

Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»
Полтавський державний медичний університет
Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

Україна. Здоров'я нації

№ 3 (73), 2023 р.
Науково-практичний журнал
Періодичність виходу – шоквартально
Заснований у січні 2007 р.

ЗАСНОВНИКИ

Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»
Полтавський державний медичний університет
Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

Головний редактор – Миронюк І.С.
Заступник головного редактора – Слабкий Г.О.
Відповідальний редактор – Брич В.В.
Секретаріат – Белікова І.В. (Полтава), Білак-Лук'янчук В.Й. (Ужгород)
Інформаційний супровід, дизайн та підтримка – Фейса І.І.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Афанасьєв С.М. – доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор, Придніпровська державна академія фізичної культури і спорту;
Беловічова Марія – доктор філософії з медицини, професор, Університет здоров'я та соціальної роботи Святої Єлизавети у Братиславі (Словаччина);
Васильєв К.К. – доктор медичних наук, професор, Одеський національний медичний університет;
Вежновець Т.А. – доктор медичних наук, професор, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця;
Грузєва Т.С. – доктор медичних наук, професор, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця;
Дещик О.З. – доктор медичних наук, професор, Івано-Франківський національний медичний університет;
Ковальова О.М. – доктор медичних наук, професор, Полтавський державний медичний університет;
Лазарєва О.Б. – доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор, Національний університет фізичного виховання і спорту України;
Лехан В.М. – доктор медичних наук, професор, Дніпровський державний медичний університет;
Любінець О.В. – доктор медичних наук, професор, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького;
Медведовська Н.В. – доктор медичних наук, професор, Національна академія медичних наук України;
Одинець Т.Є. – доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор, КЗВО «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради;
Погоріляк Р.Ю. – доктор медичних наук, професор, Ужгородський національний університет;
Сигіт Катажина – доктор габлітований із медичних наук та наук про здоров'я, професор, Каліський університет (Каліш, Польща);
Сміянов В.А. – доктор медичних наук, професор, Сумський державний університет;
Станчак Ярослав – доктор філософії в галузі соціальної роботи, доцент, Університет Коменського у Братиславі (Словаччина);
Ціпора Ельжбета – доктор габлітований із медичних наук та наук про здоров'я, Державна вища професійна школа імені Яна Гродка в Санюку (Польща);
Юсулов Ш.А. – доктор медичних наук, професор, Самаркандський державний медичний університет (Узбекистан).

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Алипова О.Є. (Запоріжжя, Україна), Ванцак П. (Братислава, Словаччина), Бабечка Й. (Ружомберок, Словаччина), Гойда Н.Г. (Київ, Україна),
Голованова І.А. (Полтава, Україна), Голубчикова М.В. (Київ, Україна), Дудник С.В. (Київ, Україна), Жарова І.О. (Київ, Україна),
Жилка Н.Я. (Київ, Україна), Качур О.Ю. (Київ, Україна), Лемко І.С. (Ужгород, Україна), Михалюк Є.Л. (Запоріжжя, Україна),
Моїсєнко Р.О. (Київ, Україна), Нагорна А.М. (Київ, Україна), Ніканоров О.К. (Київ, Україна), Овоц А. (Варшава, Польща),
Огнєв В.А. (Харків, Україна), Парій В.Д. (Київ, Україна), Толстанов О.К. (Київ, Україна), Шатило В.Й. (Житомир, Україна).

Свідчення про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації: серія КВ № 21116-10916ПР, видане 24.12.2014 р.

Журнал включений до категорії «Б» Переліку наукових фахових видань України за медичними спеціальностями –
222, 223, 227, 229 (наказ Міністерства освіти і науки України від 02.07.2020 р. № 886).

Видання індексується Index Copernicus, BASE (Bielefeld Academic Search Engine), CrossRef, Google Scholar та «Україніка наукова».

Вебсайт журналу: journals.uzhnu.uz.ua/index.php/health

Рекомендовано до друку Вченою радою ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (протокол № 9 від 26 жовтня 2023 р.)

Редакція: пл. Народна, 1, м. Ужгород, Закарпатська обл., Україна, 88000. Електронна пошта: health@uzhnu.uz.ua

Усі статті рецензовані. Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей у публікаціях несуть автори. Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції.

Статті у виданні перевірені на наявність плагіату за допомогою програмного забезпечення
StrikePlagiarism.com від польської компанії Plagiat.pl.

© ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», 2023
© Полтавський державний медичний університет, 2023
© ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 2023

Підписано до друку 30.10.2023.
Гарнітура Times New Roman. Формат 64×84/8.
Друк офсетний. Папір офсетний.
Ум. друк. арк. 20,69. Зам. № 1123/689. Наклад 300 прим.

Видавництво і друкарня – Видавничий дім «Гельветика»
65101, Україна, м. Одеса, вул. Інглєзі, 6/1
Телефони: +38 (048) 709 38 69,
+38 (095) 934-48-28, +38 (097) 723-06-08
E-mail: mailbox@helvetica.ua
Свідчення суб'єкта видавничої справи ДК № 7623 від 22.06.2022 р.

Друк цього випуску науково-практичного журналу «Україна. Здоров'я нації» став можливим завдяки підтримці американського народу, наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID) в межах проєкту «Розбудова стійкої системи громадського здоров'я», який впроваджує організація Пакт. Зміст не обов'язково відображає точку зору USAID або Уряду США.



Видавничий дім
«Гельветика»
2023

State Institution "Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine"
Poltava State Medical University
State Higher Educational Institution "Uzhgorod National University"

Ukraine. Nation's Health

№ 3 (73), 2023
Scientific and practical journal
Frequency – quarterly
Founded in January, 2007.

FOUNDERS

State Institution "Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine"
Poltava State Medical University
State Higher Educational Institution "Uzhgorod National University"

Chief Editor – Myroniuk I.S.
Deputy Chief Editor – Slabkyi G.O.
Executive Editors – Brych V.V.
Secretariat – Bielikova I.V. (Poltava), Bilak-Lukianchuk V.Y. (Uzhhorod)
Information support, design and assistance – Feisa I.I.

EDITORIAL COLLEGIUM

Afanasiev S.M. – DSc in Physical Education and Sports, Professor, Prydniprovsk State Academy of Physical Culture and Sport;
Belovičová Mária – MD, PhD, Professor, St. Elizabeth University of Health and Social Sciences in Bratislava (Slovak Republic);
Vasyliiev K.K. – DSc in Medicine, Professor, Odesa National Medical University;
Vezhnovets T.A. – DSc in Medicine, Professor, Bogomolets National Medical University;
Hruzivna T.S. – DSc in Medicine, Professor, Bogomolets National Medical University;
Detsyk O.Z. – DSc in Medicine, Professor, Ivano-Frankivsk National Medical University;
Kovalova O.M. – DSc in Medicine, Professor, Poltava State Medical University;
Lazarieva O.B. – DSc in Physical Education and Sports, Professor, National University of Ukraine on Physical Education and Sport;
Lekhan V.M. – DSc in Medicine, Professor, Dnipro State Medical University;
Liubinets O.V. – DSc in Medicine, Professor, Danylo Halytsky Lviv National Medical University;
Medvedovska N.V. – DSc in Medicine, Professor, National Academy of Medical Sciences of Ukraine;
Odynets T.Ye. – DSc in Physical Education and Sports, Professor, Municipal Institution of Higher Education "Khortytsia National Educational and Rehabilitational Academy" of Zaporizhzhia Regional Council;
Pohoriliak R.Yu. – DSc in Medicine, Professor, Uzhhorod National University;
Sygit Katarzyna – MD, PhD, Professor, Calisia University in Kalisz (Republic of Poland);
Smiiianov V.A. – DSc in Medicine, Professor, Sumy State University;
Stančiak Jaroslav – Doc. PhD, MPH, Comenius University in Bratislava (Slovak Republic);
Cipora Elżbieta – dr hab. in Medicine and Health Sciences, Jan Grodek State University in Sanok (Republic of Poland);
Yusupov Sh.A. – DSc in Medicine, Professor, Samarkand State Medical University (Republic of Uzbekistan).

