  у місці введення імунобіологічного препарату, зареєстровано у 0,0055 % випадків, розміром  $\geq 50\text{ мм}$  – у 0,19 % вакцинованих. Гіперемія  $<80\text{ мм}$  у місці введення вакцини виникала у 0,22 % випадків. Інфільтрат  $\geq 20\text{ мм}$  формувався у 0,09 % щеплених. Зрідка (0,002 %) спостерігались збільшення та болючість при пальпації регіонарних лімфатичних вузлів. Такі загальні розлади, як головний біль, дратівливість, сонливість, відмічені відповідно у 0,49 %, 0,05 % та 0,13 % випадків. Нудота виникала у 0,0055 % пацієнтів, діарея – у 0,002 %. На міальгію та артралгію поскаржились відповідно 0,007 % і 0,002 % вакцинованих. У 0,004 % випадків зареєстровано анафілактоїдну реакцію.

**Висновок.** Таким чином, в усіх випадках зареєстровані НППІ були очікуваними, тобто такими, інформація про які представлена в інструкціях до застосування вакцин.

*Олешиук О.М.<sup>1,3</sup>, Ващенко О.О.<sup>2,3</sup>, Топачевський О.А.<sup>3</sup>, Піняжко О.Б.<sup>4</sup>*

## **ВПРОВАДЖЕННЯ ОЦІНКИ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УКРАЇНІ**

<sup>1</sup>Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

<sup>2</sup>Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
м. Львів, Україна

<sup>3</sup>Експертний комітет з відбору та використання основних лікарських засобів  
МОЗ України

<sup>4</sup>ДП «Державний Експертний центр МОЗ України»

**Вступ.** Агенції з оцінки медичних технологій (ОМТ) відіграють важливу роль у політиці охорони здоров'я. Впровадження ОМТ в Україні розпочалось із 2016 р., коли був сформований Експертний комітет з відбору та використання основних лікарських засобів (Експертний комітет).

Метою роботи є охарактеризувати процес впровадження ОМТ в Україні за результатами роботи Експертного комітету.

**Основна частина.** Експертний комітет був затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) від 08.07.2016 р. №690 як постійно діючий дорадчий орган при МОЗ, основним завданням якого було проводити оцінку лікарських засобів з метою їх включення до Національного переліку основних лікарських засобів (Національний перелік). У своїй роботі Експертний комітет керується Положенням про Експертний комітет (затверджений наказом МОЗ від 11.02.2016 р. №84) та Положення про здійснення відбору лікарських засобів для внесення до Національного переліку (затверджений наказом МОЗ від 24.10.2016 р. №1050). До складу Експертного комітету за результатами конкурсного відбору увійшли фахівці медичного, фармацевтичного профілю, а також спеціалісти в галузі фармакоекономіки.

Протягом перших років своєї роботи Експертний комітет розробив листки первинної та фахової оцінки лікарських засобів, які відбирались до Національного переліку. Вагомим досягненням є розробка переліку пріоритетних захворювань і станів (2018 р.), який рекомендований для врахування при прийнятті рішень щодо реімбурсації та закупівель за державні кошти лікарських засобів, фінансування інших медичних технологій та формуванні пакету медичних послуг за рахунок державного бюджету. У 2018 р. Експертним комітетом розроблено Керівну настанову з оцінки технологій охорони здоров'я, в якій деталізовано усі етапи ОМТ та яка була рекомендована усім зацікавленим в ОМТ сторонам. Протягом п'яти років роботи Експертним комітетом розглянуто 123 заяви та прийнято такі рішення щодо включення лікарських засобів до Національного переліку: «рекомендувати» – 1 міжнародну непатентовану назву (МНН); «рекомендувати, але» – 21 МНН; «не рекомендувати» – 45 МНН; «не рекомендувати, але» – 21 МНН; і 35 заяв залишились без розгляду або були відхилені у зв'язку із незадовільною якістю. За результатами проведеної роботи було виокремлено проблемні питання, які потребують вирішення. Це, зокрема,



необхідність навчання з ОМТ та інституалізації ОМТ; потреба реєстрів пацієнтів; ширше залучення стейкхолдерів; необхідність впровадження договорів керованого доступу.

Робота Експертного комітету стала поштовхом до подальшого розвитку ОМТ в Україні. З огляду на це, у 2019 р. у Державному експертному центрі МОЗ (Центр) створено Департамент з ОМТ. Вперше в Україні Постановою КМУ від 23 грудня 2020 р. № 1300 «Про затвердження Порядку проведення державної оцінки медичних технологій» на Центр, як на уповноважений орган, покладено виконання функцій з проведення державної ОМТ. У 2021 експертами Департаменту ОМТ проведена державна ОМТ за скороченою процедурою за зверненням МОЗ для 7 лікарських засобів із наданням рекомендацій щодо можливості включення у пакети медичних послуг Національної служби здоров'я України та підготовлено відповідні висновки, що опубліковані на офіційному сайті Центру. Висновки використано МОЗ для вибору ЛЗ з метою включення до Національного переліку. Наразі проводиться експертиза 15 досьє з ОМТ на лікарські засоби.

**Висновки.** Впровадження ОМТ в Україні розпочалось 5 років тому і сьогодні ОМТ поступово стає вагомим інструментом в прийнятті рішень щодо державного фінансування різних медичних технологій. Завдяки компетентній, прозорій та неупередженій роботі, Експертний комітет з відбору та використання основних лікарських засобів став фундаментом для подальшого розвитку ОМТ в Україні.

*Левіцька Л.В., Михальчук Л.П.*

## **ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ РИЗИКІВ У ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19**

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

м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Серцево-судинна смертність залишається актуальною проблемою світового значення і в період пандемії COVID-19, оскільки найбільшу частку летальних ускладнень коронавірусної інфекції становлять саме серцево-судинні захворювання (10,5%). Разом з тим, доведено, що чоловіча стать є предиктором частішої смертності та важчого перебігу коронавірусної інфекції. Тому метою нашої роботи була оцінка гендерних особливостей кардіоваскулярного ризику (КВР) в період пандемії COVID-19 і його вплив на тяжкість перебігу коронавірусної інфекції у чоловіків та жінок.

