

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

МАТЕРІАЛИ

***V НАУКОВОГО СИМПОЗИУМУ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ З
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я***

*«Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики
в умовах воєнного стану та перспективи розвитку»*

**27-28 вересня 2023 року
м. Тернопіль**

Тернопіль
ТНМУ
«Укрмедкнига»
2023

Відповідальні за випуск: завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України проф. Сатурська Г.С.

т.в.о. завідувача кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України проф. Теренда Н.О.

доцент закладу вищої освіти кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України Слободян Н.О.

Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики в умовах воєнного стану та перспективи розвитку: матеріали П'ятого наук. симп. з міжнар. участю з громад. здоров'я, 27–28 верес. 2023 р. – Тернопіль : ТНМУ, 2023. – 94 с.

Відповідальність за представлені результати досліджень несуть автори тез.

КОНЦЕПЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ І ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я.

Лехан В.М.

РОЛЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ФОРМУВАННІ ТЯГАРЯ ХВОРОБ В УКРАЇНІ

Дніпровський державний медичний університет
м. Дніпро, Україна

Вступ Громадське здоров'я вважається не лише беззаперечною самостійною цінністю, але й надважливим фактором впливу на економічний розвиток країни. Проблема охорони здоров'я населення загострюються в надзвичайних гуманітарних обставинах – під час епідемій та/або воєнних конфліктів. В проєкті Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року передбачено, поряд з післявоєнним відновленням інфраструктури охорони здоров'я, здійснення заходів щодо зменшення передчасної смертності від неінфекційних захворювань; зниження рівня інвалідності через захворювання, яким можна запобігти; подолання ключових факторів ризику, що спричиняють високий тягар захворювань. Тому вивчення впливу провідних факторів ризику на тягар захворювань в Україні для формування пріоритетів у сфері громадського здоров'я набувають особливого значення.

Основна частина Проведено аналіз зібраних та узагальнених Інститутом по вимірюванню показників здоров'я та оцінки стану здоров'я (the Institute of Health Metrics and Evaluation - <http://www.healthdata.org/gbd>) матеріалів, які охоплюють дані про втрати років життя через передчасну смерть (Years of Life Lost – далі YLLs), інвалідність (Years Lived with Disability - далі YLDs), загальний тягар хвороб або роки життя втрачені від передчасної смерті з поправкою на інвалідність (Disability-adjusted life years - далі DALYs) та пов'язані з ними кількісні оцінки факторів ризику для 195 країн і територій протягом 2009-2019рр. Основними показниками, що використовувалися, були рівні втрат стандартизованих за віком років життя на 100 000 населення та дані щодо атрибутивного ризику впливу на них різних факторів ризику у відсотках. Також було проаналізовано профіль України щодо глобального тягаря хвороб (<http://www.healthdata.org/ukraine>).

Визначено, що в 2019 р . в Україні глобальний тягар хвороб складав 35852,2 (95% ДІ 31504,5-40855,8) стандартизованих за віком років життя від передчасної смерті з поправкою на інвалідність на 100 000 населення (DALYs), з них 71,3% (95% ДІ 60,6- 82) обумовлено втратами через передчасну смерть (YLLs) і 28,7% (95% ДІ 20,1- 37,3) втратами років життя через інвалідність (YLDs). Рівень DALYs в 2019р.в Україні на 11,3% та 8,4% перевищував аналогічні показники в країнах Східної Європи та у світі в цілому (31769,9; 95% ДІ 28396,1-35,600,2 та 29648,3-36,403,3 відповідно). Співвідношення втрат YLLs та YLDs у регіонах порівняння також відрізнялося у бік зменшення порівняно з Україною питомої ваги безповоротних втрат (в країнах Східної Європи та у світі в цілому частка втрат років життя через передчасну смерть

складала 67%), що є опосередкованим свідченням недостатньої ефективності заходів боротьби з передчасною смертністю в Україні.

З впливом всіх факторів ризику в Україні в 2019р. було пов'язано 52,5% (95% ДІ 49,4-55,6) втрат DALYs, що дещо, але не достовірно, перевищує аналогічні показники у країнах Східної Європи та у світі в цілому (48,0% 95% ДІ 45,5-50,2; та 50,8% 95% ДІ 47,7 53,8 відповідно).

До числа 7 ключових модифікованих факторів ризику, пов'язаних із стандартизованими за віком глобальними втратами років життя, в Україні належать: 1) 4 метаболічних фактори: підвищений артеріальний тиск (атрибутивний ризик - АР 17,3%; 95% ДІ 14,5-20,0); гіперхолестеринемія (АР 11,8%; 95% ДІ 9,6-14,2); високий індекс маси тіла (АР 11,3%; 95% ДІ 7,8-15); високий рівень глюкози в крові (АР 5,6%; 95% ДІ 4,3-7,4) та 2) 3 поведінкових фактори - ризики, пов'язані з харчуванням (АР 14,2%; 95% ДІ 11,7-16,6); куріння (АР 13,7%; 95% ДІ 12,3-15,1); вживання алкоголю (АР 10,7%; 95% ДІ 9,0-12,6), Аналогічний внесок зазначених факторів ризику у формування втрат DALYs виявлено у країнах Східної Європи.

Незважаючи на реалізацію в Україні комплексних заходів, спрямованих на корекцію факторів ризику за допомогою модифікації способу життя (боротьба з курінням, вживанням алкоголю) та фармакотерапії (збільшення доступності ліків для низки неінфекційних захворювань) за 10 років (2009-2019рр.) виявлено зростання впливу на втрати DALYs більшості як метаболічних, так і поведінкових керованих факторів ризику (підвищеного артеріального тиску на 1,2%; високого індексу маси тіла на 4,3%; куріння – на 2,6%; ризиків, пов'язаних з харчуванням, на 0,8%). Вплив інших факторів ризику виявив незначну тенденцію до зменшення (-0,3%; -0,7%), за виключенням вживання алкоголю, вплив якого істотно зменшився на 7,8%.

Основними причинами глобальних втрат є група неінфекційних захворювань (76% втрат DALYs), в якій беззаперечно домінують ішемічна хвороба серця (ІХС) та інсульт – 20,6% та 7,1% втрат від всіх стандартизованих за віком DALYs.

Слід зазначити, що, як свідчать матеріали ВООЗ не всі навіть провідні фактори ризику прямо впливають на розвиток захворювань. В більшості випадків їх дія складається у своєрідний причинно-наслідковий ланцюг, в якому одні фактори виступають у якості безпосередніх причин, інші впливають опосередковано. Так, для ІХС і інсульту підвищений рівень артеріального тиску або високий рівень холестерину крові виступають як безпосередні причини; куріння, надмірне споживання жирів є чинниками, що здійснюють опосередкований вплив. В процесі дослідження виявлено, що в Україні атрибутивний ризик, пов'язаний з підвищеного артеріального тиску, який приписується втратам від ІХС, складає 58,1% (95% ДІ 48,6-67,7); гіперхолестеринемії від ІХС - 51,2 (95% ДІ 42,2-60,4), інсульту 17,2% (95% ДІ 10,1-28,1). Серед опосередкованих причин курінню приписується 30,4% (95% ДІ 27,9- 32,9) втрат від ІХС; 24,3% (95% ДІ 21,8-26,7-) втрат від інсульту; дієтичним ризикам - 55,8% (95% ДІ 45,3 - 63,6) втрат від ІХС; 23,5% (95% ДІ 17,3-30,9) втрат від інсульту відповідно.

Висновки. 1. Рівень втрат років життя через передчасну смерть з поправкою на інвалідність в Україні залишається високим.

2. Вплив більшості провідних керованих факторів ризику на здоров'я впродовж 10 років (2009-2019рр.) демонстрував тенденцію до зростання, що свідчить про недостатню ефективність заходів щодо їх протидії.

3. При визначенні пріоритетних операційних заходів реалізації стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року необхідно спиратися на кількісні доказові дані щодо тягаря хвороб та керованих чинників, які на нього впливають.

Смолюк Н.І., Шульгай А.Г.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

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

Вступ. Вигорання — це довготермінова стресова реакція, що виникає в результаті впливу на людину професійних стресів середньої інтенсивності, супроводжується фізичним, емоційним чи мотиваційним виснаженням, та є певним типом реагування на хронічний професійний стрес. Вигорання формується як стрес-реакція у відповідь на жорсткі виробничі та емоційні вимоги, які впливають з надмірної включеності людини до своєї роботи та зменшення часу на сімейне життя та відпочинок.

Основна частина. Синдром вигорання має складну, багатогранну структуру, що включає наявність компонентів, фаз та груп симптомів. На формування вигорання впливають групи чинників: біосоціальні, особистісні та організаційні. Біосоціальні чинники включають вік, стать, сімейний стан, рівень освіти. Встановлено, що вигорання більше виражене у молодих спеціалістів та осіб старше ніж 50 років. У більшості досліджень відмічено, що більш схильними до вигорання є жінки, внаслідок високих робочих перенавантажень та поєднання професійних обов'язків з домашніми справами і сімейними обов'язками. Щодо сімейного стану, то у неодружених ризик вигорання є більшим. Родина у більшості випадків є ресурсом підтримки та допомоги.

Особистісні характеристики можуть як сприяти розвитку вигорання, так і протидіяти цьому. До особистісних характеристик, пов'язаних з високим ризиком вигорання, належать низька психічна та фізична витривалість, знижена стресостійкість, недостатня комунікативна компетентність, висока конфліктність, занижена самооцінка, тривожність, агресивність, висока емоційна чутливість, пасивні тактики протидії стресу, зміщення відповідальності на ситуацію.

Організаційні чинники, які впливають на розвиток вигорання, включають рівень робочого навантаження, ступінь самостійності та незалежності працівника у своїй діяльності, можливість приймати важливі рішення, стан соціальної підтримки колег та керівництва, стимулювання співпрацівників, залученість до рольових конфліктів (відсутність достатньої інформації

та ресурсу для виконання обов'язків, нечіткість обов'язків, їх нерівномірний розподіл).

Найбільш чітке визначення компонентів професійного вигорання було запропоноване Маслач і Джексон у 1981 році, яке включає три складові: емоційне вигорання, деперсоналізація, та зниження особистих досягнень.

Емоційне виснаження відображає почуття емоційної спустошеності й втоми, що спричинене власною працею.

Деперсоналізація включає дистанціювання та розвиток негативного ставлення до своїх колег і пацієнтів.

Зниження особистих досягнень віддзеркалює самооцінку продуктивності, ефективності, досягнень спеціаліста у професійній діяльності, або виникнення почуття некомпетентності у своїй професійній сфері, усвідомлення відсутності успіху в ній.

Наявність, вираженість та спектр симптомів вигорання залежать від взаємодії специфіки професійної діяльності та персональних особливостей працівника. Психодинаміка процесу вигорання включає взаємодію персональних особливостей працівника та специфіки професійної діяльності, які пов'язані з робочим стресом та адаптивними ресурсами. Спеціалісти з високим адаптаційним ресурсом здатні пристосуватися до високого рівня професійного стресу, тоді як у людей з низьким — вигорання може розвиватися і при незначних професійних труднощах.

Виокремлюють фізичні, емоційні та психічні симптоми вигорання.

До ознак фізичного виснаження належать хронічне відчуття втоми, слабкість, втрата життєвого тону, головний біль напруження, біль у спині, м'язове напруження, порушення сну, гастроінтестинальні та кардіоваскулярні симптоми, сприйнятливості до інфекційних захворювань, підвищена захворюваність та травматизм.

Емоційні симптоми виражені відчуттям пригніченості, тривоги, безпорадності, безнадії, підвищеною напруженістю та конфліктністю у сім'ї, збільшенням частоти та інтенсивності негативних емоцій та зменшенням позитивних.

Психічні прояви включають незадоволення та негативне ставлення до себе, роботи та життя в цілому, поведінку, пов'язану з уникненням роботи (прогули, листки непрацездатності).

Вигорання проходить у декілька фаз, які послідовно переходять одна в одну і пов'язані з фізичними, емоційними та психічними симптоми вигорання.

Перша фаза – фаза напруження, або низький рівень професійного вигорання за Маслач, пов'язана з психотравмуючими компонентами професії і характеризується психоемоційними симптомами, переживаннями травмуючих подій, суб'єктивними відчуттями безвиході, незадоволеністю собою.

Друга фаза – фаза резистенції, або середнього рівня вигорання, характеризується редуцією професійних обов'язків, розширенням сфери економії емоцій, емоційно-моральною дезадаптацією, вибірковим емоційним реагуванням. Фаза резистенції описує шляхи пристосування до робочого стресу, що спрямовані на скорочення обов'язків, які пов'язані з емоційними затратами,

Найважчою є третя фаза – фаза виснаження, або високий рівень вигорання, яка включає емоційний дефіцит, емоційне відчуження, особистісне відчуження (деперсоналізацію), психосоматичні та психовегетативні порушення. Фаза виснаження свідчить про злам психологічної адаптації та виникнення змін у фізичному стані організму людини.

Синдром професійного вигорання часто зустрічається серед медичних працівників, особливо медичних сестер, специфіка роботи яких полягає в постійній взаємодії та спілкуванні з іншими людьми, як в позитивному, так і негативному випадках, коли люди постійно стикаються із стражданнями інших людей і змушені вибудовувати своєрідний бар'єр психологічного захисту від пацієнтів, контролювати власну емпатичність.

Сама професійна діяльність медичних сестер передбачає емоційну насиченість та високий відсоток факторів, що викликають стрес. Емоції, як правило, амбівалентні: задоволення з приводу успішно проведеного лікування, почуття власної значимості, причетності іншим людям, схвалення та повага колег; однак присутні також нажаль, пригнічення через неправильний діагноз або помилку в лікуванні, заздрість до успішних колег, розчарування у професії.

У медсестер, непрацездатність майже в половині випадків пов'язана із стресом. Високий рівень тривоги було виявлено у 41% випадків, клінічно виражена депресія – у 26% випадків.

У звичайних умовах медичні сестри постійно піддаються впливу з боку психотравмуючих обставин - характеру організації праці, психологічного тиску з боку пацієнтів та їх родичів, колег, адміністрації, а особливо даний вплив загострюється в період кризових подій: війни, пандемії, техногенні катастрофи.

Висновки. 1. Професійне вигорання медичних сестер характеризується високою частотою.

2. Для забезпечення високого рівня професійної діяльності, лікувального процесу та збереження здоров'я медичних сестер необхідне детальне вивчення провідних чинників, які впливають на розвиток емоційного вигорання, деперсоналізації та редукцію професійних навиків у медичних сестер, які працюють у закладах охорони здоров'я у період воєнного стану, залучені до лікувального процесу та розробка заходів, направлених на профілактику професійного вигорання.

Данилюк Г.В., Лотоцька О.В, Кучер С.В.

ВПЛИВ ПАНДЕМІЇ COVID-19 НА ЕПІДЕМІЧНУ СИТУАЦІЮ З ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

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

Вступ. В останні 3 роки медики всього світу зіткнулися з глобальною проблемою – пандемією коронавірусної інфекції (COVID-19), яка негативно вплинула на перебіг багатьох хронічних захворювань, у тому числі й на туберкульоз, який впродовж багатьох століть продовжує залишатися актуальною проблемою людства.

Основна частина. За даними ВООЗ, туберкульоз входить у першу десятку провідних причин смерті у світі. Незважаючи на постійну боротьбу з цим захворюванням, до сьогодні у жодній країні світу це захворювання не ліквідоване. Вважається, що приблизно 2 мільярди людей або близько чверті населення світу інфіковано туберкульозними паличками. Більшість з них не є хворими або заразними, але частина з них (5–10 %) має ризик розвитку захворювання у майбутньому при умові зниження імунітету внаслідок різних хвороб, погіршення харчування та умов життя, впливу різних шкідливих звичок (куріння, алкоголь тощо).

В Україні туберкульоз був і залишається найпоширенішою інфекційною хворобою, яка спричиняє найбільше смертей. В зв'язку з цим, в країні з 1995 року було оголошено епідемію туберкульозу яка досягла максимуму у 2005 році. З того часу, незважаючи на деяке покращання, ситуація з туберкульозом в Україні залишалася складною й навіть прогностично несприятливою. Проте в останні роки, за даними Центру громадського здоров'я, спостерігалось зниження темпів захворюваності серед українців. Аналізуючи епідемічну ситуацію з туберкульозу за 2015-2019 рр., встановлено, що в Україні захворюваність на вперше діагностований туберкульоз разом із рецидивами щороку зменшувалася (з 70,5 до 60,1 на 100 тис населення). У 2020 р. цей показник різко зменшився на 29,78 % і становив 42,2 на 100 тис. населення. Це свідчить про те, що практично у всіх регіонах України в цьому році знизився рівень виявлення активного ТБ. У 2021 р. захворюваність на всі клінічні форми туберкульозу (вперше зареєстрованого разом із рецидивами) зменшилася ще на 4,27 %, і в порівнянні з 2019 р. показник становив – 36,59 % (44,0 проти 60,1 на 100 тис. населення). За 2022 р. кількість випадків уперше зареєстрованих захворювань на туберкульоз, включно з його рецидивами, почала зростати і становила 45,1 на 100 тис. населення, що на 2,5% більше показника 2021 року.

Подібна динаміка відмічалася й в інших країнах світу. До початку пандемії COVID-19 у багатьох країнах спостерігався стійкий прогрес у боротьбі з туберкульозом. У період з 2011 по 2020 рр. рівень захворюваності на туберкульоз знижувався в середньому на 5,2 % на рік. За 2015–2020 рр. цей показник зменшився на 25 %. Але з початком пандемії COVID-19 в 2020 р. зменшилася кількості нових випадків туберкульозу на 18 % – з 7,1 млн у 2019 році до 5,8 млн у 2020 році. За оцінками ВООЗ, близько 4,1 млн людей з туберкульозом втратили доступ до лікування або офіційно не були зареєстровані в медичних закладах. У 2019 році цей показник становив 2,9 млн.

Дані, зібрані у 2020 р. з більш ніж 200 країн, продемонстрували значне скорочення повідомлень про випадки туберкульозу, причому зниження на 25-30 % були зафіксовано в 3 країнах із високим рівнем захворюваності – Індії, Індонезії, Філіппінах – порівняно з тим же 6-місячним періодом у 2019 р. Згідно з Доповіддю ВООЗ про глобальну боротьбу з туберкульозом у 2021 р., внаслідок пандемії COVID-19 вперше за понад десять років показники смертності від туберкульозу суттєво зросли, що серйозно підірвало успіхи, досягнуті у боротьбі з цим захворюванням у всьому світі.

Таке зменшення захворюваності на туберкульоз у період пандемії COVID-19 свідчить не про зменшення хворих, а про погіршення діагностики, зменшення відвідування сімейних лікарів, обмежений доступ до ліків, закриття

протитуберкульозних закладів і лабораторій, відсутність контролю за хворими внаслідок перерозподілу людських, фінансових та інших ресурсів з діагностики та лікування туберкульозу на діагностику та лікування COVID-19.

Думки науковців стосовно впливу COVID-19 на епідемію туберкульозу в світі розділилися. Низка вчених доводять, що пандемія COVID-19 в наступні роки призведе до збільшення захворюваності на туберкульоз, причому, це будуть запущені випадки з різними ускладненнями, до зростання частоти поєднаних форм та до збільшення смертності від туберкульозу у всьому світі щонайменше на 20 % протягом наступних 5 років. Однак інші автори не вважають значним вплив COVID-19 на ситуацію з туберкульозу та його клініко-епідеміологічні особливості.

На користь першої групи науковців свідчать приклади з історії, які доводять, що вже неодноразово пандемії вірусних інфекцій, таких як ВІЛ, Ебола та грип, призводили до збільшення тягаря ендемічних захворювань у постпандемічні періоди внаслідок зосередження уваги органів охорони здоров'я на боротьбі з вірусом і відсутністю профілактики стосовно інших захворювань. До прикладу, так було з пандемією іспанського грипу 1918-1920 рр. або грипу H1N1 у 2009 р., які спричинили збільшення кількості випадків туберкульозу. Така сама тенденція має місце і в умовах COVID-19. Крім цього, коронавірус викликає тимчасовий імунодепресивний ефект, що може прискорити активацію латентного ТБ який, за даними ВООЗ, уже уражує чверть населення світу.

Висновки. 5 травня 2022 р. ВООЗ оголосила про закінчення пандемії COVID-19, яка стала для всіх жителів планети важким випробуванням. І не лише в частині готовності людства боротися з новим вірусом, а й в можливості продовжувати протистояння іншим тяжким хворобам, зокрема, туберкульозу.

Петрик Н.С., Федорів О.Є., Конач О.Є., Крицька Г.А., Мельник Н.А.

ВПЛИВ ГАДЖЕТІВ НА ЗІР ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

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

Вступ. Усім відомо, що сучасні гаджети мають негативний вплив на очі. Крім того, що зір природно погіршується при частому використанні гаджетів протягом довгого часу, спостерігаються ще й постійна сухість очей, їх почервоніння, відчуття пелени перед очима, іноді навіть головні болі. Вплив гаджетів на дитину особливо згубний, так як на думку лікарів зір у дошкільнят та дітей шкільного віку, наприклад, сідає неймовірно швидко, а ось відновлюється цілком складно. І тому багато людей втрачають зір в тій чи іншій мірі саме в дитячому віці.

Основна частина. Нами було проведено опитування про вплив гаджетів на зір 80 школярів середнього та старшого підліткового віку 11-17 років (з них 43 дівчини та 37 хлопців) Кам'янківської ЗОШ І-ІІІ ступенів Тернопільського району Тернопільської області.

В результаті дослідження ми з'ясували, що майже 40 % дітей та підлітків

вважають, що очі виснажуються через берперервну роботу у телефоні, 37 % – через берперервну роботу у комп'ютері. На запитання «Як вберегти здоров'я очей, не відмовляючись від гаджетів?» майже 60 % опитаних вважають, що потрібно періодично робити вправи для розслаблення очей, 25 % учнів відповіли, що можна продовжувати грати у телефоні, однак зменшити час використання гаджета, і лише 17 % учнів вважають, що гаджети слід використовувати лише при потребі. Майже половина дітей та підлітків відчувають дискомфорт в очах під час їх втоми, у 31 % опитаних відповіли, що помічають почервоніння очей та 21 % учнів відчувають напругу очей під час їх втоми. 81 % опитаних вважають, що коли виникають проблеми з очима, то в першу чергу треба сказати це вчителям та батькам, 19 % учнів вважають, що одразу треба звернутися до лікаря.

Висновки. Таким чином, великий відсоток учнів відчувають негативний вплив гаджетів на зір. У них виникає дискомфорт в очах, почервоніння та втома очей. Однак учні не готові відмовитися від гаджетів заради збереження зору, натомість вважають, що достатньо лише зменшити час їх використання.

Гуцук І.В.¹, Бабієнко В.В.², Мокієнко А.В.¹

ВОДА І ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я: НОВІ ВИКЛИКИ НА ТЛІ СТАРИХ ПРОБЛЕМ

¹Національний університет «Острозька академія», м. Острог, Рівненська область, Україна,

²Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Вступ. Як показує аналіз даних літератури та досвід авторів, в Україні проблеми якості води, яку однієї із вирішальних детермінант громадського здоров'я, не тільки не вирішуються, але й поглиблюються. Деяким міркуванням з огляду на воєнний стан країни присвячена дана робота.

Основна частина. Закон України від 06.09.2022 р. № 2573 «Про систему громадського здоров'я» набув чинності 1 жовтня минулого року. Введення його в дію відбудеться 1 жовтня поточного 2023 р. Про воду зазначено у статті 26 «Медико-санітарні вимоги щодо безпечності для здоров'я і життя людини водних об'єктів та питної води» із 4 пунктів, яких вкрай замало, зважаючи на гостроту проблеми

Закон України «Про питну воду, питне водопостачання та водовідведення» за час свого існування (із 2002 року) отримав 19 змін. Зміни передбачають змінювання. Воно відсутнє. Точніше із тенденцією до погіршення всього стосовно води: від провалених у свердловину насосів (внаслідок зношеності іржавих кріплень) в одному містечку до ротавірусної (гіпотетично) інфекції у населення в іншому населеному пункті. Причина лежить на поверхні. Води, в даному випадку каламутної і недоброякісної.

Перш за все слід визнати, що проблеми води досі вирішувалися у площині більш-менш професійної констатації окремих питань без будь-якого окреслення проблеми та шляхів її вирішення.

Що ж стосується декларованих законом «Про систему громадського здоров'я» «наукових досліджень», то в сучасному експерименті це GLP (good laboratory practice), про яку з огляду на вкрай відстале апаратурне забезпечення таких наукових установ годі й сподіватися.

Тобто, в даному законі проблему якості води, як вкрай актуальну детермінанту громадського здоров'я, слід було б принаймні визначити та окреслити хоча б основні вектори її вирішення.

Тут набуває неабиякої актуальності проблема нормування якості води, оскільки це відправна точка контролю будь якого предмету або явища. Цю надзвичайно болючу водну проблему війна ще більше загострила. Слід було сподіватися, що це приверне увагу владних структур до вирішення гостроти проблеми якості води як одного із найважливіших факторів життєзабезпечення. Не можна сказати, що нічого не зроблено. Але результативність цього викликає глибокі сумніви.

Наприклад аналіз ДСанПіН «Гігієнічні нормативи якості води водних об'єктів для задоволення питних, господарсько-побутових та інших потреб населення» показав, що це тавтологія відомих за радянських часів документів, тому докорінно відстає від сучасних європейських вимог. Другий документ, Державні санітарні норми і правила «Показники безпечності та окремі показники якості питної води в умовах воєнного стану та надзвичайних ситуаціях іншого характеру» передбачає у разі застосування зброї масового ураження або підозри щодо її застосування та забруднення питної води проведення досліджень питної води на вміст в ній залишкових концентрацій відповідних забруднюючих речовин за допомогою відповідних засобів розвідки та контролю, які є суто якісними. Як зазначають фахівці з контролю якості води, розширений скринінг, ідентифікація та кількісне визначення цих речовин у різних середовищах потребують облаштування спеціальних лабораторій. Витрати на створення такої лабораторії можна визначити на рівні 25-30 млн євро.

Найгострішою проблемою, яка поглиблюється з кожним роком війни, слід визнати водно-обумовлені інфекції.

Нове розуміння епідеміології та екології нових патогенів, що передаються через питну воду, разом із прогресом у напрямку нового розуміння мікробної екології систем розподілу питної води призводять до формулювання майбутніх вимог до безпечної питної води. Захист водних ресурсів завжди повинен мати найвищий пріоритет, оскільки очищення та дезінфекція ніколи не знищить усіх патогенів із системи розподілу. Зокрема, біоплівки відіграють важливу роль у безпеці питної води, забезпечуючи передбачувані резервуари для потенційних патогенів. Потрібні подальші дослідження, щоб більш детально зрозуміти взаємодію між водними бактеріями та патогенами, зокрема, коли вони живуть близько один до одного в біоплівках, а також фактори, які викликають від'єднання патогенів від біоплівки. Відкриття нових домінуючих видів водних бактерій у багатьох біоплівках питної води є лише початком нової ери досліджень взаємодії патогенів з тими бактеріями, які дійсно актуальні для систем питної води. Відкриття патогенів, які пристосовуються до виживання в оліготрофних умовах і до формування різних фізіологічних стадій (наприклад, VBNC) змушує визнати, що жодна питна вода не може бути гарантовано вільна

від будь-яких патогенів. Таким чином, оцінка ризику для різних «нових» патогенів, заснована на епідеміологічних і мікробних даних, є одним із ключових питань для постачання безпечної питної води.

Глобальний тягар інфекційних хвороб, що передаються через воду, є значним. Повідомлені цифри дуже недооцінюють реальну захворюваність на ці захворювання. Найбільше занепокоєння викликає те, що кишкові віруси, такі як каліцивіруси, і деякі найпростіші агенти, такі як *Cryptosporidium*, є найкращими кандидатами для досягнення найвищих рівнів ендемічної передачі, оскільки вони всюдисущі у воді, призначеній для пиття, і високорезистентні до відповідних факторів навколишнього середовища, включаючи процедури хімічної дезінфекції. Іншими заключними проблемами є підвищені ризики для класичної групи ослаблених суб'єктів (дуже молоді, старі, вагітні та особи з ослабленим імунітетом). Основною вимогою є вжиття спеціальних заходів, спрямованих на зниження ризику інфекційних захворювань, що передаються через воду, у цьому зростаючому контингенті населення.

Аналіз літератури свідчить про величезність та глобальність інфекційних водних захворювань. Повідомлена чисельність лише частково відбиває справжній масштаб проблеми. Особливо це стосується ендемічних захворювань, які широко поширені і в розвинених, і в країнах, що розвиваються. Способи виживання патогенів гарантують, що ніякий підхід до обробки не буде повністю успішним усуненням всіх патогенів з питної води. Однак багаторазові бар'єри та оптимізація обробки можуть допомогти мінімізувати ризики.

Вищезазначене свідчить про гостру необхідність перейти від констатації фактів руйнації як сфери водопостачання, так і системи її санітарно-епідеміологічного контролю, до створення системи поетапного усунення цієї катастрофічної ситуації, яка є однозначною загрозою безпеці країни з точки зору, насамперед, основних засад громадського здоров'я.

Тому, слід вважати за необхідне термінове створення незалежного міжвідомчого, тобто підпорядкованого Прем'єр Міністру України, Центру води, діяльність якого, по-перше, буде ґрунтуватися на відповідному Законі України, по-друге, буде мати максимально можливе фінансування із відповідними статтями бюджету на поточні роки, по-третє, для якого державними інституціями будуть створені всі сприятливі умови для залучення вітчизняних та закордонних інвестицій у цю надважливу сферу економіки.

Висновки.

1. Регламентація якості води передусім передбачає створення відповідного фінансового, технологічного, інформаційно-аналітичного, лабораторно-інструментального, інтелектуального, ментального підґрунтя для випуску чистої питної води.

2. Слід визнати необхідним впровадження інвестиційних програм дослідження якості води.

3. Вода у всіх її проявах є потужною детермінантою здоров'я нації, а якість води є одним із вирішальних чинників формування громадського здоров'я.

Антомонов М.Ю., Соколова М.П., Пашинська С.Л., Скочко Т.П.
СТАН ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ ТА ЙОГО ЗВ'ЯЗОК ІЗ СПОСОБОМ ЖИТТЯ
Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва
Національної академії медичних наук України», м. Київ, Україна

Вступ. Здоров'я молоді – запорука здоров'я населення країни. В Україні робота щодо збереження здоров'я молоді є одним із пріоритетних напрямів, якому держава приділяє велику увагу. Від стану здоров'я людини залежить її працездатність, добробут, інтенсивність і продуктивність праці. Відомо, що на здоров'я людини впливає дія комплексу чинників – а саме: генетично обумовлених чинників, впливу зовнішнього середовища, системи охорони здоров'я і способу життя.

Спосіб життя значуще впливає на здоров'я – чим більше людина дотримується здорового способу життя – тим краще її здоров'я. Під здоровим способом життя розуміють життєдіяльність людини, організовану відповідно до гігієнічних нормативів, раціонального режиму праці, побуту, відпочинку, а також житла, харчування, медичного обслуговування, сприяючих зміцненню адаптаційних можливостей людини, що забезпечують повноцінне виконання соціальних функцій і досягнення активного довголіття. Дотримання здорового способу життя особливо важливе для молоді – саме в молодому віці відбувається формування організму, що впливатиме на подальше життя індивідууму. Тому і необхідно створити для цього процесу найкращі умови, що більшою частиною може бути досягнуто дотриманням здорового способу життя.

Метою роботи було вивчення впливу здорового способу життя на здоров'я молоді.

Основна частина. В межах комплексного вивчення еколого-валеологічної свідомості молоді було проведено дослідження щодо впливу здорового способу життя на здоров'я молоді. В дослідженні прийняло участь 338 осіб, з них жіночої статі – 225 (66,6 %), чоловічої – 113 (33,4 %), що вказує на більшу активність осіб жіночої статі. За віковим інтервалом в групу досліджуваних входили 289 осіб (85,2 %) віком від 15 до 24 років (молодь), також для порівняння була взята група старшого віку в кількості 49 осіб (14,8 %) віком від 25 до 76 років.