EDITORIAL COUNCIL

Alypova O.Ye. (Zaporizhzhia, Ukraine), **Vantsak P.** (Bratislava, Slovak Republic), **Babechka Y.** (Ružomberok, Slovak Republic),
Hoida N.H. (Kyiv, Ukraine), **Holovanova I.A.** (Poltava, Ukraine), **Holubchikov M.V.** (Kyiv, Ukraine), **Dudnyk S.V.** (Kyiv, Ukraine), **Zharova I.O.** (Kyiv, Ukraine),
Zhylika N.Ya. (Kyiv, Ukraine), **Kachur O.Yu.** (Kyiv, Ukraine), **Lemko I.S.** (Uzhhorod, Ukraine), **Mykhaliuk Ye.L.** (Zaporizhzhia, Ukraine),
Moiseienko R.O. (Kyiv, Ukraine), **Nahorna A.M.** (Kyiv, Ukraine), **Nikanorov O.K.** (Kyiv, Ukraine), **Ovots A.** (Warsaw, Republic of Poland),
Ohniev V.A. (Kharkiv, Ukraine), **Parii V.D.** (Kyiv, Ukraine), **Tolstanov O.K.** (Kyiv, Ukraine), **Shatlyo V.Y.** (Zhytomyr, Ukraine).

State registration: series KB No. 21116-10916TP, dated 24.12.2014.

The journal is included in category "B" of the List of scientific professional publications of Ukraine by medical specialties – 222, 223, 227, 229 (Decree of the Ministry of Education and Science of Ukraine from 02.07.2020 № 886).
The publication is indexed by Index Copernicus, BASE (Bielefeld Academic Search Engine), CrossRef, Google Scholar and "Ukrainika scientific".

Website: journals.uzhnu.uz.ua/index.php/health

*Recommended for printing by the Academic Council of the SHEE "Uzhhorod National University"
(protocol № 9 of October 26, 2023)*

Editorial office: Narodna square, 1, Uzhhorod, Transcarpathian region, Ukraine, 88000. E-mail: health@uzhnu.uz.ua

All the articles are peer-reviewed. The authors are responsible for the accuracy of the facts and other information in publications. Full or partial reproduction in any way of the material published in this Edition, is possible only with the written permission of the Publisher.

Articles are checked for plagiarism using the software StrikePlagiarism.com developed by the Polish company Plagiat.pl

© SI "Public Health Center of the MH of Ukraine", 2023
© Poltava State Medical University, 2023
© SHEI "Uzhgorod National University", 2023

Authorized for printing as of 30.10.2023.
Times New Roman. Format 64×84/8.
Offset paper. Digital printing.
Printer's sheet 20,69. Order No 1123/689. Circulation 300 copies.

Publishing House "Helvetica"
65101, Ukraine, Odesa, 6/1 Inglezi str.
Telephone: +38 (095) 934 48 28, +38 (097) 723 06 08
E-mail: mailbox@helvetica.ua
Certificate of a publishing entity ДК No 7623 dated 22.06.2022.



"Helvetica"
Publishing House
2023

The current issue of "Ukraine. Nation's Health" is published owing to the support of the American people represented by the United States Agency for International Development (USAID) as part of the Building a Resilient Health System project, implemented by Pact. The contents may not share the views of USAID or the U.S. Government.

ЗМІСТ

<i>Бідучак А.С.</i> Оцінка задоволеності населення ставленням медичного персоналу в конфліктних ситуаціях7	<i>Медведовська Н.В., Стовбан І.В.</i> Регіональні аспекти захворюваності та поширеності хвороб серед чоловіків в Україні90
<i>Василинець М.М.</i> Характеристика захворювань кульшового суглоба в дорослого населення Закарпатської області14	<i>Мельник В.С., Дячук Е.Й., Горзов В.В., Гриненко Є.М., Мельник С.В.</i> Формування стоматологічної культури серед школярів як соціально-педагогічна проблема95
<i>Вовк О.Я., Хорош М.В., Голованова І.А.</i> Модифіковані фактори, що пов'язані з раком молочної залози20	<i>Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Щербінська О.С., Білак-Лук'ячук В.Й.</i> Наслідки війни з російською федерацією для громадського здоров'я України100
<i>Гринзовська А.А., Бобир В.В.</i> Формування механізмів перехресної резистентності <i>A. fumigatus</i> за рахунок хімічної подібності азольних антимікотиків та фунгіцидів27	<i>Nesterenko V.H., Peresyphkina T.V., Shevchenko O.S., Sarkhadova I.I.</i> Palliative and hospice care in the Kharkiv region in the first year of the war106
<i>Гуцол І.Я., Брич В.В.</i> Законодавче підґрунтя надання соціальних послуг як інструменту збереження громадського здоров'я34	<i>Огнев В.А., Орел О.В.</i> Деякі показники ускладненнє вагітності по Харківській області порівняно з показниками по Україні113
<i>Данилюк Г.В., Корнага С.І., Лотоцька О.В.</i> Рівень поінформованості населення про туберкульоз за результатами анкетування43	<i>Огнев В.А., Яременко А.В.</i> Медико-соціальні особливості охоплення щепленнями дитячого населення Черкаської області проти кору, краснухи та епідемічного паротиту118
<i>Дудаш Г.В., Брич В.В.</i> Фактори, що впливають на формування культури здоров'я підлітків47	<i>Орлова Н.М., Ковтун Г.І., Паламар І.В.</i> Тягар ішемічної хвороби серця в Україні та можливості його скорочення за рахунок контролю над модифікованими факторами ризику122
<i>Картавцев Р.Л.</i> Рівень використання національного класифікатора медичних виробів під час закупівлі медичних виробів у закладах охорони здоров'я України: за даними соціологічного дослідження53	<i>Пішковці А.-М.М., Пішковці В.М.</i> Детермінанти негативного впливу формування стоматологічного здоров'я в дитячого населення гірської географічної зони проживання129
<i>Керецман А.О.</i> Мотивація праці лікарів як інструмент сучасних інноваційних управлінських рішень58	<i>Подольський Вол.В., Подольський Вас.В., Медведовська Н.В., Рибінський Ю.М., Сопко Я.О., Стовбан І.В., Пономарьова І.Г.</i> Синергічний вплив зловживання алкоголем і захворювань, що передаються статевим шляхом, на мікробіоту кишечника та піхви в жінок фертильного віку134
<i>Кий-Кокарева В.Г.</i> Ставлення студентської молоді до свого здоров'я в умовах війни63	<i>Сабадош М.В., Русин Л.П., Дуткевич-Іванська Ю.В.</i> Застосування сенсорної інтеграційної терапії в лікуванні дітей із церебральним паралічем140
<i>Ковтун Г.І.</i> Актуальність підготовки менеджерів для закладів охорони здоров'я сфери трансплантації органів68	<i>Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Рябінчук М.В.</i> До питання підготовки магістрів за спеціальністю «Громадське здоров'я» в Україні144
<i>Лехан В.М., Гриценко Л.О.</i> Обґрунтування моделі інтегрованої системи первинної медико-санітарної допомоги72	<i>Таранов В.В., Теренда Н.О.</i> Стан та проблеми сучасної онкології (за даними огляду літератури)154
<i>Любінець Л.А., Шведа Г.П., Качмарська М.О.</i> Ступінь тривожності в середнього медичного персоналу під час воєнного стану в Україні80	
<i>Любінець О.В., Мілашовська В.О.</i> Стратегічне планування медичної допомоги населенню закладами охорони здоров'я госпітального кластеру85	

Трущенко Л.В., Скобляк П.І.