**Матеріали та методи.** Проведено on-line анкетування 551 жителя України за допомогою Google Forms «Серцево-судинні ризики в час COVID-19», оцінка у них кардіоваскулярного ризику за «Framingham risk score» та обробка отриманих даних в Microsoft Office Excel.

**Основна частина.** При аналізі отриманих даних середній вік респондентів склав  $29,7 \pm 13,5$  років. Коронавірусну інфекцію перенесли 34,9% опитаних (з

них 26,0% чоловіків і 74,0% жінок). У жінок, порівняно з чоловіками, переважали загальна слабкість з обмеженням фізичної активності (50,1% vs 25,2%), біль і дискомфорт у грудній клітці (36,2% vs 13,7%), кашель (47,6% vs 29,0%), зміни психічного стану (18,3% vs 3,1%), ( $p < 0.05$ ). У чоловіків частіше зустрічались COVID-пневмонія (18,2% vs 10,0%), підвищений рівень D-димеру (16,7% vs 3,1%), креатиніну (10,8% vs 2,4%), гемоглобіну (11,5% vs 1,4%), Ig G (16,4% vs 3,0% жінок), ( $p < 0.05$ ). Лікувальні заходи в обох групах пацієнтів достовірно не відрізнялися ( $p > 0,05$ ). Із залишкових явищ у жінок переважала швидка втомлюваність (37,0% vs 18,2%,  $p < 0.05$ ). У чоловіків частіше, ніж у жінок, виявлявся високий КВР (25,2% vs 9,8%), ( $p < 0.05$ ). При цьому, основні фактори КВР також переважали у чоловіків: артеріальна гіпертензія (42,3% vs 29,7%), куріння (32,1% vs 15,4%), підвищений рівень холестерину (19,8% vs 11,2%), ІМТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup> (58,5% vs 29,4%) і гіподинамія (55,2% vs 37,0%),  $p < 0.05$ . Високий КВР ( $> 10\%$ ), в порівнянні з низьким і помірним ( $< 10\%$ ), частіше супроводжувався тяжким перебігом коронавірусної хвороби як серед чоловіків (89,9% vs 63,1%), так і серед жінок (87,4% vs 70,1%).

#### **Висновки:**

1. Кардіо-васкулярний ризик в досліджуваній популяції був вищим у чоловіків, порівняно з жінками, причому основні його фактори: куріння, артеріальна гіпертензія, надлишкова маса тіла, гіподинамія та гіперхолестеринемія також частіше зустрічались серед чоловіків.

2. Високий КВР частіше супроводжувався тяжким перебігом коронавірусної хвороби у осіб обох статей.

*Підлісна І.В.*

## **СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ.**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Вступ.** Аналіз причин поширення захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ) у популяції та розробка адресних профілактичних заходів неможливі без розуміння важливих соціально-демографічних закономірностей, що визначають особливості поширення цієї патології у різних вікових та соціальних групах, а також дають можливість визначити напрямки первинної профілактики ЗПСШ і з максимальною точністю встановити контингент для здійснення такої профілактики.

**Основна частина.** Важливі закономірності були виявлені нами при аналізі вікових особливостей нозологічної структури ЗПСШ. Загалом, домінуючу позицію в нозологічній структурі ЗПСШ займав трихомоніаз (30,2%), доволі поширеним виявився також сифіліс (21,8%), меншу питому вагу мали гарднерельоз (16,2%) і гонорея (15,9%), і найрідше виявлялися хламідіоз (8,8%) і мікоплазмоз (7,1%). При цьому віковій групі до 20 років у нозологічній структурі домінувала трихомоніазна інфекція (36,8%), суттєво меншу питому

вагу мав сифіліс (26,3%), ще меншу – гонорея (18,4%) та гарднерельоз (10,6%), і найрідше виявлялися мікоплазмоз (5,3%) і хламідіоз (2,6%). У віковій групі 20,1-40 років провідною інфекцією також виявився трихомоніаз, але його питома вага була меншою (28,5%), також менш поширеним виявився сифіліс (19,6%) і гонорея (17,0%), тоді як гарднерельоз (17,9%), хламідіоз (9,6%) та мікоплазмоз (7,4%) виявлялися частіше, ніж у молодшій віковій групі. У старшій віковій групі (старші 40 років) питома вага трихомоніазу (33,8%), сифілісу (29,6%) та гарднерельозу була подібною до виявленої у молодшій віковій групі, а хламідіозу (8,5%) та мікоплазмозу (7,0%) – до виявленої у середній віковій групі, а гонореї (9,9%) – значно меншою, ніж у цих вікових групах.

Значущі відмінності у нозологічній структурі ЗПСШ були виявлені при аналізі місцевості проживання пацієнтів.

Так, у нозологічній структурі ЗПСШ у міських мешканців домінуюче місце займав трихомоніаз (28,1%), суттєво менше – гарднерельоз (19,2%), гонорея (17,3%), сифіліс (12,3%), хламідіоз (12,3%) та мікоплазмоз (10,8%). Натомість, у мешканців сільської місцевості провідну позицію у нозологічній структурі займав сифіліс (37,3%), близькою була питома вага трихомоніазу (33,5%), решта інфекцій виявлялася істотно рідше: гонорея (13,7%), гарднерельоз (11,2%); дуже рідко виявлялися хламідіоз (3,1%) та мікоплазмоз (1,2%). Значущі розбіжності між сільськими та міськими жителями виявлені для сифілісу ( $p < 0,00001$ ), хламідіозу ( $p < 0,001$ ), мікоплазмозу ( $p < 0,001$ ) та гарднерельозу ( $p < 0,05$ ).