Більшість респондентів з тих, хто дотримується здорового способу життя, оцінює свій стан здоров'я як відмінний ($p < 0,001$).

При оцінці свого здоров'я зараз у порівнянні з тим, що було рік тому, респонденти, які дотримуються здорового способу життя, вважають свій стан здоров'я відмінним ($p=0,003$).

На запитання, чи обмежує Вас стан Вашого здоров'я в даний час у виконанні важких фізичних навантажень, більшість опитаних, які дотримуються здорового способу життя, відповіли, що не мають ніяких обмежень при виконанні важкі фізичні навантаження (біг, підняття важкого тощо) ($p=0,002$), піднятті на декілька прольотів ($p < 0,001$), нахилах та вставанні на коліна ($p=0,098$), проходженні відстані більше 1 кілометра ($p=0,08$).

Більшість респондентів з тих, хто дотримується здорового способу життя, відповіли «ні» на запитання, чи бувало за останні чотири тижні, що їхній емоційний стан викликав складності у роботі або звичайній повсякденній діяльності, унаслідок чого: виконали менше, ніж хотіли ($p=0,017$), виконали свою роботу або інші справи не так акуратно, як зазвичай ($p=0,011$).

Опитувані, що дотримуються здорового способу життя, у своїх більшості вважають, що їх фізичний або емоційний стан протягом останніх чотирьох тижнів зовсім не заважав їм проводити час з сім'єю, друзями, сусідами або в колективі ($p=0,039$).

На запитання, як часто протягом останніх чотирьох тижнів респонденти відчували себе бадьорим, більшість опитуваних відповіли, що весь час ($p < 0,001$), не сильно нервували ($p = 0,099$), не відчували себе сильно пригніченим ($p < 0,001$), відчували себе спокійним і умиротвореним ($p = 0,01$), повним сил та енергії ($p < 0,001$), не відчували суму та печалі ($p=0,005$), не відчували себе змученим ($p=0,035$), відчували себе щасливими ($p < 0,001$), не відчували себе втомленим ($p=0,019$).

За останні чотири тижні до опитування фізичний або емоційний стан респондентів, які дотримуються здорового способу життя, не заважали їм активно спілкуватися з людьми ($p = 0,054$).

При відповіді на запитання, наскільки вірно або невірно представляється по відношенню до Вас кожне з нижче наведених тверджень, більшість з тих, хто дотримується здорового способу життя, відповіли, що твердження, що їм здається, що вони більш схильні до захворювань ніж інші, є невірним ($p = 0,068$), невірним є твердження щодо очікування погіршення здоров'я ($p = 0,006$) і вірним є твердження про їх відмінне здоров'я ($p = 0,001$).

Висновки.

1. Особи, які дотримуються здорового способу життя, в більшості оцінюють свій стан здоров'я як відмінний у момент опитування та за рік до нього.

2. Дотримання здорового способу життя сприяє виконанню фізичних навантажень без обмежень.

3. Особи, які дотримуються здорового способу життя, в більшості не мають ускладнень з фізичним та емоційним станом, що дозволяє завжди у повному обсязі виконувати необхідну роботу та спілкуватись у соціумі.

4. Особи, які дотримуються здорового способу життя, вважають, що вони не є більш схильними до захворювань, ніж інші.

В. І. Тріщ, О. З. Децик

СЕКСУАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ЧОЛОВІКІВ І ПОВЕДІНКОВІ ЧИННИКИ РИЗИКУ

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ,
Україна

Вступ. Сексуальне здоров'я є невід'ємною складовою якості життя кожної людини і має вагомий вплив на фізичне та психічне здоров'я окремих осіб, пар і

родин. Проблеми в сексуальному здоров'ї, які виникають у молодому віці, зазвичай знижують працездатність, а отже призводять до соціально-економічних збитків держави, громади та окремих громадян і їх родин.

Метою роботи є проаналізувати особливості поширення поведінкових чинників ризику серед чоловіків із сексуальними розладами.

Основна частина. Провели анкетування 224 чоловіків, у віці від 20 до 70 років, які звернулися за медичною допомогою з приводу сексуальних розладів у заклади охорони здоров'я приватної форми власності Івано-Франківської області і погодились на участь в дослідженні. Для визначення ступеня вираженості сексуальних розладів використовували уніфікований опитувальник МІЕФ – Міжнародний індекс еректильної функції (International index of erectile function – ІІЕФ) та діагностичний тест передчасної еяколяції (PEDT – premature ejaculation diagnostic tool). Вивчення медико-соціальних характеристик та способу життя проводилось на підставі розробленої нами авторської програми.

Більшість опитаних мали еректильну дисфункцію – 139 осіб (62,0%), з них: 41 (29,5%) легкого, 77 (55,4%) середнього і 21 (15,1%) важкого ступеня. Наступним за частотою звернень за спеціалізованою допомогою сексуальним розладом чоловіків була передчасна еяколяція – 48 (21,4%). Значно рідше звертались з приводу гіполібідемії – 28 (12,5%), і дуже рідко – дисоргазмії 9 (4,1%).

Важкість еректильної дисфункції (ЕД) зростала з віком. Основна маса опитаних з її легким ступенем були у віці до 30 років (80,5%). Серед тих, у кого діагностовано середній ступінь еректильної дисфункції, найбільшою уже була питома вага осіб у віці 30-39 років (51,9%), а при важкому ступені – старших 40 років (90,5%).

На інші сексуальні розлади переважно страждали молоді чоловіки до 30 років. Зокрема їх частка серед респондентів з передчасною еякуляцією становила 54,2%, з гіполібідемією – 50,0% і з дисоргазмією – 44,4%.

Більшість опитаних були мешканцями міст (70,5%), з вищою освітою (70,0%) і середнім чи вище середнього рівнем матеріального благополуччя (93,8%).

Попри високий рівень освіти та добробуту, серед респондентів досить поширеними були поведінкові фактори ризику. Так, 62,9% опитаних визнали факт куріння. Слід зазначити, що більше половини з них (56,7%) уже покинули цю шкідливу звичку (можливо у т.ч. і внаслідок проблем із сексуальним здоров'ям), проте решта (43,3%) зазначили, що курять постійно. З тих, хто курять чи курили в минулому, у практично половини (45,5%) тривалість цієї звички понад 5 років і майже така ж їх частка (42,9%) викурюють більше 10 сигарет у день.

Досить поширеним виявилось і вживання алкоголю. Майже 60% (58,5%) опитаних визнали, що вживають його декілька разів на місяць, з них третина (28,2%) – декілька разів на тиждень. При цьому, приблизно також третина респондентів (29,5%) визнали, що їх рівень споживання алкоголю є небезпечним – понад 4 дози за один раз, при відносній нормі (3-4 дози за раз при умові нерегулярного вживання).

Більш ніж десята частина опитаних (13,4%) повідомили, що епізодично вживають (або вживали) наркотичні речовини.

Встановлене значне поширення шкідливих звичок може вказувати, з одного боку, на те, що ці чинники є ризик-факторами виникнення сексуальних розладів. З іншого боку, можливо такі пацієнти таким чином пробують боротися із стресом, внаслідок наявних у них відхилень. Адже 95,5% опитаних зазначили, що стикаються із стресовими ситуаціями, у т. ч. 37,5% постійно перебувають у тривозі, 48,2% повністю незадоволені своїм сексуальним життям.

Разом з тим, тільки 18,8% систематично займаються фізичними вправами, які, як відомо, є найкращими ліками для зняття стресу, решта – або епізодично (41,5%), або не займаються взагалі (39,7%).

Звертає на себе увагу, що тлі встановленого загалом нездорового способу життя, тільки кожен п'ятий опитаний (19,6%) відзначив, що йому з боку лікаря надавались індивідуальні консультації та рекомендації щодо його корекції. З рештою респондентів такі комунікації не проводились взагалі (58,9%) або здійснювались частково (21,4%).

Висновки. Виявлено, що сексуальні розлади переважно зустрічаються в чоловіків молодого працездатного віку (44,4-80,5% опитаних були у віці до 30 років), обтяжуються з часом та супроводжуються високим рівнем тривожності (37,5%) і незадоволеності якістю сексуального життя (48,2%).

Встановлено, що серед чоловіків із сексуальними розладами поширеними є шкідливі звички: куріння (62,9%), зловживання алкоголем (28,2-29,5%), вживання наркотиків (13,4%), на тлі низького рівня систематичного практикування фізичних вправ (18,8%).

Необхідно проводити подальші дослідження для з'ясування, чи встановлені особливості способу життя є чинниками ризику сексуальних розладів чоловіків, чи сурогатними способами боротьби зі стресом, який супроводжує такі розлади.

Показано дефіцит належних фахових консультацій лікарів щодо корекції способу життя у 80,5% опитаних, що доводить необхідність удосконалення профілактичної діяльності закладів охорони здоров'я, в першу чергу первинної медичної допомоги.

Розава Х.Т., Марущак М.І., Криницька І.Я.

АНАЛІЗ ЧАСТОТИ ВИКОРИСТАННЯ МОБІЛЬНИХ ДОДАТКІВ З МЕТОЮ КОНТРОЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА МАСИ ТІЛА ПАЦІЄНТАМИ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я.

Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Вступ. Стратегії мобільного здоров'я використовуються для допомоги в процесі скринінгу АГ серед населення в цілому та в лікуванні пацієнтів з АГ, враховуючи зміну способу життя, прихильність до лікування та глобальне управління факторами ризику. Загалом, в даний час мобільні освітні заходи

можуть переключити фокус догляду та лікування з клініки на повсякденне життя пацієнта. Таке втручання не тільки покращує клінічні результати та навички самоконтролю, але також зменшує витрати, пов'язані зі здоров'ям, і частотою відвідувань пацієнтом клініки. Втручання, що базуються на інформаційно-комунікаційних технологіях, включаючи технологію мобільного здоров'я (mHealth), мають хороший потенціал для сприяння самоконтролю через підтримку зміни поведінки (наприклад, надання інформації, навчання та нагадування).

Метою даного дослідження було проаналізувати частоту використання мобільних додатків з метою контролю артеріального тиску (АТ) та маси тіла серед пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) у віковому аспекті.

Основна частина. У дослідження було включено 192 хворих на АГ, яким провели телефонне опитування з метою аналізу використання мобільних додатків щодо контролю АТ та маси тіла. Усі пацієнти були проінформовані про мету дослідження і дали інформаційну згоду на свою участь у ньому.

Встановлено, що серед пацієнтів з АГ зрілого віку 7,81 % використовували мобільні додатки, що стосуються контролю АТ і 7,03 % - що стосуються надмірної маси тіла, тоді як серед пацієнтів похилого віку використовували мобільні додатки відповідно 15,63 % і 9,38 % хворих. Це вказує на низьку потенційну користь використання мобільних додатків у мобільних телефонів, що ймовірно пов'язано з низькою обізнаністю пацієнтів.

Висновки. Використання мобільних додатків серед пацієнтів з артеріальною гіпертензією зрілого й похилого віку для контролю АТ та маси тіла є низьким та потребує ширшої інформаційної обізнаності.

Пархоменко Л.Ф.¹, Мартинюк Л.П.²

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН РІВНЯ ВІТАМІНУ D3 В КРОВІ КУРЦІВ З ДІАБЕТИЧНОЮ ПОЛІНЕЙРОПАТІЄЮ

¹КНП «Коломийська ЦРЛ» КМР,

²Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Вступ. Вітамін D, як універсальний прогормон, має важливий вплив не лише на гомеостаз кісток, але і на численні фізіологічні функції в організмі людини. Тому вкрай важливим є вивчення факторів, на які можна здійснити вплив з метою профілактики та ефективної ліквідації нестачі вітаміну D3 в організмі. До загальновідомих належать (Поворознюк В.В. та ін., 2019) жіноча стать, ожиріння (ІМТ понад 35 кг/м²), дефіцит маси тіла (ІМТ менше від 18,5 кг/м²), зимова пора року. Стан шкіри відіграє також дуже важливу роль у метаболізмі вітаміну D та забезпеченні ним організму (Janssens та ін., 2010). На якість шкіри впливає ряд внутрішніх і зовнішніх факторів. До внутрішніх належать генетика, гормональні порушення, окремі захворювання (зокрема, цукровий діабет, ниркова недостатність, атомічний дерматит, тощо), стрес, вагітність та інші. Основним із зовнішніх є стан зовнішнього середовища, який включає екстремальні температури, ультрафіолетове випромінювання,

промисловість, яка постійно розсіює тисячі хімічних речовин у повітря, окрім того, значна частина населення піддається впливу тютюнового диму, що може сприяти старінню шкіри і порушенню вироблення шкірою вітаміну D3. Метою дослідження була оцінка рівня вітаміну D3 в крові курців з діабетичною полінейропатією у на тлі цукрового діабету 2-го типу (ЦД).

Основна частина. В дослідження було включено 66 пацієнтів хворих на ЦД 2-го типу та діабетичну полінейропатію, віком від 53 до 77 років (середній вік – 66,56±6,41 років) . Відповідно до визначення поняття «курець», представлено в емпендіумі [https://empendium.com/ua/table/027_1300], а саме, особа, яка курить сигарети щодня, та впродовж життя викурила ≥100 сигарет (5-ти пачок), встановлено, що у дослідженні взяло участь 20 курців, що склало 30,30 % обстежених. Статистичний аналіз отриманих даних проводили з використанням програм MS Excel 2016. Проведено аналіз стану рівня вітаміну D3 у даних осіб залежно від статі та статусу щодо куріння (табл.1).

Таблиця 1.

Статус вітаміну D3 курців в дослідженні залежно від статі

Всього	Хворі з дефіцитом 25(OH)D	Курці	Хворі з недостатністю 25(OH)D	Курці
	абсолютна кількість (%*)	абсолютна кількість (%*)	абсолютна кількість (%*)	абсолютна кількість (%*)
Всього/курці n=66/20	39 (59,09)	15 (22,73)	27 (40,91)	6 (7,58)
Чоловіки/курці n=26/14	18 39,39	10 15,15	8 12,12	4 6,06
Жінки/курці n=40/6	21 31,83	5 7,58	19 28,79	1 1,52

Примітка:* - відсоток вирахований від загальної кількості осіб (n=66).

Окремі автори виявили вагомі докази прискореного старіння шкіри серед курців (López et al., 1995), яке може суттєво зменшити здатність шкіри перетворювати 7-DHC на прехолекальциферол (Holick, 1995). Що стосується тютюнового диму, є адекватні докази, які підкреслюють посилюючу роль куріння у старінні шкіри через активацію матричних металопротеїназ (Holick, 1995; Lahmann et al., 2001). Загалом, оскільки курці більш схильні до старіння шкіри, ймовірно, саме це сприяє порушенню вироблення шкірою вітаміну D3.

Висновки. 1. Дефіцит вітаміну D3 в курців з діабетичною полінейропатією і цукровим діабетом 2-го типу зустрічається частіше, ніж його недостатність, хворі жіночої статі більш схильні до даної проблеми.

2. Просвітницька робота серед населення повинна включати роз'яснення щодо шкоди куріння на стан вітаміну D3 в організмі.

Франчук У.Я., Маланчук Л.М., Маланчин І.М., Мартинюк В.М.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

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

Вступ. Актуальною проблемою сучасного акушерства продовжує залишатися преєклампсія, яка з патогенетичного погляду є мультисистемним патологічним станом. Тяжка преєклампсія є основною причиною материнської та перинатальної захворюваності та смертності. В останні роки однією з тем, що цікавлять лікарів усього світу, в тому числі акушерів-гінекологів, є метаболічні порушення, які є відправною точкою для розвитку ускладнень другої половини вагітності.

Преєклампсія є ускладненням вагітності, для якого властивий глибокий розлад функцій життєво важливих органів та систем майбутньої матері. Найважливіші фактори, що впливають на перебіг вагітності пацієнток з преєклампсією є своєчасна та рання діагностика, а також повна оцінка її тяжкості, яка впливає на подальші стратегії ведення. Саме тому важливим є пошук нових предикторів розвитку виникнення пізнього гестозу.

Основна частина. Під спостереженням перебували 38 вагітних жінок із метаболічним синдромом. У всіх пацієнток діагноз метаболічного синдрому був підтверджений згідно критеріїв, що рекомендуються АТР ІІІ (Adult treatment panel ІІІ). Вік пацієнток коливався від $27 \pm 6,18$ років, що характеризує активний період репродуктивної функції. У структурі гінекологічних захворювань обстежених жінок хронічний аднексит був діагностований у 7,89 %, генітальний герпес у 2,63 %, хламідіоз у 21 %, лейоміома матки у 10,5 % осіб. Перебіг вагітностей ускладнився істміко-цервікальною недостатністю у 5,26 %, дисфункцією плаценти у 31,57 %, маловоддям у 10,5 %, багатоводдям у 36,84 %, преєклампсією у 71 %.

Висновок. Згідно з отриманими даними, встановлено, що у 71 % пацієнток із метаболічним синдромом вагітність ускладнилась преєклампсією, що свідчить про взаємозв'язок даних ускладнень. Необхідно проводити ретельне ведення вагітних із супутнім метаболічним синдромом, використовуючи сучасні предиктори та маркери розвитку преєклампсії, та проводити профілактику ускладнень вагітностей.

Петрик Н.С., Федорів О.Є.

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ГАДЖЕТІВ НА ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

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

Вступ. Усім відомо, що сучасні гаджети мають негативний вплив на очі. Крім того, що зір природно погіршується при частому використанні гаджетів протягом довгого часу, спостерігаються ще й постійна сухість очей, їх почервоніння, відчуття пелени перед очима, іноді навіть головні болі. Вплив

гаджетів на дитину особливо згубний, так як на думку лікарів зір у дошкільнят та дітей шкільного віку, наприклад, сідає неймовірно швидко, а ось відновлюється цілком складно. І тому багато людей втрачають зір в тій чи іншій мірі саме в дитячому віці.

Основна частина. Нами було проведено опитування про вплив гаджетів на зір 80 школярів середнього та старшого підліткового віку 11-17 років (з них 43 дівчини та 37 хлопців) Кам'янківської ЗОШ I-III ступенів Тернопільського району Тернопільської області.

В результаті дослідження ми з'ясували, що майже 40 % дітей та підлітків вважають, що очі виснажуються через берперервну роботу у телефоні, 37 % – через берперервну роботу у комп'ютері. На запитання «Як вберегти здоров'я очей, не відмовляючись від гаджетів?» майже 60 % опитаних вважають, що потрібно періодично робити вправи для розслаблення очей, 25 % учнів відповіли, що можна продовжувати грати у телефоні, однак зменшити час використання гаджета, і лише 17 % учнів вважають, що гаджети слід використовувати лише при потребі. Майже половина дітей та підлітків відчують дискомфорт в очах під час їх втоми, у 31 % опитаних відповіли, що помічають почервоніння очей та 21 % учнів відчують напругу очей під час їх втоми. 81 % опитаних вважають, що коли виникають проблеми з очима, то в першу чергу треба сказати це вчителям та батькам, 19 % учнів вважають, що одразу треба звернутися до лікаря.

Висновки. Таким чином, великий відсоток учнів відчують негативний вплив гаджетів на зір. У них виникає дискомфорт в очах, почервоніння та втома очей. Однак учні не готові відмовитися від гаджетів заради збереження зору, натомість вважають, що достатньо лише зменшити час їх використання.

*Мартинюк В.М., Маланчук Л.М., Маланчин І.М., Франчук У.Я.,
Краснянська Л.О.*

СУЧАСНІ НАПРЯМИ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ

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

Вступ. Здоров'я – це найголовніша цінність не лише окремої людини, а й усього суспільства. Тому організація заходів, спрямованих на своєчасну діагностику та профілактику захворювань органів репродуктивної системи у жінок активного фертильного віку, залишається актуальною медичною та соціальною проблемою, що потребує вирішення на державному рівні.

Основна частина. Під нашим спостереженням знаходилось 102 пацієнтки із внутрішнім генітальним ендометріозом. На етапі проспективного дослідження було встановлено, що середній вік обстежуваних хворих становив від 22 до 44 років, що відповідає найбільш активному періоду репродуктивної функції жінки. Серед обстежених пацієнток із аденоміозом переважали жінки міського населення – 88,0 %, мала місце напружена інтелектуальна праця – 70,0 %. Проаналізувавши спадковий анамнез у найближчих родичів першої

лінії нами було виявлено, що у 73,5 % осіб спостерігався обтяжений гінекологічний анамнез: сімейна форма ендометріозу у 52 (51,0 %), за міомою матки – 8 (7,8 %), пухлинами органів малого тазу у 21 (20,6 %) та за дисгормональними захворюваннями молочних залоз – 64 (62,7). За розрахунками коефіцієнта Odds ratio ризик виникнення генітального ендометріозу у жінок із обтяженим спадковим анамнезом за цією патологією збільшувався у 2,8 раз.

Відповідно до міжнародних рекомендацій «Харчування, фізична активність та профілактика раку: глобальні перспективи», що були підготовлені World Cancer Research Fund та American Institute for Cancer Research, здоровий спосіб життя та раціональне харчування можуть знизити ризик захворюваності на пухлинну патологію до 40 %. Рекомендується обмежити вживання солі та червоного м'яса. Харчування повинно містити велику кількість клітковини, оливкову олію, свіжі овочі та фрукти. Перевагу слід надавати овочам родини хрестоцвітих, які містять індоли, а також рослинам із високим вмістом епігаллокатехінів, що пригнічують канцерогенез та підвищують антиоксидантну дію клітин, збільшуючи антипроліферативну дію.

Висновки. Отже, з метою профілактики захворювань органів репродуктивної системи, жінкам активного фертильного віку необхідно рекомендувати здоровий спосіб життя, підтримку маси тіла, контроль за палінням та вживанням алкоголю, а також зменшення психо-емоційної напруги.

*Марценюк В.П.¹, Сверстюк А.С.², Багрій-Заяць О.А.², Дзядевич С.В.³,
Кучвара О.М.²*

МАТЕМАТИЧНЕ ТА КОМП'ЮТЕРНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ВІДГУКУ ПОТЕНЦІОМЕТРИЧНОГО БІОСЕНСОРА ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ α - ЧАКОНІНУ ТА ЙОГО ТОКСИЧНОСТІ ДЛЯ ЛЮДИНИ

¹Університет в Бельсько-Бялій, Польща,

²Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України, м. Тернопіль, Україна,

³Інститут молекулярної біології та генетики НАН України, Україна

Вступ. Робота присвячена розробці математичної моделі розробленого раніше бутирилхолінестеразного біосенсору на основі іон-селективних польових транзисторах (ІСПТ) для інгібіторного визначення α -чаконіну. Питання є вкрай актуальним, з огляду на те що α -чаконін є дуже цікавим об'єктом з біологічної точки зору завдяки його токсичності та визначення його концентрації у картоплі, як продукті харчування, через які картопля набуває гіркої присмаку. Вимірювання вмісту α -чаконіну в картоплі проводять при виведенні нових сортів зі зниженим його вмістом. Протягом останніх років проводяться наукові дослідження, за результатами яких можна зробити висновок, що від рівня α -чаконіну залежать механізми опірності картоплі до хвороб та дії комах. Серед інших чинників, які впливають на рівень α -чаконіну

та можуть спричиняти суттєве підвищення первинної його концентрації, слід зазначити кліматичні зміни, дію світла, механічні пошкодження під час збирання та зберігання картоплі. Розроблені на сьогодні методи для визначення загального вмісту α -чаконіну базуються на використанні колориметрії, високоефективної рідинної хроматографії, тонкошарової та газової хроматографії, радіоімунологічного аналізу. Перерахованим методам притаманні висока вартість, довготривалість та складність методик підготовки проб. З метою оптимізації та модифікації існуючих методів аналізу шкідливих речовин в картоплі, є доцільним створення простих, дешевих, високочутливих методів визначення α -чаконіну на основі біосенсорів. При цьому, з метою економії часових та сировинних ресурсів (ферментів, субстратів та інгібіторів) доцільним та економічно вигідним є створення і дослідження адекватних математичних моделей біосенсорів для визначення α -чаконіну з можливістю верифікації змодельованого відгуку, а також оцінювання величини похибки, відносно експериментальних даних.

Основна частина. Для виготовлення біоселективної мембрани використовували фермент бутирилхолінестераза (БуХЕ) сироватки крові коня з активністю 13 од. акт/мг фірми Sigma-Aldrich Chemie (Німеччина), сироватковий альбумін бика (БСА, фракція V) (Sigma-Aldrich Chemie, Німеччина), 50% водний розчин глутарового альдегіду (ГА) («ч.д.а.»Sigma-Aldrich Chemie, Німеччина), гліцерол (чистота 99%, Sigma-Aldrich Chemie, Німеччина);

Як субстрат використовували бутирилхолін хлорид (БуХХ, чистота 99%) фірми Sigma-Aldrich Chemie (Німеччина). В якості інгібітора використовувався кристалічний глікоалкалоїд α -чаконін (95 % чистоти), виробництва фірми “Sigma-Aldrich Chemie GmbH” (Steinheim, Germany).

Фосфатний буфер був виготовлений з дигідроортофосфату калію ($\text{KH}_2\text{P}_2\text{O}_4$) (чистота 98.5%, Helicon) та гідроксиду натрію (NaOH) (чистота 99%, Helicon).

Потенціометричні перетворювачі були вироблені в Інституті фізики напівпровідників ім. В. Є. Лашкарьова НАН України. Датчик складається з двох ідентичних пар транзисторів р-канального типу ($\text{SiO}_2/\text{Si}_3\text{N}_4$ -ISFETs), розташованих на монокристалічній кремнієвій підкладці загальною площею 8×8 мм. Один транзистор є робочим електродом, а другий використовується як електрод порівняння. Сенсорні елементи, що використовувались в роботі, демонстрували рН-чутливість приблизно 40 мВ/рН, забезпечуючи тим самим рН-чутливість струму в каналі транзистора приблизно 15-20 мкА/рН. Гранична напруга рН-ПТ складала близько 2,5 В. Виміри проводилися з початкової величини струму в каналі близько 500 мкА, напруга витік-стік складала приблизно 2 В.

Виміри проводилися за допомогою портативного пристрою, розробленого та виготовленого в Інституті фізики напівпровідників ім. В. Є. Лашкарьова НАН. Пристрій працює шляхом вимірювання поверхневого потенціалу на затворі транзистора з використанням вимірювальної схеми з негативним зворотнім зв'язком, що підтримує постійну величину струму в каналі польового транзистора 0,3 мА при постійній напрузі витік-стік близько 2 В. Вихідний сигнал відповідає потенціалу затвора. Інформація від датчиків імпортується в

комп'ютер та обробляється за допомогою програмного забезпечення MSW_32 (Інститут фізики напівпровідників ім. В. Є. Лашкарьова НАН України).

Висновки. Бутирилхолінестеразний (БуХЕ) біосенсор використовують для контролю рівня α -чаконіну, вимірювання вмісту якого має важливе значення щодо оцінки токсичності дуже популярного продукту харчування – картоплі. Для моніторингу α -чаконіну використовують різноманітні оптичні та хімічні методи аналізу, яким притаманні висока вартість, довготривалість і складність методик підготовки дослідних проб. З метою оптимізації та вдосконалення відомих методів аналізу шкідливих речовин у картоплі, доцільним є створення простих, дешевих, високочутливих методів визначення глікоалкалоїдів на основі біосенсорів. Розроблено математичну модель роботи потенціометричного біосенсора на основі бутирилхолінестераза для інгібіторного визначення α -чаконіну. Встановлено аналітичні аспекти інгібування іммобілізованої бутирилхолінестерази α -чаконіном. Використовуючи новий підхід «метод ступеню інгібування», експериментально було встановлено тип інгібування іммобілізованого ензиму при аналізі α -чаконіну. Створена модель описує біохімічні реакції, що відбуваються в мембрані біосенсора під час вимірювання α -чаконіну у вигляді системи диференціальних рівнянь, яка чисельно розв'язана, використовуючи програмне забезпечення Wolfram Mathematica. В якості граничних умов були взяті початкові концентрації ензиму, субстрату та інгібітору, що використовуються в експерименті. Фізичний зміст констант швидкостей формування комплексів був вивчений, ґрунтуючись на цьому були підібрані відповідні константи таким чином, щоб змодельований відгук максимально співпадав із експериментальним відгуком біосенсора. Підібрані константи були використані для моделювання калібрувальної кривої визначення α -чаконіну. Отримані результати чисельного моделювання є особливо актуальними при розробці нових біосенсорів та при роботі із токсичними речовинами. Застосування математичного моделювання для оптимізації аналітичних характеристик біосенсору для визначення α -чаконіну в подальшому дасть змогу звести до мінімуму проведення лабораторних експериментів із токсичними та дороговартністними речовинами для підбору оптимальних концентрацій компонентів.

Козій-Бределєва С.П.¹, Гутор Т.Г.¹, Лесняк О.М.², Костецький М.С.¹

ОСНОВНІ ПРИЧИНИ КУРІННЯ МОЛОДИМИ ЛЮДЬМИ НОВІТНІХ МЕТОДІВ СПОЖИВАННЯ ТЮТЮНОВИХ ВИРОБІВ

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

² Лікарня Святого Пантелеймона КНП «Перше територіальне медичне об'єднання міста Львова», м. Львів, Україні

Вступ. На сьогоднішній день в Україні і в світі спостерігається значна поширеність куріння новітніх методів споживання тютюну. Новітні пристрої куріння завоювали популярність серед молоді завдяки своєму елегантному дизайну, зручній функції, бажаному смаку та якості, можливістю непомітного

використання у місцях, де куріння заборонено. Тютюнові компанії активно просувають електронні сигарети та системи для нагрівання тютюну. Майже щодня з'являються нові продукти альтернативного споживання нікотину, нікотиновмісних речовин або інших рідких ароматизованих хімічних сполук для куріння. Виробники тютюнових виробів заявляють про вікові обмеження на продаж цих пристроїв, але вони є доступними для дітей та підлітків. Відповідно до результатів Глобального опитування молоді щодо вживання тютюну, проведеного за підтримки Всесвітньої організації охорони здоров'я у 2017 році, 18,4% школярів (майже кожен п'ятий) віком 13-15 років є теперішнім споживачем електронних сигарет. Новітні способи споживання тютюну підлітки використовують як стартовий майданчик до початку куріння традиційних сигарет. Згідно із Європейським опитуванням учнів понад 70% підлітків вважають, що куріння електронних сигарет і тютюнових виробів для електричного нагрівання є безпечним для здоров'я або значно безпечнішим, ніж традиційні сигарети.

Основна частина. Значна кількість наукових досліджень присвячені з'ясуванню причин використання молоддю альтернативних методів куріння, таких як електронні сигарети, тютюнові вироби для електричного нагрівання та кальян. Зокрема, Okawa S., Tabuchi T., Miyashiro I. у своєму дослідженні 2020 року серед осіб віком 15-29 років встановили, що основними причинами використання електронних сигарет особами даної вікової категорії є інтерес до фруктових смаків, стильний дизайн, а також вплив друзів, які вже користуються даними пристроями. Найбільш частою причиною початку використання електронних сигарет серед молодих людей незалежно від статусу куріння, як описано в систематичному огляді літератури Kinouani S at al. є цікавість.

Смак та аромат є важливими характеристиками електронних рідин, які сприяють споживанню нікотину в альтернативних формах та підсилюють залежність. Дослідники з США використали збагачені бази даних в п'яти онлайн-магазинах електронних сигарет (вейпів) у 2021 році і класифікували понад 14000 електронних рідин за такими 11 основними категоріями смаку: «фрукти», «десерт/цукерки/солодоці», «кава/чай», «алкоголь», «інші напої», «тютюн», «м'ята/ ментол», «горіхи», «спеції/перець», «інші смаки» та «невизначений аромат». І з'ясували, що найпомітнішим смаком, який продавали в онлайн-магазинах електронних сигарет (вейпів) у 2021 році, були продукти зі смаком фруктів, за якими йшли десерти/цукерки/інші солодоці.