**Інституціональні європейські моделі виконання
основних функцій щодо забезпечення громадського
здоров'я: досвід для України**160

Фейса С.В., Пушкаренко О.А.

**Роль еластографії та стеатометрії в діагностиці
метаболічно асоційованої жирової хвороби печінки** ...165

Філак Я.Ф., Філак Ф.Г.

**Особливості санаторно-курортної реабілітації
хворих із захворюваннями хребта
після оперативного втручання
у зв'язку з виразковою хворобою
дванадцятипалої кишки**171

Мазур П.С., Горошко Є.Л., Мазур О.П.,

Новак-Мазена Х.О.

**Лікар Арсен Річинський
(до 105-ї річниці отримання диплома)**177

CONTENTS

<i>Biduchak A.S.</i> Assessment of population satisfaction with the attitude of medical personnel in conflict situations	7	<i>Medvedovska N.V., Stovban I.V.</i> Regional aspects of morbidity and prevalence of diseases among men in Ukraine	90
<i>Vasylynets M.M.</i> Characteristics of hip joint diseases in the adult population of Transcarpathian region	14	<i>Melnyk V.S., Dyachuk E.Y., Horzov V.V., Hrynenko Ye.M., Melnyk S.V.</i> Formation of dental culture among school students as a social and pedagogical problem	95
<i>Vovk O.Ya., Khorosh M.V., Holovanova I.A.</i> Modifiable factors associated with breast cancer	20	<i>Mironiuk I.S., Slabkii G.O., Shcherbinska O.S., Bilak-Lukianchuk V.Y.</i> Consequences of the war with the Russian Federation for the public health of Ukraine	100
<i>Hrynzovska A.A., Bobyr V.V.</i> The formation of mechanisms of cross-resistance of <i>A. fumigatus</i> due to the chemical similarity of azole antifungals and fungicides	27	<i>Nesterenko V.H., Peresyphkina T.V., Shevchenko O.S., Sarkhadova I.I.</i> Palliative and hospice care in the Kharkiv region in the first year of the war	106
<i>Hutsol I.Ya., Brych V.V.</i> Legislative basis for the provision of social services as a tool for preserving public health	34	<i>Ogniev V.A., Orel O.V.</i> Some indicators of pregnancy complications in the Kharkiv region in comparison with the indicators in Ukraine	113
<i>Danyliuk G.V., Kornaha S.I., Lototska O.V.</i> The level of population awareness about tuberculosis according to the results of the questionnaire	43	<i>Ohniev V.A., Yaremenko A.V.</i> Medical and social features of coverage vaccinations of children of the Cherkasy region against measles, rubella and epidemic parotitis	118
<i>Dudash H.V., Brych V.V.</i> Factors affecting the adolescents health culture formation	47	<i>Orlova N.M., Kovtun G.I., Palamar I.V.</i> The burden of ischemic heart disease in Ukraine and the possibility of its reduction due to the control of modified risk factors	122
<i>Kartavtsev R.L.</i> Level of application of the national classifier of medical devices in the procurement of medical devices in health care institutions of Ukraine: according to a sociological study	53	<i>Pishkovtsi A.-M.M., Pishkovtsi V.M.</i> Determinants of the negative influence of the formation of dental health in the children of the mountain geographical zone of residence	129
<i>Keretsman A.O.</i> Motivation of healthcare professionals as a tool for modern innovative management decisions	58	<i>Podolskyi Vol.V., Podolskyi Vas.V., Medvedovska N.V., Rybinskyi Yu.M., Sopko Ya.O., Stovban I.V., Ponomaryova I.G.</i> Synergistic effects of alcohol abuse and sexually transmitted diseases on gut and vaginal microbiota in women of childbearing age	134
<i>Kyi-Kokarieva V.G.</i> Attitude of students to their health in the conditions of war	63	<i>Sabadosh M.V., Rusyn L.P., Dutkevych-Ivanska Yu.V.</i> Application of sensory integration therapy in the treatment of children with cerebral palsy	140
<i>Kovtun G.I.</i> The relevance of training managers for health care institutions in the field of organ transplantation	68	<i>Slabkiy G.O., Mironyuk I.S., Riabinchuk M.V.</i> On the issue of master's degree training in specialty "Public Health" in Ukraine	144
<i>Lekhan V.M., Hrytsenko L.O.</i> Substantiation of the integrated system of primary health care model	72	<i>Taranov V.V., Terenda N.O.</i> The state and challenges of modern oncology (based on literature review)	154
<i>Lyubinets L.A., Shveda H.P., Kachmarska M.O.</i> The degree of anxiety of the average medical staff during the martial law in Ukraine	80		
<i>Lyubinets O.V., Milashovska V.O.</i> Strategic planning of medical care for the population by healthcare institutions of the hospital cluster	85		

Trushchenkova L.V., Skoblyak P.I.

**Institutional European models of the performance
of the main functions for the provision of public health:
experience for Ukraine160**

Feysa S.V., Pushkarenko O.A.

**The role of elastography and steatometry
in the diagnosis of metabolic associated fatty liver disease 165**

Filak Ya.F., Filak F.G.

**Peculiarities of sanatorium-resort rehabilitation
of patients with spine disease after surgical intervention
in connection with duodenal ulcer diseases171**

Mazur P.Ye., Goroshko Ye.L., Mazur O.P.,

Novak-Mazepa Kh.O.

**Doctor Arsen Richynskyi (on the occasion
of the 105th anniversary of his graduation).....177**

Бідучак А.С.

Оцінка задоволеності населення ставленням медичного персоналу в конфліктних ситуаціях

Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці, Україна

Biduchak A.S.

Assessment of population satisfaction with the attitude of medical personnel in conflict situations

Bukovinian State Medical University,
Chernivtsi, Ukraine

biduchak.anzhela@bsmu.edu.ua

Вступ

Всесвітня організація охорони здоров'я визначила первинну ланку медичної допомоги основним інструментом для вирішення завдання досягнення «здоров'я для всіх» і фундаментом усієї системи медичного обслуговування, а центральною фігурою первинної ланки – лікаря загальної практики / сімейного лікаря [1, с. 5].

У жовтні 2017 р. в Україні розпочалась медична реформа, в якій відповідно до Закону України № 6327 держава гарантує повну оплату коштом держбюджету України необхідних медичних послуг і лікарських засобів, пов'язаних із наданням екстреної медичної допомоги, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної, паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації, медичної допомоги дітям до 16 років, а також супроводу вагітності та пологів [3]. У квітні 2018 р. розпочався перший етап реформи, який передбачав підписання декларацій між пацієнтами і сімейними лікарями та можливість пацієнту самостійно обирати лікаря [4].