**Висновок.** На наш погляд, виявлені відмінності пов'язані з насамперед, з більшою доступністю спеціалізованої венерологічної допомоги у місті (у тому числі, приватної та анонімної), а також з різними соціально-психологічними моделями ставлення до захворювання, зокрема, більш толерантним ставленням соціального оточення у містах до пацієнтів із ЗПСШ порівняно з сільською спільнотою, більшою обізнаністю з проявами та лікуванням ЗПСШ серед міського населення, на противагу прагненню приховати прояви ЗПСШ від соціального оточення, страхом осуду і стигматизації з боку суспільства, викривленими уявленнями щодо клінічних проявів та наслідків ЗПСШ, що більшою мірою притаманні сільському населенню.

*Ковальчук Т.А.*

## **ЗАДОВОЛЕНІСТЬ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У СІМ'ЯХ ДІТЕЙ ІЗ КАРДІОГЕННИМИ СИНКОПЕ**

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

**Вступ.** Дослідження задоволеності медичним обслуговуванням пацієнтів або їх сімей є одним із ключових методів оцінки якості медичної допомоги. Оцінка задоволеності охороною здоров'я також може бути корисною медичним працівникам для покращення якості медичного обслуговування населення. Метою даного дослідження було визначити задоволеність охороною здоров'я у

сім'ях дітей, які зверталися за медичною допомогою з приводу кардіогенних синкопе (КС).

**Основна частина.** Для оптимізації оцінки задоволеності педіатричною медичною допомогою батьками в Україні нами було здійснено мовну та культурну адаптацію англomовної версії загального модуля опитувальника PedsQL™ 3.0 «Задоволеність в галузі охорони здоров'я», розробленого Д.В. Варні та ін. у 1999 р. для оцінки якості життя пов'язаної зі здоров'ям у дітей віком 2–18 років. Даний опитувальник заповнили батьки 19 дітей із КС та 37 здорових дітей віком 8-17 років. Для діагностики КС використовували рекомендації Європейської асоціації кардіології (2018).

Були виявлені низькі показники загальної шкали задоволеності в галузі охорони здоров'я у сім'ях дітей із КС у порівнянні зі здоровими респондентами ( $49,1 \pm 6,2$ ;  $71,9 \pm 4,2$ ;  $p=0,005$ ). В процесі надання медичної допомоги батьки та їх хворі діти стикалися з такими труднощами як низький рівень залучення сім'ї ( $49,9 \pm 7,2$ ;  $73,1 \pm 4,0$ ;  $p=0,01$ ), недостатня комунікація ( $48,7 \pm 6,6$ ;  $76,4 \pm 4,5$ ;  $p=0,004$ ) та технічні навички з боку медичного персоналу ( $50,9 \pm 6,3$ ;  $71,2 \pm 4,5$ ;  $p=0,02$ ), ігнорування емоційних потреб ( $40,8 \pm 6,3$ ;  $67,3 \pm 5,1$ ;  $p=0,009$ ), що слугувало низькій загальній задоволеності в галузі охорони здоров'я ( $52,9 \pm 6,5$ ;  $74,8 \pm 4,5$ ;  $p=0,01$ ). Також, слід зазначити, що у групі КС батьки та їх діти були достатньо обізнані щодо стану здоров'я ( $52,6 \pm 6,5$ ;  $68,1 \pm 4,8$ ;  $p=0,08$ ).

**Висновок.** Отримані результати слід взяти до уваги з метою корекції якості надання медичної допомоги дітям із КС. Такі зміни сприятимуть кращому лікуванню та запобіганню повторних епізодів непритомності.

*Запорожан Л.П.<sup>1</sup>, Феш М.С.<sup>2</sup>, Мазій Н.Г.<sup>2</sup>, Литвинова О.Н.<sup>1</sup>, Юрїїв К.Є.<sup>1</sup>*

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ COVID -19 НА МАРКЕТИНГОВЕ СЕРЕДОВИЩЕ**

<sup>1</sup>Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
МОЗ України

м. Тернопіль, Україна

<sup>2</sup>Українська академія друкарства

м. Львів, Україна

**Вступ.** В сучасних умовах постійної нестабільності та емоційного напруження проблема впливу пандемії набула особливої вагомості. Європейське економічне співтовариство проводило опитування, щоб дізнатися, як COVID-19 вплинув на маркетингову діяльність, витрати, робочі місця і продуктивність. Один з важливих висновків полягає в тому, що рівень оптимізму маркетологів впав до 50,9 за шкалою 0-100, при цьому 0 - найменший рівень оптимізму, а 100 - найвищий. Безпосередньо перед COVID результат був 62,7. Пік оптимізму припав на лютий 2015 року та досяг 69,9.

**Основна частина.** Facebook видалив понад 7 мільйонів публікацій з неправдивою інформацією про коронавіруси. З моменту оголошення коронавірусу світової пандемією, стрімінговий гігант Netflix опублікував кілька звітів за результатами пошуку, і в рубриці жанрів було два переможці: комедії і фентезі.

Приклади вдалого розважального контенту на період карантину: навчальні відео від співробітників компанії, що розкривають їх з несподіваного боку: кулінарну майстерність, колекціонування, малювання, музика і т. д.; стрім з ранкової домашньої зарядки; надихаючі історії реальних людей, які допомагають іншим, або знайшли своє покликання під час самоізоляції; флешмоби, інтерактивні Челлендж, розіграші призів та інше

Тематичних обмежень у подібного контенту немає. Якщо він змушує вашу аудиторію посміхатися, хоча б на кілька хвилин забути про життєві труднощі та похмурих новинах з телевізора, то ви вже все правильно робите, залишилося лише закріпити власний успіх.

Поява прихильників теорії змови - один з найбільш химерних побічних ефектів пандемії. Наприклад, в Новій Зеландії Громадська партія Нової Зеландії - одна з найбільш обговорюваних партій під час першої хвилі коронавірусу. Майже вся їх діяльність пов'язана з теоріями змови. Незважаючи на це, вони можуть вільно з'являтися на телевізійних дебатах і рекламувати свою діяльність, як і великі партії, через змішану пропорційну систему виборів в Новій Зеландії.

Партія виступала проти ООН, технології 5G, фторування та електромагнітів. Вона поширювала дезінформацію, пов'язану з пандемією COVID-19, і проводила кампанії щодо скасування Закону про заходи громадської охорони здоров'я по боротьбі з COVID-19 2020 року [2].