Згідно з дослідженнями Barnett T.E., Lorenzo F.E., Soule E.K., 2017 року для молоді віком 18-23 років зазначили, що куріння кальяну у них асоціюється з розслабленням і соціальним досвідом. Подібні висновки щодо вживання кальяну як способу соціалізації були отримані Nicksic N.E. at al. на основі проведених інтерв'ю з користувачами кальяну віком від 18 до 29 років, які проживають в м. Остін (штат Техас). Згідно даного дослідження лише третина учасників дослідження курила кальян наодинці, а не в компанії інших. В результаті дослідження був підтверджений факт впливу смакових властивостей кальяну при його споживанні: всі учасники використовували ароматизований тютюн при першій спробі куріння кальяну. При цьому фруктові аромати були найбільш популярними як на початку куріння, так і для подальшого поточного

використання. Поширеність куріння електронних сигарет і тютюнових виробів електричного нагрівання (далі – ТВЕН) в Україні починаючи з 2020 року значно зросла. Ці дані взяті з результатів опитувань Київського міжнародного інституту соціології, проведених з 9 до 20 лютого 2019 року та з 28 січня до 20 лютого 2020 року. Було з'ясовано, що частка курців електронних сигарет серед чоловіків за останній рік збільшилась з 3,9% до 6,4%, а серед жінок цей показник зріс з 5,8% до 13,2% відповідно. Курців тютюнових виробів електричного нагрівання (далі – ТВЕН), за останній рік також збільшився – серед чоловіків з 1,5% до 6,1%, а серед жінок – з 3,4% до 10,5%.

У ході нашого дослідження де було проведено анонімне опитування 817 осіб молодого віку (від 18 до 45 років) Львівської області нами було виокремлено поміж 96 респондентів, які вказали, що використовують для куріння електронні сигарети з нікотином (ЕСН) (вейпи) і 93 респонденти, що курять тютюнові вироби для електронного нагрівання (ТВЕНі). Ми отримали наступні результати: серед анкетованих молодих осіб Львівської області основними причинами щодо вживання нікотину у новітніх пристроїв найбільший відсоток курців електронних сигарет з нікотином (ЕСН) $79,17 \pm 4,14\%$ вважають, що тютюнові вироби сприяють зняттю стресу та покращують їх настрій. Половина опитаних курців електронних сигарет з нікотином (ЕСН) $50,00 \pm 5,10\%$ зазначають, що курінню сприяє компанія друзів, колег. $45,83 \pm 5,09\%$ курців електронних сигарет з нікотином (ЕСН) курять за звичкою. Третина анкетованих $29,17 \pm 4,64\%$ зазначають, що курять з нудьги. Водночас $25,00 \pm 4,42\%$ респондентів визнають залежність від тютюну, а $4,17 \pm 2,04\%$ опитуваних курців електронних сигарет з нікотином (ЕСН) вважають, що споживання тютюнових виробів – це легкий спосіб не набирати вагу. $66,67 \pm 4,81\%$ курців електронних сигарет, що поєднують вживання алкоголю та куріння.

Стрес часто фігурує як причина куріння серед анкетованих і як причина неможливості відмови від куріння.

З початком війни громадяни України перебувають у постійному стресі тому $50,00 \pm 5,10\%$ опитуваних курців ЕСН вказали, що з повномасштабним вторгненням росії зросла частота вживання тютюнових виробів.

Відповідно до даних анкетування курці тютюнових виробів для електричного нагрівання (ТВЕНів) вказують в серединному $3,0$ ($2,0; 3,0$) причини, що спонукають їх споживати тютюнові вироби. Найбільший відсоток опитуваних $77,42 \pm 4,34\%$ споживачів ТВЕНів курять для зняття стресу та покращення настрою. Трохи менший відсоток $67,74 \pm 4,85\%$ користувачів ТВЕНів курять за звичкою. Більше половини $54,84 \pm 5,16\%$ опитуваних курять у компанії друзів та колег. Важливо, що $38,71 \pm 5,05\%$ анкетованих визнають, що у них залежність. Четверта частина споживачів ТВЕНів відповідно до отриманих даних $25,81 \pm 4,54\%$ курять з нудьги. Також невеликий відсоток $3,23 \pm 1,83\%$ вважають споживання тютюнових виробів легким способом не набирати вагу.

Висновок. Враховуючи дані міжнародних досліджень і результати нашого опитування основними причинами, що спонукають молоде населення споживати новітні тютюнові вироби - це зняття стресу та покращення настрою. $67,74 \pm 4,85\%$ користувачів ТВЕНів курять за звичкою. Більше половини опитуваних найчастіше курять з огляду на соціальний момент (об'єднання

навколо себе людей). Частина анкетованих визнають, що у них залежність. Також як причини споживання тютюнових виробів вважають легкий спосіб не набирати вагу, цікавість і нудьгу. Серед молоді основними причинами використання електронних сигарет є інтерес до фруктових смаків, стильний дизайн, а також вплив друзів, які вже користуються даними пристроями.

Смірнова В.Л., Шемаєв О.О.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПРОМОЦІЇ ГЛОБАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

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

Вступ. Промоція здоров'я визначається Всесвітньою організацією охорони здоров'я як процес надання людям можливості збільшити контроль за своїм здоров'ям і його детермінантами, таким чином поліпшити його стан. Як оперативна функція громадського здоров'я, промоція здоров'я передбачає заохочення до здорового способу життя, інформаційно-освітню роботу спрямовану на зміцнення здоров'я, профілактику хвороб та інші аспекти здоров'я, створення здорового середовища, сприяння рівності в доступі до збереження та покращення здоров'я.

Основна частина. Аналіз останніх досліджень науковців щодо викликів глобального здоров'я дозволяє визначити наступні найбільш актуальні напрями:

1) Пандемії інфекційних та неінфекційних хвороб, що становлять значну загрозу для глобального здоров'я та несуть потенційний ризик суттєвих демографічних та економічних втрат.

2) Зміни клімату та руйнування екосистем, більшість з яких безпосередньо пов'язані із невпорядкованою та спустошливою діяльністю людства. Вони призводять до погіршення погодних умов та збільшення випадків стихійного лиха, поширення векторних хвороб та збільшення захворюваності, до деградації навколишнього середовища та зменшення якості повітря, води, їжі, що відповідно негативно впливає на рівень громадського здоров'я.

3) Демографічні зміни, пов'язані із складними та шкідливими проявами, а саме, старінням населення та зростанням вимушеної міграції населення, що ставить під загрозу загальний стан здоров'я населення, ускладнює надання своєчасної та якісної медичної допомоги, збільшує ризик захворювань, витрати на соціальні та медичні послуги.

4) Не рівність в доступі до отримання послуг охорони здоров'я та медичної допомоги, в доступі до вакцин та медичних засобів, що створює загрозу глобальному здоров'ю та глобальній стабільності, посилює соціальну нерівність, призводить до втрат життів та збільшення економічного тягаря.

5) Шкідливий вплив сучасних технологій на фізичне та психічне здоров'я, а саме, інформаційне навантаження та підвищений рівень стресу, малорухомий спосіб життя, незбалансоване харчування, що призводять до порушення розвитку молоді та поширюють психічні захворювання.

б) Військові конфлікти та екстремальні умови життя, що створюють ряд серйозних викликів для глобального здоров'я. Серед них: гуманітарні кризи, психологічні травми, поширення інфекційних хвороб, втрати медичних ресурсів, використання зброї масового знищення, демографічні зміни, зростання бідності, зниження економічного розвитку та перешкоди у доступі до освіти.

Для вирішення зазначених викликів глобального здоров'я спільними зусиллями міжнародних та національних організації, науковцями та фахівцями у галузі охорони здоров'я, зокрема громадського здоров'я, можуть бути ефективно застосовані найбільш дієві методи промоція здоров'я. До таких методів слід віднести:

1) Інформаційно-освітній вплив на суспільство, групова консультативно-роз'яснювальна допомога з активним використанням мобільних додатків, цифрових та дистанційних технологій, щодо здорового способу життя, профілактики захворювань та інших аспектів зміцнення здоров'я.

2) Сприяння впровадженню законодавчих норм, інших нормативних актів та загальнодержавних політик, щодо контролю та профілактики захворювань, збереження екології та дотримання санітарно-гігієнічних правил, як на індивідуальному, так і на національному та міжнародному рівнях.

3) Залучення громадськості до участі в ініціативах та програмах промоції здоров'я, оздоровчо-профілактичних заходах, спрямованих на впровадження здорових навичок з рухової активності, з правильного та збалансованого харчування, з покращення психічного та духовного здоров'я, з активного старіння, з поширення соціальної підтримки, з безпеки на дорогах, вдома та на роботі.

4) Проведення моніторингу стану громадського здоров'я, а також якості та ефективності надання промоційних послуг щодо зміцнення та покращення здоров'я.

5) Розвиток міжнародних гуманітарних програм, міжнародної співпраці для протидії впливам військових конфліктів та екстремальних умов життя на здоров'я населення.

Висновки. Таким чином, пріоритетного значення набуває розробка стратегій та впровадження ефективних практик промоції глобального здоров'я.

Новосад А.І.

ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ У ХОДІ НАВЧАННЯ У ВИШІ

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

Вступ. Проблема здоров'я студентської молоді та його зміни в ході тривалого освітнього процесу хвилює медиків та викладачів чи не з появи першого у світі університету. Зміна стереотипу життя «школа – ВНЗ», переїзд в інше місто, зміна умов проживання та харчування, напружена розумова діяльність, гіподинамія, хронічний стрес – це окремі з багатьох чинників, які

визначають здоров'я студентів у ході освітньої діяльності. Разом з тим, компетентнісний підхід в сучасній вищій освіті на одне із ключових місць ставить здатність зберегти власне здоров'я в ході виконання трудових функцій, оскільки втрата здоров'я негативно відбивається як на професійній діяльності, так і на здатності соціалізуватися майбутнього працівника. Цю компетенцію розвивають та виховують ще зі студентських років як на прикладі здорового способу життя самих наставників, так і шляхом розгортання мережі тренувальних залів, кабінетів психологічної підтримки та ін.

Навчання в медичному виші є чи не найтривалішим. Останніми роками на тлі епідемії COVID 19, початку широкомасштабної війни України з московією це питання перестало бути одним з першочергових. З іншого боку такі суспільні потрясіння не могли не позначитися на рівні здоров'я студентської молоді.

Мета роботи – оцінити динаміку рівня захворюваності студентів медичного факультету в динаміці навчання у ЗВО «Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України» (ТНМУ).

Основна частина. Для реалізації поставленої мети були проаналізовані річні звіти медичного пункту ТНМУ з 2015 по 2022 роки, які охопили 8400 вітчизняних студентів медичного факультету. До уваги брали кількість випадків гострих захворювань студентів окремо 1-го, 3-го та 6-го років навчання, які охоплюють момент вступу до вишу, середину терміну та останній рік навчання (на основі кількості виданих довідок медпунктом про тимчасову непрацездатність). Враховуючи, що на кожному курсі в середньому навчається близько 350 студентів, то абсолютні показники захворюваності відповідали їх відносним величинам.

Дослідження показали чітку відмінність у захворюваності студентів ТНМУ до епідемії COVID 19 та після її початку. Протягом 2015-2019 рр. кількість випадків захворювань серед студентів 1-го року навчання становило $(47,2 \pm 9,6)$ випадків на рік, 3-го року навчання – $(117,4 \pm 12,7)$ випадків на рік, 6-го року навчання – $(83,0 \pm 13,0)$ випадків на рік. В період з 2020 по 2022 рр ці показники склали відповідно на 1-му році навчання – $(20,3 \pm 3,3)$ випадки на рік, 3-му році навчання – $(36,0 \pm 0,6)$ випадків на рік, на 6-му році навчання – $(54,3 \pm 2,0)$ випадків на рік. Якщо у 2015-2019 рр. серед причин видачі довідок про тимчасову непрацездатність домінувало ГРВІ, то в період з 2020 по 2022 рр. крім ГРВІ у студентів почали констатувати вегето-судинну дистонію.

Отримані результати свідчать про те, що як у доковідний, так і ковідний періоди кількість випадків гострих захворювань у студентів 1-го року навчання є суттєво меншою, ніж у студентів наступних років навчання, що в цілому вказує на негативний вплив навчання на здоров'я студентів і відповідає даним багатьох авторів, які досліджували цю проблему. Основною причиною суттєвого зменшення звертань студентів за довідками про непрацездатність в ковідний період, очевидно, стала дистанційна форма навчання, яка дозволяла більшості хворих студентів брати участь у навчальному процесі. У доковідний період видно чітку закономірність зростання максимальної захворюваності на 3-му році навчання та її зниження до 6-го року, у той час як у ковідний період

захворюваність зростала від студентів 1-го року навчання до студентів 6-го року навчання. У першому випадку хвилеподібна захворюваність студентів, ймовірно, вказує на розвиток адаптаційних реакцій організму, яка настає на 6-му році навчання, що, очевидно, пов'язано зі зменшенням навчального навантаження і супроводжується підвищенням резистентності до етіологічних чинників ГРВІ. У ковідний період чітко прослідковується залежність, яка полягає у зниженні загальної резистентності організму в ході навчального процесу, що, ймовірно, виникає на рівні імунітету та психологічного статусу студентів. Можна припустити, що тригером в цій ситуації послужив вплив перенесеного COVID 19, стрес через страх захворіти цією недугою та стрес, пов'язаний з початком війни в Україні.

Висновки. 1. У захворюваності студентів медичного факультету ТНМУ за кількістю виданих довідок про непрацездатність прослідковується чітка відмінність, яка полягає в більшій захворюваності в доковідний період і меншій в ковідний.

2. У доковідний і ковідний період захворюваність найменша серед студентів 1-го року навчання.

3. У доковідний період максимальну захворюваність спостерігають серед студентів 3-го року навчання та її зниження до 6-го року навчання, переважає діагноз ГРВІ. Серед студентів 6-го року навчання захворюваність перевищує студентів 1-го року навчання в 1,76 раза.

4. У ковідний період захворюваність поступово зростає від студентів 1-го року навчання до студентів 6-го року навчання. Серед студентів 6-го року навчання захворюваність перевищує студентів 1-го року навчання в 2,67 раза. Серед діагнозів попри ГРВІ зростає частка хворих на вегетосудинну дистонію.

Савчук Р. М., Юрчишин О. Я.

ГЛОБАЛЬНІ ВИКЛИКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я - АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ. ПІДХОДИ ДО ПОДОЛАННЯ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ В СТАЦІОНАРАХ.

ДУ «Івано-Франківський обласний центр контролю та профілактики хвороб
Міністерства охорони здоров'я України» м. Івано-Франківськ, Україна

Вступ. За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, швидке зростання стійкості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів загрожує підірвати основи охорони здоров'я, зроблені медичною наукою протягом останніх 50 років. У 2011 році ВООЗ визначила антибіотикорезистентність однією з головних проблем охорони здоров'я. Можливість ефективного застосування антимікробних препаратів у практиці обмежується розвитком резистентності мікроорганізмів до більшості сучасних антибактеріальних препаратів. Це пов'язано з широким і безконтрольним використанням антибіотиків в Україні протягом багатьох років, звичайно зупинити цей процес неможливо, однак можна вжити комплексу заходів для стримування розвитку резистентності. Досвід Європейських країн показує, що контроль за використанням антибіотиків дозволив зменшити масштаби поширення

резистентних штамів у медичних закладах. Цього було досягнуто завдяки створенню програм з профілактики інфекцій та служби інфекційного контролю в клініках.

Основна частина. В Україні у 2021 році Міністерством охорони здоров'я було запроваджено наказ №1614 "Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/ соціального захисту населення", що поклав початок реформуванню політики раціонального використання антибактеріальних препаратів та формування культури безпеки пацієнта в стаціонарі. Положеннями наказу затверджено процеси свідомого та обґрунтованого призначення антибактеріальних препаратів для лікування пацієнтів та проведення моніторингу вжитих заходів для покращення безпеки пацієнта та стримування збільшення резистентних штамів мікроорганізмів. Наступним вагомим кроком у боротьбі з антибіотикорезистентністю стало затвердження стандартів медичної допомоги «Раціональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою» та «Парентеральна периопераційна антибіотикопрофілактика».

Основна проблема сучасної антибіотикотерапії полягає у швидких темпах розвитку резистентності мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів. У більшості випадків госпіталізації хворого в стаціонарі стартова антибіотикотерапія є емпіричною та призначається на основі клінічних патогномонічних ознак інфекційного процесу. Інфікування пацієнтів в умовах стаціонару насамперед зумовлено внутрішньолікарняною грамнегативною флорою (*Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella*, *Acinetobacter*, *Enterobacter*). Одним з поширених шляхів розвитку стійкості до антибактеріальних препаратів є утворення бактеріальних плівок, які здатні формуватися як на біотичних так і на абіотичних поверхнях. Біоплівочні форми бактерій здатні збільшувати резистентність до усіх груп антибіотиків, а також синтетичних протимікробних речовин в незалежності від їх механізму дії. Стійкі бактерії здатні захищати чутливі від впливу антибактеріальних препаратів, синтезуючи та розповсюджуючи речовини-інактиватори антибактеріальних препаратів та обмінюються власними генами резистентності з іншими мікроорганізмами. Такий широкий спектр резистентності у значної варіації бактерій може пояснюватись тільки наявністю декількох механізмів розвитку стійкості, які доповнюють одне одного під час існування біоплівки. За даними Центру з контролю та профілактики захворювань (США) близько 70% інфекцій, набутих у стаціонарі, стійкі до одного антибактеріального препарату і до 40 % інфекцій стійкі одразу до трьох антибактеріальних препаратів. З огляду на це для оптимального лікування пацієнтів необхідно обирати препарати, що здатні проникати всередину біоплівки.

Безсумнівно, що неправильне використання антибіотикотерапії – одна з передумов розвитку антибіотикорезистентності. Феномен резистентності бактерій до антибактеріальних препаратів у наш час розглядається як природний процес адаптації до несприятливих чинників. Ще задовго до впровадження в широку практику антибактеріальних препаратів для лікування інфекційних хвороб мікроорганізми розвинули механізми стійкості до

антибактеріальних препаратів, які вироблялись іншими організмами навколо них або ними самими. Мікроорганізми ще у доантибіотичну еру володіли плазмідами стійкості та здатні були переносити генетичні елементи при кон'югації. Розвиток механізмів антибіотикорезистентності у таких плазмідах та їхнє поширення активно відбувалося впродовж останніх 70 років.

Неконтрольоване використання цефалоспоринів III покоління та фторхінолонів, часте поєднання цих груп препаратів, низький комплаєнс лікарів, щодо призначення парентеральних форм захищених амінопеніцилінів призвів до розвитку антибіотикорезистентності. Головною причиною змін мікробного пейзажу в стаціонарах є формування поліантибіотикорезистентності на тлі широкого використання антибактеріальних препаратів. В той час, як всебічний огляд інструкцій по застосуванню антибактеріальних препаратів виходить за межі рекомендацій, рекомендації щодо контролю за розповсюдженням мультирезистентних мікроорганізмів (МРМ) повинні містити в собі положення стосовно раціонального використання антибіотиків. Найпростіша форма спостереження за МРМ - моніторинг клінічних мікробіологічних ізолятів, одержаних в результаті досліджень, що є частиною рутинного нагляду за пацієнтами в стаціонарі. Такий підхід надзвичайно корисний для виявлення нових МРМ. Отримана інформація може використовуватися для підготовки звітів стосовно чутливості до дії антибактеріальних препаратів в масштабах закладу. Такі звіти корисні для моніторингу змін у відомих схемах резистентності та можуть бути ознакою появи або передачі певних МРМ, а також надавати інформацію на основі якої визначатиметься схема емпіричної антибіотикотерапії. Це дозволить сформулювати комулятивні антибіотикограми відділень та закладів в цілому та дозволить призначити антибактеріальну терапію, що відповідає чутливості циркулюючих мікроорганізмів. Розвиток стійкості до антибактеріальних препаратів прискорюється не тільки через їх нераціональне використання, а й через прогалини в організації заходів із профілактики інфекцій та інфекційного контролю. Тут головну роль відіграють клінічні фармацевти та епідеміологи. За результатами проведеного клініко-епідеміологічного аудиту вони повинні реагувати на повідомлення медичних працівників про виявленні випадки інфекційних хвороб, викликаних стійкими до антибактеріальних препаратів мікроорганізмами.

Основними факторами, що сприяють виникненню інфекцій при наданні медичної допомоги є:

- перевантаженість відділень;
- недотримання відстані між ліжками;
- тривале, часто необґрунтоване перебування на лікарняному ліжку;
- тривале застосування катетерів, зондів, інших інвазивних пристроїв;
- нераціональне застосування антибіотиків.

Тому важливо раціонально використовувати антибактеріальні препарати та запроваджувати в межах закладу комплексну програму нагляду за їх застосуванням. Не менш вагомими є:

- неправильний вибір антибактеріального препарату;
- недотримання ефективних доз, тривалості курсу лікування;

- низький рівень обізнаності у мікробіологічних методах досліджень та помилки в інтерпретації результатів досліджень.

Висновки. Резистентність мікроорганізмів невинно зростає і розуміння механізмів цього феномену є запорукою його успішного подолання. Рациональний вибір антибактеріального препарату для лікування пацієнта передбачає урахування резистентності збудника, а також характеристик препарату. Головною метою лікаря має бути не тільки ефективне, але й безпечне лікування кожного пацієнта. З метою запобігання розвитку і поширенню антибіотикорезистентності необхідно:

- призначати антибактеріальний препарат лише за наявності відповідних показань;
- обирати адекватний клінічній ситуації антибактеріальний препарат;
- використовувати можливості мікробіологічної лабораторії;
- при емпіричному призначенні антибактеріальних препаратів брати до уваги тенденції антибіотикорезистентності в закладі;
- дотримуватись практичних рекомендацій щодо лікування інфекційних захворювань, заснованих на даних доказової медицини;
- комбінувати антибактеріальні препарати лише за необхідності.

Слободян Н.О., Мулик Т.О.

АНАЛІЗ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ РІВНЕМ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ ТА СТАНОМ ЙОГО ЗДОРОВ'Я

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

Вступ. Взаємозв'язок між рівнем життя населення та станом його здоров'я є дуже важливою та актуальною темою для багатьох наукових, медичних, економічних та соціологічних досліджень. Ця тема передбачає дослідження та аналіз того, як умови життя та соціально-економічний статус населення впливають на їхнє фізичне і психічне здоров'я. Основні аспекти цієї теми включають:

- економічні фактори та здоров'я. Дослідження включають вивчення впливу доходів, рівня безробіття, доступності медичних послуг і медичного страхування на стан здоров'я населення.
- соціальні чинники: Соціальні детермінанти, такі як освіта, житлові умови, доступ до освіти, безпека та наявність соціальних мереж, також мають важливий вплив на здоров'я.
- здоров'я та дієтологія: Дієта та стиль життя можуть бути суттєвими чинниками в збереженні або погіршенні стану здоров'я.
- стрес та психосоціальний стан: Стрес, депресія та психічні проблеми також впливають на стан здоров'я та можуть бути пов'язані з умовами життя.

- доступ до медичної допомоги: Доступність медичних послуг та якість медичного обслуговування є ключовими чинниками в підтримці та поліпшенні стану здоров'я населення.

Основна частина. Рівень життя населення має величезний вплив на якість життя. Якість життя визначається не лише матеріальними показниками, але і різними аспектами, такими як фізичне і психічне здоров'я, доступ до освіти, культурні можливості, безпека та соціальна підтримка.

Якість життя стосується того, як люди суб'єктивно оцінюють власне благополуччя та свою здатність виконувати фізичні, психологічні та соціальні функції. Оскільки якість життя є індикатором здоров'я та рівня життя, концепція та значення якості життя були визначені різними способами через різні цілі та цілі дослідження. якість життя є багатовимірною концепцією, яка може повністю відображати загальний стан здоров'я людини шляхом вимірювання чотирьох вимірів: фізичне здоров'я, фізіологічне здоров'я, соціальне здоров'я та психічне здоров'я. Нині якість життя розглядається як важливий результат охорони здоров'я та все частіше використовується як комплексний показник здоров'я населення.

Ось деякі способи, якими рівень життя впливає на якість життя, а , отже, і на здоров'я. Рівень доходу та економічна стабільність можуть суттєво впливати на якість життя. Люди з вищим рівнем доходу мають зазвичай доступ до кращої медичної допомоги, освіти, а також можуть собі дозволити здоровий спосіб життя, включаючи здорове харчування та фізичну активність.

Якість та доступність медичних послуг мають велике значення для стану здоров'я населення. Країни з розвинутими системами охорони здоров'я, як правило, забезпечують кращий стан здоров'я своїх громадян.

Здоров'я населення також залежить від рівня освіти. Вищий рівень освіти може сприяти кращому розумінню важливості здорового способу життя та допомогти уникати шкідливих звичок.

Існування зручних умов для життя, таких як чиста вода, санітарія, доступ до житла, безпека та інші аспекти соціальної інфраструктури, можуть позитивно впливати на стан здоров'я населення.

Індивідуальний спосіб життя, такий як харчування, фізична активність, вживання алкоголю та вживання наркотиків, мають велике значення для здоров'я. Стрес та психосоціальні фактори можуть суттєво впливати на стан здоров'я. Наприклад, високий рівень стресу може призвести до погіршення фізичного та психічного здоров'я.

Висновки. Дослідження взаємозв'язку між рівнем життя та здоров'ям може сприяти розробці політики та стратегій для покращення якості життя та здоров'я громадян. Ця тема дозволяє визначити проблеми та нерівності у суспільстві та виявити можливі шляхи їх вирішення.

ОСНОВНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я БІЖЕНЦІВ ТА ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

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

Вступ. В умовах військового конфлікту виникає такий соціальний феномен як біженство та переселення: люди часто змушені залишати свої будинки, свій сталий звичний спосіб життя та бігти у пошуках безпеки. Це може бути надзвичайно важким періодом для них, під час якого вони стикаються з безліччю викликів як фізичних, так і психологічних.

Основна частина. Здоров'я біженців та внутрішньо переміщених осіб є складною та багатоаспектною проблемою, і його стан визначається різними факторами.

1. Соціальні умови та економічний статус: Біженці та внутрішньо переміщені особи часто знаходяться в складних економічних та соціальних умовах, що може впливати на їхнє здоров'я.

2. Причина переселення: Причина переселення, така як війна, конфлікт, насильство або природні катастрофи, може мати серйозний вплив на фізичне і психічне здоров'я біженців.

3. Доступ до медичної допомоги: Доступ до медичних послуг і лікарського обслуговування може бути обмеженим для біженців і внутрішньо переміщених осіб через різні причини, такі як фінансова недостатність, бар'єри у мові або відсутність інфраструктури.

4. Стан ментального здоров'я: Травми, стрес і втрати, пов'язані з переселенням, можуть призвести до проблем з ментальним здоров'ям, таким як посттравматичний стресовий розлад, депресія і тривожність.

5. Умови проживання: Умови в гуртожитках або таборах для біженців можуть бути несприятливими для здоров'я через перенаселеність, відсутність гігієнічних умов, обмежений доступ до чистої води та санітаріїв.

6. Доступ до освіти і інформації: Недостатній доступ до освіти та інформації про здоров'я може ускладнити зусилля щодо самозахисту та підтримки здоров'я.

7. Юридичний статус і правовий захист: Наявність або відсутність юридичного статусу і захисту може впливати на доступ до послуг охорони здоров'я та інші аспекти життя біженців і внутрішньо переміщених осіб.

8. Соціокультурні фактори: Культурні різниці та стереотипи можуть мати вплив на сприйняття медичних послуг і підходи до лікування.

Висновки. Здоров'я біженців і внутрішньо переміщених осіб - це складна проблема, і підходи до її розв'язання повинні бути комплексними та урахувати всі ці детермінанти.

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

Власик Л.Й.

ОСОБЛИВОСТІ ВИВЧЕННЯ ВИКЛИКІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЗОКРЕМА ЩОДО ВПЛИВУ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ В ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Вступ. Повномасштабне вторгнення росії на територію України спричинило не просто небезпеку, створену людиною подібно природним катаклізмам, а серйозну катастрофу, яка вплинула на медичне забезпечення, психічне здоров'я, сталість повсякденного життя людей [Patel and Erickson, 2022]. Події, що загрожують життю викликають гострі стресові порушення, які мають пролонговану дію. Катастрофи стають предметом вивчення багатьох науковців. Російсько-українська війна як геополітична подія вражає кількістю постраждалого цивільного населення, знищенням інфраструктури у т.ч. закладів охорони здоров'я, масштабною міграцією та людськими втратами. Для системи громадського здоров'я важливо правильно оцінити особливості викликів для різних груп населення на окремих територіях. Підходи до вивчення впливу війни на здоров'я людини мають низку особливостей.

Основна частина. Смерть унаслідок воєн – це лише «верхівка айсбергу». Інші наслідки, окрім смерті, недостатньо задокументовані [Murthy, Lakshminarayana, 2006]. Вивчення збройних військових конфліктів та їх впливу на психічне здоров'я ветеранів веде свій початок від війни у В'єтнамі. Досвід війни був найбільш репрезентативною подією у виникненні посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Проте воєнний стан, тим більше на прифронтових територіях є екстремальною подією, небезпечною для дослідників. Під час пандемії COVID-19 були добре відпрацьовані інформаційно-комунікаційні технології у реагуванні на катастрофи. Цей метод використовується і для вивчення викликів російсько-української війни [Fuji et al., 2021]. Найбільш прийнятними методами вивчення викликів окремих груп населення є онлайн опитування та дослідження з використанням служб соціальних мереж за ключовими словами. Обмеженнями таких досліджень є ситуації, в яких відсутні мережа Інтернет, засоби користування нею, людина відсутня у соціальних мережах. Труднощі можуть виникати з опитуванням осіб старшого віку, які не полишають свої домівки у небезпечних для проживання районах.

Вимірювання шкоди фізичному та психічному здоров'ю в Україні було б доречним для планування медичної допомоги у післявоєнний період. Важливо враховувати гендерні особливості поведінки людей у кризових ситуаціях, адже у багатьох сучасних суспільствах вираження емоцій розглядається як прояв слабкості, що призводить до зменшення готовності чоловіків звертатися за медичною допомогою щодо проблем психічного здоров'я. Жінки мають підвищену вразливість до психологічних наслідків війни. Є докази високої кореляції між стражданнями матерів і дітей під час війни. Проте визнається

стійкість жінок до стресу та його роль у підтримці їхніх сімей. Іншими вразливими групами є діти, люди похилого віку та особи з інвалідністю.

Викликами громадського здоров'я є поява нових міграційних категорій серед цивільного населення, зокрема внутрішньо переміщені особи (ВПО), серед яких рекомендують виділяти тих, хто має передміграційний вплив збройного конфлікту (окупації) і тих, хто переселився заздалегідь з небезпечних районів. У рамках ВПО потребують вивчення виклики, що стосується фізичного та психічного здоров'я наступних груп населення: діти, підлітки, молодь/студенти, жінки (окремо вагітні), багатодітні/неповні сім'ї, люди похилого віку, люди із хронічними захворюваннями, люди з інвалідністю.

Проведений перший мета аналіз, який охоплював різні типи мігрантів, зокрема тих, хто мав перед міграційний вплив збройного конфлікту та внутрішньо переміщених осіб [Mesa-Vieira et al., 2022]. Важливими детермінантами були термін міграції, рівень доходів країни походження та тої, яка приймає, та інтенсивність конфлікту. Потреба в психічному здоров'ї повинна бути оцінена якнайшвидше після переселення, надана адекватна підтримка (психосоціальна, обмежено фармакологічна). Вплив збройного конфлікту може нашаровуватися на інше джерело психологічних порушень, хронічні захворювання та посилювати його. Особливої уваги потребують молоді люди. Через мережу Інтернет з одного боку підтримуються звичні комунікації з близькими людьми, з іншого боку пришвидшується доступ до трагічних новин з фронту чи наслідків бомбардувань.