Задоволеність пацієнта – чи то системою охорони здоров'я, чи то медичною допомогою – в пострадянських суспільствах часто вважалася суб'єктивною оцінкою, яка не враховується під час розробки політики охорони здоров'я. Однак виявлення частки пацієнтів, які задоволені медичною допомогою, та відстеження динаміки показника в часі є одним із доказів наближення системи охорони здоров'я до потреб пацієнтів.

Задоволеність охороною здоров'я є невіддільною частиною оцінювання діяльності систем охорони здоров'я в країнах, наприклад, Європейського Союзу, а також у Канаді, США, Австралії та ін. Задоволеність розглядається як складник чутливості (responsiveness) системи охорони здоров'я до потреб населення і пацієнтів та є важливим (якщо не основним) складником оцінювання якості надання медичної допомоги [6].

У Сполучених Штатах Америки, Канаді, Австралії, Норвегії тощо оцінювання задоволеності медичними послугами стало важливим у 50-60-х роках ХХ століття, коли охорона здоров'я набула рис ринку, «гроші стали йти за пацієнтом», і на додачу пацієнт став розглядатися здебільшого як споживач – більш активний суб'єкт, залучений до прийняття рішень щодо діагностики та лікування, відповідальний за власне здоров'я [10; 12; 13]. Отже, зворотний зв'язок у вигляді думки споживача, його очікувань, пререференцій та виборів, як і задоволеності сервісом, набув неабиякого значення. Деякі автори навіть стверджують, що очікування та цінності клієнта виключно мають бути враховані для оцінювання роботи надавача медичної допомоги [9].

Серед критеріїв якості медичної допомоги населенню важливу роль відводять суб'єктивній оцінці самих пацієнтів різних аспектів медичного обслуговування [2]. З цією метою проведено медико-соціологічне дослідження, участь в якому взяли респонденти – жителі м. Чернівці та Чернівецької області віком від 18 років і старші. Учасникам запропоновано проаналізувати переваги і недоліки отриманих ними медичних послуг, дати загальну оцінку цим послугам, висловити власну думку стосовно можливості покращення обслуговування населення у медичних закладах на рівні первинної ланки.

Загалом, як підкреслюється в систематичному огляді досліджень із задоволеності [7], задоволеність має дві основні групи детермінант: по-перше, це характеристики індивіда як споживача медичної допомоги, що включають соціально-демографічні фактори, стан здоров'я та очікування, вірування, цінності та досвід, і, по-друге, стимули надання медичної допомоги, а саме: фізичне оточення, організаційні аспекти допомоги та ставлення й вигляд медичного персоналу. Щодо соціально-демографічних особливостей, то найчастіше результати досліджень показують більшу задоволеність серед людей старшого віку, менш освічених та тих, які мають хороше здоров'я. Натомість особливості атрибутів медичної допомоги, які сприяють

більшій задоволеності, є такими: надавач медичної допомоги вміє вислухати, надає інформацію та зворотний зв'язок, його поведінка підкреслює залученість пацієнта до прийняття рішень.

Утім, дослідження задоволеності часто піддаються нищівній критиці через недосконалу методологію. Детальніше: концепт «задоволеність пацієнта» вважають суб'єктивним, до того ж йому бракує однозначного розуміння [10]. Як зазначає Б. Вільямс (B. Williams), «достатньо багато припущень робиться стосовно того, що пацієнти власне розуміють, коли говорять, що вони задоволені» [8]. Так, задоволення як міра якості критикується через те, що у споживачів медичної допомоги є попередній досвід та очікування, відштовхуючись від яких вони й надають свою оцінку. Однак у відповідь на цілий спектр критики дослідники пропонують нові підходи до вивчення задоволеності з інтеграцією попередніх очікувань та досвіду пацієнтів: створюються шкали, покликані відокремити відчуття респондента від оцінки атрибутів надання медичної допомоги (наприклад, час очікування в черзі, час, витрачений на дорогу до закладу) [7].

Попри критичні зауваження, задоволеність системою охорони здоров'я чи певними медичними послугами нерідко включена в різноманітні індекси охорони здоров'я, які покликані порівнювати системи охорони здоров'я різних країн [5] або ж одну систему протягом тривалого часу [11]. Більше того, у світі з кожним роком зростає кількість досліджень, які вивчають ті чи інші аспекти задоволення споживача медичною послугою, наприклад: задоволеність пацієнтів консультаціями на первинній ланці [1; 4], задоволеність пацієнтів, які мають різноманітні діагнози [7; 13], тощо. Однак рідкісні емпіричні знахідки показують, що у світі посткомуністичні країни демонструють найменший рівень задоволення як своїм життям, так і системами охорони здоров'я [4; 8]. Порівняння, наприклад, задоволеності різними типами послуг, яке було здійснено у 2010 р., показує, що в країнах Європи та Центральної Азії найменший відсоток задоволених державними медичними послугами належить Україні, за якою слідує Албанія, Азербайджан, Македонія та Монголія, а найбільший відсоток задоволених – у Туреччині, Естонії та Грузії [9; 11]. Також найбільшою проблемою в медичному обслуговуванні вважаються довгі черги, нестача ліків, оплата на вимогу лікаря та неповага з боку лікаря, і меншою мірою називаються такі атрибути, як «заклади не

є чистими» та «часта необгрунтована відсутність лікаря на робочому місці».

Мета дослідження – визначити рівень задоволеності населення м. Чернівці та Чернівецької області медичним обслуговуванням у медичних закладах у разі виникнення конфліктних ситуацій.

Матеріали і методи

Основним завданням дослідження було визначення ступеня задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги на рівні первинної ланки. Дослідження проводили шляхом анкетування. У вибірку включено 1146 осіб віком 18-56 років і старших – жителів м. Чернівці та Чернівецької області.

Результати дослідження та їх обговорення

В опитуванні взяли участь 1146 респондентів, із них 544 (47,5%) чоловіків та 602 (52,5%) жінок. Основні характеристики респондентів представлені в табл. 1.

Близько 96,9% учасників підписали декларацію із сімейним лікарем, та лише 3,1% не уклали договір; 60% респондентів уклали договір із лікарем у державній амбулаторії за місцем проживання; 20% обрали лікаря в амбулаторії не за місцем проживання; 16,2% підписали декларацію з лікарем у приватному медичному центрі; 3,8% не визначилися з вибором спеціаліста. Протягом останніх трьох років 24,6% респондентів звертались до сімейного лікаря рідше одного разу на рік. За останні три роки 28,5% респондентів звертались до сімейного лікаря в середньому 1-2 рази на рік; 41,5% звертаються до лікаря частіше, ніж 1-2 рази на рік, а 5,4% відвідують свого сімейного лікаря не рідше одного разу на місяць.

Респонденти проаналізували свій останній візит до сімейного лікаря, оцінили організацію роботи медичного закладу, ефективність призначеного лікування та загальне враження від отриманих медичних послуг.