Велика частина рекламних матеріалів по теорії змови під час пандемії COVID була опублікована в Facebook. Однак Facebook намагався скоротити кількість випадків поширення даних повідомлень. У другому кварталі року було видалено 7 мільйонів постів за поширення неправдивої інформації про COVID-19. Сюди входить контент, що пропагував вигадані профілактичні заходи і неперевірені методи лікування (деякі з яких заохочувалися відомими політиками).

У другому кварталі платформа видалила близько 22,5 млн. повідомлень, що містять розпалювання ненависті, в порівнянні з 9,6 млн. в першому кварталі. Вона також видалила 8,7 млн. постів, пов'язаних з екстремістськими організаціями, в порівнянні з 6,3 млн. публікацій в першому кварталі.

У той час як деякі галузі, такі як телекомунікації, очікують незначне або нульове скорочення витрат на маркетинг через коронавірус, інші, такі як радіо, значно скорочують витрати. Спочатку прогнозувалося, що витрати на рекламу на радіо в США впадуть лише на 1%, однак прогноз змінився і тепер очікується падіння аж на 25%.

Хоч радіо є традиційною формою реклами, і спад витрат на рекламу на радіо - це давно усталений тренд, до такого рівня падіння вони ніколи не наближались.

Власники компаній вкладають більший відсоток від бюджету в маркетинг, щоб не допустити зменшення продажів

Ще одна помітна тенденція полягає в тому, що маркетинговий бюджет більшості опитаних компаній збільшується в період COVID. У лютому 2020 року компанії планували витратити на маркетинг в середньому 11,3% від своїх бюджетів. До червня 2020 року цей показник зріс до 12,6%. Для порівняння: ще в лютому 2011 року цей показник становив лише 8,1% [2].

Схожу тенденцію можна побачити, якщо порівняти витрати на маркетинг з загальними доходами. Ще в лютому 2011 року витрати на маркетинг становили 8,1% від доходів типовою фірми. Ця статистика коливалася протягом наступних дев'яти років, досягнувши піку в 9,3% в лютому 2014 року, а потім впала до 7,9% в лютому 2018 року. У лютому 2020 року вона знову зросла до 8,6%, але до червня 2020 р підскочила до 11,4% [1].

Це чітко відображає пріоритети на користь маркетингу для утримання клієнтів і підтримки впізнаваності бренду в важкі часи.

Майже три чверті опитаних фірм почали робити менше постів в соціальних мережах. Це свідчить не тільки про зменшення використання соціальних мереж, а ще й про те, що багато компаній закривають магазини або переорієнтують свою діяльність.

Деякі компанії призупиняють свою діяльність, щоб вижити в даний момент. Вони скоротили свої витрати скрізь, де це було можливо. Але, слід зазначити, що кожна четверта компанія не тільки не має наміру знижувати активність, але і збільшує її.

Kantar опитав 35000 споживачів по всьому світу про їхні погляди на рекламу брендів в період кризи COVID-19. Тільки 8% вважають, що бренди повинні припинити рекламу. Однак споживачі вважають, що маркетологи і рекламодавці повинні змінити хід ведення рекламних кампаній. 78% опитаних сказали, що бренди повинні допомагати людям в поточній ситуації. Також 74% вважають, що компанії не повинні використовувати ситуацію з COVID-19 в своїх інтересах і заробляти на цьому.

Споживачі заповнили свої комори продуктами тривалого зберігання. У Новій Зеландії продаж м'ясних консервів зріс на 120%, рису – на 118%, а консервованих та сушених овочів – на 110%. До непродовольчих товарів, продажі яких зросли більш, ніж удвічі за місяць, відноситься туалетний папір (зростання на 116%), засоби від кашлю та застуди (113%), побутова хімія (103%) і засоби для особистої гігієни (100%) [1].

**Висновки.** З вищенаведеного можна зробити висновки, що наслідки Covid-19 однаково важливі як для малих, так і для великих компаній. Жоден бізнес не уникне впливу вірусу, і брендам доведеться ретельно продумати стратегію просування в складних економічних умовах.

*Ващенко О.О.<sup>1</sup>, Олещук О.М.<sup>2</sup>*

## **ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ПРИ ОЦІНЦІ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ОРФАННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ПРИКЛАДІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

<sup>1</sup>Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

<sup>2</sup>Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
МОЗ України

м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** Оцінка медичних технологій (ОМТ) стає потужним інструментом в прийнятті рішень у політиці охорони здоров'я України. Базовими критеріями, за якими здійснюється оцінка лікарських засобів (ЛЗ) є порівняльна клінічна ефективність та безпека, а також економічна обґрунтованість. Поряд з тим, ведуться дискусії щодо окремих підходів до оцінки орфанних ліків.

Метою роботи було окреслити основні проблеми, пов'язані з ОМТ для орфанних захворювань в Україні на прикладі ЛЗ.

**Основна частина.** В Україні орфаними захворюванням визнається захворювання, що загрожує життю людини чи хронічно прогресує, призводить до скорочення тривалості життя громадянина або до його інвалідності, поширеність якого серед населення не частіше ніж 1:2000. Власне незначна кількість пацієнтів є головною проблемою ОМТ для орфанних захворювань. Золотим стандартом при вивченні клінічної ефективності/безпеки ЛЗ є рандомізовані когортні дослідження. У випадку з орфаними захворюваннями, багато з яких викликають критичне погіршення якості життя, скорочення тривалості життя, складно провести плацебо-контрольовані дослідження з огляду на етичні міркування, тому якість отриманих даних має нижчу доказовість. Окрім зазначених причин, на якість даних та відповідно на оцінку технологій-сиріт також впливають: мала вибірка пацієнтів; часова лімітованість клінічних досліджень; можлива відсутність компаратора, оскільки часто ЛЗ для орфанних захворювань є інноваційними та репрезентують окрему терапевтичну групу; особлива регуляторна політика щодо препаратів-сиріт із врахуванням т.зв. «медичної правдоподібності» (medical plausibility); обмежені дані щодо застосування технології в умовах реальної клінічної практики (real world data).