Медичне обслуговування та стан психічного здоров'я ветеранів війни буде залежати до якої категорії належить ветеран – військовослужбовець чи із мобілізованих, для яких досвід воєнних дій є більш стресовим, а вплив пролонгованим. Прогнозоване зростання ветеранів війни із інвалідністю з перших днів війни дало неординарний поштовх для розвитку медичної реабілітації, завдячуючи якій значна частина поранених мала змогу повертатися в стрій. Ветеранам і тим, хто залишився в живих, потрібен психологічний підхід підтримки здоров'я протягом багатьох років після війни, оскільки вони борються з проблемами сну, повторюваними спогадами, тривогою, горем і гнівом. Усе це може призвести до надмірного вживання алкоголю, зловживання психоактивними речовинами, залежності, насильства або азартних ігор. Ветерани війни, учасники бойових дій, внутрішньо переміщені особи та їхні сім'ї потребують тривалої реабілітації [Jain et al., 2022]. Психічне здоров'я людини корелює із психічним кліматом в сім'ї, у взаємостосунках із ближніми людьми, тому роль сімейного лікаря є неоціненним. Покращення доступу до первинної медичної допомоги забезпечить збір інформації про стан та потреби людей щодо фізичного та психічного здоров'я.

Висновки. Для глибокого розуміння проблем психічного здоров'я, які виникають через конфлікти та війни необхідно використовувати доступні та безпечні методи дослідження, проводити аналіз за окремими територіями, вивчати потреби ВПО, особливо із передміграційним досвідом війни та учасників бойових дій, які проходять реабілітацію у більш безпечних районах. Значним внеском у вирішення проблем громадського здоров'я буде зміцнення інституту первинної медичної допомоги на усій території України.

CARDIOVASCULAR DISEASE AS A GLOBAL PUBLIC HEALTH CHALLENGE

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

Diseases of the circulatory systems are an important medical and social problem, which occupies a leading place in the structure of morbidity, disability and mortality of the population of Ukraine.

According to the WHO, cardiovascular diseases are the main cause of death worldwide, as 17.5 million people worldwide die because of cardiovascular diseases per year.

More than 4 million people die from cardiovascular disease every year in Europe. Ukraine ranks first among European countries in the mortality rate from this pathology (about 500,000 people die). The incidence rate of diseases of the circulatory system has been increasing rapidly over the years, especially in middle- and low-income countries. In high-income countries, this indicator has a slight upward trend. Compared to 1990, when 271 million cases of cardiovascular diseases were registered, last year this indicator reached the mark of 523 million, which indicates its steady increase. The mortality rate from diseases of the circulatory system has accordingly increased by 1.5 times. Over the past 30 years, the death rate from cardiovascular disease in our country has increased by 8%.

It becomes a social problem that the mortality rate from cardiovascular pathology in Ukraine increases in the working age, because this pathology appears already at the age of 30.

Cardiovascular diseases include a whole group of diseases of the heart and blood vessels, which include:

- ischemic heart disease, characterized by a disease of the blood vessels that supply blood to the heart muscle;
- congenital heart defects;
- diseases of cerebral vessels;
- diseases of peripheral arteries;
- rheumatic carditis;
- deep vein thrombosis and pulmonary embolism.

That is why this problem acquires not only medical, but also social significance. In particular, coronary heart disease occupies a leading place in the general structure of morbidity and mortality of the population.

According to the WHO, it is noted that among diseases of the circulatory system, the mortality rate is dominated by myocardial infarction.

Myocardial infarction, as is known, significantly reduces the quality of life of people who have this disease. As a rule, in such patients, the quality of life decreases as a result of the pathological process itself and the accompanying psycho-emotional stress. According to the Association of Cardiologists, about 30% of Ukrainian patients die from acute myocardial infarction. Today, mortality from myocardial infarction in Ukraine is one of the highest in the world.

Every year in Ukraine, 50,000 cases of myocardial infarction are registered, and 9 million adults have symptoms of coronary heart disease. The incidence of myocardial infarction in Ukraine is the highest among European countries.

Today, it is known that myocardial infarction also affects the young working population, which creates a threatening situation. Numerous studies indicate that this pathology more often affects men, it is less common among women, so among patients under the age of 55, men predominate with a ratio of 2:1, and after 55 years, there is no significant gender difference among patients with myocardial infarction .

It should be noted that among the older age group (in particular, women ≥ 55 years and men ≥ 60 years), the incidence of acute myocardial infarction is much higher - 311.8 per 100,000 population compared to the group of people younger in age. The contribution of acute myocardial infarction to the structure of mortality from diseases of the circulatory system has increased by 14.3% over the past 4 years, and among the urban population, mortality from acute myocardial infarction is twice as high as among the rural population (but these data should be evaluated carefully, taking into account possible differences in disease diagnosis).

According to the Global Burden of Disease studies, cardiovascular diseases, in particular, such as coronary heart disease, are the leading causes of disability worldwide. Among all causes of disability in Ukraine, cardiovascular diseases occupy the first place. According to statistics, 4% of men suffering from such diseases receive the first group of disability, and 60% - the second group. On the other hand, the indicated indicators for women are significantly lower.

Accordingly, such a huge number of myocardial infarctions and a fairly high mortality rate from this pathology contribute to the growing challenge to public health and the search for methods of prevention of this problem. It is likely that the tendency to increase morbidity and mortality from myocardial infarction is due, in most cases, to the increase in the share of elderly citizens in society, their unhealthy lifestyle, and military operations in Ukraine. A significant part of young people, especially women, left abroad, a large part of men are engaged in military operations and, as a result, the percentage ratio of older people compared to young people among the residents of Ukraine has changed. These changes lead to an increase in the need for the volume of medical care, in particular, the volume of rehabilitation, which in turn requires an increase in the costs and resources of the health care system.

Волотовська Н.В.

СТОРИТЕЛІНГ – ЕФЕКТИВНИЙ МЕТОД АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПРАКТИКИ У ПОДОЛАННІ НАСЛІДКІВ ПТСР

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

Вступ. Поняття «ментального здоров'я» відоме в середовищі науковців давно. Проте події останніх десятиліть усе частіше постають у парі із різними способами його підтримки. У лікуванні психіатричних розладів, порушень емоційної стійкості, а також проявів посттравматичного стресового розладу арт-терапії належить вагомий вклад. Арт-терапевтичний комплекс методів, що

можуть бути запропоновані, чинить фізіологічний вплив на психіку постраждалої людини. Серед ефективних методик, що відзначаються результативністю, найбільш популярними є малювання, ліплення, бібліотерапія. Ці впливи супроводжується збалансуванням активності симпатичного та парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи, відчуттям задоволеності, покращенням когнітивних якостей і, зрештою, згасанням проявів депресії.

Метою даного дослідження є привернення уваги викладачів, лікарів до тематики «Арт-терапія» з наступною імплементацією її методів у навчальному середовищі, а завданням стало ознайомлення із перевагами та особливостями окремого арт-терапевтичних підходу, а саме сторітелінгу.

Основна частина. Ефективнішим методом впливу на здоров'я завжди є той, що охоплює співпрацю лікаря та пацієнта, особливо ж, коли вмотивованість дає поштовх до подальшої самостійної роботи над собою останнього. Необхідно не лише розглядати ПТСР в контексті постійної роботи з його наслідками, а перемкнути увагу постраждалого на необхідність пошуку шляхів особистісного зростання.

Однією із класичних скарг пацієнтів, які зазнали втрати, є різного ступеня відчуття «самовтраченості», неприкаяності, загубленості в соціумі, що є наслідком переважання гальмівних імпульсів центральної нервової системи, спрямованих на самозбереження і економію життєвих ресурсів.

Разом з тим такі сильні переживання і трагедії, які виникають в результаті жорстоких подій сьогодення, стали причиною не лише виникнення цілого ряду культурних продуктів (пісні, твори, одяг тощо), а й акумулювали й виплеснули назовні негативні емоції та переживання. І один із великих ризиків, який регулярно повторюється в суспільстві – нарощування ненависті. Без думки про віддалені наслідки.

Відомо, що основними способами протистояти стресу є вивільнення фрустрації та злості, рефлексія, бажання знову контролювати своє життя. А сторітелінг та інші методики арт-терапії дають змогу наче збоку побачити щось, що досі знаходилось поза зоною контролю досліджуваних.

Оволодіння методом «Рефлексії» може надати людині можливість усвідомити і зрозуміти свій внутрішній світ, сформуванню самостановлення, самооцінку, розвинути саморегуляцію. Зрештою, це є одна з головних умов для формування соціалізованої особистості. Хоча тут йдеться про конкретні авторські тексти, загалом наратив не лише розповідатиме про те, що сталося, а й міститиме психологічну перспективу – переживання подій та ставлення до них. Наративи і конструюватимуть реальність, і нестимуть у собі культурну спадщину і психічні стани та емоції.

Можна виділити таку визначальну особливість сторітелінгу – тріадичність: замість звичного діалогу, що розвивається між психологом та клієнтом, формується тріада – «психолог-творчий продукт_клієнт», де продукт творчості несе не лише важливі повідомлення індивіда, а й може стати передумовою для нового надихаючого виду діяльності.

Висновки. Таким чином, перед пацієнтами доцільно поставити нові завдання:

1). Пережиті емоції – можуть стати внутрішнім ресурсом для подолання складних обставин. У такої людини є багато необхідних, хоч і посттравматичних знань.

2). Пошук нових можливостей у житті.

3). Поява розуміння цінності власного життя і усвідомлення принципу «тут і зараз».

Ресурсність та екологічність застосування сучасної арт-терапії беззаперечна, адже вона практично не має протипоказань та обмежень. Нині цей метод активно підтверджує свою ефективність у педагогіці, психології, соціальній роботі та бізнесі. У перспективі подальших досліджень планується співставлення рівнів тривожності, соматичного здоров'я із проведеними арт-терапевтичними методиками. Запропоновані пацієнтам способи будуть результатом активних дій (мотивованість і включеність) і враховуватимуть їхнє особисте розуміння процесу ментального оздоровлення через творчість.

Метельська О.Б., Лотоцька О.В.

ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ХВОРИХ НА АУТОІМУННИЙ ТИРЕОЇДИТ

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

Вступ. Велика кількість науковців і медичних працівників визнають, що збалансоване харчування є основою хорошого стану здоров'я. Багато хвороб виникають при його порушенні. В науковому співтоваристві існує багато суперечок щодо ролі харчування у житті людей з аутоімуними захворюваннями, зокрема, з аутоімуним тиреоїдитом (АІТ). Не має єдиної думки, як дієта може сприяти пацієнтам із такими станами. На жаль, стратегії, засновані на зміні дієти та її дотриманні, нерідко ігноруються під час лікування АІТ.

Основна частина. Аутоімуний тиреоїдит (АІТ), він же тиреоїдит Хашимото – це хронічне запальне захворювання щитоподібної залози аутоімуного генезу, яке часто виникає у людей з генетичною схильністю до нього. Сприяють виникненню захворюванню інфекційні хвороби, запальні процеси, рідше травма щитоподібної залози або операція, а також забруднення довкілля, дефіцит селену або надлишок йоду, радіоактивне забруднення і т.д. Якість життя пацієнтів з цим захворюванням часто погіршується через часту зміну настрою, відчуття хронічної втоми, проблеми з концентрацією, больовий синдром в суглобах, зміни зовнішнього вигляду через випадіння волосся або збільшення ваги, тиск в області шиї та неприємні відчуття в горлі, які часто є симптомами АІТ. Більшість пацієнтів зауважують, що не завжди лікування спеціальними мед препаратами призводить до бажаного ефекту в покращенні самопочуття. Разом з тим, численні дослідження показують, що дотримання здорового способу життя та збалансованого харчування відіграють значну роль у перебігу даного захворювання. Проте бувають випадки, коли АІТ поєднується з

іншими вродженими генетичним захворюваннями, такими як целиакія або непереносимість лактози.

Целиакія – це хвороба, що характеризується харчовою непереносимістю білка глютену, який міститься в злакових (пшениці, житі, ячмені та вівсі). Поширеність целиакії у осіб з АІТ становить за різними даними від 1,25 до 14,4%. За іншими даними, целиакія серед пацієнтів із тиреоїдитом Хашимото зустрічається до 10 разів частіше, ніж у здорової популяції. З цієї причини, якщо є підозра на целиакію, перед застосуванням безглютенової дієти слід провести діагностичний тест. Не слід забувати про приховану форму целиакії, яка може бути викликати дефіцит харчування та порушення всмоктування ліків та поживних речовин. З цієї причини, пацієнти з тиреоїдитом Хашимото без симптомів, але з проблемами регуляції гормонів щитоподібної залози, повинні пройти профілактичне обстеження на целиакію. У разі підтвердження діагнозу необхідно буде дотримання безглютенової дієти, яка є обов'язковою для хворих з целиакією, а у пацієнтів з АІТ призводить до зниження антитиреоїдних антитіл з можливим регресом гіпотиреозу до еутиреоїдного стану. Загалом, численні дослідження вказують, що люди з АІТ загалом отримують користь від обмеження глютену в раціоні, навіть якщо у них немає целиакії.

Багато хворих на АІТ страждають на непереносимість лактози. У таких людей дієта, спрямована на лікування АІТ, часто вимагає виключення молочних продуктів, що містять лактозу. Особливо це важливо для тих, хто приймає левотироксин, оскільки непереносимість лактози знижує біодоступність препарату та змушує використовувати вищі дози.

Висновки. Необхідне проведення подальших досліджень для глибокої оцінки впливу різноманітних дієт на стан хворих на аутоімунний тиреоїдит, оскільки відсутність системи в харчуванні може мати чималий вплив на перебіг хвороби, викликати погіршення самопочуття, і як наслідок, погіршувати якість життя пацієнтів.

Марущак М.І., Криницька І.Я.

РОЗРАХУНОК ВІДНОСНОГО РИЗИКУ КОМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ ЗАЛЕЖНО ВІД МІСЦЯ ПРОЖИВАННЯ

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

Вступ. Пневмонія є серйозною проблемою охорони здоров'я в усьому світі. Це суттєва причина смертності та захворюваності, особливо серед людей старшого віку. Дослідження глобального тягаря захворювань, травм і факторів ризику за 2016 рік показало, що інфекції нижніх дихальних шляхів були діагностовано у понад 336 млн людей у всьому світі, спричинивши приблизно 65,9 млн госпіталізацій і понад 2,3 млн смертей. При цьому встановлено наукові дані, які показали збільшення захворюваності на негоспітальну пневмонію (НП) у пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень та діабетом.

Основна частина. Ретроспективно було проведено аналіз медичних карт 213 пацієнтів, які лікувалися стаціонарно з приводу НП в Тернопільській обласній клінічній лікарні. Аналіз структури супутньої захворюваності та розрахунок відносного ризику коморбідності у хворих на НП показав вірогідну ймовірність її поєднання з артеріальною гіпертензією (АГ) та ішемічною хворобою серця (ІХС) у пацієнтів, що проживають у місті, з підвищенням відносного ризику їх коморбідності, відповідно у 7,2 рази та 6,0 разів. У жителів села, хворих на НП встановлено аналогічні статистично значимі асоціації між НП та АГ й ІХС з підвищенням відносного ризику їх коморбідності, відповідно в 11,3 та 6,3 рази. Варто також зазначити вірогідно більшу частоту поширеності АГ у сільських жителів, хворих на НП стосовно хворих містян. У той же час, частота цукрового діабету 2 типу була вірогідно вищою у пацієнтів з НП, що проживають у місті стосовно сільських жителів, хворих на НП.

Висновок. Встановлено вірогідно вищий ризик супутньої артеріальної гіпертензії у хворих на негоспітальну пневмонію, що проживають у сільській місцевості, та цукрового діабету у хворих, що проживають у місті.

Гнура О.О., Криницька І.Я.

ТИПИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ РІЗНОГО ВІКУ

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

Вступ. На сьогодні ожиріння є глобальною й комплексною проблемою громадського здоров'я, яка може призводити до скорочення тривалості життя і є фактором ризику низки хронічних захворювань та інвалідизації осіб молодого та середнього віку. Серед працездатного населення України ожиріння виявляють майже в 30% випадків, а надмірну масу тіла має кожний четвертий мешканець. У сучасному суспільстві є безліч факторів, які впливають на розвиток ожиріння у популяції дорослого населення. У більшості випадків надмірна маса тіла та ожиріння зумовлені особливостями способу життя та харчової поведінки (переважно надлишковими калоріями продуктів з домінуючими жирами в раціоні з порушеним добовим ритмом харчування). Тому метою дослідження було визначити тип харчової поведінки у осіб з надлишковою масою тіла та ожирінням незалежно від віку та враховуючи вікову категорію ВООЗ.

Основна частина. У дослідження були включені 102 пацієнтки, які звернулися за консультацією дієтолога з метою схуднення у клініку пластичної хірургії та медицини омолодження ANACOSMA, м. Київ.

Оцінку харчової поведінки проводили за допомогою Голландського опитувальника харчової поведінки Dutch Eating behavior Questionnaire (DEBQ).

Аналізуючи розподіл осіб з надлишковою масою тіла та ожирінням згідно типу харчової поведінки незалежно від віку встановлено, що у групі з надлишковою масою тіла переважає емоціогенний тип харчової поведінки;

серед осіб з ожирінням I ступеня – емоціогенний тип харчової поведінки; серед осіб з ожирінням II ступеня – екстернальний тип харчової поведінки. Варто вказати, що аналіз розподілу осіб з ожирінням без врахування віку та ступеня ожиріння також виявив два домінуючі типи харчової поведінки: емоціогенний та екстернальний.

Аналізуючи розподіл осіб з надлишковою масою тіла та ожирінням згідно типу харчової поведінки залежно від віку встановлено, що у групі молодого віку (18-44 роки) з надлишковою масою тіла діагностовано усі типи харчової поведінки, з найвищою частотою реєстрації емоціогенного, який виявлено у 37,0 % осіб; особи з ожирінням I ступеня продемонстрували усі типи харчової поведінки, крім раціонального, з найвищою частотою реєстрації емоціогенного, який виявлено у 44,4 % осіб; особи з ожирінням II ступеня продемонстрували лише два типи харчової поведінки: екстернальний (50,0 %) та емоціогенний (50,0 %). У групі середнього віку (45-59 років) виявлено, що як серед осіб з надлишковою масою тіла, так і з ожирінням різного ступеня, діагностовано усі типи харчової поведінки. При цьому, у осіб з надлишковою масою тіла найчастіше реєструвався емоціогенний; у осіб з ожирінням I ступеня – емоціогенний; у осіб з ожирінням II ступеня – екстернальний типи харчової поведінки. У групі похилого віку (60-74 роки) виявлено, що у осіб з надлишковою масою тіла діагностовано лише екстернальний тип харчової поведінки; у осіб з ожирінням I ступеня – паритетно домінували емоціогенний тип та екстернальний; у осіб з ожирінням II ступеня домінував змішаний тип харчової поведінки.

Висновки. У осіб з надлишковою масою тіла та ожирінням незалежно від віку встановлено два домінуючі типи харчової поведінки: емоціогенний та екстернальний. При цьому у групі молодого та середнього віку домінує емоціогенний тип харчової поведінки, у групі похилого віку – екстернальний, що обов'язково потрібно враховувати при наданні рекомендацій щодо зниження маси тіла.

Ковальчук Т.А.

ВПЛИВ ВІТАМІНІВ В6, В9, В12 ТА D3 НА ПОКАЗНИКИ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ДІТЕЙ ІЗ КАРДІОГЕННИМИ СИНКОПЕ

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

Вступ. Наукові дослідження останніх років дають підстави вважати, що дефіцит вітамінів групи В та D3 асоціюється з підвищеним ризиком розвитку синкопе. При цьому не існує жодних повідомлень щодо ефективності використання медичних препаратів цих вітамінів на перебіг захворювання та його профілактику у дітей.

Метою роботи було вивчити показники варіабельності серцевого ритму (BCP) у дітей із кардіогенними синкопе (КС) до та після тримісячного курсу комбінованого препарату вітамінів В6, В9, В12 та D3.

Основна частина. Обстежено 18 дітей із КС та 40 здорових однолітків віком 8-17 років. Вітаміни В6, В9, В12 та 25(OH)D у сироватці крові визначали за допомогою колориметричного методу імуноферментного аналізу до початку та через три місяці лікування. Піридоксин (2 мг), фолієву кислоту (0,4 мг), ціанокобаламін (6 мкг) призначали щодня дітям із дефіцитом та через день за умови оптимального або субоптимального вітамінного статусу. Холекальциферол використовували у профілактичній (700-1400 МО) або лікувальній дозі (3200-4400 МО) залежно від вхідного вітамін-D статусу та індексу маси тіла дитини. ВСР визначали за допомогою холтерівського моніторування електрокардіограми.

У дітей із КС мали місце значні порушення ВСР – зростання показників TP (11572,0 (6979,0; 15613,0) мс²), VLF (7669 (3151,0; 8413,0) мс²), LF (5588,5 (2754,0; 6843,0) мс²) та HF (3566,0 (1669,0; 4660,0) мс²) у порівнянні з контрольною групою (p<0,05). Отримані результати слід трактувати як напруження адаптаційних механізмів діяльності ССС на фоні зростання симпатикотонії, високого рівня активності центральних контурів регуляції серцевого ритму та зниження активності парасимпатичних впливів. Через 3 місяці комплексного використання вітамінних препаратів підвищувався показник SDANN (318,0 (282,0; 368,0) мс; p=0,018) та знижувалися параметри TP (4892,0 (3428,0; 6239,0) мс²; p=0,0009), VLF (3591 (2064,0; 5981,0) мс²; p=0,003), LF (2473,0 (1851,0; 3109,0) мс²; p=0,002) і HF (2286,0 (1493,0; 2843,0) мс²; p=0,01).

Висновки. Отже, комплексне використання вітамінів В6, В9, В12 та D3 супроводжується тенденцією до нормалізації вегетативних впливів на серце через зниження ефектів симпатикотонії.

Орел М.А.¹, Мартинюк Л.П.¹, Даниш Л.М.², Шершун О.І.³

КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХ КОРЕКЦІЇ

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

²КНП «Коломийська ЦРЛ» КМР,

³КНП «Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня» ТОР

Вступ. Гіпотиреоз характеризується тривалим, стійким зниженням рівня гормонів щитоподібної залози (ЩЗ) в організмі людини або ослабленням їх біологічних ефектів на тканинному рівні, зниженням основного обміну і зумовленими цим різноманітними змінами в органах і системах, порушенням їх нормального функціонування. У загальній структурі захворювань ЩЗ захворюваність на гіпотиреоз становить 6,4 %. В Україні поширеність даної патології серед населення становить 0,2 – 1 %, а серед осіб, старших за 65 років – 2 – 4 %. Водночас, епідеміологічні дослідження поширеності гіпотиреозу серед мешканців Європи показали, що у 4,7 % обстежених було діагностовано гіпотиреоз, серед них 4,11 % становлять пацієнти із субклінічним та 0,65 % із

явним гіпотиреозом. Більша частка таких хворих – жінки віком старше 65 років, особливо ті, що проживають у Східній та Південній Європі. Найчастішою причиною гіпотиреозу на сьогодні залишається дефіцит йоду. До інших факторів ризику розвитку даного захворювання належать аутоімунний тиреоїдит, генетичні порушення, опромінення, тиреоїдектомія, інфекційні захворювання, прийом деяких медикаментів, дефіцит вітаміну D3 та селену, фактори довкілля. Враховуючи негативні наслідки дефіциту тиреоїдних гормонів на окремі органи і системи організму людини, більшість економічно розвинених країн запровадили програми неонатального скринінгу для виявлення природженого гіпотиреозу, поширеність якого становить 1 на 500-3000 новонароджених, а також програми профілактики тяжкого дефіциту йоду. На жаль, Україна залишається однією з небагатьох країн, які не мають закону про обов'язкове йодування солі. Оскільки зниження тиреоїдної функції протягом тривалого часу може залишатися не діагностованим і, відповідно, не лікованим, це загрожує розвитком серйозних ускладнень. Відомо про роль зниженої функції ЩЗ у формуванні інсулінорезистентності, дисліпідемії, ендотеліальної дисфункції. Вплив гіпотиреозу на когнітивні функції у пацієнтів із супутніми захворюваннями, зокрема серцево – судинної системи, вивчений недостатньо.

Основна частина. Метою дослідження було оцінити вплив різних методів лікування на когнітивні функції у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) із зниженою функцією ЩЗ за допомогою нейропсихологічного тестування, а саме Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій (The Montreal Cognitive Assessment (MoCA – тесту)). Із цією метою було обстежено 65 осіб із АГ II стадії, які проходили обстеження та лікування у кардіологічному відділенні КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР. Середній вік обстежених становив $61,00 \pm 1,38$ роки, серед них 21 (32,31 %) чоловіків і 44 (67,69 %) жінок. На початку дослідження у 31 (47,69 %) пацієнта було діагностовано субклінічне зниження функції ЩЗ і призначено замісну терапію препаратами левотироксину у дозі 25 – 50 мкг на добу протягом трьох місяців з метою нормалізації тиреоїдної функції. 34 (52,31 %) обстежених хворіли на первинний гіпотиреоз і отримували левотироксин у дозі 50-150 мкг/добу. Усі пацієнти отримували антигіпертензивну та антиагрегантну терапію відповідно до затверджених національних протоколів. Надалі усі хворі на АГ та гіпотиреоз були розподілені на групи і призначено лікування: I група (n=16) – комбінована гіполіпідемічна терапія препаратами езетимібу 10 мг та розувастатину 10 мг 1 таб. 1 р/добу, а також метаболічна терапія із застосуванням L-аргініну аспартату розчину орального по 1 м.л. (5 мл) 4 р/добу; II група (n=16) – розувастатин 20 мг 1 таб. 1 р/добу, L-аргінін аспартат розчин оральний по 1 м.л. (5 мл) 4 р/добу; III група (n=16) – комбінація езетимібу 10 мг і розувастатину 10 мг 1 таб. 1 р/добу; IV група (n=17) – розувастатин 20 мг 1 таб. 1 р/добу. Стан когнітивної функції оцінювали на підставі суб'єктивних скарг пацієнта при бесіді з ним і/або його родичами на зниження пам'яті та розумової працездатності, та за результатами MoCA – тесту. MoCA – тест був розроблений для використання лікарями у повсякденній клінічній практиці з метою швидкого скринінгу помірних когнітивних порушень у пацієнтів, зокрема із серцево – судинними захворюваннями, та

рекомендується більшістю сучасних експертів. Тест оцінює різні когнітивні аспекти: концентрацію та увагу, пам'ять, мовлення, орієнтацію, абстрактне мислення, виконавчі функції, зорово-конструктивні навички, рахунок тощо. Максимально можлива кількість набраних балів – 30, 26 балів та більше вважається нормою. Статистичний аналіз отриманих даних проводили з використанням програм MS Excel 2016. Результати дослідження представлено у вигляді середніх арифметичних значень з похибкою середнього квадратичного відхилення вибірки ($M \pm m$). Вірогідність відмінностей визначали за допомогою коефіцієнта достовірності P , який розраховували на основі t – критерію Стьюдента. Різницю показників вважали статистично достовірною при $P < 0,05$. На початку дослідження найчастішими скаргами хворих були: головний біль (69,69 %), загальна слабкість (83,83 %), підвищена втомлюваність (60,60 %), зниження працездатності (38,38 %), запаморочення (38,38 %), погіршення пам'яті та уваги (39,39 %), поганий сон (43,43 %). За результатами нейропсихологічного тестування когнітивне зниження було зареєстровано у 16 (51,61 %) осіб із субклінічним гіпотиреозом, середній бал МоСА – тесту становив $23,77 \pm 0,60$. Через 3 місяці замісної гормонотерапії препаратами левотироксину середній бал МоСА – тесту достовірно зріс на 12,12 % і становив $26,65 \pm 0,47$ ($P < 0,001$), а 23 (74,19 %) пацієнти із субклінічним гіпотиреозом продемонстрували нормальні результати тестування. Вплив гіполіпідемічної та метаболічної терапії на когнітивні функції у хворих на АГ та гіпотиреоз був наступним: середній бал МоСА – тесту у I групі на тлі застосування комбінованої ліпідознижуючої та метаболічної терапії покращився на 4,05 % ($27,00 \pm 0,61$ проти $25,95 \pm 0,78$), у II групі на 5,66 % ($24,44 \pm 0,63$ проти $23,13 \pm 0,73$), у III групі на 1,70 % ($26,38 \pm 0,65$ проти $25,94 \pm 0,74$), у IV групі на 2,70 % ($24,71 \pm 1,00$ проти $24,06 \pm 1,10$), проте різниця показників була статистично недостовірною ($P > 0,05$). Водночас, за даними опитування через 3 місяці лікування у хворих зменшилась вираженість суб'єктивної симптоматики та скарг. Нормальні результати нейропсихологічного тестування продемонстрували 13 (81,25 %) обстежених I групи, 9 (56,25 %) осіб II групи, 11 (68,75 %) та 8 (47,06 %) пацієнтів III та IV груп відповідно.

Висновки. 1. Встановлено, що застосування замісної гормонотерапії препаратами левотироксину протягом 3 місяців в осіб із артеріальною гіпертензією та субклінічним гіпотиреозом сприяло достовірному покращенню когнітивних функцій на 12,12 %, середній бал МоСА – тесту становив $26,65 \pm 0,47$ проти $23,77 \pm 0,60$ на початку дослідження ($P < 0,001$).

2. Призначення гіполіпідемічної та метаболічної терапії за допомогою L-аргініну аспартату сприяло зменшенню суб'єктивної симптоматики та скарг у хворих на артеріальну гіпертензію із зниженою функцією щитоподібної залози, а також покращенню результатів МоСА – тесту, проте різниця результатів нейропсихологічного тестування через 3 місяці була статистично недостовірною серед усіх груп обстежених. При цьому, найбільший приріст результатів МоСА – тесту спостерігали у групі осіб, які отримували ліпідознижуючу терапію розувастатином та метаболічну терапію L-аргініном аспартатом на 5,66 %, а також серед хворих, які отримували комбіновану

гіполіпідемічну терапію езетимібом і розувастатином, та додаткову метаболічну терапію на 4,05 %.

3. Перспективним залишається дослідження чинників, які впливають на розвиток когнітивних порушень та можливості їх корекції у даній когорті пацієнтів.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ОРИГІНАЛЬНОЇ ІНДИВІДУАЛІЗОВАНОЇ ПРОГРАМИ КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЇ ХІРУРГІЧНО РЕВАСКУЛЯРИЗОВАНИХ ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ

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

Вступ. Кардіологічна реабілітація є ефективною та економічно вигідною для охорони здоров'я і суспільства в цілому технологією для хворих, які видужують після гострих серцево-судинних захворювань або оперативних втручань. Однак, в Україні впровадження сучасних технологій та методів кардіореабілітації є недостатньо активним. Метою роботи було дослідити особливості та ефективність індивідуалізованої програми реабілітації хірургічно реваскуляризованих хворих, в тому числі корекції порушень систоло-діастолічної функції лівого шлуночка, варіабельності ритму серця на I та II етапах кардіореабілітації.