Оцінюючи задоволеність пацієнтів (табл. 2), спостерігаємо, що найбільшу групу (42,5%) становлять респонденти, частково задоволені як санітарно-гігієнічними умовами в лікувальному закладі, ставленням медичного персоналу, так і результатами надання

Таблиця 1

Віко-стативно-територіальний розподіл респондентів

Вік/стать	чоловіки				жінки			
	місто		село		місто		село	
Територія мешкання	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%
18-35 років	73	25,9	49	18,7	113	34,5	37	13,5
36-55 років	112	39,7	109	41,6	119	36,3	119	43,4
56 і старше	97	34,4	104	39,7	96	29,3	118	43,1
Всього	282	100	262	100	328	100	274	100

медичної допомоги. Найменший відсоток опитаних (4,2%) склали група дуже задоволених пацієнтів, практично в 2 рази перевищує група, навпаки, дуже не задоволених (8,6%), причому саме незадоволеність санітарно-гігієнічними умовами в лікувальному закладі майже в 2 рази (13,2%) перевищила незадоволеність ставленням медичного персоналу та результатами лікування. Практично однакові результати ми отримали щодо незадоволених (23,4%) та задоволених (21,3%) респондентів.

Незважаючи на те, що на момент проведення дослідження реформування первинної ланки повністю завершилося і пацієнти повною мірою могли користуватися системою попереднього електронного запису до свого сімейного лікаря, однією з найбільших претензій, які пред'являли респонденти, було довге очікування у черзі до лікаря. Так, майже половині респондентів (43,5%) довелося очікувати в черзі 30-40 хв.; 23,1% – очікували до 15 хв.; 22,9% – годину та 10,6% – більше години, що, напевне, пов'язано зі звичкою відвідувати сімейного лікаря без попереднього запису.

Ще одне питання, яке ми досліджували, пов'язане з наявністю, причинами та видами конфліктів у медичній сфері. Сьогодні медичну допомогу сприймають насамперед як послугу, яку заклад охорони здоров'я надає пацієнтові. Тому цілком логічно, що пацієнт, прийшовши на консультацію або розпочинаючи лікування, має певні очікування, тобто створює ідеалізований образ лікаря та лікувального процесу загалом. Майже половина опитаних респондентів (47,3%) не мали жодних конфліктів з медичними працівниками, 29,1% мали конфлікт із середнім медичним персоналом, 18,7% – з лікарями й лише 4,9% – із самим медичним закладом. Серед основних причин виникнення конфліктних ситуацій пацієнти називали такі: недостатнє спілкування та увага з боку медичних працівників, незадоволеність якістю медичної допомоги, професійна некомпетентність медичного персоналу, грубість та нечемність медичного персоналу, прояви корупції та інше (рис. 1).

Отже, як видно з графіку, усі вікові групи найчастішою причиною конфлікту називають грубість та нечемність медичного персоналу (30,8%), на друге місце респонденти ставлять професійну некомпетентність медичного персоналу (21,4%), на третьому місці практично з такими ж показниками (20,2%) – незадоволеність якістю медичної допомоги, всупереч очікуванням прояви корупції тільки на четвертому (16,1%), п'яте місце посіло (11,0%) недостатнє спілкування та увага, й на останньому місці (0,6%) – інші причини, причому найактивнішою виявилась вікова група 36-55 років. Аналізуючи обставини, за яких трапляються конфлікти між пацієнтом та лікарем, більшість респондентів (42,6%) зазначають погіршення стану пацієнта, 30,9% опитаних вважають, що під час чергування і надання екстреної медичної допомоги пацієнту, 25,9% – під час пояснення плану лікування та 0,6% – за інших обставин.

Конфлікти в медичних організаціях завжди існували та будуть існувати. Тому питання способів вирішення конфліктних ситуацій є актуальними й сьогодні. У межах юрисдикційних форм захисту прав людини у сфері охорони здоров'я виділяють традиційні та альтернативні способи вирішення конфліктів. До традиційних можемо віднести: судові та позасудові. Позасудові, своєю чергою, поділяються на: звернення до керівника лікувальної установи (усне й письмове); звернення до органу управління охорони здоров'я; допомога незалежних громадських організацій і професійних асоціацій; скарга в органи прокуратури та інші [3]. Більш доречним, на нашу думку, є застосування альтернативних способів вирішення спорів, які є досить популярними та широко застосовуються в країнах Європи, США, Канади, Австралії та інших державах. В Україні альтернативні способи вирішення спорів починають тільки набирати популярності, спираючись на зарубіжний досвід [4]. Альтернативні способи вирішення спорів налічують велику кількість видів розв'язання спорів, але нас цікавлять ті, які можна застосувати до медичних правовідносин, а саме:

Таблиця 2

Оцінка задоволеності населення медичним обслуговуванням

Градація	Задоволеність ставленням медичного персоналу (%)			Задоволеність санітарно-гігієнічними умовами в лікувальному закладі (%)			Задоволеність результатами надання медичної допомоги (%)		
	18-35 років	36-55 років	56 і старші	18-35 років	36-55 років	56 і старші	18-35 років	36-55 років	56 і старші
Дуже не задоволений(а)	5,5	5,9	5,5	10,3	13,7	14,5	3,7	8,3	7,5
Незадоволений(а)	13,6	21,6	25,3	25,7	29,2	29,9	13,6	20,3	25,8
Частково задоволений(а)	50,0	42,0	44,3	45,6	37,3	36,4	47,8	42,3	42,9
Задоволений(а)	28,3	27,2	19,5	14,7	16,6	14,5	30,9	24,4	18,6
Дуже задоволений(а)	2,6	3,3	5,3	3,7	3,3	4,8	4,0	4,8	5,3

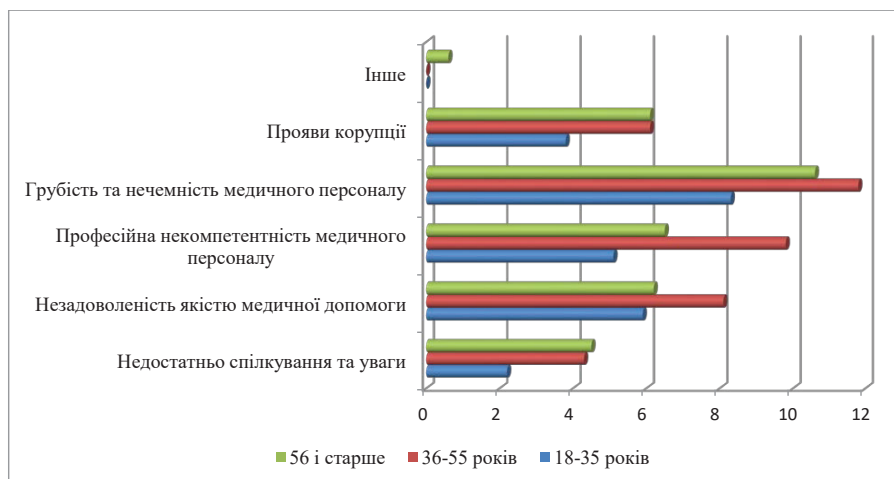


Рис. 1. Результати відповідей респондентів на запитання «Вкажіть основні причини виникнення конфлікту в медицині»

1) переговори – врегулювання спору безпосередньо сторонами без участі інших осіб;

2) посередництво – врегулювання спору за допомогою незалежного нейтрального посередника, який сприяє досягненню сторонами згоди;

3) медіатор – розв'язання спору за допомогою незалежної нейтральної особи – арбітра, який виносить обов'язкове для сторін рішення.