Важливим недоліком в українській системі охорони здоров'я є відсутність реєстрів пацієнтів із рідкісними захворюваннями з актуальними даними, що створює труднощі для розрахунку кількості пацієнтів, яка буде потребувати технологію та унеможливує правильну економічну оцінку технології із розрахунком навантаження на бюджет.

Враховуючи вартість орфанних ЛЗ, окремим пунктом потрібно виокремити обмеженість бюджету України на охорону здоров'я та потребу оптимального розподілу наявних коштів.

**Висновки.** ОМТ має бути обов'язково проведено перед прийняттям рішення щодо закупівлі ЛЗ, що використовуються для лікування орфанних хвороб для перш за все встановлення ступеня клінічної ефективності/безпеки, а також на основі проведеної оцінки економічної ефективності встановлення справедливої ціни з метою закупівлі цих дорогих ліків для пацієнтів.

*Романів М.П.*

## **ПРОВІДНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
м. Київ, Україна

**Вступ.** За даними різних дослідників, які вивчали епідеміологію злоякісних новоутворень репродуктивної системи встановлено, що протягом останнього десятиріччя значно зросла кількість факторів ризику розвитку

онкогінекологічних захворювань. Останні дослідники пов'язують із негативним впливом зовнішніх та внутрішніх чинників а також покращенням рівня діагностики у зв'язку із стрімким розвитком науково-технічного прогресу.

**Основна частина.** Рак шийки матки (РШМ) займає в світі 3-є місце в структурі онкологічної захворюваності (9 %) і 4-є місце в структурі смертності (8 %) жіночого населення. Велика частина хворих (85 %) проживає в країнах, що розвиваються, де на рак шийки матки припадає 12 % всієї онкопатології у жінок. Враховуючи значне соціально-економічне та демографічне значення РШМ нами проведено анкетування жінок з метою уточнення факторів ризику розвитку РШМ.

Проведеними дослідженнями встановлено, що хворі на рак шийки матки жінки частіше починали статеве життя в ранньому віці (15-18 років) в 58,2 % випадків на відміну від контрольної групи, в яку входили здорові жінки, – у 25,6 % випадків ( $p < 0,01$ ). Саме в цей період у молодих жінок відмічається незрілість епітелію шийки матки, який є значно чутливішим до ураження різноманітними канцерогенними речовинами.

До факторів ризику розвитку РШМ необхідно віднести і часту зміну статевих партнерів. Так, на запитання, яка кількість статевих партнерів в середньому була за рік, 31,6 % респондентів дослідницької групи вказали 3 і більше статевих партнерів, що достовірно більше ніж у контрольній групі ( $p < 0,001$ ).

У дослідній групі 69,4 % опитаних жінок вказали на перенесені в анамнезі інфекції статевих шляхів на відміну від 23,4 % у контрольній, що свідчить про безпосередній зв'язок перенесених інфекцій статевих шляхів з етіологічними факторами РШМ ( $p < 0,01$ ). Серед інфекцій статевих шляхів визначалися такі хвороби як гонококові інфекції, трихомоніаз, хламідіоз, кандидоз та інші.

Травмуючим фактором слизової шийки матки є штучний або самовільний аборт. Наявність його в анамнезі у жінок із РШМ виявлено у 1,8 разу частіше, порівняно із контрольною групою. Також встановлено достовірне анамнестичне переважання фонових та передракових процесів ( $p < 0,001$ ).

Виявлено достовірно вищу поширеність тютюнопаління у жінок з РШМ, на відміну від контрольної групи (відповідно 43,9 % та 8,5 %).

**Висновок.** На розвиток РШМ впливають як поведінкові чинники (тютюнопаління, ранній початок статевого життя, часта зміна статевих партнерів), так і медичні (наявність фонових та передракових процесів, інфекцій статевих шляхів, проведений штучний або самовільний аборт).

*Гавловський О.Д., Голованова І.А.*

## **ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКІВ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АТО ШЛЯХОМ ЯКІСНОГО АНАЛІЗУ**

Полтавський державний медичний університет  
м.Полтава, Україна.

**Вступ.** В практиці наукового пізнання фокус-група являє собою якісний метод збору соціологічної інформації, що проводиться в однорідних групах.



Фокус-група – це, свого роду групова дискусія, в ході якої з'ясовується ставлення учасників до певного процесу чи явища дійсності.

В нашому дослідженні, ми використовували проведення фокус-групи для того, щоб з'ясувати ставлення лікарів-організаторів охорони здоров'я до системи реабілітації учасників АТО, яка існує на сьогоднішній день.

Для цього була проведена бесіда, в якій взяли участь 25 лікарів організаторів охорони здоров'я, які були курсантами циклу тематичного удосконалення на кафедрі соціальної медицини, громадського здоров'я організації та економіки охорони здоров'я з лікарсько-трудою експертизою Полтавського державного медичного університету. Окремо слід відмітити, що серед учасників фокус-групи були фахівці, що безпосередньо працюють з ветеранами, а саме 6 головних лікарів та їх заступників, які працюють у військових госпіталях м. Полтави, м. Кременчуку і м. Лубен, а також 3 лікарі ДУ "Територіальне медичне об'єднання Міністерства внутрішніх справ України по Полтавській області".

Програма фокус-групи складалась з двох тематичних блоків: перший блок мав на меті визначення переваг існуючої системи реабілітації, в той час як друга частина була зосереджена навпаки, на виявленні недосконалостей та недоліків цієї системи.

Вербалізація лікарями в умовах групового обговорення власних поглядів на реабілітацію об'єктивно сприяла організації «внутрішнього діалогу», «інсайтам», проясненню змісту власних переконань і настанов, очікувань і проблем, які постають щодня в роботі з ветеранами.