Основна частина. Було обстежено 40 хворих з гострим коронарним синдромом (ГКС), яким проводили реваскуляризацію вінцевої артерії шляхом балонної ангіопластики та стентування. Діагноз ГКС із підйомом сегменту ST встановлено згідно клінічного протоколу у 25 (62,5%) пацієнтів, а ГКС без підйому ST - у 15 (37,5%) хворих. Середній вік обстежених становив $52,6 \pm 6,7$ та коливався від 37 до 74 років. Пацієнти були розподілені на 2 репрезентативних групи. Перша підгрупа налічувала 21 (52,5%) хворого на ГКС, яким проводили реваскуляризаційну терапію у поєднанні зі стандартним лікуванням та програмою реабілітації згідно затверджених протоколів МОЗ України. До другої підгрупи увійшло 19 (47,5%) пацієнтів на ГКС, яким проводили хірургічну реваскуляризацію у поєднанні із стандартною терапією та індивідуалізованою програмою реабілітації. Програма включала вісім ступенів наростаючого фізичного навантаження (комплекси вправ, ходьба, тредміл, велоергометр), виконувалась під контролем та при допомозі медичного персоналу, а корекцію фізичного навантаження проводили після контролю адекватності компонентів програми шляхом аналізу клінічних, електрокардіографічних показників та біохімічних показників крові. Тривалість освоєння програми кардіореабілітації становила від 2 до 4 тижнів і залежала від функціонального класу пацієнта. Контроль ефективності відновних заходів проводили через 1 місяць від початку програми. Систолічну та діастолічну

функцію лівого шлуночка оцінювали за допомогою ехокардіографії на апараті Philips HD11XE. Варіабельність ритму серця оцінювалась при холтеровському моніторингу ЕКГ апаратом CardioTens із визначенням спектральних показників. Рівень натрійуретичного пропептиду NT-proBNP в сироватці крові визначали за допомогою набору для кількісного визначення NT-proBNP.

У хворих, які проходили індивідуалізовану програму кардіореабілітації, відмічено достовірне покращення загального клінічного стану за даними суб'єктивного, об'єктивного та лабораторно-інструментального дослідження. Так, в дослідній групі хворих самооцінка якості життя підвищилась на 18,4%, одночасно у цих пацієнтів були відсутні скарги на незадовільне самопочуття, на рецидиви ангінозного болю, на потребу в прийомі нітратів. Одночасно в кінці періоду спостереження у хворих дослідної групи рівень NT-proBNP становив $10,14 \pm 1,05$ фмоль/мл, що у 2 рази нижче порівняно з контрольною групою. У пацієнтів, яким проводилась пришвидшена програма реабілітації, за даними ехокардіоскопії спостерігалась позитивна динаміка нормалізації розмірів лівого передсердя, кінцевого діастолічного та кінцевого систолічного розмірів лівого шлуночка, що супроводжувалось зростанням фракції викиду на 9,2%. Про покращення діастолічної функції лівого шлуночка після проведення місячної програми реабілітації у хворих обох груп свідчило збільшення часу сповільнення піку E (DT), який значимо подовжувався відповідно на 7,9 % та на 16,3% порівняно з вихідними даними. Значення IVRT у хворих першої та другої підгруп також було достовірно вищим (на 9,7 % та 26,4 % відповідно). Після місячної індивідуалізованої програми кардіореабілітації виявлено достовірне зростання загальної потужності спектру (TP) та значення LF (низькочастотний спектр) на 41,9%. Отримані дані свідчать про суттєве зростання парасимпатичної регуляції серця у категорії хворих, яким проводилась дана програма кардіореабілітації.

Висновки: Застосування оригінальної індивідуалізованої програми кардіореабілітації у хірургічно реваскуляризованих пацієнтів показало її перевагу в плані відновлення клінічного стану хворих з гострим коронарним синдромом, підвищення якості їх життя, зниження функціонального класу серцевої недостатності, нормалізації рівня NT-proBNP, відновлення систоло-діастолічної функції лівого шлуночка та симпто-парасимпатичної рівноваги. Використані методи контролю за ефективністю оригінальної програми кардіореабілітації у хворих з ГКС, яким проведено хірургічну реваскуляризацію коронарної артерії, а саме – динаміка рівня NT-proBNP, гемодинаміки і вегетативної регуляції серцевої діяльності виявились адекватними поставленій меті і дали можливість своєчасно коригувати медикаментозну терапію та саму програму фізичної реабілітації.

ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ – ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА В УКРАЇНІ.

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

Вступ. Дослідження виявили, що цукровий діабет –це є світова пандемія, і стосується вона людей різного віку, із різних верств, що живуть на різних континентах. Унаслідок недостатнього лікування чи його відсутності хвороба може призводити до численних ускладнень, інвалідизації та летальності пацієнтів.

Основна частина. Цукровий діабет є серйозною медико-соціальною проблемою в Україні, яка має значний вплив на населення та систему охорони здоров'я. Деякі ключові аспекти цієї проблеми в Україні включають:

Збільшення поширеності – цукровий діабет стає все більш поширеним в Україні, що вимагає збільшення уваги до профілактики та управління цією хворобою. Діагностика нових випадків цукрового діабету також зростає, що вимагає додаткових зусиль для ранньої виявленості та лікування.

Соціальна вразливість– цукровий діабет може впливати на якість життя і працездатність людей, що має економічні і соціальні наслідки для сімей та суспільства.

Завантаженість медичної системи– цукровий діабет вимагає значних ресурсів для лікування і контролю, що може створювати тиск на медичну інфраструктуру.

Потреба у профілактиці – профілактика цукрового діабету та освіта щодо здорового способу життя є важливими частинами боротьби з цією проблемою.

Зміни в методах обліку та відображення статистики можуть впливати на сприйняття реального розповсюдження цієї хвороби та на прийняття рішень щодо реформ медичної системи. Включення в статистику людей з недиагностованим цукровим діабетом є важливим кроком для кращого розуміння масштабів проблеми та розробки ефективних стратегій профілактики та лікування. Розуміння справжнього розповсюдження цукрового діабету є ключовим для забезпечення відповідного медичного обслуговування та реагування на виклики, пов'язані з цією хворобою. За офіційними даними Міністерства охорони здоров'я за 2017 рік в Україні було майже 1 млн 300 тис людей з діабетом. З 2018 року МОЗ скасувало ведення обліку таких хворих. До 2021 року фактично обліковувалися лише хворі на цукровий діабет, які отримують інсулін. Ці дані вносилися до електронного Реєстру пацієнтів, що потребують інсулінотерапії. Наразі цифри Міжнародної діабетичної федерації (IDF) про кількість людей з діабетом в Україні майже вдвічі вищі ніж дані МОЗ. IDF включає в статистику людей з недиагностованим цукровим діабетом.

Щорічно, у нашій країні, проводяться дні, які присвячені Всесвітньому дню цукрового діабету. У листопаді 2022 року, доцент Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика Маріанна Наумова, у своїй доповіді, присвяченій до Всесвітнього дня діабету, повідомила, що в Україні на цукровий діабет хворіє кожен 30-ий громадянин та поширеність цукрового діабету в Україні щороку збільшується. Загалом, за її словами, зростання

захворюваності на цукровий діабет є світовою проблемою. Згідно з даними Міжнародної діабетичної федерації, 537 млн дорослих у світі живуть з цукровим діабетом, на цю хворобу хворіє кожен 10-ий. За прогнозами, до 2030 року їх кількість може зрости до 643 млн або навіть 700 млн.

Висновки. Вивчаючи статистичні дані захворювання цукровим діабетом, можна зробити висновок, що дана недуга становить серйозну проблему для людства і її поширеність щорічно зростає. Статистичні факти, які вказують на прогностичну поширеність захворювання в Україні, є також вкрай критичними. Можна стверджувати, що вдосконалення наявних та пошук нових ефективних методів лікування цукрового діабету, а також проведення ефективного навчання, якісний догляд та опіка пацієнтів допоможуть зменшити тягар для національних систем охорони здоров'я і покращать якість життя людей, які вимушені жити з діагнозом – цукровий діабет.

Дуве Х.В.

ОСОБЛИВОСТІ СКАРГ ТА СОМАТИЧНОЇ КОМОРБІДНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ЕНЦЕФАЛОПАТІЙ

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

Вступ. Енцефалопатія (ЕП) – дифузне незапальне ураження головного мозку первинного або ж вторинного характеру. Первинне, як правило виникає в результаті неврологічного захворювання, вторинне – зумовлене, як правило, системним захворюванням, або ж його декомпенсацією. Симптоми енцефалопатії різноманітні та інвалідизуючі: зниження пам'яті та уваги, порушення в когнітивній сфері, поведінкові розлади, апатія, ністагм, координаторні та рухові розлади, епіпади, порушеннями мови або ковтання. Вплив соматичного захворювання, яке супроводжує ЕП, та може впливати на ступінь прогресування ЕП, вважається значимим та потребує детального вивчення.

Основна частина. Нами обстежено 520 пацієнтів, які знаходились на лікуванні в неврологічних відділеннях КНП «ТОКПЛ» ТОР з хронічними енцефалопатіями: післятравматичною (ПТЕ) - 145, судинною енцефалопатією при хронічній ішемії мозку (СЕ при ХІМ) - 145, алкогольною енцефалопатією (АЕ)-102 та післяінфекційною енцефалопатією (ПІЕ) -128. Серед обстежуваних переважали чоловіки (69,6)%, 30,4 % склали особи жіночої статі. Враховували вік пацієнтів згідно класифікації ВООЗ. Аналіз тривалості захворювання показав переважання осіб з катамнезом до 1 року у групі СЕ при ХІМ (15,80%), АЕ (36,27%), ПІЕ (51,56%), від 1 до 5 років – у групі з ПТЕ (30,34%), від 6 до 10 років – у групі з ПТЕ (26,62%).. Зміни в когнітивній сфері аналізували за результатами Монреальського когнітивного тесту. Використовували програмний пакет Statistica 10.0 для статистичного аналізу.

Проведено аналіз скарг та соматичної коморбідності у пацієнтів з хронічними енцефалопатіями різного генезу. При аналізі скарг, встановлено, що головний біль турбував 96,55% хворих з ПТЕ, аналогічно високий відсоток

головного болю зафіксовано у групі з СЕ при ХІМ (75,86%) у порівнянні з групами ПШЕ (58,59%) та АЕ (37,25%).

Запаморочення найчастіше відмічали пацієнти групи СЕ (76,55%), що вірогідно перевищувало дані пацієнтів інших груп. У 58,62% осіб з групи ПТЕ запаморочення вірогідно ($p < 0,05$) перевищувало дані пацієнтів з АЕ та ПШЕ (26,47% та 28,13%, відповідно). Загальна слабкість домінувала у групі з ПШЕ (75,00%), що вірогідно перевищувало дані усіх груп (51,72% при ПТЕ, 46,90% при СЕ, 24,51% при АЕ).

Когнітивні порушення у вигляді зниження пам'яті та уваги були притаманні пацієнтам усіх досліджуваних груп. Знижена пам'ять встановлена у 62,76% пацієнтів з СЕ, у 58,62% - з ПТЕ, 46,08% у групі з АЕ та 28,91% при ПШЕ.

Розлади уваги відмічали 27,59% пацієнтів з СЕ, 20,69% - з ПТЕ, 22,66% - з ПШЕ та 18,63% - з АЕ. Судомні напади найчастіше спостерігались у групі з АЕ (20,59%), дещо рідше - 18,75% в групі з ПШЕ, і лише у 1,38% пацієнтів з СЕ. Статистично значимі відмінності встановлено між пацієнтами з ПТЕ та СЕ, СЕ та АЕ і ПШЕ ($p < 0,05$).

Чутливі порушення відмічали пацієнти з ПТЕ (35,86%) та пацієнти з ПШЕ (29,69%) та з СЕ (15,86%). Статистично значимі відмінності встановлено між групами ПТЕ і СЕ та СЕ і ПШЕ ($p < 0,05$).

М'язова слабкість найчастіше відмічена у 31,25% пацієнтів з ПШЕ. Значно рідше ця скарга встановлена у групах з ПТЕ і СЕ (11,03% та 10,34%, відповідно). Вірогідно вищим був відсоток пацієнтів з порушенням ходи у групі з АЕ (50,98%) у порівнянні з даними інших груп. Сповільнення рухів найбільше турбувало пацієнтів з СЕ, значно менше при ПШЕ (7,81%) та при ПТЕ (4,14%).

Скарги на зниження слуху переважали у групі пацієнтів з ПТЕ (26,21%), що вірогідно перевищувало відсоток пацієнтів зі зниженням слуху у групах з СЕ (9,66%) та з ПШЕ (2,34%).

На зниження зору скаржились пацієнти усіх груп, окрім хворих з АЕ. Вірогідно вищий відсоток скарг на зниження зору виявляли у групі з ПТЕ (15,86%) проти 8,59% у групі з ПШЕ та 5,52% у групі з СЕ. Двоїння в очах турбувало лише пацієнтів з ПТЕ та ПШЕ (2,07% та 1,56%, відповідно).

Найвищий відсоток тривоги та страху виявили у групі з СЕ (24,83%), що достовірно перевищувало цей показник у інших групах. Тазові розлади рідко турбували пацієнтів досліджуваних груп – лише 6,25% з ПШЕ висловлювали ці скарги, що вірогідно перевищувало цей показник пацієнтів з ПТЕ (0,69%) та пацієнтів з АЕ (0,98%). У групі з СЕ порушення функції тазових органів фіксували 2,76%, що вірогідно не відрізнялось від даних груп ПТЕ та АЕ.

Коливання артеріального тиску відмічали найчастіше пацієнти з СЕ (42,76%), що вірогідно вище даних з ПТЕ (14,48%), АЕ (8,82%) та ПШЕ (25,00%).

Встановлено наявність супутньої соматичної патології у 91,03% пацієнтів з СЕ, у 70,59% - з АЕ, у 60,94% - з ПШЕ, 32,41% - з ПТЕ.

При порівнянні результатів щодо наявності супутньої патології встановлено переважання серцево-судинних захворювань у групах СЕ (56,55%), ПШЕ (40,63%), хвороб дихальної системи у групі ПШЕ, цукрового діабету та хвороб щитоподібної залози у групах СЕ та ПШЕ (13,79%, 4,14%,

відповідно та 4,69% в обох групах, хвороб травного тракту – у групах з АЕ (18,63%), ПТЕ (15,86%). Частота виявлення патології щитоподібної залози значно статистично не відрізнялась між групами пацієнтів.

Офтальмологічні захворювання виявлялись значно рідше при СЕ – 48,97%, при АЕ – 37,25%. Слід зазначити, що частота виявлення офтальмопатій була вірогідно вищою у пацієнтів з СЕ стосовно групи з АЕ ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином встановлено ряд домінуючих скарг у пацієнтів з різними типами енцефалопатій: головний біль, зниження пам'яті, загальна слабкість, зміна ходи, коливання артеріального тиску, судоми. При цьому встановлено, що в усіх групах пацієнтів були скарги на головний біль, зниження пам'яті, загальну слабкість. Найбільший відсоток пацієнтів, які мали супутню соматичну патологію (91,03%) був у групі з СЕ, а найнижчий (25,00%) у групі з ПТЕ що є закономірним.

Маланчук Л.М., Стецевич М-М.О.

ОЦІНКА ПАРАМЕТРІВ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ В УМОВАХ ДІЇ СТРЕСУ

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

Вступ. Жіноча репродуктивна система вкрай чутлива до дії зовнішніх та внутрішніх факторів. Стрес пов'язаний з несприятливими наслідками для організму, призводить до дисфункції менструального циклу і як результат – порушення репродуктивного здоров'я.

Мета дослідження - оцінити параметри менструального циклу в умовах дії стресу.

Основна частина. Проаналізовано результати анкетування 650 жінок репродуктивного віку. Провівши статистичну обробку анкет, нами було виділено 6 груп пацієнтів в залежності від наявності порушення МЦ та присутності стресорного фактору. I- жінки, у яких були виявлені порушення МЦ після дії стресорного фактору, II- жінки, у яких відсутні порушення МЦ після дії стресорного фактору, III- наявні порушення МЦ при відсутності стресорного чинника, IV- наявні порушення МЦ та подальший вплив стресорного фактора, V- відсутні порушення МЦ та відсутній стресорний фактор. Анкета оцінки параметрів МЦ включала такі характеристики: тривалість, частота, регулярність, болючість, потреба зміни гігієнічного засобу вночі, наявність згустків крові під час менструації більше 1 см., та максимальна кількість використаних гігієнічних засобів на день. Для оцінки тривожних станів ми використали шкалу Спілбергера-Ханіна за допомогою якої здійснили виключення когорти жінок з високим рівнем особистісної тривожності у всіх групах пацієнток для створення репрезентативної вибірки.

Отже, звівши показники всіх п'яти груп пацієнток можна зробити декілька висновків. У групі I після дії стресорного фактора відбулись такі зміни: тривалість менструацій змінилась у 15% жінок, із них зменшилась у 9%, зросла у 6% жінок. Тривалість МЦ змінилась у 17% жінок, з яких у 10%

зменшилась, у 7%- зросла. 21% жінок відмітили, що МЦ став не регулярним, 23 % вказали на зростання болючості під час менструацій і 11% відзначили збільшення об'єму менструацій. У групі IV пацієток з порушенням менструального циклу та подальшою дією стресорного чинника зазнали погіршень МЦ – 43%, 57% не зазнали змін. У групах з наявними порушеннями МЦ як наслідок дії стресорного фактора пацієтки частіше мали помірний та високий ступінь реактивної тривожності, порівняно з групами з відсутнім стресом та відсутніми порушеннями МЦ.

Висновки. Стрес-індуковане порушення МЦ є важливою проблемою сьогодення та часто є наслідком застосування недостатнього обсягу діагностичних методик. Важливим залишається питання детальнішого вивчення віддалених наслідків на організм, а також стандартизації методів діагностики та терапії даних порушень.

Смірнова В.Л., Панчишин Н.Я., Островський П.Ю.

ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПОСЛУГ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

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

Вступ. Поява і поширення нового високоінфекційного коронавірусу SARS-CoV-2 призвела до глобальної пандемії COVID-19 та викликала широке занепокоєння у сфері охорони здоров'я. Патофізіологічні характеристики синдрому COVID-19, особлива трансмісивність SARS-CoV-2 роблять стоматологів і всіх стоматологічних працівників дуже схильними до ризику інфікування.

Основна частина. Стоматологи знаходяться на передовій зараження, особливо коли йдеться про респіраторні віруси, такі як новий коронавірус.

Шляхи поширення COVID-19 в стоматологічних установах:

- 1) безпосередня передача при вдиханні краплинних частинок, що утворилися при кашлі чи чханні;
- 2) безпосередня передача при потраплянні заразних краплинних частинок на незахищені слизові оболонки, наприклад, очей, носа чи порожнини рота;
- 3) опосередкована передача інфекції через контаміновані поверхні

Лікарі-стоматологи особливо піддаються високому ризику зараження SARS-CoV-2, оскільки вони не завжди можуть дотримуватися міжособистісної дистанції понад метр і піддаються впливу слини, крові та інших рідин організму під час проведення стоматологічних процедур. Крім того, багато стоматологічних операцій можуть утворювати аерозоль, і ризик зараження повітряно-крапельним шляхом слід вважати вищим.

ВООЗ рекомендує в період пандемій призупиняти надання планової стоматологічної допомоги (зокрема: огляд порожнини рота, професійне чищення зубів, профілактичне лікування, естетичні стоматологічні процедури) до моменту, коли буде досягнуто суттєвого зниження показників передачі інфекції та зміна характеру її поширення з масового до кластерів випадків

захворювання, або до виходу офіційних рекомендацій національних, субнаціональних чи місцевих органів.

Висновки. Ефективні процедури дезінфекції в поєднанні з правильним використанням ЗІЗ можуть значно знизити ймовірність передачі SARS-CoV-2 під час стоматологічної практики.

Савчук Р.М., Кушнірук В.Б.

ДОСЛІДЖЕННЯ СТІЧНИХ ВОД З МЕТОЮ ОЦІНКИ ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ЩОДО COVID-19 ТА ХОЛЕРИ

ДУ «Івано-Франківський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України», м. Івано-Франківськ, Україна

Вступ. Пандемія COVID-19 дала поштовх до розширення спектру наукових досліджень з метою розробки ефективних заходів реагування у сфері громадського здоров'я. Дослідження проведене у 2020 році спільно науковцями Єльського університету та Станції експериментального сільського господарства в Коннектикуті встановило, що аналіз побутових стоків допомагає забезпечувати ефективно та швидко прогнозування потенційного розповсюдження коронавірусної інфекції. Основа такого підходу полягає у визначенні вірусних біомаркерів, які потрапляють до каналізації з екскрементами інфікованих людей. 17 березня 2022 року Європейською комісією прийнято рекомендацію щодо впровадження моніторингових досліджень стічних вод з метою виявлення циркуляції вірусу SARS-CoV-2. Ряд європейських країн встановили, що між концентрацією вірусу в стічних водах та рівнем захворюваності серед населення існує певний кореляційний зв'язок. Встановлено також, що час між появою вірусу в неочищених стічних водах і збільшенням кількості пацієнтів коливається від кількох днів до кількох тижнів. Даний факт спонукав до проведення подальших досліджень з розширенням кількості країн, які беруть в цьому участь. Поступово зростав інтерес до вивчення даного питання серед провідних біотехнологічних компаній світу. Біотехнологічна компанія Ginkgo Bioworks у співпраці з Державною установою «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» у січні 2023 року презентували пілотний проєкт «Дослідження стічних вод на виявлення біологічної загрози в Україні». Ginkgo Bioworks є провідною платформою для програмування клітин. Платформа розв'язує проблеми для організацій на різних ринках, від харчів та сільського господарства до фармацевтики та промислових і спеціальних хімікатів. Підрозділ біозахисту та охорони здоров'я Ginkgo, Concentric by Ginkgo, створює глобальну інфраструктуру біозахисту, щоб надати урядам, громадам і лідерам охорони здоров'я можливість запобігати, виявляти та реагувати на різноманітні біологічні загрози. Участь в даному пілотному проєкті взяли три області України, серед яких - Івано-Франківська область. На місцях реалізацію проєкту забезпечували центри контролю та профілактики хвороб відповідної території. Проєкт передбачав проведення досліджень на виявлення інфекційних збудників таких як SARS-CoV-2 та холери.

Основна частина. У зв'язку з пандемією COVID-19 та війною в Україні інфраструктура охорони здоров'я піддається постійному руйнуванню та підвищується ризик зростання та поширення інфекційних захворювань. Ключовим завданням, яке постало перед системою громадського здоров'я є розробка широкомасштабної платформи моніторингу біологічних загроз у критичних системах стічних вод. В рамках дослідження на території Івано-Франківської області визначено три точки відбору стічних вод (до очистки) у наступних населених пунктах: селище Богородчани, місто Тисмениця та село Ямниця. Точки вибиралася з урахуванням кількості населення, яке вони обслуговують, а також враховувалося число внутрішньо переміщених осіб. Частка внутрішньо переміщених осіб була найвищою на території Івано-Франківської міської територіальної громади. Проект розрахований на дві послідовні фази досліджень. Перша фаза досліджень стартувала 26 червня 2023 року та завершилася 27 серпня 2023 року. Початок другої фази заплановано на жовтень 2023 року, що пов'язано з дослідженнями на грип та COVID-19 і початком епідемічного сезону захворюваності на ГРВІ, COVID-19 та грип. Рекомендована кратність досліджень становила 2 рази на тиждень. Важливим фактором у роботі була систематичність та регулярність у процесі відбору та дослідження проб стічної води. Методика відбору проби води дещо відрізняється способів описаних у наказі Міністерства охорони здоров'я України від 30.05.2007 року №284 «Про затвердження методичних вказівок "Санітарно-вірусологічний контроль водних об'єктів"». Згідно з згаданим наказом рекомендовано проводити відбір проб води за допомогою марлевих тампонів за Moore або методом «захвату».

В процесі досліджень в рамках проекту використовувався пробовідбірник з спеціальним фільтром, який покритий електростатичним покриттям, що дозволяє абсорбувати на власній поверхні генетичний матеріал збудників інфекційних хвороб. Пробовідбірник встановлювався на термін не менше 48 годин після чого доставлявся у вірусологічну лабораторію центру контролю та профілактики хвороб для проведення досліджень. Самі ж дослідження проводилися за допомогою приладу наданого компанією Ginkgo Bioworks - на термоциклері «Franklin», який працює за технологією полімеразно-ланцюгової реакції. Особливістю пристрою є його портативність завдяки наявності акумулятора, що дає змогу проводити дослідження безпосередньо у польових умовах. Це є важливим фактором, який дає змогу проводити оперативні дослідження одразу біля точки забору води. Час який вимагається для проведення дослідження в середньому становить 1 годину, що також є додатковою перевагою. Синхронізація пристрою з мобільним додатком Biomete забезпечує моментальну передачу інформації щодо тестування після завершення циклу дослідження. Дані результати зберігаються у додатку та доступні для перегляду у будь-який час.

За період проведення досліджень у трьох точках Івано-Франківської області позитивних проб на виявлення збудника холери не виявлено у жодній з 54 проб. Паралельно з дослідженням на холеру проводилося дослідження на вірус SARS-CoV-2. Тут ситуація виявилася доволі прогнозованою. З 54 досліджених проб виявлено 14 позитивних, що становить 25,9% від загального числа досліджених зразків. З них у точці відбору проб села Ямниця - 5

позитивних проб, у точці міста Тисмениця – 5 позитивних проб, у точці селища Богородчани – 4 позитивні проби. Даний факт свідчить про активну циркуляцію вірусу SARS-CoV-2 на вказаних адміністративних територіях. Результати підтверджують, що циркуляція вірусу продовжується, а це в свою чергу створює умови для поширення захворювання серед населення.

Метод досліджень, що використовується у проєкті є якісним, що унеможливорює точне прогнозування росту захворюваності. Проте, основний вектор досліджень спрямований на оперативне виявлення патогенів і своєчасне реагування залежно від вимог ситуації біологічного характеру. В загальному варто додати, що одна очисна споруда дозволяє зібрати стічні води від більше ніж 1 млн людей. Отже, моніторинг подібного масштабу порівняно зі звичайним тестуванням на COVID-19 допоможе оцінити розповсюдженість коронавірусної інфекції, адже буде враховувати тих, хто має безсимптомний перебіг хвороби або легкий ступінь тяжкості захворювання.

Висновки. Моніторинг стічних вод є ефективним способом оцінки епідемічної ситуації в регіоні та дозволяє визначити циркуляцію вірусу серед населення та реальну картину захворюваності. Активне виявлення вірусу SARS-CoV-2 свідчить про продовження циркуляції, що в свою чергу створює умови для поширення випадків хвороби. Відсутність виявлення збудника холера підтверджує дані епідеміологічного нагляду. У зв'язку з тим, що Івано-Франківська область не належить до ендемічної території щодо холери, тут можливе виникнення лише завізних випадків хвороби. Вивчення взаємозв'язку між кількістю позитивних результатів по точках відбору на відповідних територіях та збільшення кількості випадків COVID-19, вимагає додаткового дослідження. Моніторинг системи довкілля, що проводиться в рамках проєкту стане складовою частиною інформаційного фонду громадського здоров'я. В загальному напрям роботи має актуальність для кожного регіону України з метою оперативного нагляду та готовності загрозам у сфері громадського здоров'я.

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

Бігуняк Т.В.¹, Деренівська М.М.², Николишин К.О.³

ХРОНІЧНА ХВОРОБА НИРОК – ГЛОБАЛЬНИЙ ВИКЛИК В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

^{1,2} Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, ³ КНП ВСР “Тернопільська центральна районна лікарня”, м. Тернопіль, Україна

Вступ. Хронічна хвороба нирок (ХХН) є ускладненням ниркових захворювань, які супроводжуються прогресивним руйнуванням нефронів. У світі 10-16 % населення страждає на ХХН, в Україні – 12 %, зокрема, 30 % пацієнтів віком понад 65 років. Проблема ХХН обумовлена високою летальністю, інвалідизацією та складністю технічного забезпечення сучасних методів лікування цієї патології в умовах воєнного стану.

Основна частина. Причини ХХН різняться в усьому світі, і найбільш поширеними первинними захворюваннями, що спричиняють ХХН є: цукровий діабет (ЦД) 2 типу (30 % - 50 %), ЦД 1 типу (3,9 %), артеріальна гіпертензія (27,2 %), первинний гломерулонефрит (8,2 %), хронічний тубулоінтерстиціальний нефрит (3,6 %), спадкові або кістозні захворювання (3,1 %), вторинний гломерулонефрит або васкуліт (2,1 %), плазмоклітинна дискразія або новоутворення (2,1 %), серповидно-клітинна нефропатія (біля 1 % пацієнтів у Сполучених Штатах). Етіологічні чинники ХХН спричиняють порушення функціонування кровоносних судин, клубочків, каналців, ниркового інтерстицію та нижніх сечових шляхів. Патогенетично ХХН виникає у результаті трьох категорій причин: преренальних (знижений нирковий перфузійний тиск), внутрішньониркових або ренальних (патологія судин, клубочків або каналців інтерстицію) та постренальних (обструктивна). Виражені клінічні прояви при ХХН виникають внаслідок зменшення функціонуючих нефронів на 70-75 % нижче норми, тому важливою є вчасна діагностика та лікування цієї патології.

Зараз у світі понад 1,7 млн людей із ХХН живуть завдяки нирковозамісній терапії. 2/3 цих хворих перебувають на хронічному гемодіалізі. Багаторічний досвід лікування довів, що виводити уремичні токсини можна не лише шляхом діалізотерапії, а й за рахунок детоксикації через шлунково-кишковий тракт. Механізм ентеросорбції зводиться до фіксації уремичних токсинів на поверхні сорбенту в кишечнику. Це виключає можливість подальшої реабсорбції цих токсинів та їх потрапляння до системного кровообігу через мембрани капілярів ворсинок. У складі комплексної дезінтоксикаційної терапії ХХН ефективним є вітчизняний препарат Ентеросгель Екстракапс (ксерогель поліметилсілоксану) капсули 0.32 г по 2 капсули 3 рази на добу за 1,5-2 години до або через 2 години після їжі або прийому лікарських засобів. При цьому спостерігається зниження в крові рівня

сечовини та креатиніну, зменшення інтоксикаційного синдрому, покращення загального стану хворих.

Висновки. Збільшення випадків ХХН в Україні обумовлене загальним старінням населення, зростанням кількості хворих на ЦД, артеріальну гіпертензію, які ускладнюються судинними ураженнями нирок. У військовий час багатьом пацієнтам недоступна діалізотерапія. Ефективним методом ренопротекції, який сповільнює прогресування ХХН та сприяє виведенню уремічних токсинів є застосування ентеросорбентів. Найчастіше використовують Ентеросгель Екстракапс у дозі 1,92 г на добу.

Хоменко І. М., Івахно О. П.

НОВЕ ПІДГРУНТЯ ДЛЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

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

Вступ. Ускладнення епідеміологічної ситуації у зв'язку з військовими діями на території України вимагає підвищення акцентів на питаннях епідеміологічної безпеки в системі громадського здоров'я, підготовки фахівців нового формату з сучасним баченням розвитку та підсилення профілактичної складової. У прийнятому Законі України «Про систему громадського здоров'я» визначено за необхідності підготовку кадрів за спеціальностями «Громадське здоров'я», «Епідеміологія» та «Гігієна». Кафедра громадського здоров'я, епідеміології та екології одна із перших в Україні включилася в цей процес шляхом створення авторських освітніх програм нового зразка для спеціалістів вищої освіти в галузі знань 22 «Охорона здоров'я». Інновацією кафедри є введення модулів з громадського здоров'я для підготовки спеціалістів 222 «Медицина» усіх профілів (лікарів загальної практики-сімейної медицини, лікарів терапевтів, лікарів-педіатрів та інших), що є важливим елементом формування лікарського мислення в ситуаціях невизначеності та прийнятті невідкладних кваліфікованих професійних рішень. Кафедра проводить різні форми безперервного професійного розвитку за спеціальністю «Епідеміологія», в тому числі підготовку лікарів усіх фахів з «Основ інфекційного контролю».