У нашому дослідженні конфлікт з медичним працівником в судовому порядку вирішувався лише у 2,7%, решта (97,3%) респондентів вирішували конфліктні ситуації у досудовому порядку, причому за допомогою переговорів – 40,8%, претензій – 31,5%, скарг – 23,7% та медіатора 1,4%. Нині більшість опитаних надають перевагу альтернативним способам вирішення конфлікту, тому що третейський розгляд дає можливість насамперед мирного врегулювання спору, досягнення сторонами спору мирової угоди та збереження нормальних відносин між сторонами спору.

Серед найбільш прийнятних способів вирішення наслідків конфлікту (рис. 2) респонденти називають: ведення боротьби до повної перемоги, задоволення інтересів і домагань іншої сторони, слабшання конфлікту за рахунок природного згасання, знаходження компромісу, знаходження взаємовигідних варіантів.

Як видно, найкращий спосіб вирішення конфлікту, на думку респондентів, це знаходження компромісу (40,9%), трохи поступається за кількістю, але дуже схожий за своїм призначенням – знаходження взаємовигідних варіантів розв'язання конфліктів (21,1%), середнє положення займає ведення боротьби до повної перемоги (14%), задоволення інтересів протилежної сторони – 12,8%, слабшання конфлікту за рахунок природного згасання – 10,8%.

Нині пацієнти добре обізнані зі своїми правами, а тому не бояться відстоювати їх у суді. Однак конфлікт між пацієнтом та лікарем завжди передують серйозному судовому позову, який врешті-решт може вщент зруйнувати репутацію закладу охорони здоров'я. Основним

регулятором конфліктних відносин згідно із Законом України від 02.10.96 р. № 394/96-ВР «Про звернення громадян» між лікарем та пацієнтом сьогодні виступає держава (рис. 3).

Більшість респондентів (40,0%) вважають, що держава «швидше погано, ніж добре» виконує обов'язки регулятора конфліктних відносин між лікарем та пацієнтом, трохи менше опитаних (33,9%), навпаки, впевнені у виконанні своїх обов'язків державою «швидше добре, ніж погано», 18,8% категорично заявляють про «дуже погане» виконання органами влади обов'язків у конфліктних ситуаціях «лікар-пацієнт», найменша ж кількість опитаних (7,5%) виконання таких обов'язків оцінюють як «дуже добре», причому для найбільш зрілої працездатної групи (36-55 років) цей показник зовсім мінімальний – 1,3%.

Для України такі результати є очікуваними, адже система охорони здоров'я вже тривалий час перебуває у стані реформування, причому з кожною зміною влади змінюється і концепція реформування. Така невизначеність призводить до того, що в умовах зміненого загального соціально-політичного контексту принципи роботи закладів охорони здоров'я, їхні цілі та принципи фінансування лишаються практично незмінними, однак з кожним роком держава все більше перекладає фінансування медицини на плечі пацієнтів – у 2015 р. зафіксовано найвищу частку приватних витрат на охорону здоров'я порівняно з попередніми роками. Різні дослідження [3; 7; 11; 13] демонструють пошуки пацієнтами альтернативних шляхів задоволення потреби в медичному обслуговуванні: звернення до нетрадиційної медицини, самолікування, медичні консультації в мережі Інтернет тощо.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження пов'язані з вивченням впливу конфліктів на задоволеність та якість надання медичної допомоги в системі «лікар-пацієнт»

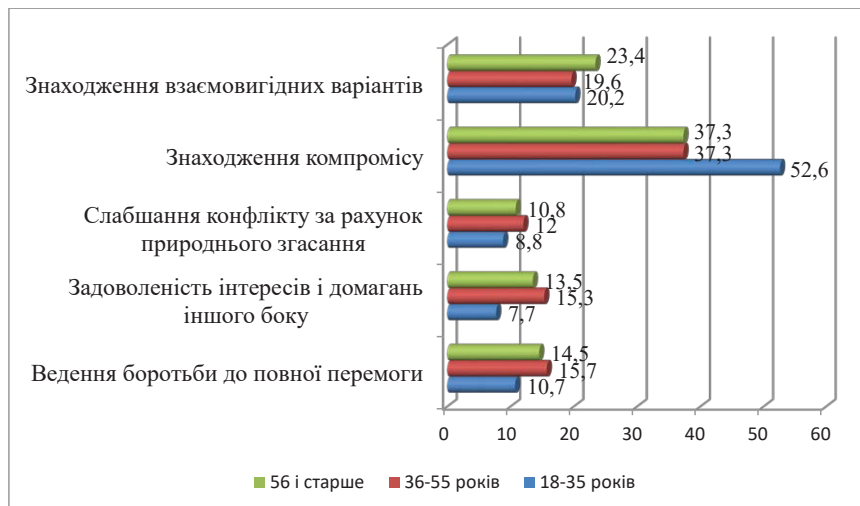


Рис. 2. Результати відповідей респондентів на запитання «Які наслідки конфлікту є найбільш прийнятними для Вас?»

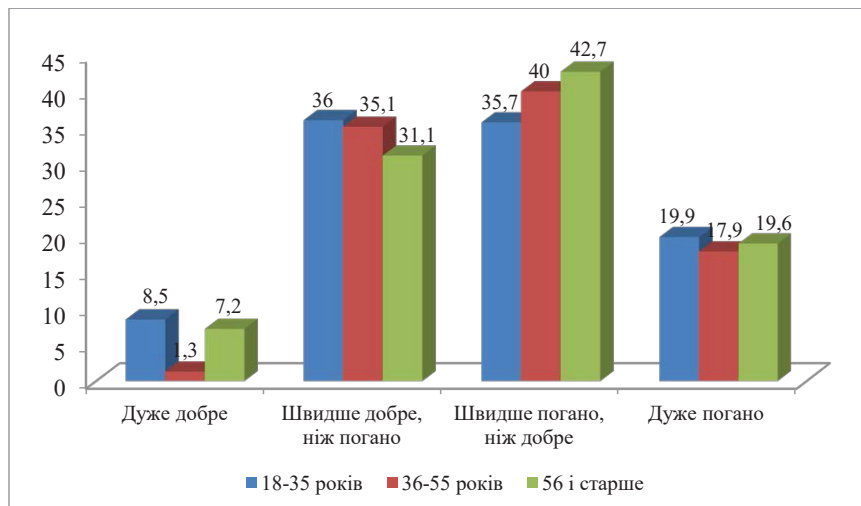


Рис. 3. Результати відповідей респондентів на запитання «Наскільки добре, на Вашу думку, держава сьогодні виконує обов'язки регулятора конфліктних відносин між лікарем та пацієнтом?»

з наступною розробкою алгоритмів урегулювання та моделі профілактики конфліктних ситуацій в медичній установі.

Висновки

Практично половина респондентів (42,5%) дала нейтральну загальну оцінку якості надання медичних послуг на рівні первинної ланки (оцінка «Частково задоволений(а)»); позитивну оцінку дали лише 25,5% респондентів (оцінка «Задоволений(а)» та «Дуже задоволений(а)»); 32% висловились негативно (оцінки «Не

задоволений(а)» та «Дуже незадоволений(а)») стосовно якості отриманих медичних послуг.

Серед труднощів, з якими стикаються пацієнти, звертаючись до сімейного лікаря, найпоширенішими є довгі черги на прийом до лікаря, некомфортні зони очікування та незручний графік прийому.