**Основна частина.** Перевагами існуючої системи реабілітації учасників АТО/ООС, за думкою лікарів, є те, що вона безкоштовна, тобто кожний ветеран може її пройти, скористувавшись послугами відповідного закладу охорони здоров'я. Важливим аспектом є те, що це підтверджено законодавчо, де вказано, що боєць також має пільги і гарантії на медичне обслуговування та соціальний захист. Доступність медичної допомоги здійснюється за рахунок ефективного функціонування центрів медичної допомоги та реабілітації для ветеранів при госпіталях та лікарнях МВС.

Лікарі одноставно прийшли до думки, що самостійне звернення ветерана за медичною допомогою, хороша матеріально-технічна база закладу реабілітації та наявність програми всебічної реабілітації поліпшує ступінь його прихильності до проходження реабілітації та необхідного лікування, що, в свою чергу є ще однією важливою перевагою існуючої системи.

Ще одним важливим аспектом є охоплення всіх учасників АТО/ООС медичною допомогою та реабілітацією. Цю думку висловлювали організатори охорони здоров'я ДУ "Територіальне медичне об'єднання Міністерства внутрішніх справ України по Полтавській області".

Недоліком надання медичної допомоги демобілізованим бійцям зброєних сил було визначено відсутність первинної медичної допомоги в амбулаторних умовах в закладах, підпорядкованих ЗСУ.

В той же час, ветерани та бійці служби МВС в обов'язковому порядку проходять лікарсько-консультативну комісію при ДУ "Територіальне медичне об'єднання Міністерства внутрішніх справ України по Полтавській області" і ті,

хто навіть почувають себе добре, але при медичному огляді у них були виявлені відхилення, лікуються за потребою або стаціонарно, або ж амбулаторно.

Серед переліку проблем і труднощів з якими стикаються ветерани, на думку лікарів, є **організація** роботи закладів охорони здоров'я. Такий недолік можна було б виправити створенням гарантованого пакету на надання послуг з медичної реабілітації постраждалим внаслідок збройного конфлікту.

Констатували, що відсутність необхідної нормативно-законодавчої бази, яка регулює питання медико-психологічної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО/ООС; слабка міжсекторальна взаємодія між державними, недержавними і приватними надавачами соціальних та психологічних послуг; складний механізм міжгалузевого співробітництва; недостатній рівень професійної кваліфікації спеціалістів та обмеженість ресурсів знижують ефективність роботи з учасниками АТО/ООС та членами їх родин.

Велику увагу фокус-група приділяла необхідності всебічної реабілітації. Необхідно відзначити, що майже половина учасників бесіди акцентувала увагу на тому, що допомога повинна надаватися не тільки самим ветеранам, але і їхнім родинам, оскільки адаптація до мирного життя відбувається через спілкування з близькими та рідними людьми.

Зазначали про необхідність спеціального гарантованого пакета для реабілітації учасників АТО/ООС: подібний пакет на реабілітацію існує, але він не підходить для всебічного відновлення учасників АТО/ООС тому, що ця реабілітація є специфічною, оскільки ветерани страждають від наслідків бойової травми. А значить як тіло, так і душа потребують реінтеграції, що вимагає втручання як психологів, психотерапевтів, соціологів, так і остеопатів і травматологів. Тому для ветеранів АТО/ООС необхідний окремий гарантований пакет на надання саме цих послуг.

Для того, щоб реабілітація була всебічною, необхідно врахувати принцип наступності і безперервності, тому інтерв'юєри звернули і на це увагу: «...Проблема реабілітації учасників АТО/ООС полягає ще і в тому, що вони, навіть після виписки із госпіталю залишаються без медичного супроводу, який не передбачений в НСЗУ, тому є необхідність передати реабілітацію учасників АТО/ООС Міністерству у справах ветеранів».

Ще одним недоліком визначено низька або навіть повністю відсутня доступність надання медичної допомоги учасникам АТО/ООС. З одного боку це зумовлено тим, що не всі ветерани обізнані про можливість безкоштовного лікування в госпіталі, а з іншого тим, що в госпіталь можуть звернутися та пройти лікування ті, у яких є серйозне захворювання, але якщо ця проблема не потребує стаціонарного лікування, то боєць мусить звернутися до лікаря ЗПСМ на загальних підставах. Як уже зазначалось, труднощі виникають ще і тому, що в той час коли мирне населення укладало декларації зі своїм лікарем, військові були в зоні АТО/ООС і тому не дуже добре орієнтуються в цій мережі. Також недоліком є те, що при госпіталях відсутня амбулаторна медична допомога, яка б опікувалась лише ветеранами.

Велике значення для реабілітації учасника АТО є можливість її безкоштовного проведення, але вказане в законі про статус ветерана, де розписані норми лікування не завжди відповідає дійсності.

Важливою проблемою, за думкою лікарів, є відсутність інформації у учасників АТО/ООС щодо можливості проведення реабілітації.

**Висновок.** Проаналізувавши відповіді респондентів ми згрупували проблеми, які виникають при наданні медичної допомоги ветеранам. Таким чином в цілому їх можна поділити на: державні, законотворчі, фінансові, наступність та всебічність реабілітації, дефіцит кадрів, обізнаність. В подальшому дослідженні плануємо провести кількісний аналіз для визначення головних компонент, які б свідчили про основні риси, недоліки та переваги існуючої форми реабілітації учасників АТО/ООС.

Мартинюк Л.П.

## ФАКТОРИ РИЗИКУ ПАДІНЬ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГУ ВІКУ

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

**Вступ.** Щорічно близько 30% людей віком понад 65 років і 50% осіб старше 80 щонайменше, один раз на рік переносять падіння. Люди похилого віку, які перенесли одноразове падіння, мають в два-три рази більшу ймовірність повторних падінь протягом того ж року, а в половині цих випадків останнє відбувається вдома.

**Основна частина.** Відповідно до даних літератури, зокрема Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>, від 20% до 30% випадків падінь призводять до травм, зменшують можливості пересування і самостійності і підвищують ризик передчасної смерті. Госпіталізація літніх людей з приводу травм, пов'язаних з падіннями, відбувається в п'ять разів частіше, ніж з приводу травм від інших причин. Майже в половині спостережуваних випадків літнім людям, схильним до повторних падінь, хоча б одноразово була потрібна стороння допомога для того, щоб піднятися.