Основна частина. Епідеміологічний нагляд набув нового змісту у зв'язку зі збільшенням чинників ризику впливу на здоров'я людини. Забезпечення санітарно-епідеміологічної безпеки в державі, пріоритет здоров'я населення як основи національної безпеки та економічного розвитку країни будуть провідними завданнями системи громадського здоров'я України у післявоєнний період відновлення та модернізації галузі. Для національної системи громадського здоров'я в теперішніх умовах є важливим забезпечити системний моніторинг та аналіз інфекційної та неінфекційної захворюваності, якості показників навколишнього середовища, визначення чинників ризику та встановлення причинно-наслідкових зв'язків змін у здоров'ї з врахуванням регіональних умов соціально-економічного розвитку на всіх адміністративних територіях країни. Формування в системі громадського здоров'я України

комунікативних комплексних програм дій між різними секторами та відомствами щодо профілактичного напрямку в охороні здоров'я, швидкого реагування на виклики завдяки співпраці з управліннями та департаментами різних відомств (захисту довкілля та екології, праці, освіти, Держпродспоживслужби, ДСНС, ветеринарної медицини та ін.) є доцільним.

Реалізація цього принципу потребує створення єдиного інформаційного фонду для моніторингу показників здоров'я та якості довкілля, умов життєдіяльності населення, в тому числі умов праці, харчування, медичної допомоги, дозвілля, що дасть змогу визначити реальні чинники ризику, розробити доказові профілактичні програми, підготувати нормативні документи. У цьому напрямі важливим є імплементація Міжнародних медико-санітарних правил, обмін інформацією з іншими країнами світу про досвід з попередження та контролю за інфекційними та неінфекційними хворобами, що значно скоротить витрати на реалізацію національних реформ.

Сучасні проблеми громадського здоров'я України пов'язані з поширенням хронічних неінфекційних захворювань, постарінням населення, що підвищує попит на медичні послуги, які в теперішніх умовах не завжди відповідають сучасним вимогам через дефіцит висококваліфікованого медичного персоналу, матеріально-технічного забезпечення обладнанням та устаткуванням закладів охорони здоров'я, можливістю використання передових методів діагностики і лікування, зниженою відповідальністю кожного громадянина за своє здоров'я.

Створення оптимальної мережі закладів громадського здоров'я, чітке визначення кадрового забезпечення системи, сучасної національної моделі управління галуззю з нагальним ефективним методичним підходом до регіональних відмінностей у соціально-економічному розвитку для планування програм діяльності сфери, використання чітких інтегрованих показників оцінки надання послуг в інтересах громад, подолання викликів, пов'язаних із забрудненням довкілля та його наслідками в умовах воєнного часу та відновний період є невирішеними і потребують максимальної уваги. Одержання узгодженої інформації щодо факторів ризику довкілля, загроз біологічного походження, лабораторної ідентифікації збудників інфекційних хвороб, організації санітарно-епідеміологічного нагляду за об'єктами господарювання, проведення протиепідемічних заходів в системі громадського здоров'я залишаються відкритими для вирішення та реалізації.

Щодо підготовки кадрів для системи громадського здоров'я, то питання залишається не узгодженим. Кафедра громадського здоров'я, епідеміології та екології НУОЗ України імені П. Л. Шупика протягом 2017-2023 років присвятила наукові дослідження обґрунтуванню методичних підходів до удосконалення вищої медичної освіти на додипломному та післядипломному рівнях з врахуванням сучасних викликів та вимог до функціонування системи, створенню компетентнісної моделі спеціаліста в сучасних умовах реалізації діяльності, підготовці стандартів вищої освіти на першому, другому та третьому рівнях із спеціальності 229 «Громадське здоров'я», нових освітніх програм для спеціалістів з епідеміологічного та гігієнічного профілів. Оперування спеціалістом з громадського здоров'я знаннями та вміннями про визначення та оцінку показників здоров'я людини, методами їх інтерпретації та

аналізу, встановлення чинників ризику, обґрунтування заходів щодо їх вилучення або зменшення негативного впливу за рахунок доведення величин шкідливого фактора до регламентованих норм властиве тільки фахівцям з вищою медичною освітою. Сучасні виклики до епідемічного благополуччя в країні вказали на необхідність безпосередньої участі фахівців громадського здоров'я у своєчасній постановці клінічного діагнозу, що може бути реалізовано за точного лабораторного підтвердження етіології захворювання (на прикладі сучасної епідемії коронавірусної хвороби COVID-19) і відповідної матеріально-технічної бази референс-лабораторій системи громадського здоров'я за вимогами ISO/IEC 17025:2015, що дасть можливість контролювати безпекову ситуацію в Україні щодо виникнення, розвитку та поширення інфекційних хвороб, небезпечних радіаційно-хімічних ситуацій.

Висновки. Ефективність системи громадського здоров'я визначається високим рівнем спеціальної підготовки фахівців, яка дасть можливість бути лідером серед каналів міжсистемної, міждисциплінарної та міжвідомчої комунікації, що підтримано на 86% експертами галузі. Профілактичні програми в системі громадського здоров'я спрямовані на різні сфери впливу - медичну, соціальну, екологічну, економічну та не мають обмежень по горизонталі та вертикалі управління в країні. Надання адвокаційних послуг у системі громадського здоров'я для різних вікових та соціальних груп населення країни вимагає також від спеціаліста громадського здоров'я володіння сучасними медичними знаннями та вміннями, нормативно-правовою базою, що регламентує діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, основами медичного права, глибокого лікарського мислення та є підтвердженням важливості медичної освіти для спеціалістів галузі. Комплекс завдань державного рівня, які вирішуються за участі діяльності системи громадського здоров'я України, можливо вирішити спеціалісту, який має вищу медичну освіту, і підтримка цього питання буде державницьким підходом та матиме новий поштовх до розвитку національної системи громадського здоров'я з дотриманням міжнародних вимог до захисту прав людини. Нормативно-правове урегулювання лікарської спеціальності з громадського здоров'я у системі вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» потребує закріплення на державному рівні.

Кравченко О. П., Крицька Г. А., Лотоцька О. В.

ОБІЗНАННІСТЬ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ ПРО ВІЛ/СНІД ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ АНКЕТУВАННЯ

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

Вступ. Епідемія ВІЛ/СНІД серед інших проблем громадського здоров'я займає особливе місце, адже вже впродовж багатьох років продовжує залишатись актуальною як в Україні, так й у світі. Тяжкі соціально-економічні наслідки епідемії, дороговартісне лікування та відсутність засобів специфічної

профілактики лише посилюють цю проблему. Встановлено, що на сьогодні у світі є 33,0 млн осіб інфіковані ВІЛ, серед них 2,2 млн – підлітків.

Щоб захистити себе від цієї небезпечної хвороби, потрібні знання. Тому, надзвичайно важливим фактором у боротьбі з поширенням цієї хвороби є рівень обізнаності молоді щодо питань інфікування, зниження ризику зараження та профілактики захворювання.

Основна частина. Для оцінки рівня обізнаності молоді про ВІЛ/СНІД проведено опитування 125 студентів медичного коледжу за допомогою розробленої нами анкети, що містить 24 запитання. Серед респондентів дівчата становили 74,4 % а юнаки – 25,6 %. За віком опитані розподілялися наступним чином: 14-16 років – 26,4 %, 16-18 років – 28 %, 18-20 років – 34,4 %, старші 20 років – 11,2 %. Більшість, а саме 89,5 % опитуваних студентів знають про інфекційне походження досліджуваної патології. Така обізнаність опитуваних студентів дає позитивний прогностичний результат в плані подальшого вивчення і запобігання СНІДу. На питання анкети про те чи загрожує СНІД особисто Вам, 59,2 % опитуваних заперечили, 24,8 % засумнівалися і 16 % стверджувально відповіли на це запитання. Такий результат відповіді на це запитання можна пояснити дещо легковажним ставленням молоді до свого здоров'я.

Опитані достатньо знають про можливі шляхи зараження вірусом. Так, переважна більшість (96,8 %) студентів основним вважають статевий та ін'єкційний шляхи (95,2 %). Значна частина опитуваних (87,2 %) вважає що одним із шляхів зараження може бути використання чужого леза або манікюрного приладдя та вказують на плацентарний шлях передачі від хворої матері (80 %). Правда, є частина (17,6 %), які вважають, що ВІЛ передається через укуси комарів, дехто (16 %) називають поцілунки як один із шляхів передачі вірусної інфекції. Дуже низький відсоток опитуваних (3,2 %) вказують такі шляхи передачі, як потискання рук, через повітря та з їжею і водою.

Як свідчать результати опитування, студентська молодь є досить толерантною стосовно людей, які живуть з ВІЛ/СНІД. Так 53,7 % респондентів не змінять своє ставлення, якщо дізнаються що у їх знайомих є захворювання, 27,4 % запропонують свою допомогу. Але є частина (7,3 %), які будуть намагатися оминати хворих, а окремі студенти (10,5 %) радять ізолювати хворих.

На питання, з яких джерел вони отримали інформацію про ВІЛ/СНІД, найбільше студентів (87,9 %) назвали навчальний заклад. Наступним джерелом інформації є телебачення (66,1 %) і розповіді знайомих (47,6 %). Після них стоять газети, журнали, популярна література (в межах 36,3-32,3 %).

Надзвичайно важливими для студентської молоді є знання про захист від ураження ВІЛ-інфекцією. Враховуючи основні шляхи передачі цього захворювання, 92,8 % респондентів основним методом захисту вважають користування презервативами, 85,6 % рекомендують використовувати тільки стерильні шприци, а 68,2% - не вживати наркотиків. Але була частина опитаних, які пропонували, щоб захиститися від ВІЛ/СНІДУ, уникати відвідування місць, в яких збирається багато людей, не потискати руку при вітанні, частіше мити руки, відмовитися від куріння та займатися спортом. Звичайно, хоча ці заходи є елементами здорового способу життя, проте у

даному випадку свідчать про відсутність обізнаності щодо питань інфікування та профілактики захворювань.

Висновки. В результаті проведення опитування визначено достатній рівень обізнаності студентів-медиків щодо інфікування, основних методів профілактики та зниження ризику зараження ВІЛ/СНІДом. Разом з тим, в період навчання і надалі в навчальних закладах необхідно систематично проводити просвітницьку роботу з використанням засобів масової інформації та спеціалістів у галузі громадського здоров'я щодо заохочення молоді до здорового способу життя, враховуючи високу зацікавленість молодих людей в отриманні додаткової інформації та покращенні знань щодо ВІЛ/СНІДу.

Комар О. М.

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНА ДІЯЛЬНІСТЬ УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ГЛОБАЛЬНОГО ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

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

Вступ. В останні роки інструменти громадського здоров'я швидко розвивалися завдяки розробці вдосконалених вакцин, ефективніших ліків, удосконалених методів діагностики, нових втручань, покращених комунікацій та інноваційних технологій. Однак рівень успішності глобальних втручань у сфері охорони здоров'я не досяг бажаних кінцевих результатів. Причиною цього є брак спроможних та високоефективних спеціалістів у сфері охорони здоров'я. Зрештою, успішне впровадження втручань, що ґрунтуються на доказах, залежить як від традиційної діяльності у сфері охорони здоров'я (наприклад, епіднадзора, лабораторних заходів, досліджень), так і від сильної професійної робочої сили. Остання повинна включати кваліфікованих менеджерів, які можуть забезпечити ефективно-продуктивну організацію, керівництво та нагляд (<https://www.jliedu.com/blog/importance-managing-public-health/>).

Основна частина. Інноваційна програма під назвою «Покращення управління охороною здоров'я для дій» (ІМРАСТ), яка наразі розробляється в CDC (центр з контролю та профілактики захворювань в США), саме і спрямована на вирішення цієї нагальної потреби шляхом підготовки ефективних кадрів - менеджерів громадського здоров'я.

Основна місія політики громадського здоров'я полягає в навчанні майбутніх лідерів практиці та дослідженні проблем громадського здоров'я. Мультидисциплінарна діяльність управління громадською охороною здоров'я включає лікарів, немедичних спеціалістів, неклінічних епідеміологів та вчених із кількісних аналізів, соціальних і поведінкових наукових експертів для сприяння дослідженням і розробкам, послугам чи системам охорони здоров'я.

Сучасні дослідження, теорія та наукові інновації можуть бути перетворені на успішну діяльність у сфері охорони здоров'я лише завдяки ефективному управлінню. Нещодавній проєкт звіту Всесвітньої організації охорони здоров'я

під назвою «Глобальна стратегія людських ресурсів для охорони здоров'я: робоча сила 2030» повторює цю концепцію. У документі акцентується увага на необхідності створення сильної та добре підготовленої робочої сили громадського здоров'я, щоб забезпечити загальне охоплення послугами охорони здоров'я шляхом стратегічно продуманого та ретельного впровадження.

Країни і заклади охорони здоров'я повинні зосередити увагу та зусилля на розвиток кадрів - менеджерів у сфері охорони здоров'я у нероздільному поєднанні з підвищенням якості інших спеціалістів у цій сфері. Діяльність цих менеджерів повинна розповсюджуватися як на міські, так і сільські райони, щоб допомогти полегшити доступ до якісної медичної допомоги. У звіті робиться висновок, що здібні керівники громадської охорони здоров'я у поєднанні зі здібними іншими фахівцями у цій сфері, є «... необхідними для того, щоб надавати політичним лідерам необхідні докази та технічні поради, а також гарантувати ефективне впровадження та нагляд за політикою, нормами та розробленими рекомендаціями» (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4676975/>).

Група авторів (Бредлі та ін.) у статті під назвою «Питання менеджменту: важіль для зміцнення систем охорони здоров'я в глобальній охороні здоров'я» (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4493581/>) описують важливість управління громадською охороною здоров'я для міцної та ефективної глобальної системи охорони здоров'я. Вони виступають за покращення управлінської спроможності для сприяння успіху систем охорони здоров'я. Це особливо необхідно в умовах з низьким рівнем доходу, «де ефективне використання обмежених ресурсів має першочергове значення для досягнення цілей у сфері охорони здоров'я».

Висновки. Удосконалення управління громадською охороною здоров'я можливе шляхом вирішення критичних потреб створення ефективних кадрів вчених і менеджерів у сфері охорони здоров'я, підвищення готовності до реагування на загрози захворювання та ефективного впровадження програм громадської охорони здоров'я.

Ковтун Г.І

МЕТОДИКА ОРГАНІЗАЦІЇ РЕГІОНАЛЬНОЇ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ ДОНОРСТВА ТА ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ.

Державна установа «Інститут серця МОЗ України», м. Київ, Україна

Вступ. У країнах Заходу з добре розвиненими системами трансплантаційної допомоги, успішність розвитку регіональної системи донорства та трансплантаційної допомоги визначається рівнем усередині системної організації та управління системою.

В даний час трансплантологічна допомога у регіонах України проходить своє становлення. Для організації сучасної регіональної організаційної моделі донорства та трансплантації органів з ефективною організацією процесу

органного донорства, чіткою алгоритмізацією дій на його етапах, з єдиним трансплантаційним центром, що надає якісну трансплантаційну допомогу, бере на себе функції організаційно-методичного регіонального центру донорства та трансплантації органів, знадобилося обґрунтування її методики.

Методика організації моделі регіональної системи донорства та трансплантації органів (МРСДТ) – це сукупність методів, що наочно показують основні базові елементи організаційного процесу.

Основна частина. При організації МРСДТ ми застосовували таку сукупність методів:

- системний підхід, з позицій якого МРСДТ загалом, розглядалася як єдиний регіональний суб'єкт зі своєю структурою та взаємозв'язками;

- створення МРСДТ на основі чинної законодавчої бази;

- Організація МРСДТ за рахунок інтеграції двох рівнів: - ЗОЗ, які є районними донорськими базами (ДБ у регіоні може бути декілька), що мають у своєму складі бригаду лікарів кардіологів та госпітального трансплант координатора та регіонального клінічного центру трансплантації (РКЦТ), який забезпечує у моделі якісну трансплантаційну допомогу, вирішує адміністративні, кадрові, фінансові, матеріально-технічні, логістичні, міжсекторальні, міждисциплінарні питання;

- Обґрунтування статусу МРСДТ як надкластерної установи охорони здоров'я регіону з розрахунку один на регіон (область, госпітальний округ). Межею донорської бази, що функціонує у моделі, є район.

- Визначення функціональних обов'язків ЗОЗ МРСДТ, забезпечення їх технічного, кадрового та фінансового ресурсу;

- Здійснення оптимізації трудового потенціалу МРСДТ, організація та контроль спеціалізації та перепідготовки лікарів, середнього медичного персоналу та трансплант координаторів;

- Впровадження в управління МРСДТ оперативних та стратегічних планів роботи;

- Застосування міждисциплінарного підходу, залучення до співпраці фахівців суміжних спеціальностей (кардіологів, нефрологів тощо)

- Використання міжсекторального підходу, залучення цілої низки регіональних організацій для успішного здійснення стратегічної діяльності моделі;

- Облік при функціонуванні моделі регіональних особливостей територій, зокрема чисельності та складу населення, характеру розселення, рівня соціально-економічного розвитку та транспортної інфраструктури.

Із запропонованого вище, видно що методика організації сучасної регіональної організаційної моделі донорства та трансплантації органів, базується на системному підході, представлена сукупністю методів, що оптимізують діючу систему та є основою для розробки моделі.

Висновки. Розроблена методика організації МРСДТ з позицій системного підходу позиціонується як комплексна методика. Вона об'єднує надання донорської та трансплантаційної допомоги у регіоні, інтегрує у своєму складі ДБ та РКЦТ, який забезпечує якісну трансплантаційну допомогу, вирішує адміністративні, кадрові, фінансові, матеріально-технічні, логістичні,

міжсекторальні, міждисциплінарні питання. Може бути використана для розробки моделі трансплантаційної допомоги в регіонах України.

Цурик С.П., Лотоцька О.В., Бандрівська Ю.Б

ХІМІЧНИЙ СКЛАД ПИТНИХ ВОД ЯК ФАКТОР ВПЛИВУ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

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

Вступ. За даними ВООЗ, у світі більш ніж два мільярди жителів планети мають хронічні захворювання через те, що споживають воду несприятливого сольового складу. Зниження або перевищення кількості того чи іншого макро- чи мікроелементу в питній воді призводить до фізіологічних зрушень в організмі людини, часто є основною причиною формування патологічних станів та може викликати розвиток різних неінфекційних захворювань.

Основна частина. У природних умовах поверхневі і підземні води не бувають в хімічно чистому вигляді. Формування їх мінерального складу відбувається в результаті контактування з різноманітними породами та мінералами, які знаходяться в земній корі. Проте в останні роки все частіше хімічний склад питної води також залежить і від розчинних сполук, які надходять разом з дощовими та талими водами з полів та доріг, з тваринницьких та птахоферм, з вигрібних ям та дворових вбиралень тощо. Тому природна вода, а тим паче підземна, завжди являє собою розчин дуже складного хімічного складу, при вживанні якого в організм людини може надходити багато різних речовин. Одні з них надзвичайно необхідні для життя і здоров'я, інші не мають великого значення, а є й такі, які можуть зашкодити людині.

Численні наукові дослідження встановили, що систематичне вживання води з вмістом хімічних речовин в кількостях, які перевищують допустимі концентрації або нижчі за фізіологічні норми, призводить до певних патологічних змін і формування захворювань. Наприклад, нестача фтору у питній воді призводить до виникнення карієсу, а його надмірна кількість – до флюорозу. Надлишок нітратів викликає метгемоглобінемію, а нестача йоду – проблеми зі щитоподібною залозою. Понаднормативний вміст у воді заліза негативно впливає на печінку та шкіру людини. Тривале вживання питної води з жорсткістю понад 10 мг-екв/л внаслідок високого вмісту кальцію викликає патологічні зміни з боку серцево-судинної та сечовостатевої систем, призводить до відкладання солей у суглобах та каменів на зубах, сприяє виникненню сечокам'яної хвороби та погіршує роботу жовчних проток, викликає сухість шкіри. Разом з тим споживання м'якої води (зі зниженою загальною твердістю) приводить до значного зростання серцево-судинних захворювань, інфаркту міокарда та інших. Підвищена мінералізація питної води негативно впливає на секреторну діяльність шлунку, порушує водносолевий баланс, що може викликати різні небажані фізіологічні відхилення в організмі, а маломінералізована вода при тривалому вживанні теж може викликати

несприятливі фізіологічні порушення в організмі (зокрема, зменшення вмісту хлоридів в тканинах, тощо).

Дуже небезпечно для людини, якщо у воді є токсичні елементи та важкі метали у кількостях, які перевищують нормативи. Було встановлено, що підвищений рівень алюмінію в питній воді вчені пов'язують з деменцією та хворобою Альцгеймера, миш'як викликає захворювання шкіри та рак легень, кадмій може негативно впливати на нирки, радон викликати рак легень, уранові захворювання нирок і зниження фертильності. Сурма підвищує рівень холестерину, а барій сприяє виникненню кишкових та серцево-судинних захворювань. Вживання води з підвищеним вмістом свинцю може негативно вплинути на репродуктивну функцію організму, сприяти виникненню онкологічних захворювань, а при хронічній інтоксикації може викликати порушення кровотворної системи.

Найбільш пріоритетними хімічними сполуками, які визначаються у воді в кількостях, що перевищують нормативи, в Західному регіоні України є нітрати, солі жорсткості, залізо та сухий залишок. І якщо останні три показники зумовлені геохімічними особливостями формування і розміщення підземних вод, то підвищений вміст нітратів найчастіше викликаний антропогенними забрудненнями.

Неякісна питна вода є однією з причин зростання у населення таких захворювань, як виразкова хвороба шлунку, жовчнокам'яна хвороба, хвороби органів дихання, печінки, захворювань крові та кровотворних органів, а також може викликати анемії. Тому було вирішено провести аналіз деяких показників захворюваності населення Західного регіону України, а саме Івано-Франківської, Львівської, Тернопільської, Хмельницької та Чернівецької областей у 2015 р. При аналізі кількості уперше зареєстрованих випадків хвороб крові та кровотворних органів у населення за окремими віковими групами в західних регіонах України. В кожній області відмічалось перевищення кількості таких випадків в порівнянні зі всеукраїнським показником: від 14 % у осіб старше 18 років Львівської області до 55-183 % в усіх вікових групах жителів Івано-Франківської області. За даними літератури, дана патологія дуже часто є результатом вживання води з підвищеним вмістом заліза, яке досить поширене у водах цього регіону України. Провівши аналіз кількості уперше зареєстрованих випадків хвороб органів травлення у населення за окремими віковими групами було відмічено, що у всіх областях і практично у всіх вікових групах ці хвороби перевищують середній показник по Україні. Найбільше вони виражені у жителів Івано-Франківщини. Сприяють виникненню даної патології, згідно літературним даним, висока мінералізація, твердість та підвищений вміст заліза у питній воді, що і характерно для західних областей України.

Висновки. Таким чином, аналіз регіональних особливостей питного водопостачання та з'ясування ролі водного фактора у формуванні неінфекційної захворюваності населення є досить актуальним питанням. Адже однією з основних умов збереження здоров'я людини та продовження її життя є забезпечення населення якісною водою, яка відповідає санітарно-гігієнічним вимогам за хімічним складом та епідеміологічними показниками.

Романюк Л.М., Романюк Н.Є., Вавілова Н.В., Харченко М.В., Ковальова Н.М.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ

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

Вступ. Нова система громадського здоров'я в Україні будується і функціонує за принципами децентралізації управління. Координаційні та управлінські функції, наукове обґрунтування і керівництво процесами впровадження сучасних програм та проєктів у цій сфері здійснює Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я. Враховуючи багатогранність стратегічних завдань та оперативних функцій, які стоять сьогодні перед системою громадського здоров'я в умовах її трансформації і викликів воєнного стану, актуальним є застосування комплексного підходу до управління у цій сфері.

Мета дослідження полягає в аналізі комплексного підходу до вдосконалення процесів управління у сфері охорони громадського здоров'я в Україні з урахуванням сучасних глобальних викликів.

Основна частина. Реалізацію державної політики у сфері громадського здоров'я на регіональному рівні здійснюють органи місцевого самоврядування. Вони відповідальні за санітарне та епідеміологічне благополуччя населення, впровадження Національної стратегії громадського здоров'я на місцевому рівні.

Управлінські рішення у сфері громадського здоров'я в Україні повинні ґрунтуватися на чітко визначеному комплексному підході із врахуванням змін системного характеру в охороні здоров'я та викликів воєнного стану у відповідності до існуючого законодавчого забезпечення. Вони базуються на основному нормативному документі цієї галузі - Законі України від 06.09.2022 року «Про систему громадського здоров'я». Цей Закон визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні з метою зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя. Він регулює суспільні відносини у сфері громадського здоров'я, визначає відповідні права і обов'язки державних органів управління та органів місцевого самоврядування, юридичних і фізичних осіб у цій сфері, встановлює правові та організаційні засади здійснення державного нагляду (контролю) у сферах господарської діяльності, які можуть становити ризик для санітарно-епідемічного благополуччя населення.

Проведений аналіз останніх наукових досліджень і публікацій свідчить про те, що критичний стан системи охорони здоров'я в Україні не залишає байдужими як практичних лікарів, так і провідних вітчизняних науковців. Вони розглядають фундаментальні теоретичні положення державної політики та управління у сфері охорони здоров'я в Україні. Результати досліджень, дискусії та обговорення вказують на те, що негативний стан вітчизняної медицини та основних детермінант здоров'я зумовлений недоліками організації та державного управління цієї сфери. Поглиблюють ці негативні процеси

глобальні виклики, що виникли у зв'язку із воєнними діями: загрозлива демографічна ситуація, міграційні процеси, погіршення соціально-економічного стану суспільства, значні пошкодження інфраструктури медичних закладів, кадрова проблема та обмежене ресурсне забезпечення галузі.

Проблеми здоров'я населення і неефективність діяльності медичної сфери досліджують не тільки вітчизняні вчені. Найактуальніша проблема, яка сьогодні турбує науковців усього світу, полягає у з'ясуванні механізмів, за допомогою яких можна досягти максимальної ефективності діяльності медичної галузі в умовах значних соціально-економічних змін у суспільстві. Водночас, незважаючи на досить ґрунтовне дослідження цієї проблеми, питання комплексного підходу до управління охороною здоров'я залишаються актуальними, адже на сьогодні практичних, результативних кроків щодо підвищення його ефективності вкрай мало. Отже, системні зрушення у сфері громадського здоров'я та шляхи вдосконалення управління охороною здоров'я потребують ґрунтового аналізу.

Україні тепер потрібна така система управління громадським здоров'ям, головною метою якої було б повне забезпечення можливості збереження здоров'я кожної конкретної людини у оптимальному обсязі й з мінімальними витратами. В основу функціонування такої системи мають бути закладені два засадничих принципи: медична та економічна ефективність, тобто раціональний розподіл обсягів медичної допомоги і витрат на її надання. Тільки тоді стане можливим забезпечення високих результатів якості, доступності медичної допомоги і, як наслідок, поліпшення показників здоров'я населення.

Комплексний механізм управління повинен складатися з таких компонентів:

- економічного (механізм публічного управління банківською, інвестиційною, інноваційною, кредитною, податковою, страховою діяльністю тощо);

- мотиваційного (сукупність командно - адміністративних та соціально - економічних стимулів, які спонукають державних службовців до високоефективної роботи);

- організаційного (об'єкти, суб'єкти управління, їх цілі, завдання, функції, методи управління та організаційні структури, а також результати їх функціонування);

- політичного (механізми формування економічної, соціальної, фінансової політики тощо);

- правового (нормативно-правове забезпечення: закони, постанови Верховної Ради України, укази Президента України, постанови і розпорядження Кабінету Міністрів України, а також методичні рекомендації, інструкції тощо).

Відповідно до цих компонентів можна сформулювати основні концептуальні підходи щодо вдосконалення процесів управління у сфері громадського здоров'я в Україні:

- розробка Програми (плану дій) розбудови та трансформації громадського здоров'я України як інкорпорованої частини громадського

здоров'я Європи та глобального здоров'я з врахуванням викликів воєнного стану;

- формування асоціації фахівців із громадського здоров'я;
- оптимізація мережі установ і закладів, які виконують функції громадського здоров'я;
- залучення до виконання окремих функцій громадського здоров'я медичних працівників усіх фахів;

Висновки. Управлінські рішення у сфері громадського здоров'я в Україні повинні ґрунтуватися на чітко визначеному комплексному підході із врахуванням змін системного характеру в охороні здоров'я та викликів воєнного стану у відповідності до існуючого вектору розвитку системи громадського здоров'я та її законодавчого забезпечення. Перспективами подальших досліджень є наукове обґрунтування напрямів розвитку державної політики охорони громадського здоров'я згідно з чинним українським та міжнародним законодавством за світовими стандартами відповідно до існуючих глобальних викликів.

Слободян Н.О., Дрок І.В.

ТЕЛЕМЕДИЦИНА В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВІЙНИ

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

Вступ. Метод дистанційного лікування та діагностики пацієнтів через мережі зв'язку відомий як телемедицина. Телемедицина є потужною технологією, яка може розширити доступ до профілактичного лікування та сприяти досягненню довгострокового здоров'я. Ця інноваційна галузь медицини може значно покращити стан здоров'я населення.

Основна частина. Телемедицина в Україні почала активно запроваджуватися ще у 2018 році у сільській місцевості із залучення лікарів-консультантів, щоб забезпечити надання медичної допомоги та реабілітації.

Пандемія COVID-19 підкреслила потребу в потужних мережах первинної медичної допомоги для більш ефективного реагування громадської охорони здоров'я під час надзвичайних ситуацій. Телемедицина має потенціал для подолання постійних бар'єрів, що стоять перед наданням первинної медичної допомоги, таких як брак кваліфікованих медичних працівників, проблеми з доступом і вартістю послуг. Ця технологія може значно прискорити надання та ширше охоплення медичними послугами, посилюючи первинну медичну допомогу. Особливо це актуально в умовах повномасштабної війни в Україні, де зростає розрив між населенням і медичними працівниками, які надають основні медичні послуги. Повномасштабне вторгнення росії, коли багато громадян стали вимушено обмежені у можливостях отримання медичних послуг, особливо люди, які перебувають у скрутних умовах і не мають можливостей звернутися до лікаря. змусили кардинально переглянути підхід до застосування телемедицини та оцінки її ефективності.

«Телемедицина в Україні сьогодні набуває активного розвитку: до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, поставлено близько 4 тисяч мобільних телемедичних апаратно-діагностичних комплексів. В областях почали роботу регіональні центри телемедицини, організовано телеконсультування за окремими напрямками в рамках надання екстреної медичної допомоги тощо», – зазначив Міністр охорони здоров'я Віктор Ляшко.

Усе це створює можливості для швидкого розвитку і впровадження сучасних телемедичних технологій на базі e-Health та інтеграцію в світову телемедичну спільноту.

Розбудова телемедицини в Україні активно підтримується західними партнерами. Стратегія розбудови телемедицини в Україні була розроблена у співпраці та за технічної підтримки проекту LHSS|USAID.

Параз в Україні працює низка пілотних проектів щодо надання медичної допомоги в умовах воєнного стану із застосуванням різноманітних телемедичних платформ – Teladoc Solo platform (США – Велика Британія), Rehabilitation Gaming System (Іспанія), Epiqar (США), System Carebits (Польща), Healthbot «Home Doctor» (Іспанія), телемедичні системи обробки медичних даних на базі штучного інтелекту Brainscan (Польща) та AIDOC (США).

Висновки. Зараз цінність телемедицини полягає у можливості передавати медичні дані на великі відстані. В минулому телемедицину відкидали через її незручність, ненадійність і високі витрати. Однак з розвитком швидкісних телекомунікацій і інформаційних технологій, особливо в умовах війни, коли багато громадян опинилися в умовах обмеженого доступу до медичних послуг, телемедицина стала життєздатною, надійною і практичною технологією.

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

Сергета І.В.

ОСВІТНЯ ДІЯЛЬНІСТЬ В СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ОСНОВИ ПІДГОТОВКИ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ НА ТРЕТЬОМУ (ОСВІТНЬО-НАУКОВОМУ) РІВНІ

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

Вступ. Невід'ємною та надзвичайно важливою складовою освітньої діяльності в сфері громадського здоров'я слід вважати організаційне і науково-методичне забезпечення підготовки здобувачів освіти на третьому (освітньо-науковому) рівні, завершальним етапом якого є здобуття особою, яка навчається, ступеня доктора філософії (PhD).