Серед пропозицій щодо покращення якості надання медичних послуг на рівні первинної ланки респонденти акцентували увагу на ширшому впровадженні новітніх технологій та можливості записуватись на прийом і контактувати з лікарем через мережу Інтернет.

Література

1. Асанова А, Хаустова О. Типові складні ситуації у взаємодії лікар-пацієнт в залежності від особистісних особливостей і психічного стану реагування пацієнта. Психосоматична медицина та загальна практика [Інтернет]. 2018 [цитовано 27 черв 2023];3(3): e0303125. Доступно на: http://ir.library.nmu.com/bitstream/123456789/1055/1/Typovi_syt.pdf. doi: 10.26766/pmgp.v3i3.125
2. Возняк О. Правові аспекти захисту прав пацієнтів у випадку надання неякісної медичної допомоги психіатрами. Вища школа. 2019;5:78-96.

3. Ганжа Ю, Шкарівська І. Лікар VS пацієнт: на чиєму боці правда? Управління закладом охорони здоров'я. 2019;2:17-21.
4. Герасімчук ТС. Взаємодія лікар – пацієнт. У: Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині); 20-21 лют. 2020; Запоріжжя. Запоріжжя; 2020. с. 15-6.
5. Герц АА. Договірні зобов'язання у сфері надання медичних послуг [дисертація]. Львів; 2016. 421 с.
6. Кацьора ОВ, Новосад КЯ. Врегулювання конфліктів та медіація. Ужгород; 2022. 55 с.
7. Копіна А, Калениченко Т. Результати опитування щодо розуміння конфліктів та способів їх подолання всередині державних установ в 2021 році. НАДС, 2021. Київ: ОБСЄ Координатор проектів в Україні; 2022. 14 с.
8. Невінська ЛМ, Кульчицький ВЙ. Роль медичного працівника як медіатора у врегулюванні конфліктів. Медсестринство. 2019;4:35-7. doi: 10.11603/2411-1597.2019.4.10836
9. Остапчук Д. Шляхи запобігання та розв'язання організаційних конфліктів. Вісник Київського інституту бізнесу та технологій. 2017;2:94-7.
10. Савичук ОВ, Зайцева ЄМ, Шаповалова ГІ. Відносини в медичних колективах – «лікар-лікар». Аспекти виникнення конфлікту, шляхи вирішення. In: Proceedings of the iv international scientific and practical conference Education and science of today: intersectoral issues and development of sciences; 2021 Oct 29; Cambridge, UK. Cambridge; 2021. p. 86-8. doi: 10.36074/logos-29.10.2021.v2.25
11. Степурко ТГ. Задоволеність доступністю та якістю медичної допомоги в Україні, Польщі та Угорщині. Наукові записки Національного університету «Києво-Могилянська академія». Серія: Соціологічні науки. 2016;187:82-9.
12. Телегіна ДМ, Цимбал АВ, Шевчук ОА. Соціальні аспекти профілактики конфліктів в організації. Актуальні проблеми економіки та управління. 2020;14:1-7.
13. Чубко ОБ. Конфліктні ситуації у роботі лікаря як одна з причин професійного вигорання. НейроNews. Психоневрологія та нейропсихіатрія. 2015;8:10-1.

References

1. Asanova A, Khaustova O. Typovi skladni sytuatsiyi u vzayemodiyi likar-patsiyent v zalezhnosti vid osobystisnykh osoblyvostey i psykhichnoho stanu reahuvannya patsiyenta. Psykhosomatychna medytsyna ta zahal'na praktyka [Internet]. 2018 [tsytovano 2023 Cher 27];3(3):e0303125. Dostupno: http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/1055/1/Typovi_syt.pdf. doi: 10.26766/pmgr.v3i3.125. [In Ukrainian].
2. Voznyak O. Pravovi aspekty zakhystu prav patsiyentiv u vypadku nadannya neyakisnoyi medychnoyi dopomohy psykhiatramy. Vyscha shkola. 2019;5:78-96. [In Ukrainian].
3. Hanzha YU, Shkarivs'ka I. Likar VS patsiyent: na chyyemu botsi pravda? Upravlinnya zakladom okhorony zdorov'ya. 2019;2:17-21. [In Ukrainian].
4. Herasimchuk T-S. Vzayemodiya likar – patsiyent. V: Materialy I vseukr. nauk.-prakt. konf. Sotsial'no-etychni ta deontologichni problemy suchasnoyi medytsyny (nemedychni problemy v medytsyni); 2020 Lyut 20-21; Zaporizhzhya. Zaporizhzhya; 2020, s. 15-6. [In Ukrainian].
5. Herts AA. Dohovirni zobov'yazannya u sferi nadannya medychnykh posluh [dysertatsiya]. L'viv; 2016. 421 s. [In Ukrainian].
6. Kats'ora OV, Novosad KYA. Vrehulyuvannya konfliktiv ta mediatsiya. Uzhhorod; 2022. 55 s. [In Ukrainian].
7. Kopina A, Kalenychenko T. Rezul'taty opytuvannya shchodo rozuminnya konfliktiv ta sposobiv yikh podolannya vsередyni derzhavnykh ustanov v 2021 rotsi. NADS, 2021. Kyiv: OBSYE Koordynator proektiv v Ukrayini; 2022. 14 s. [In Ukrainian].
8. Nevins'ka LM, Kul'chys'ky VY. Rol' medychnoho pratsivnyka yak mediatora u vrehulyuvanni konfliktiv. Medsestrynstvo. 2019;4:35-7. Dostupno na: doi: 10.11603/2411-1597.2019.4.10836 [In Ukrainian].
9. Ostapchuk D. Shlyakhy zapobihannya ta rozv'yazannya orhanizatsiynykh konfliktiv. Visnyk Kyyvivs'koho instytutu biznesu ta tekhnolohiy. 2017;2:94-7. [In Ukrainian].
10. Savychuk OV, Zaytseva YEM, Shapovalova HI. Vidnosyny v medychnykh kolektyvakh – «likar-likar». Aspekty vynyknennya konfliktu, shlyakhy vyrishennya. In: Proceedings of the iv international scientific and practical conference Education and science of today: intersectoral issues and development of sciences; 2021 Oct 29; Cambridge, UK. Cambridge; 2021, p. 86-8. doi: 10.36074/logos-29.10.2021.v2.25 [In Ukrainian].
11. Stepurko TH. Zadovolenist' dostupnistyu ta yakisty medychnoyi dopomohy v Ukrayini, Pol'shchi ta Uhorshchyni. Naukovi zapysky Natsional'noho universytetu «Kyievo-Mohylyans'ka akademiya». Seriya: Sotsiolohichni nauky. 2016;187:82-9. [In Ukrainian].
12. Telyehina DM, Tsymbal AV, Shevchuk OA. Sotsial'ni aspekty profilaktyky konfliktiv v orhanizatsiyi. Aktual'ni problemy ekonomiky ta upravlinnya. 2020;14:1-7. [In Ukrainian].
13. Chubko OB. Konfliktni sytuatsiyi u roboti likarya yak odna z prychyn profesynoho vyhorannya. NeuroNews. Psykhonevrolohiya ta neyropsykhiatriya. 2015;8:10-1. [In Ukrainian].

Мета – визначити рівень задоволеності населення м. Чернівці та Чернівецької області медичним обслуговуванням у медичних закладах у разі виникнення конфліктних ситуацій.