Для жінок старше 55 років і чоловіків старше 65 років з віком смертність і частота госпіталізацій у зв'язку з травмами експоненціально підвищуються. Більше третини всіх жінок принаймні одноразово протягом життя переносять кістковий перелом, обумовлений остеопорозом, який в більшості випадків пов'язаних із падінням.

Для чоловіків ризик виникнення будь-коли протягом життя кісткового перелому приблизно в два рази нижчий, ніж для жінок.

Слід звернути увагу, що падіння у 75-80% випадків не приводять до травм і переломів і такі люди часто не звертаються за медичною допомогою. Проте, навіть при відсутності травм, можуть розвиватися страх повторних падінь, втрата впевненості в собі, соціальна самоізоляція, депресія, тощо.

Найкращим предиктором падіння є попереднє падіння. Проте, падіння у людей похилого віку рідко має одну причину чи фактор ризику. Зазвичай воно є наслідком складної взаємодії внутрішніх (вікове зниження функцій, захворювання, побічні дії лікарських препаратів), зовнішніх (небезпеки

зовнішнього середовища) та ситуативних факторів (відносяться до здійснюваної діяльності, зокрема, швидкий рух у ванній кімнаті)

До внутрішніх слід віднести вікові зміни опорно-рухового апарату, органу зору та серцево-судинної системи.

Так, з віком порушується робота систем, що беруть участь в підтримці балансу і стабільності (зокрема, положенні стоячи, сидячи чи ходьбі пішки). Успіх чи неуспіх утримання балансу залежить від здатності організму в найкоротші терміни оцінити можливі перешкоди, напрямок руху, ділянку опори і, головне, забезпечити адекватну швидкість і силу скорочення скелетного м'яза. Насправді, м'язова слабкість будь-якого типу є основним показником падінь. Поряд з саркпенією у людей похилого віку зниження гостроти зору, контрастної чутливості, глибини сприйняття і адаптації в темряві.

Хронічні і гострі захворювання, а також використання ряду лікарських препаратів можуть підвищувати ризик падінь.

Так, коливання артеріального тиску спостерігається при анемії, аритміях, метаболічних захворюваннях (наприклад, цукровий діабет: гіпоглікемія, гіперосмолярні стани, автономна кардіопатія, захворювання щитоподібної залози), нейрокардіогенному гальмуванні після сечопуску, постуральній чи постпрандіальній гіпотензії, тощо; пропріоцепція порушується при периферичній невротії (зокрема, внаслідок цукрового діабету), недостатності вітаміну В12; зміни ходи відбуваються при артриті, деформації стопи, м'язовій слабкості; до порушень постуральної нейромоторної функції приводять мозочкова дегенерація, мієлопатія, хвороба Паркінсона, вертебро-базілярна недостатність, інсульт; погіршенням зору супроводжуються катаракта, глаукома, макулярна дегенерація.

Підвищеному ризику падінь може сприяти використання ряду лікарських препаратів. Так, анальгетики (особливо опіоїдні) і психотропні препарати (особливо антидепресанти, антипсихотики, бензодіазепіни) можуть знижувати відчуття пильності або сповільнюють роботу центральної нервової системи; антигіпертензивні (особливо з вазодилатуючою дією) і протиаритмічні препарати знижують церебральну перфузію; нейролептики можуть сприяти розвитку екстрапірамідних синдромів, зниженню концентрації уваги, погіршенню роботи головного мозку; а петльові діуретики і аміноглікозиди негативно впливають на роботу вестибулярного апарату.

Зовнішні фактори, до яких відносять екологічні обставини самі по собі можуть підвищувати ризик падінь, але, що більш важливо, їх взаємодія із внутрішніми його посилює. Ризик є найбільшим, коли середовище проживання потребує значного постурального контролю і мобільності (зокрема, пересування по слизькій поверхні) або перебування в незнайомому середовищі (наприклад, переїзд в новий будинок).

Ситуативні фактори, а саме певна діяльність чи рішення, можуть збільшити ризик падінь і травм, пов'язаних з падіннями. Прикладами цього є розмови чи відволікання на виконання кількох задач одночасно, результатом чого є неможливість помітити небезпеки з боку зовнішнього середовища, наприклад при прогулянках - бордюр чи виступ; предмети чи мокру підлогу при швидкому пересуванні по ванній кімнаті, особливо вночі, недостатньому

освітленні, недостатньо проснувшись; або поспіх для відповіді на телефонний дзвінок.

**Висновок.** З метою попередження падінь та їх наслідків необхідно ознайомлювати з факторами ризику людей похилого віку та їх оточуючих (родичів, знайомих, доглядальників) для створення умов мінімізації ймовірності та унеможливлення падінь.

## ЗМІСТ

<b>ГЛОБАЛЬНІ ТА РЕГІОНАЛЬНІ АСПЕКТИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОКРАЩЕННЯ ЇХ ДІЯЛЬНОСТІ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19</b>	<b>3</b>
<b>Чайчук О.Т.</b> ОСНОВНІ ПЕРСПЕКТИВИ І НАПРЯМКИ СТАНОВЛЕННЯ ОБЛАСНИХ ЦЕНТРІВ КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ НА ПРИКЛАДІ ДЕРЖАВНОЇ УСТАНОВИ «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ».....	3
<b>Лінніков С.В., Миронюк І.С.</b> КОМУНІКАЦІЙНІ КРИЗИ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: СТАРТ ВАКЦИНАЦІЇ ВІД COVID-19 У ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	6
<b>Грузєва Т.С., Гречишкіна Н.В.</b> СПІВПРАЦЯ КАФЕДР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЗВО УКРАЇНИ У ФОРМУВАННІ НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКЛАДАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ "ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я".....	9
<b>Чорна В.В.</b> ПОРУШЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕННЯ COVID-19.....	10
<b>Власик Л. Й.</b> ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ТЛІ БОРОТЬБИ З COVID-19 В УКРАЇНІ.....	13
<b>КОНЦЕПЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ І ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я. ІНФЕКЦІЙНІ ТА НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЇХ ПЕРЕБІГ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19</b>	<b>16</b>
<b>Гущук І.В.</b> ДОСВІД УКРАЇНИ З ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ ЄВРОПЕЙСЬКИХ РЕФОРМ НАЦІОНАЛЬНИХ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	16
<b>Мандзій З.П.</b> ХВОРОБА ГОШЕ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ – ІНТЕРНІСТА.....	18
<b>Брезицька Д.М.</b> НЕБЕЗПЕКА МЕДИЧНИХ ВІДХОДІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19.....	19
<b>Мандзій З.П.</b> СИМПТОМАТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ.....	20
<b>Калашникова Н.М.</b> РОЛЬ СЛУЖБИ ГОРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19 В ПРОФІЛАКТИЦІ РАКУ ШКІРИ .....	21