Основна частина. Головною метою освітньої-наукової програми 229 Громадське здоров'я, що запроваджена у Вінницькому національному медичному університеті ім. М. І. Пирогова та акредитована Національним агентством із забезпечення якості вищої освіти України, слід вважати набуття здобувачем освіти теоретичних знань, умінь, навичок та інших компетентностей, достатніх для продукування нових ідей і розв'язання комплексних проблем у галузі професійної та дослідницько-інноваційної діяльності, спрямованої на попередження захворювань, збільшення тривалості життя і зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства та передбачає глибоке переосмислення наявних і створення нових цілісних знань та професійної практики, оволодіння методологією наукової і педагогічної діяльності, а також проведення власного наукового дослідження, результати якого мають наукову новизну, теоретичне та практичне значення для системи охорони здоров'я, профілактичної медицини і громадського здоров'я.

В центрі основного фокусу освітньої-наукової програми перебувають такі об'єкти діяльності, як здоров'я населення, методологія наукових досліджень у сфері здоров'я населення, детермінанти здоров'я, організаційна, управлінська, експертна, контрольно-аналітична та проектна діяльність у сфері громадського здоров'я і зміцнення здоров'я. Разом з тим теоретичний зміст її предметної області розкривають: наукові концепції, закономірності, принципи, поняття епідеміологічного нагляду, оцінювання стану здоров'я і благополуччя населення, захисту здоров'я, моніторингу загроз для громадського здоров'я та реагування у відповідь на небезпеки, зміцнення здоров'я, профілактику захворювань, управління системою громадського здоров'я.

До числа провідних методів, методик та технологій, що використовуються, необхідно віднести: гігієнічні, епідеміологічні,

бібліосемантичні, медико-соціологічні, психофізіологічні, психодіагностичні, психолого-педагогічні, соціально-психологічні та медико-географічні методи, а також методи статистичного аналізу і прогнозування, експертних оцінок, структурно-логічного аналізу і моделювання, якісних та кількісних досліджень, сучасні цифрові технології тощо. Натомість головними “інструментами” їх реалізації є сучасні універсальні системи, спеціалізоване програмне забезпечення, інформаційно-аналітичні інструменти, системи підтримки прийняття та реалізації управлінських рішень тощо.

Особливістю освітньої-наукової програми, що розглядається, є можливість здобувачів освіти отримувати сучасні знання та навички як безпосередньо від викладачів, так і від спеціалістів-практиків, членів міжнародних професійних асоціацій, набуваючи таким чином сталих компетенцій ефективного проектного менеджменту і академічного письма. Загалом же освітньої-наукова програма дозволяє здобувачу самостійно та свідомо обрати вектор наукового дослідження за спеціальністю “Громадське здоров’я”, виходячи з урахування її трьох головних наукових напрямків, а саме: “Соціальна медицина”, “Гігієна та професійна патологія” і “Епідеміологія”.

Наукова складова підготовки включає у свою структуру фундаментальний, експериментальний або клінічний дослідний компонент. Здобуття глибинних знань із спеціальності забезпечується теоретичною і практичною підготовкою, а також медичною та педагогічною практиками. Оволодіння педагогічною майстерністю в обов’язковому порядку передбачає і психологічну складову підготовки. До програми підготовки здобувачів ступеня доктора філософії може бути включена додаткова дисципліна за вибором із поглибленим вивченням англійської академічної мови. Зрештою, слід відзначити, що унікальність освітньої-наукової програми забезпечує широке застосування як у науковому, так і в освітньому процесі оригінальних напрацювань власних наукових шкіл у галузі психогігієни, університетської гігієни, гігієни дітей і підлітків, фізіології та гігієни адаптаційного процесу, профілактичної аеробіології тощо.

Теоретичному змісту предметної області освітньої-наукової програми відповідають і обов’язкові освітні компоненти циклів професійної підготовки, а саме: “Написання, фінансування та управління науковими проектами, реєстрація прав інтелектуальної власності”, “Медична статистика”, “Публікаційна активність та наукометричні бази даних”, “Психолого-педагогічні основи навчальної діяльності” тощо. Цикл професійної підготовки передбачає і поглиблене вивчення провідної навчальної дисципліни “Громадське здоров’я”, яку здобувачі опановують відповідно до напряму власного наукового дослідження, забезпечуючи теоретичний фундамент для розуміння формування понять і концепцій наукової думки у галузі, що вивчається. Крім того, здобувач освіти може обрати окремі вибіркові дисципліни для включення до індивідуального навчального плану завдяки наявності блоку вибіркових навчальних дисциплін, передусім, таких як: “Академічна доброчесність”, “Сучасні інформаційні технології та телемедицина”, “Мова сучасного наукового тексту”, “Біоетичні та медико-правові основи наукових досліджень” тощо.

Зрештою, потрібно відзначити, що в основу розроблення та подальшого запровадження і ефективної реалізації освітньої-наукової програми були покладені принципи: (а) урахування традицій систем підготовки фахівців профілактичної медицини, що існували впродовж багатьох років (принцип класичного підходу); (б) урахування сучасних тенденцій підготовки докторів філософії за спеціальністю “Громадське здоров’я” як в Україні, та і, передусім, закордоном (принцип осучаснення); (с) урахування оригінальних напрацювань власних Вінницьких наукових шкіл у галузі гігієни та соціальної медицини (принцип унікальності).

Висновки. В роботі розглянуті питання освітньої діяльності в сфері громадського здоров’я та визначені основи підготовки здобувачів освіти на третьому (освітньо-науковому) рівні шляхом запровадження акредитованої освітньої-наукової програми 229 “Громадське здоров’я” та реалізації провідних принципів її побудови, а саме принципів класичного підходу, осучаснення та унікальності.

Грузєва Т.С.^{1,2}, Іншакова Г.В.^{1,2}, Гречишкіна Н.В.¹, Слуту Н.Ю.¹

БІОСТАТИСТИКА ЯК НЕВІД’ЄМНА СКЛАДОВА В ПРОГРАМІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ’Я

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, ²ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС,
м. Київ, Україна

Вступ. Біостатистика відіграє велику роль у підготовці фахівців громадського здоров’я. За допомогою методологічного апарату біостатистики відбувається обробка, аналіз та інтерпретація даних досліджень у цій галузі. Адже аналіз даних є дуже дієвим засобом для розуміння суті інформації, що генерується у сфері громадського здоров’я. Він є важливим інструментом у формуванні політики, програм, ініціатив в охороні здоров’я, а також прийнятті обґрунтованих та ефективних рішень щодо надання медичної допомоги, профілактики та контролю захворювань серед населення на різних рівнях управління.

Основна частина. Підготовка студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти із спеціальності 229 «Громадське здоров’я» передбачає оволодіння ними навчальної дисципліни «Біостатистика та основи епідеміології». Метою опанування даної дисципліни є набуття необхідних компетентностей щодо практичного застосування знань і навичок з основ та сучасних принципів доказової медицини та біостатистики. Компетентнісну основу майбутніх магістрів громадського здоров’я висвітлено в програмі навчальної дисципліни. Вона містить інтегральну, загальні та спеціальні компетентності. Що стосується, зокрема, фахових компетентностей, то фахівці громадського здоров’я повинні мати здатність здійснювати оцінку, інтерпретацію, порівняння та прогноз показників громадського здоров’я; виконувати аналіз впливу різних факторів на здоров’я населення та визначати необхідні дії для збереження здоров’я; з’ясовувати ризики та обґрунтовувати

необхідні заходи для боротьби з наслідками надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я; вірно з точки зору науки планувати дизайн досліджень, здійснювати збір даних, поширювати і використовувати результати наукових досліджень у сфері громадського здоров'я.

На опанування навчальної дисципліни «Біостатистика та основи епідеміології» передбачено 5 кредитів, що поділяються на 20 годин лекцій, 60 годин практичних занять, 60 годин самостійного опрацювання тематики та 10 годин відведено на виконання індивідуального завдання. Лекційний матеріал охоплює широке коло теоретичних питань, які розширюють світогляд студента стосовно методологічних основ епідеміології та доказової медицини, аналізу й оцінки здоров'я населення та системи охорони здоров'я, організації статистичних досліджень в громадському здоров'ї, методів збирання статистичного матеріалу, аналізу статистичних помилок, характеристики епідеміологічних досліджень, узагальнення результатів статистичних досліджень, сучасних методів статистичного аналізу та їх програмного забезпечення, алгоритму представлення наукових робіт тощо.

Контент практичних занять спрямований на вміння застосовувати набуті теоретичні знання у конкретних практичних ситуаціях. В рамках навчальної дисципліни майбутні магістри громадського здоров'я повинні вміти планувати дослідження та складати програми дослідження, розраховувати та аналізувати різні показники, у т.ч. відносні та середні величини, розрізняти типи даних та застосовувати до них відповідні статистичні тести, вміти визначати залежність між явищами, проводити графічні методи аналізу та аналізувати ряди динаміки, знати і бути спроможними розраховувати та оцінювати показники ризику, чутливості та специфічності скринінгових тестів тощо.

В рамках індивідуального завдання студент може виконати фрагмент наукової роботи, взяти участь у науково-практичних форумах закладів вищої освіти, висвітлити свої наукові напрацювання в друкованій праці тощо.

Висновки. Отже, біостатистика та епідеміологія – це фундамент громадського здоров'я та профілактичної медицини. У цих галузях використовується математичний апарат, а також багато інших методів для дослідження тенденцій розвитку захворювань і забезпечення засобів для запобігання захворювань у майбутньому. Опанування та розуміння навчальної дисципліни сприятиме підвищенню якості прийняття рішень в громадському здоров'ї, ефективності надання медичної допомоги, покращенню рівня прогнозування процесів у громадському здоров'ї.

Паламар Б.І., Грузева Т.С.

ФОРМУВАННЯ СУЧАСНОЇ ІНСТИТУЦІЙНОЇ СТРУКТУРИ ПІДГОТОВКИ КАДРІВ ДЛЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Вступ. Сучасний період розвитку охорони здоров'я характеризується зростанням вимог до якості підготовки фахівців для системи охорони здоров'я, у т. ч. для її передової ланки - громадського здоров'я. Це вимагає формування

відповідних освітньо-наукових структур, здатних забезпечити високий рівень знань, вмінь та компетентностей майбутніх магістрів громадського здоров'я. Такий підхід повністю узгоджується з основною оперативною функцією громадського здоров'я щодо забезпечення сфери громадського здоров'я кваліфікованими кадрами достатньої чисельності. В даному контексті необхідним є створення умов для базового навчання та подальшої професійної підготовки й удосконалення кадрів громадського здоров'я силами акредитованих закладів.

Основна частина. В Україні розвиток системи громадського здоров'я є пріоритетом сфери охорони здоров'я. На реалізацію ст. 50. «Кадрове забезпечення системи громадського здоров'я» Закону України «Про систему громадського здоров'я» спрямована діяльність закладів вищої та післядипломної освіти згідно з законодавством про освіту. Відповідно до основної мети Стратегічного плану розвитку НМУ імені О.О. Богомольця на 2020-2025 роки щодо підготовки висококваліфікованих, конкурентоспроможних здобувачів вищої освіти в закладі здійснюється системна робота щодо приведення якості освітньої діяльності до міжнародних стандартів; посилення інноваційної наукової діяльності; розширення міжнародної інтеграції тощо.

У розвиток цього напрямку в НМУ імені О.О. Богомольця у 2023 р. було прийнято та реалізовано рішення Вченої ради щодо створення Навчально-наукового інституту громадського здоров'я та профілактичної медицини. Основною метою цієї нової сучасної інституції є професійна підготовка на додипломному та післядипломному рівнях здобувачів вищої освіти шляхом отримання ними знань, умінь та навичок зі спеціальностей «Громадське здоров'я», «Технології медичної діагностики та лікування», «Медсестринство», «Менеджмент»; удосконалення та викладання гігієнічних дисциплін для здобувачів вищої освіти зі спеціальностей «Стоматологія», «Медицина», «Медична психологія», «Фармація, промислова фармація», «Терапія та реабілітація», «Педіатрія»; безперервний професійний розвиток лаборантів, медсестер, лікарів, науково-педагогічних і наукових кадрів вищої кваліфікації, провадження наукової діяльності шляхом здійснення наукових досліджень і забезпечення творчої діяльності учасників освітнього процесу, використання отриманих результатів в освітньому процесі.

Основною місією Інституту є сприяння зміцненню та збереженню здоров'я населення України. Візія Інституту полягає в устремлінні стати лідером у професійній підготовці здобувачів вищої освіти, безперервному удосконаленню професійних, науково-педагогічних і наукових кадрів вищої кваліфікації та провадженні наукової діяльності у сфері громадського здоров'я і профілактичної медицини.

Основними функціями Навчально-наукового інституту громадського здоров'я та профілактичної медицини НМУ імені О.О. Богомольця є навчально-виховна робота, наукова робота та робота з підготовки науково-педагогічних та наукових кадрів; лікувальна робота. Навчально-виховна робота має зосереджуватися на забезпеченні органічного поєднання в освітньому процесі освітньої, наукової, інноваційної, міжнародної діяльності; підвищенні кваліфікації та удосконаленні професійних знань і навичок молодших

медичних спеціалістів, бакалаврів та магістрів за відповідними комплексними програмами підготовки (курси тематичного удосконалення) тощо. Наукова робота в Навчально-науковому інституту громадського здоров'я та профілактичної медицини спрямовуватиметься на здійснення наукових досліджень і забезпечення творчої діяльності учасників освітнього процесу та використання отриманих результатів в освітньому процесі; виконання конкурсних замовлень МОЗ України та МОН України, ініціативних, госпдоговірних та міжнародних науково-дослідних робіт; підготовку науково-педагогічних та наукових кадрів шляхом виконання магістерських кваліфікаційних робіт, кандидатських та докторських дисертаційних робіт; видання монографій, публікацію статей в журналах, збірниках наукових праць та доповіді результатів НДР на наукових і науково-практичних форумах; здійснення винахідницької діяльності; проведення клінічних або доклінічних випробувань лікарських засобів; організацію науково-практичних конференцій, конгресів, симпозіумів, студентських олімпіад тощо.

Висновки. Створення сучасних навчально-наукових структур з підготовки кадрів для системи громадського здоров'я забезпечить комплексний міждисциплінарний підхід до формування компетентнісної складової фахівців, сприятиме підвищенню якості навчання відповідно до чинних вимог та існуючих потреб.

Гречишкіна Н.В., Литвинова Л.О., Донік О.М., Артемчук Л.І.

ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ПРОФІЛАКТИКА В ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'Ї» МАГІСТРАМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

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

Вступ. На сьогодні профілактика виникнення та розвитку порушень здоров'я та захворювань набуває все більшого значення, враховуючи окремі труднощі з доступністю медичної допомоги на певних територіях. Теза «простіше попередити захворювання, ніж потім лікувати» не втрачає своєї актуальності та стає зрозумілішою.

Основна частина. Слід зазначити, що профілактична складова передбачена в програмі підготовки магістрів медицини. В навчальній програмі дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я» окремі теми присвячено профілактиці та промоції здоров'я, а також включено нові теми з адвокації, комунікації та соціальної мобілізації в інтересах здоров'я. Проте, саме фахівці громадського здоров'я (ГЗ) є спікерами профілактичного напрямку.

В освітньо-професійній програмі підготовки магістрів ГЗ промоція здоров'я, профілактика і адвокація в ГЗ викладаються як окремі дисципліни. Деякі спільні складові цих дисциплін лише сприяють розширенню міждисциплінарних зв'язків та наступності у викладанні. Для підвищення обізнаності з такого важливого напрямку в програмі підготовки магістрів ГЗ передбачено окрему дисципліну «Профілактика в громадському здоров'ї», яка викладається на другому році навчання. Тематика практичних занять

присвячена різним рівням профілактики певних груп захворювань з акцентом на використання окремих її форм та методів для цільових аудиторій. Велике розмаїття хвороб та методів їх профілактики для різних контингентів населення створює безмежний простір для формування у студентів практичних навичок при виконанні завдань, стимулює їх інтерес до дисципліни і, зрештою, призводить до розуміння місця і ролі профілактики в системі ГЗ. Лекційний курс охоплює концептуальні питання формування профілактичних програм та стратегій з урахуванням міжсекторального підходу та світового досвіду.

Висновки. Опанування профілактики як дисципліни майбутніми магістрами спонукатиме їх не тільки до впровадження науково доведених популяційних профілактик, а й до роботи з населенням з метою підвищення їх відповідальності за власне здоров'я.

Грузева Т.С.^{1,2}, Гречшикіна Н.В.¹, Іншакова Г.В.^{1,2}

АНАЛІЗ ОСВІТНІХ ПРОГРАМ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА ШВЕЦІЇ

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

²Державна установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

Вступ. Аналіз освітніх програм підготовки магістрів громадського здоров'я та їх реалізації в європейських країнах має на меті виявлення та поширення кращого досвіду розробки і впровадження освітніх програм підготовки фахівців для системи громадського здоров'я. Такий підхід цілком відповідає стратегії та пріоритетам інтернаціоналізації освітнього процесу в закладах вищої освіти України і зосереджується на побудові партнерства з провідними європейськими закладами вищої освіти.

Основна частина. Оскільки система вищої освіти у Швеції є гармонізованою з європейською системою, а заклади вищої освіти, які ведуть підготовку магістрів громадського здоров'я, мають успішний досвід формування людських ресурсів у сфері громадського здоров'я, доцільним є вивчення цього досвіду у провідних університетах з даним профілем підготовки з метою створення нових та модернізації існуючих освітніх програм з громадського здоров'я в Україні.

Порівняльний аналіз освітніх програм підготовки магістрів громадського здоров'я у Каролінському інституті і Гетеборзькому Університеті (Королівство Швеція) та низці університетів України виявив певні відмінності у підходах до формування та реалізації освітніх програм. Попри однакову кількість кредитів ЄКТС (120), які складають загальний обсяг освітньої програми, та подібну тривалість навчального процесу (2 роки), наявність індивідуального дипломного проекту (магістерської роботи), звертає на себе увагу різниця у кількості навчальних дисциплін, які включено до навчального плану, та обсяг кредитів за кожною з них.

Так, у Каролінському інституті освітня програма підготовки магістрів громадського здоров'я має дві спеціалізації: епідеміологія громадського

здоров'я та зміцнення здоров'я і профілактика. Спеціалізація «Епідеміологія громадського здоров'я» має прикладну спрямованість з епідеміології, розвитку вмінь студентів описувати, аналізувати та розмірковувати над різними типами проблем громадського здоров'я та оцінки втручань, критичного огляду епідеміологічних досліджень. У спеціалізації «Зміцнення здоров'я і профілактика» акцент робиться на застосуванні методів здоров'язбережувальної та профілактичної діяльності, розвитку вмінь планування, розробки, впровадження та оцінки заходів зміцнення здоров'я і профілактичних заходів на індивідуальному та популяційному рівні. Студенти обох спеціалізацій отримують знання з епідеміологічних методів, які актуальні в сфері громадського здоров'я. Викладання зосереджено на трьох основних сферах епідеміології: моніторинг розподілу здоров'я, детермінанти здоров'я, а також оцінка політики та заходів боротьби з нездоров'ям. Навчальний план за обома спеціалізаціями включає 13 освітніх компонентів, переважна більшість яких має обсяг 7,5 кредитів ЄКТС і дипломний проект, на який відводиться 30 кредитів ЄКТС.

У Школі громадського здоров'я та громадської медицини Університету Гетеборга магістерська програма з громадського здоров'я реалізується також впродовж 2 років з обсягом 120 кредитів ЄКТС, з яких 30 кредитів виділяється на магістерську роботу. Впродовж навчання студенти обирають та опановують 8 навчальних дисциплін з 12 запропонованих для вибору. Обсяг навчальних дисциплін становить 7,5 або 15 кредитів ЄКТС. Зокрема, навчальні дисципліни «Основи громадського здоров'я та сфери застосування», «Епідеміологія та біостатистика», «Економіка охорони здоров'я: основи, сфери застосування та методологія», «Соціальна епідеміологія: теорії, методи та практичні наслідки», «Поглиблений курс оцінки економіки охорони здоров'я», «Керування рівністю у сфері охорони здоров'я: політика, втручання та оцінки» охоплюють 15 кредитів ЄКТС, а «Рівність у сфері охорони здоров'я та право на здоров'я», «Якісні методи в охороні здоров'я», «Міграція та здоров'я в соціальному, демографічному та політичному контекст» - 7,5 кредитів ЄКТС. При цьому факультативні курси можна проходити як в Університеті Гетеборга, так і в іншому закладі вищої освіти Швеції чи за кордоном.

В закладах вищої освіти України підготовка магістрів громадського здоров'я включає вивчення близько 20 обов'язкових та низки вибіркового дисциплін. Так освітньо-професійна програма підготовки магістрів в Харківському національному медичному університеті включає 18 обов'язкових компонентів та 22 вибіркового обсягом 3-6 кредитів; в Полтавському державному медичному університеті - 16 обов'язкових компонентів та 28 вибіркового обсягом 3-6 кредитів; в Острозькій академії -18 обов'язкових компонентів обсягом 3-6 кредитів; Сумський державний університет – 14 обов'язкових компонентів обсягом 5 кредитів.

Висновки. Отже, аналіз освітніх програм підготовки магістрів громадського здоров'я в закладах вищої освіти Швеції та України показав, що в шведських університетах освітні програми містять меншу кількість освітніх компонент з виділенням більше часу на їх засвоєння (7,5-15кредитів). Вітчизняні заклади вищої освіти реалізують більш деталізовані освітні програми зі значною чисельністю освітніх компонентів обсягом переважно 3-6

кредитів. Вибіркові компоненти вітчизняних освітніх програм характеризуються значною диференціацією. Поглиблене вивчення змістового наповнення освітніх компонентів освітніх програм в українських і шведських університетах та особливостей здійснення навчального процесу дозволить зробити аргументовані висновки щодо доцільності застосування різних підходів до їх формування.

Середяк А.І., Криницька І.Я.

ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ЛАБОРАТОРНО-ДІАГНОСТИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ НА ТЕРИТОРІЇ МІСТА СТЕБНИК ТА ДРОГОБИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ ГРОМАДИ

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

Вступ. Лабораторні діагностичні тести сьогодні використовуються для запобігання виникнення захворювання шляхом виявлення модифікованих факторів ризику; діагностики багатьох патологічних станів, часто на ранніх стадіях; прогнозування перебігу захворювання; спостереження за прогресуванням/регресуванням захворювання; персоналізації лікування для досягнення найкращих можливих результатів. Більш того, оцінка ефективності/безпечності медикаментозної терапії, що отримує пацієнт забезпечується саме лабораторними дослідженнями, адже зміни лабораторних показників дозволяють оцінити адекватність підбраної терапії та своєчасно діагностувати розвиток небажаних побічних реакцій та/або передозування. Тому надійні та своєчасні лабораторні послуги є вкрай важливими для національної економіки охорони здоров'я, а оптимізація діяльності лабораторно-діагностичної служби є вигідною як з точки зору системи громадського здоров'я, так і з погляду державного бюджету. Важливою ланкою оцінювання якості лабораторно-діагностичної служби є думка пацієнтів, які є безпосередніми споживачами даних послуг. Тому метою дослідження було визначити задоволеність пацієнтів лабораторно-діагностичною службою на території м. Стебник та Дрогобицької міської громади з метою покращення її діяльності.

Основна частина. Ми провели опитування соціологічне анкетування 100 пацієнтів КНП «Стебницька міська лікарня» Дрогобицької міської ради. Анкети були заповнені методом інтерв'ювання та самозапису. Встановлено, що при звертанні в клініко-діагностичну лабораторію для пацієнтів ключовими критеріями є: достовірність дослідження (85,0 %), вартість дослідження (88,0 %) та швидкість отримання результату (69,0%). Значно менше на вибір лабораторії впливають територіальна приналежність (15,0 %), відстань від дому (18,0 %), відсутність черг (38,0 %), кваліфікація медичного персоналу (40,0 %) та доброзичливе ставлення медичного персоналу (44,0 %). Найбільшу перевагу респонденти віддають клініко-діагностичній лабораторії за місцем проживання (53,0 %). Майже половина респондентів (48,0 %) оцінюють «добре» діяльність тієї лабораторії, куди звертаються, і трохи більше третини (34,0 %) –

«задовільно». При цьому лише 18,0 % пацієнтів оцінили діяльність клініко-діагностичної лабораторії, куди звертаються, на відмінно. Аналізуючи відповіді респондентів на запитання «Чи Ви згодні платити за дослідження в клініко-діагностичній лабораторії?» 53,0 % пацієнтів дали позитивну відповідь. Водночас 69,0 % учасників дослідження не мають змоги оплачувати дорогі дослідження в клініко-діагностичній лабораторії. Аналізуючи структуру пропозицій пацієнтів по покращенню діяльності лабораторно-діагностичної служби виявлено, що найбільша частка респондентів запропонувала знизити вартість лабораторних досліджень (50,0 %); ввести пільги для пенсіонерів та інвалідів (43,0 %); розширити перелік безкоштовних лабораторних досліджень, які входять в перелік медичних послуг у сімейного лікаря (20,0 %); підвищити швидкість отримання результату дослідження (18,0 %).

Висновки. Отже, на основі соціологічного опитування пацієнтів, як основних споживачів лабораторних послуг встановлено, що при звертанні в клініко-діагностичну лабораторію для пацієнта ключовими критеріями є вартість та достовірність дослідження. Впровадження принципу централізації клінічних лабораторних досліджень на рівні громад, з одного боку, дозволить раціонально використовувати кошти, а з іншого – знизить вартість лабораторних досліджень для пацієнтів.

Хмиз Н.В., Криницька І.Я.

ОЦІНКА ЗАДОВОЛЕНОСТІ СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНИХ ЛАБОРАТОРІЙ РОБОТОЮ

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

Вступ. Сьогодні жодна держава світу не може забезпечити високий рівень життя та благополуччя власних громадян без розбудови високоефективної системи охорони здоров'я, яка покликана гарантувати кожному мешканцю невідкладну своєчасну й високоякісну медичну допомогу. Суспільний характер системи громадського здоров'я і те, що вона орієнтована переважно на населення громади та країни в цілому, а не на індивідуальне здоров'я окремої особи, не виключає її важливої ролі в підвищенні ефективності та результативності системи охорони здоров'я. Водночас остання є центральним «пультом» управління сферою громадського здоров'я. Клініко-діагностичні лабораторії (КДЛ) є ключовим фактором надання медичної допомоги завдяки представленню об'єктивних даних лікарям-клініцистам для забезпечення високоякісної, безпечної, ефективною та належної допомоги з метою профілактики, діагностики, лікування та контролю захворювань. Якість роботи КДЛ визначається технічними навиками, системами управління якістю та мотивацією людських ресурсів. Тому метою дослідження було визначити задоволеність середнього медичного персоналу КДЛ роботою.

Основна частина. Ми провели соціологічне анкетування 60 лаборантів, що працюють у клініко-діагностичних лабораторіях закладів охорони здоров'я м. Тернополя. Анкети були заповнені методом інтерв'ювання та самозапису.

Аналізуючи відповіді лаборантів КДЛ на запитання «Чи задоволені Ви своєю роботою?» більшість респондентів відповіли «Так» (56,7 % (n=34)). Водночас встановлено, що 23,3 % (n=14) респондентів вважають своє навантаження на роботі дуже значним (надмірним), 26,7 % (n=16) респондентів – значним та 50,0 % (n=30) респондентів – нормальним (адекватним). При цьому серед респондентів молодого віку (18-44 роки) лише 12,5 % (n=3)) вважають навантаження на роботі надмірним, а серед респондентів середнього віку (45-59 років) уже 32,3 % (n=10) вважають навантаження на роботі надмірним. Варто вказати, що серед лаборантів похилого віку (60-74 роки) лише 1 респондент (20,0 %) вказав на надмірне навантаження на роботі. Водночас найвищий відсоток респондентів, які вважають навантаження на роботі нормальним спостерігається у групі респондентів середнього віку (45-59 років) – 48,4 % (n=15). Таку різнонаправленість відповідей щодо ступеня навантаження на роботі у лаборантів КДЛ даної вікової групи, ймовірно, можна пояснити з одного боку їх досвідом та професійними компетентностями, а з іншого боку об'єктивними віковими змінами та/або хронічними патологіями, які впливають на працездатність. Аналізуючи відповіді лаборантів КДЛ на запитання «Що Вам не подобається на роботі?» більшість респондентів відмітили низький рівень заробітної платні (65,0 % (n=39)), необхідність виконання додаткових функцій унаслідок недоукомплектування штату молодшого медичного персоналу (36,7 % (n=22)), труднощі з інженерним обслуговуванням автоматичних та напівавтоматичних аналізаторів (33,0 % (n=20)), застаріле обладнання (28,3 % (n=17)), психологічне напруження в колективі (18,3 % (n=11)), ймовірність інфікування небезпечними захворюваннями (43,3 % (n=26)). При цьому 16,7 % (n=10) респондентів зазначили відсутність будь-яких проблем на роботі. Варто відмітити, що найвищий відсоток осіб, які відмітили низьку зарплату був серед респондентів молодого віку (18-44 роки) (7 осіб - 18-27 років (87,5 %), 15 осіб – 28-44 років (93,8 %)); найвищий відсоток осіб, які відмітили необхідність виконання додаткових функцій був серед респондентів молодого віку 28-44 років (62,5 % (n=10)) та середнього віку (32,3 % (n=10)); найвищий відсоток осіб, які відмітили труднощі з інженерним обслуговуванням аналізаторів був серед респондентів середнього віку 45-59 років (45,2 % (n=14)) та молодого віку 28-44 років (37,5 % (n=6)); найвищий відсоток осіб, які відмітили застаріле обладнання був серед респондентів молодого віку (5 осіб – 18-27 років (62,5 %), 9 осіб – 28-44 років (56,3 %)); найвищий відсоток осіб, які відмітили психологічне напруження в колективі був серед респондентів середнього віку 45-59 років (32,3 % (n=10)); найвищий відсоток осіб, які зазначили ймовірність інфікування небезпечними захворюваннями на робочому місці був серед респондентів молодого віку (5 осіб - 18-27 років (62,5 %), 12 осіб – 28-44 років (75,0 %)).

Висновки. Отже, визнаючи, що робота є досить важкою, середній медичний персонал КДЛ здебільшого все ж таки задоволений нею. До причин незадоволеності лаборантів КДЛ роботою належать низька заробітна плата, недоукомплектування штату молодшого медичного персоналу, труднощі з інженерним обслуговуванням автоматичних та напівавтоматичних аналізаторів, ймовірність інфікування небезпечними захворюваннями, а також конфлікти та

проблеми психологічного характеру, що необхідно враховувати для створення благоприємного соціально-психологічного клімату в колективі.

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

БЕЗПЕКА ПАЦІЄНТА ЯК ОДИН ІЗ КЛЮЧОВИХ ІНДИКАТОРІВ ЕФЕКТИВНОСТІ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

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

Вступ. Якість та безпека – це ключові аспекти, що визначають рівень охорони здоров'я будь-якої країни.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, 134 мільйони випадків, потенційно небезпечних для здоров'я і життя людей, щороку трапляються в медичних закладах країн з низьким і середнім рівнем доходу. Це стає причиною близько 2,6 мільйона смертей щороку.

Близько 3,2 мільйонів пацієнтів на рік в країнах Європейського Союзу страждають від тієї чи іншої небажаної реакції під час медичного лікування. До причин їх виникнення належать: нозокоміальні інфекції, медичні чи хірургічні помилки, поломки медичного обладнання чи помилковий діагноз. Згідно з оцінками 20 % – 30 % із них можна було попередити. За оцінками дослідників, у розвинених країнах здоров'ю кожного десятого пацієнта заподіюється шкода під час його лікування в лікарні. Водночас, такі помилки завдають шкоди не лише здоров'ю та життю пацієнтів, але й є причиною додаткових видатків на охорону здоров'я.

Всесвітня організація охорони здоров'я зазначає, що головна причина негативних наслідків та проблем забезпечення безпеки пацієнтів полягає у недоліках концепцій, організації та робіт, а не лише в індивідуальних медичних послугах або окремих медичних виробках. Забезпечення безпеки пацієнта передбачає необхідність широкого спектру заходів, пов'язаних із підвищенням ефективності та безпеки навколишніх умов, у тому числі боротьбу з інфекціями, безпечне використання медичних препаратів, безпечність медичних пристроїв та апаратури, безпечну клінічну практику, безпечні умови медичної допомоги.

Безпека пацієнтів стосується всіх галузей медичної допомоги та всіх її учасників та потребує комплексного багатостороннього підходу.

Основна частина. Єдине формулювання поняття «безпека пацієнта» на сьогодні відсутнє, і кожен, хто вивчає цю проблему, вкладає в нього щось своє. Безпеку пацієнтів найчастіше визначають, як максимально можливу відповідність клінічних результатів очікуванням лікаря та пацієнта за мінімального ризику негативних наслідків лікування та діагностики. Безпека пацієнта – це багатокомпонентне поняття, яке включає, перш за все, створення таких умов надання медичних послуг, за яких перебування пацієнта в лікувальному закладі не представляє загрози, а процес надання допомоги є ефективним, якісним та орієнтованим на запобігання завданню шкоди будь-якого масштабу.

Прогрес медичної науки і техніки, розширення та удосконалення медичної допомоги, впровадження в медичну практику нових високоактивних лікарських засобів та вакцин забезпечили більш короткі терміни лікування і більшу повноту одужання хворих, знизили інвалідність та летальність. Однак, з іншого боку, паралельно з цим зросли ступінь небезпеки медичної допомоги, кількість ятрогенних захворювань та смертність від них. Медицина підійшла до такої межі, де будь-яке звернення до лікаря несе не тільки благо, але й ризик втрати здоров'я та навіть життя.

Безпека пацієнта являє собою уникнення, попередження або пом'якшення несприятливих наслідків лікування або пошкоджень, завданих у процесі лікування. Безпечна медична допомога – це медична допомога, під час якої використовуються методи профілактики, діагностики, лікування, реабілітації, а також лікарські засоби, медичні препарати, вироби медичного призначення, медичної техніки та обладнань, що відповідають високим стандартам безпеки та мінімізують або виключають можливість ризику для життя пацієнта або завдання шкоди його здоров'ю.

Таким чином, покращення безпеки пацієнтів має проводитися згідно з рекомендаціями ВООЗ за трьома взаємодоповнювальними напрямками: профілактика небажаних подій; виявлення небажаних подій; пом'якшення ефекту небажаних подій в тих випадках, коли вони все ж відбуваються.

Для цього необхідно розвивати можливості щодо передбачення можливих помилок та виявлення прихованих системних слабкостей, що загрожують небажаними наслідками; розвивати можливості для отримання уроків після допущених помилок за рахунок удосконалення систем звітності, розслідування інцидентів та відповідального поширення отриманих даних; покращувати систему надання медичної допомоги.

Висновки. Безпека пацієнтів є основоположним принципом медичної допомоги. В процесі надання допомоги кожному етапу властива якась певна небезпечність. Зрозуміло, що несприятливі реакції можуть наступати в результаті яких-небудь проблем, пов'язаних з практикою, продуктами, процедурами або системами. Для поліпшення безпеки пацієнтів необхідні комплексні зусилля в рамках всієї системи громадського здоров'я, включаючи широкий ряд заходів щодо поліпшення результатів діяльності, у тому числі інфекційний контроль, безпечне використання лікарських засобів, безпеку обладнання, безпечну клінічну практику та безпечні умови для надання допомоги.

Безпека пацієнтів є серйозною проблемою глобальної охорони здоров'я. Саме безпека пацієнта має бути основним принципом надання медичної допомоги.

В даний час все ширше визнається той факт, що безпека пацієнтів і якість медичної допомоги є одними з найважливіших параметрів загального охоплення медичними послугами в системі громадського здоров'я.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ПОКРАЩЕННЯ

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

Вступ. Безпека пацієнта є невід'ємною складовою системи громадського здоров'я, оскільки вона ставить на перше місце добробут та життя людей. Запобігання медичним помилкам та недосконаlostям у медичній практиці є важливим завданням, що вимагає злагодженої дії всіх учасників системи охорони здоров'я.

Незважаючи на те що доступ до безпечної медичної допомоги є основним правом пацієнтів у всьому світі, недавні оцінки Всесвітньої організації охорони здоров'я показують, що кожен четвертий пацієнт страждає від допомоги, що надається в установах первинної та амбулаторної допомоги. У 80 % випадків спричиненню шкоди можна запобігти. Найбільш серйозні наслідки мають помилки при діагностиці, а також призначенні та застосуванні лікарських засобів. Тому не дивно, що питання забезпечення безпеки у сфері охорони здоров'я стало глобальною проблемою, і багато країн включають безпеку пацієнтів до своїх національних пріоритетів.

Основна частина. Проблема забезпечення безпеки пацієнтів та медичної допомоги є однією з найбільш обговорюваних представниками наукової медичної і правової спільноти. Кожна складова в процесі надання медичної допомоги містить елементи небезпеки та загрози, зокрема: використання лікувальних технологій, не передбачених галузевими стандартами; побічні ефекти лікарських препаратів або їх поєднання; небезпека, пов'язана з використанням того чи іншого медичного обладнання; ятрогенна патологія; помилки лікарів; проведення діагностичних, лікувальних, профілактичних або реабілітаційних заходів, що призвели до діагностичної помилки, вибору помилкової тактики лікування, як наслідок – погіршення стану пацієнта, ускладнення протікання захворювання, подовження терміну лікування; розголошення лікарської таємниці тощо. З огляду на це, виділимо деякі важливі аспекти безпеки пацієнтів та сформулюємо рекомендації для покращення безпеки медичного обслуговування.

1. Значення безпеки пацієнта як пріоритетного завдання в системі надання медичної допомоги.

Безпека пацієнтів визнається всесвітнім співтовариством, як важливий показник якості системи громадського здоров'я. Забезпечення безпеки пацієнтів означає мінімізацію ризику медичних помилок, швидке реагування на небезпеки та забезпечення гідного та безпечного лікування для всіх пацієнтів.

2. Профілактика медичних помилок: основні аспекти та стратегії покращення.

Проведення профілактичної роботи є надзвичайно важливим кроком у забезпеченні безпеки пацієнтів в сучасних умовах. Розробка протоколів та стандартів лікування, поширення інформації про нові методи діагностики та лікування, забезпечення навчання медичного персоналу з аспектів безпеки, а також впровадження технологій для моніторингу та контролю за станом

пацієнта – це лише кілька засобів, що можуть допомогти зменшити кількість медичних помилок.

3. Роль ефективного спілкування та інформування пацієнтів.

Взаємодія між медичним персоналом та пацієнтами має великий вплив на безпеку та якість медичного обслуговування. Чітке пояснення плану лікування, ризиків та можливих ускладнень, а також ретельне слідування за дотриманням пацієнтами медичних рекомендацій можуть значно знизити ризик виникнення небажаних подій та наслідків.

4. Вплив технологій на безпеку пацієнта в системі громадського здоров'я.

Впровадження сучасних медичних технологій може значно покращити безпеку пацієнтів. Від автоматизованих систем дозування ліків до використання штучного інтелекту для діагностики та прогнозування хвороб – нові технології можуть сприяти вчасному виявленню проблем та забезпечити більш ефективне лікування.

5. Значення навчання та підвищення кваліфікації медичного персоналу.

Компетентний та добре підготовлений медичний персонал є запорукою безпеки пацієнтів. Систематичні навчання, підвищення кваліфікації, стажування та навчальні курси допомагають медичним працівникам удосконалювати свої навички та підтримувати високий рівень професійної компетентності.

Висновки. Безпека пацієнтів є невід'ємною частиною системи громадського здоров'я, і вона вимагає постійного вдосконалення та покращення. Запровадження стратегій профілактики медичних помилок, розвиток ефективного спілкування між медичним персоналом та пацієнтами, впровадження сучасних технологій та постійне навчання медичних працівників – це ключові шляхи до забезпечення безпеки та надійного медичного обслуговування.

Конструктивна співпраця та використання сучасних інструментів сприятимуть створенню безпечного медичного середовища як для пацієнтів, так і для медичних працівників. Лише спільними зусиллями всіх учасників системи охорони здоров'я можна досягти позитивних результатів і підвищити якість життя пацієнтів.

Мартиць Ю.М. Мартиць О.Ю., Галайда Д.С.

ДІАГНОСТИЧНІ ПОМИЛКИ НА РІЗНИХ РІВНЯХ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.

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

Вступ. Всім відоме латинське прислів'я : «errare humanum est», тобто, кожній людині властиво помилятися. І навіть медичним працівникам, оскільки медицина все ще залишається наукою неточною, в якій дуже багато залежить від індивідуальних особливостей організму хворого, поєднання

найнесподіваніших факторів, рівня професіоналізму лікаря і навіть від такого маловивченого фактора як професійна інтуїція.

Іноді наслідки помилок незначно відбиваються на стані пацієнта, але часом медична помилка призводить до непоправних наслідків, аж до летального. Діагностична помилка виникає на етапі постановки діагнозу через те, що лікар неправильно оцінив прояви хвороби, не провівши її дифдіагностику, не здійснив повне обстеження, неправильно інтерпретував його результати, або саме обстеження було проведене некоректно, з порушенням технології, процедури, що призвело до хибних його результатів.

Метою нашого дослідження було проаналізувати причини виникнення діагностичних помилок на різних етапах надання медичної допомоги.

Основна частина. Нами були проаналізовані 182 вітчизняних та зарубіжних джерела за ключовими словами «діагностика», «діагностична помилка», «рівні медичної допомоги» та вибрана інформація відповідно мети теми дослідження.

Діагностична помилка характеризується повною або неповною розбіжністю клінічного та патологоанатомічного діагнозів. Серед різноманітних причин діагностичних помилок найважливішими є: 1) незадовільний збір анамнезу, недостатнє осмислення його і використання в діагнозі; 2) недостовірність об'єктивного обстеження хворого та неправильна інтерпретація його результатів; 3) недостатність лабораторного та інструментального дослідження, неправильне використання результатів цього дослідження; 4) дефекти в організації консультативної допомоги, яка зводиться до формального листування консультанта з лікуючий лікарем на сторінках історії хвороби. Слід мати на увазі, що консультант виключає тільки «свої» захворювання і в силу вузької спеціалізації часом не бачить хворого в цілому; 5) неповноцінне узагальнення даних обстеження хворого, а також невміле їх використання стосовно особливостей перебігу хвороби; 6) тривалий безсимптомний перебіг хвороби; 7) важкий стан хворого, що утрудняє його обстеження; рідкість захворювання або атипичний його перебіг.

Оскільки в Україні надання медичної допомоги поділене на 4 рівні (первинний, вторинний, третинний та четвертинний рівні медичної допомоги, що залежить від складності та тяжкості проблем зі здоров'ям, які вирішуються, а також від характеру взаємовідносин між пацієнтом і надавачем медичної допомоги.) то ми розглядали проблему діагностичних помилок на кожному з цих рівнів.

Первинна медична допомога, яку ВООЗ вважає невід'ємним компонентом інклюзивної стратегії медико-санітарної допомоги – це послуга, орієнтована на людину, а не на хворобу і здійснюється, зазвичай, сімейним лікарем. Саме з цим і можуть бути пов'язані помилки на етапі діагностики, оскільки хворі, що звертаються за допомогою, мають різноманітні захворювання, і сімейний лікар повинен чітко диференціювати основні та супутні скарги, симптоми захворювання, безпомилково визначити обсяг необхідних інструментальних та лабораторних досліджень, а в разі потреби – правильно скерувати такого пацієнта для більш спеціалізованого лікування в заклади вторинного рівня.

Вторинний рівень надання медичної допомоги – це спеціалізоване лікування та підтримка, що надається лікарями та іншими медичними працівниками пацієнтам, які були скеровані до них для отримання спеціальної кваліфікованої допомоги, найчастіше в лікарнях.

На медпрацівників цієї ланки покладається дуже велика відповідальність щодо адекватної оцінки правильності поставленого лікарем попереднього рівня діагнозу, визначитись з необхідною кількістю, видами та глибиною діагностичних процедур для уникнення як гіпо-, так і гіпердіагностики. Саме в зв'язку з доступністю великої кількості сучасних методів та засобів медичної діагностики на цьому рівні і може бути пов'язана більшість помилок.

Третинний рівень надання медичної допомоги – це рівень вище вторинної медичної допомоги, який визначається як високоспеціалізована медична допомога, що зазвичай надається протягом тривалого періоду часу, яка включає в себе передову та складну діагностику, процедури та лікування, що проводяться медичними фахівцями в найсучасніших установах.

Третинний рівень надання медичної допомоги може бути доступним як на регіональному, так і на національному рівні. Як наслідок, більшість людей можуть бути змушені добиратись до центру третинної медичної допомоги, що може призвести до затримки з діагностикою та лікуванням.

Четвертинний рівень надання медичної допомоги визначається як продовження третинного рівня, що стосується високоспеціалізованих медичних послуг, які є вузькоспеціалізованими і малодоступними, і зазвичай пропонуються лише в дуже обмеженій кількості національних або міжнародних центрів. Експериментальна медицина і деякі види рідкісних діагностичних або хірургічних процедур вважаються четвертинним рівнем надання медичної допомоги.

Як і третинний рівень, четвертинний рівень надання медичної допомоги, як правило, має велику територію охоплення, часто обслуговує людей не тільки в межах країни, але й по всьому світу, особливо у випадку надання допомоги для лікування дуже рідкісних станів здоров'я з невеликою кількістю пацієнтів по всьому світу. Це може мати значні наслідки для пацієнта, оскільки великі відстані затримують діагностику та лікування, ускладнюючи координацію допомоги між усіма медичними працівниками, які беруть участь у догляді за пацієнтом. З огляду на складність або рідкісність умов, в яких перебувають пацієнти, які відвідують центри третинної медичної допомоги, триваліші терміни госпіталізації та підвищена смертність також можуть спостерігатися на цьому рівні медичної допомоги.

Висновки. В результаті проведеного нами аналізу літературних джерел можна зробити висновки, що діагностична помилка може виникнути на кожному рівні надання медичної допомоги. Медики повинні ставитися до діагностики як до складного, комплексного і творчого процесу. Саме таке відношення допоможе уникнути основних діагностичних помилок.

Лук'янович О.Л., Дністрянська М.В.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я – СУЧАСНИЙ СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ Державна установа «Вінницький обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України», м. Вінниця, Україна

Вступ. Українській системі охорони здоров'я загалом та обласним центрам контролю та профілактики хвороб зокрема - бракує епідеміологів. Проблема загострилася під час пандемії COVID-19 у 2020-2023 роках та погіршилася через повномасштабне військове вторгнення російської федерації.

За даними Міністерства охорони здоров'я, у розпал пандемії COVID-19 у 2020 році, кількість епідеміологів та вірусологів у лабораторних центрах була майже вдвічі меншою від необхідної (до 48%). Разом з тим, з 2023-2024 навчального року у Вінницькому національному медичному університеті імені М.І. Пирогова починає працювати кафедра епідеміології. А кількість студентів, які вступають на навчання за спеціальністю «Епідеміологія» в Україні, збільшилася в чотири рази, що робить актуальним питання якості їхньої освіти.

Основна частина. У «Концепції розвитку системи громадського здоров'я» (розпорядження Кабінету міністрів від 30.11.2016 року №1002-р) згадується необхідність зміцнення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я. Однак, незважаючи на те, що передбачалося розробити відповідний план розвитку людських ресурсів до 2017 року, такий план досі не підготовлений.

Крім того, прийнятий у 2022 році Закон України "Про систему громадського здоров'я" № 2573 містить лише загальні положення щодо розвитку кадрового потенціалу, не пропонуючи жодних конкретних заходів для вирішення проблеми нестачі епідеміологів.

З огляду на це, для вирішення даної проблеми Міністерство охорони здоров'я разом з Центром громадського здоров'я повинні розробити план розвитку кадрового потенціалу в системі охорони здоров'я, який би передбачав чітке бачення поставлених цілей та заходів, що необхідні для їх досягнення. Міністерство охорони здоров'я спільно із Міністерством освіти та науки України мають розглянути можливість розширення доступу до здобуття освіти в галузі епідеміології для осіб, що не мають вищої медичної освіти, відповідно до міжнародно визнаних стандартів. Таким чином, епідеміологія більше не повинна розглядатися як суто медична спеціальність.

Освітні програми підготовки епідеміологів повинні бути розширені, щоб забезпечити відповідність їх змісту кращим міжнародним практикам та надання випускникам знань і навичок, необхідних для практичної діяльності у цій галузі.

Крім того, працевлаштування епідеміологів та фахівців суміжного профілю (вірусологів, біостатистиків, гігієністів тощо) у державному секторі не є фінансово привабливим та відповідно знижує престиж даної професії. Безумовно, одним із шляхів вирішення проблеми кадрового забезпечення сфери громадського здоров'я є розробка концепції кадрової політики у даній галузі із додатковим введенням економічних механізмів підвищення зацікавленості фахівців.

Висновки. Необхідність зміцнення кадрового потенціалу системи громадського здоров'я зумовлює потребу у розробці відповідного стратегічного плану розвитку людських ресурсів даної галузі.

Аналіз існуючої міжнародної системи освіти дозволяє розробити та підтримати реалізацію національної концепції підготовки епідеміологів в Україні. Основні висновки з реформи освіти епідеміологів у інших країнах включають: важливість відкриття професії не лише для лікарів, перегляд стандартів навчання, приділення уваги компетенціям, залучення випускників немедичних спеціальностей, стратегії утримання кадрів та адвокація належного фінансування.

В Україні впроваджуються практичні короткострокові та довгострокові заходи, але освітня реформа у сфері громадського здоров'я є критично важливою для забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя нинішнього і наступного покоління українців.

З огляду на розвиток безпекової та гуманітарної ситуації під час військової агресії, що продовжується, важливо посилити професійні навички епідеміологів, які все ще працюють у системі, та забезпечити якісну теоретичну та практичну підготовку необхідної кількості нових фахівців.

Трущенко Л.В., Вахновський В.В.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНИХ УМОВАХ.

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

Вступ. Сучасні умови прискорення технічного оновлення закладів охорони здоров'я, часті зміни умов зовнішнього середовища зумовлюють підвищення вимог з боку керівництва до професійно-кваліфікаційного рівня персоналу. Для якісного виконання своїх професійних та посадових обов'язків працівник повинен володіти не лише певними особистісними та професійними якостями, а й потенціалом розвитку, що детермінує необхідність розробки дієвої системи оцінки персоналу на основі компетентнісного підходу.

Основна частина. Ефективність діяльності керівників медичних організацій оцінюють у результаті досягнення цільових індикаторів, де компетентність менеджера є домінуючим фактором успішного виконання поставлених завдань. Однак результат проведення оцінки буває позитивним лише в тому випадку, коли обґрунтовано визначено її цілі й раціонально сформовано інструментарій оцінки.

Необхідно зауважити, що кожна група методів оцінки спрямована на виконання певних завдань, має свої переваги та обмеження. Тому в практичній роботі методи оцінки в чистому вигляді не застосовуються, а використовують їх поєднання. За рахунок синтезу різних підходів оцінки посилюються позитивні сторони та компенсуються недоліки.

Особливо дієвим у практичній діяльності є поєднання методів оцінки, орієнтованих на результат, та методів оцінки компетентностей. Синтез цих двох підходів дозволяє виміряти ступінь досягнення керівником поставлених перед ним цілей і, одночасно, забезпечити його розвиток. Дана комбінація орієнтує процедуру оцінки відразу в три виміри: в минуле (в цьому випадку минулу діяльність керівника розглядають як джерело інформації про досягнуті результати), сьогодення (визначається рівень розвитку умінь і навичок керівника) і в майбутнє (визначаються перспективні цілі діяльності та розвитку керівника).

Досліджуючи процес оцінки компетентностей варто зазначити, що ключовим для всієї системи управління професійними компетенціями є:

- визначення відхилень існуючого рівня професійних компетенцій від встановленого стандарту;
- з'ясування причин систематичної невідповідності результативності менеджера встановленим нормативам;
- оцінка ступеня готовності кандидатів до виконання трудових обов'язків.

Висновки. Отже, необхідно розуміти, що при оцінці професійних компетенцій слід віддавати пріоритет демонстрації здатності виконувати професійні завдання, а не оцінці ізольованих елементів компетенцій. Найкраще розробляти завдання для оцінки за допомогою кейсів, що імітують реальні професійні ситуації. Крім цього, підсумкові висновки оцінки дають відповідь на запитання, чи достатньо виявленого рівня компетентності менеджера для виконання професійних завдань. У разі невідповідності компетентності менеджера встановленим критеріям необхідно розробити систему розвитку з метою оволодіння ним оптимальним набором компетенцій.

ЗМІСТ
КОНЦЕПЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ І ПРОМОЦІЯ
ЗДОРОВ'Я.

	3
Лехан В.М. РОЛЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ФОРМУВАННІ ТЯГАРЯ ХВОРОБ В УКРАЇНІ.....	3
Смолюк Н.І., Шульгай А.Г. ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР	5
Данилюк Г.В., Лотоцька О.В, Кучер С.В. ВПЛИВ ПАНДЕМІЇ COVID-19 НА ЕПІДЕМІЧНУ СИТУАЦІЮ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ.....	7
Петрик Н.С., Федорів О.Є., Копач О.Є., Крицька Г.А., Мельник Н.А. ВПЛИВ ГАДЖЕТІВ НА ЗІР ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ.....	9
Гуцук І. В., Бабієнко В.В., Мокієнко А.В. ВОДА І ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я: НОВІ ВИКЛИКИ НА ТЛІ СТАРИХ ПРОБЛЕМ.....	10
Антомонов М.Ю., Соколова М.П., Пашинська С.Л., Скочко Т.П. СТАН ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ ТА ЙОГО ЗВ'ЯЗОК ІЗ СПОСОБОМ ЖИТТЯ..	13
Тріщ В. І., Децик О. З. СЕКСУАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ЧОЛОВІКІВ І ПОВЕДІНКОВІ ЧИННИКИ РИЗИКУ.....	14
Рогава Х.Т., Марущак М.І., Криницька І.Я. АНАЛІЗ ЧАСТОТИ ВИКОРИСТАННЯ МОБІЛЬНИХ ДОДАТКІВ З МЕТОЮ КОНТРОЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА МАСИ ТІЛА ПАЦІЄНТАМИ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.....	16
Пархоменко Л.Ф., Мартинюк Л.П. ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН РІВНЯ ВІТАМІНУ D3 В КРОВІ КУРЦІВ З ДІАБЕТИЧНОЮ ПОЛІНЕЙРОПАТІЄЮ.....	17
Франчук У.Я., Маланчук Л.М., Маланчин І.М., Мартинюк В.М. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.....	19
Петрик Н.С., Федорів О.Є. ВПЛИВ СУЧАСНИХ ГАДЖЕТІВ НА ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ...	19
Мартинюк В.М., Маланчук Л.М., Маланчин І.М., Франчук У.Я., Краснянська Л.О. СУЧАСНІ НАПРЯМИ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ.....	20
Марценюк В.П., Сверстюк А.С., Багрій-Заяць О.А., Дзядевич С.В., Кучвара О.М. МАТЕМАТИЧНЕ ТА КОМП'ЮТЕРНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ВІДГУКУ ПОТЕНЦІОМЕТРИЧНОГО БІОСЕНСОРА ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ α - ЧАКОНІНУ ТА ЙОГО ТОКСИЧНОСТІ ДЛЯ ЛЮДИНИ.....	21
Козій-Бределева С.П., Гутор Т.Г., Лесняк О.М., Костецький М.С. ОСНОВНІ ПРИЧИНИ КУРІННЯ МОЛОДИМИ ЛЮДЬМИ НОВІТНІХ МЕТОДІВ СПОЖИВАННЯ ТЮТЮНОВИХ ВИРОБІВ.....	23

Смірнова В.Л., Шемаєв О.О.	
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПРОМОЦІЇ ГЛОБАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я.....	26
Новосад А.І.	
ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ У ХОДІ НАВЧАННЯ У ВИШІ.....	27
Савчук Р. М., Юрчишин О. Я.	
ГЛОБАЛЬНІ ВИКЛИКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я - АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ. ПІДХОДИ ДО ПОДОЛАННЯ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ В СТАЦІОНАРАХ.....	29
Слободян Н.О., Мулик Т.О.	
АНАЛІЗ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ РІВНЕМ якості ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ ТА СТАНОМ ЙОГО ЗДОРОВ'Я.....	32
Трущенко Л.В. , Плитка В.М.	
ОСНОВНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я БІЖЕНЦІВ ТА ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ.....	34
ІНФЕКЦІЙНІ ТА НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЇХ ВПЛИВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ	35
Власик Л.Й.	
ОСОБЛИВОСТІ ВИВЧЕННЯ ВИКЛИКІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЗОКРЕМА ЩОДО ВПЛИВУ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ В ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ.....	35
Smirnova V.L., Budarna A.V., Terenda O.A., Panchyshyn N.Y., Slobodian N.O.	
CARDIOVASCULAR DISEASE AS A GLOBAL PUBLIC HEALTH CHALLENGE.	37
Вологовська Н.В.	
СТОПІТЕЛІНГ – ЕФЕКТИВНИЙ МЕТОД АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПРАКТИКИ У ПОДОЛАННІ НАСЛІДКІВ ПТСР.....	38
Метельська О.Б., Лотоцька О.В.	
ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ХВОРИХ НА АУТОІМУННИЙ ТИРЕОЇДИТ.....	40
Марущак М.І., Криницька І.Я.	
РОЗРАХУНОК ВІДНОСНОГО РИЗИКУ КОМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ ЗАЛЕЖНО ВІД МІСЦЯ ПРОЖИВАННЯ...	41
Гнура О.О., Криницька І.Я.	
ТИПИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ РІЗНОГО ВІКУ.....	42
Ковальчук Т.А.	
ВПЛИВ ВІТАМІНІВ В6, В9, В12 ТА D3 НА ПОКАЗНИКИ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ДІТЕЙ ІЗ КАРДІОГЕННИМИ СИНКОПЕ.....	43
Орел М.А., Мартинюк Л.П., Даниш Л.М., Шершун О.І.	
КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХ КОРЕКЦІЇ.....	44

Левицька Л. В., Юрків В. В., Кашуба М. І., Левицький І. Б.	
РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ОРИГІНАЛЬНОЇ ІНДИВІДУАЛІЗОВАНОЇ ПРОГРАМИ КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЇ ХІРУРГІЧНО РЕВАСКУЛЯРИЗОВАНИХ ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ.....	47
Слободян Н.О., Ткачук І.В.	
ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ – ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА В УКРАЇНІ...	49
Дуве Х.В.	
ОСОБЛИВОСТІ СКАРГ ТА СОМАТИЧНОЇ КОМОРБІДНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ЕНЦЕФАЛОПАТІЙ.....	50
Маланчук Л.М., Стецевич М-М.О.	
ОЦІНКА ПАРАМЕТРІВ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ В УМОВАХ ДІЇ СТРЕСУ.....	52
Смірнова В.Л., Панчишин Н.Я., Островський П.Ю.	
ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПОСЛУГ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19.....	53
Савчук Р.М., Кушнірук В.Б.	
ДОСЛІДЖЕННЯ СТІЧНИХ ВОД З МЕТОЮ ОЦІНКИ ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ЩОДО COVID-19 ТА ХОЛЕРИ.....	54
ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ – СУЧАСНІ ВИКЛИКИ І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ.	57
Бігуняк Т.В., Деренівська М.М., Николишин К.О.	
ХРОНІЧНА ХВОРОБА НИРОК – ГЛОБАЛЬНИЙ ВИКЛИК В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ.....	57
Хоменко І. М., Івахно О. П.	
НОВЕ ПІДГРУНТЯ ДЛЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	58
Кравченко О. П., Крицька Г. А., Лотоцька О. В.	
ОБІЗНАННІСТЬ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ ПРО ВІЛ/СНІД ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ АНКЕТУВАННЯ.....	60
Комар О. М.	
МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНА ДІЯЛЬНІСТЬ УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ГЛОБАЛЬНОГО ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	62
Ковтун Г.І	
МЕТОДИКА ОРГАНІЗАЦІЇ РЕГІОНАЛЬНОЇ ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ ДОНОРСТВА ТА ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ.....	63
Цурик С.П., Лотоцька О.В., Бандрівська Ю.Б	
ХІМІЧНИЙ СКЛАД ПИТНИХ ВОД ЯК ФАКТОР ВПЛИВУ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ.....	65
Романюк Л.М., Романюк Н.Є., Вавілова Н.В., Харченко М.В., Ковальова Н.М.	
КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ.....	67
Слободян Н.О., Дрок І.В.	
ТЕЛЕМЕДИЦИНА В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	69

НАУКОВЕ ПІДРУНТЯ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЧНИХ РІШЕНЬ В ГАЛУЗІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я. ЕКОНОМІКА ЗДОРОВ'Я ТА ПРИНЦИПИ СТАЛОГО РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА: ЧОМУ ВИГІДНО ІНВЕСТУВАТИ В ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ І КРАЇНИ.	71
Сергета І.В.	
ОСВІТНЯ ДІЯЛЬНІСТЬ В СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ОСНОВИ ПІДГОТОВКИ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ НА ТРЕТЬОМУ (ОСВІТНЬО-НАУКОВОМУ) РІВНІ.....	71
Грузєва Т.С., Іншакова Г.В., Гречишкіна Н.В., Слуту Н.Ю.	
БІОСТАТИСТИКА ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА В ПРОГРАМІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	73
Паламар Б.І., Грузєва Т.С.	
ФОРМУВАННЯ СУЧАСНОЇ ІНСТИТУЦІЙНОЇ СТРУКТУРИ ПІДГОТОВКИ КАДРІВ ДЛЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	74
Гречишкіна Н.В., Литвинова Л.О., Донік О.М., Артемчук Л.І.	
ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ПРОФІЛАКТИКА В ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'І» МАГІСТРАМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	76
Грузєва Т.С., Гречишкіна Н.В., Іншакова Г.В.	
АНАЛІЗ ОСВІТНІХ ПРОГРАМ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА ШВЕЦІЇ.....	77
Середяк А.І., Криницька І.Я.	
ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ЛАБОРАТОРНО-ДІАГНОСТИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ НА ТЕРИТОРІЇ МІСТА СТЕБНИК ТА ДРОГОБИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ ГРОМАДИ	79
Хмиз Н.В., Криницька І.Я.	
ОЦІНКА ЗАДОВОЛЕНОСТІ СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНИХ ЛАБОРАТОРІЙ РОБОТОЮ.....	80
Панчишин Н.Я., Хархаліс Ю.Ю., Галицька-Хархаліс О.Я., Смірнова В.Л.	
БЕЗПЕКА ПАЦІЄНТА ЯК ОДИН ІЗ КЛЮЧОВИХ ІНДИКАТОРІВ ЕФЕКТИВНОСТІ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	82
Хархаліс Ю.Ю., Галицька-Хархаліс О.Я., Панчишин Н.Я., Слободян Н.О.	
ДЕЯКІ АСПЕКТИ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ПОКРАЩЕННЯ	84
Мартиць Ю.М. Мартиць О.Ю., Галайда Д.С.,	
ДІАГНОСТИЧНІ ПОМИЛКИ НА РІЗНИХ РІВНЯХ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	85
Лук'янович О.Л., Дністрянська М.В.	
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СФЕРИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я – СУЧАСНИЙ СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ....	88
Трущенко Л.В., Вахновський В.В.	
ТЕОРЕТИКО-МЕТОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНИХ УМОВАХ.....	89