<b>Гутор Т.Г., Літвіняк Р.І.</b> ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РАКУ ГОРТАНІ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ .....	23
<b>Салій З.В.</b> POST-COVID: ПРОВІДНІ НЕВРОЛОГІЧНІ СИНДРОМИ.....	24
<b>Короленко В.В., Грузєва Т.С., Іншакова Г.В</b> РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА СИФІЛІС В ДИНАМІЦІ ДЕСЯТИРІЧНОГО ПЕРІОДУ.....	26
<b>Іванюк А.В., Орлова Н.М.</b> ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕНOSTІ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ У КИЇВСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	27
<b>Паничев В.О.</b> ПРИРОДНО-ОСЕРЕДКОВІ КЛІЩОВІ ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ ЯК ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА ТЕРНОПІЛЛІ.....	28
<b>НАУКОВЕ ПІДГРУНТЯ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЧНИХ РІШЕНЬ В ГАЛУЗІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я. ОСВІТНЯ ДІЯЛЬНІСТЬ В СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.</b>	31
<b>Грузєва Т.С., Іншакова Г.В.</b> СТРАТЕГІЇ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ЗАХОДИ З ПІДТРИМКИ ОСІБ СТАРШОГО ВІКУ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19.....	31
<b>Комар О.М., Паламар І.В.</b> КОМУНІКАЦІЯ ЗДОРОВ'Я ЯК ОДИН ІЗ СУЧАСНИХ ІНСТРУМЕНТІВ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ .....	32
<b>Панчишин Н.Я., Коллінс Д.М., Галицька-Хархаліс О.Я.</b> СПЕЦИФІКА ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я СЕРЕД МОЛОДІ..	33
<b>Хоменко І.М., Івахно О.П., Вернер О.М., Козярін І.П., Першегуба Я.В.</b> ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ В СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ .....	35
<b>Галицька-Хархаліс О.Я., Панчишин Н.Я., Хархаліс Ю.Ю.</b> ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ ПОЛІТИКИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ.....	38
<b>Грузєва Т.С.</b> 180-РІЧЧЯ КИЇВСЬКОЇ СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНІЧНОЇ НАУКОВОЇ ШКОЛИ: ВІД ОСНОВ ЛІКАРЕЗНАВСТВА, МЕДИЧНОЇ ПОЛІЦІЇ І САНІТАРНОЇ СТАТИСТИКИ ДО СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я .....	40
<b>Марків - Буковська Н.П.</b> СТАНОВЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ УСТАНОВИ «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ» ЯК ОСНОВНОЇ ІНФОРМАЦІЙНО-РОЗ'ЯСНЮВАЛЬНОЇ ТА КОМУНІКАТИВНОЇ ІНСТИТУЦІЇ З ПИТАНЬ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	43

<b>Ліштаба Л.В., Слободян Н.О., Петрашик Ю.М., Теренда Н.О.</b> ВИКОРИСТАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НАВЧАННЯ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я – ПРОВІДНА ФУНКЦІЯ ФОРМУВАННЯ КЛЮЧОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ФАХІВЦІВ.....	45
<b>ГЛОБАЛЬНІ ВИКЛИКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19. ЕКОНОМІКА ЗДОРОВ'Я ТА ПРИНЦИПИ СТАЛОГО РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА. ПРАВОВІ ТА ЕТИЧНІ ЗАСАДИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.</b>	47
<b>Посохова К.А., Матюк Л.М., Павельєва М.М.</b> СПЕКТР ТА ЧАСТОТА НЕСПРИЯТЛИВИХ ПОДІЙ ПІСЛЯ ІМУНІЗАЦІЇ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ВАКЦИН ПРОТИ COVID-19.....	47
<b>Олещук О.М., Ващенко О.О., Топачевський О.А., Піняжко О.Б.</b> ВПРОВАДЖЕННЯ ОЦІНКИ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УКРАЇНІ.....	48
<b>Левицька Л.В., Михальчук Л.П.</b> ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ РИЗИКІВ У ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19.....	49
<b>Підлісна І.В.</b> СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	50
<b>Ковальчук Т.А.</b> ЗАДОВОЛЕНІСТЬ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У СІМ'ЯХ ДІТЕЙ ІЗ КАРДИОГЕННИМИ СИНКОПЕ .....	51
<b>Запорожан Л.П., Феш М.С., Мазій Н.Г., Литвинова О.Н., Юрїїв К.Є.</b> ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ COVID-19 НА МАРКЕТИНГОВЕ СЕРЕДОВИЩЕ.....	52
<b>Ващенко О.О.<sup>1</sup>, Олещук О.М.<sup>2</sup></b> ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ПРИ ОЦІНЦІ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ОРФАННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	54
<b>Романів М.П.</b> ПРОВІДНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ.....	55
<b>Гавловський О.Д., Голованова І.А.</b> ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКІВ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АТО ШЛЯХОМ ЯКІСНОГО АНАЛІЗУ.....	56
<b>Мартинюк Л.П.</b> ФАКТОРИ РИЗИКУ ПАДІНЬ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГУ ВІКУ .....	59