Матеріали і методи. Основним завданням дослідження було визначення ступеня задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги на рівні первинної ланки. Дослідження проводили шляхом анкетування. У вибірку включено 1146 осіб віком 18 років і старших – жителів м. Чернівці та Чернівецької області.

Результати. Практично половина респондентів (42,5%) дала нейтральну загальну оцінку якості надання медичних послуг на рівні первинної ланки (оцінка «Частково задоволений(а)»). Позитивну оцінку дали лише 25,5% респондентів (оцінка «Задоволений(а)» та «Дуже задоволений(а)»); 32% висловились негативно (оцінки «Не задоволений(а)» та «Дуже незадоволений(а)») стосовно якості отриманих медичних послуг. Учасники опитування проаналізували свій останній візит до

їхнього сімейного лікаря. Серед труднощів, з якими стикалися пацієнти під час звернення до сімейного лікаря, найпоширенішими є довгі черги на прийом до лікаря, некомфортні зони очікування та незручний графік прийому. На думку респондентів, для покращення якості надання медичної допомоги в медичних закладах можна зробити таке: надати можливість онлайн-запису до лікаря та отримання попередньої консультації за допомогою відеозв'язку; узгодити графіки прийому сімейних лікарів, вузьких спеціалістів та робочі години лабораторії, можливість здати аналізи безпосередньо в амбулаторії, збільшити кількість медичного персоналу, покращити матеріально-технічні умови. Даючи загальну оцінку якості медичної допомоги на рівні первинної ланки, 11,5% респондентів вибрали варіант «дуже добре»; 40% – «добре»; задовільною якістю медичних послуг вважають 36,9% опитаних; незадовільною – 6,2% та абсолютно незадовільною – 5,4% опитаних.

Висновки. Більшість респондентів дала позитивну загальну оцінку якості надання медичних послуг на рівні первинної ланки. На думку респондентів, поліпшити якість послуг можна шляхом ширшого використання технологій для покращення комунікації між медичним закладом та пацієнтами (наприклад, можливість онлайн-запису на прийом та контакту з лікарем за допомогою відеозв'язку).

Ключові слова: конфлікт у медицині, причини конфлікту, задоволеність населення, якість надання медичної допомоги.

Purpose is to determine the level of satisfaction of the population with medical care in medical institutions in the event of conflict situations among the population of Chernivtsi and Chernivtsi region.

Materials and methods. The main objective of the study was to determine the degree of patient satisfaction with the quality of medical care at the primary level. The research was conducted by means of an electronic questionnaire. The sample includes 1,146 people aged 18-56 and older, residents of Chernivtsi and Chernivtsi region.

Results. Almost half of the respondents (42,5%) gave a neutral overall assessment of the quality of the provision of medical services at the primary level («Partially satisfied» assessment). Only 25,5% of respondents gave a positive assessment («Satisfied» and «Very satisfied»); 32% spoke negatively («Not satisfied» and «Very dissatisfied») regarding the quality of the medical services received. Survey participants were asked to review their most recent visit to their family doctor. Among the difficulties that patients face when visiting a family doctor, the most common are long lines for appointments with doctors, uncomfortable waiting areas and inconvenient appointment schedules. According to the respondents, the following can be done to improve the quality of medical care in medical institutions: provide the opportunity to make an online appointment with a doctor and receive a preliminary consultation using video communication, coordinate the appointment schedules of family doctors, narrow specialists and the working hours of the laboratory, the opportunity to pass tests directly in the dispensary, increase the number of medical personnel, improve the material and technical conditions of the dispensaries. Giving an overall assessment of the quality of medical care at the primary level, 11,5% of respondents rated it as «very good», 40% chose the option «good». The quality of medical services is considered satisfactory by 36,9% of respondents, unsatisfactory by 6,2% and completely unsatisfactory by 5,4%.

Conclusions. The majority of respondents gave a positive overall assessment of the quality of medical services at the primary level. According to the respondents, it is possible to improve the quality of services through the wider use of technologies to improve communication between the primary care institution and patients (for example, the possibility of online appointment and contact with the doctor using video communication).

Key words: conflict in medicine, causes of conflict, population satisfaction, quality of medical care.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про автора

Бідучак Анжела Степанівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Буковинського державного медичного університету; пл. Театральна, 2б, м. Чернівці, Україна, 58002.

biduchak.anzhela@bsmu.edu.ua, ORCID ID 0000-0003-3475-1497

Василинець М.М.

Характеристика захворювань кульшового суглоба в дорослого населення Закарпатської області

Ужгородський національний університет,
м. Ужгород, Україна

Vasylynets M.M.

Characteristics of hip joint diseases in the adult population of Transcarpathian region

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

vasilinecmikhail@gmail.com

Вступ

Деструктивні захворювання та травматологічні ушкодження є патологією кульшових суглобів, які характеризуються поступовим чи гострим зниженням функцій суглоба [1–3]. Ці хвороби та пошкодження негативно впливають на якість життя людей, обмежуючи їхню фізичну активність та спричинюючи біль та дискомфорт [4; 5]. Вони мають значне поширення в тому числі серед населення працездатного віку [6]. При цьому необхідно зазначити, що важливе місце у лікуванні зазначеної патології посідає ендопротезування та фізична реабілітація [7–9].

Мета дослідження – проаналізувати показники захворюваності та поширеності хвороб кульшового суглоба, за яких необхідна реконструктивна хірургічна допомога.

Об'єкт і методи дослідження

Об'єктом дослідження є дані галузевої статистичної звітності по Закарпатській області за 2020–2022 роки. У роботі використано такі методи: медико-статистичний та структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження нами було досліджено показники захворюваності дорослого населення Закарпатської області на коксартроз кульшового суглоба за період 2020–2022 рр. Отримані результати наведено в табл. 1.

Аналіз наведених в табл. 1 статистичних даних вказує на те, що за роки дослідження показник захворюваності дорослого населення Закарпатської області на коксартроз кульшового суглоба зріс із 106,1 до 131,3 на 10 тис. дорослого населення і склав 12 571 випадки. Збільшення цього показника зареєстровано на всіх адміністративних територіях області. При цьому в 2022 році в межах адміністративних територій гранична різниця показника склала 1,46 раза: від 199,7 у Хустському районі до 291,7 в Ужгородському районі.

Далі було досліджено показники захворюваності дорослого населення Закарпатської області на перелом шийки стегнової кістки за період 2020–2022 рр. Отримані результати наведено в табл. 2.

Аналіз наведених в табл. 2 статистичних даних вказує на те, що показник захворюваності дорослого населення Закарпатської області на перелом шийки

Таблиця 1

Захворюваність дорослого населення Закарпатської області на коксартроз кульшового суглоба, 2020–2022 рр.

Територія	2020		2021		2022	
	абс.	На 10 тис. населення	абс.	На 10 тис. населення	абс.	На 10 тис. населення
По області	10159	106,1	11646	121,7	12571	131,3
м. Ужгород	1254	138,1	1648	181,5	1896	208,9
Райони						
Берігівський	985	170,9	1500	260,2	1600	271,6
Мукачівський	1365	95,4	1612	112,6	1751	122,4
Рахівський	1810	264,2	1830	267,1	1940	283,2
Тячевський	1415	106,1	1516	113,7	1624	121,8
Ужгородський	1610	258,0	1710	274,1	1810	291,7
Хустський	1720	177,0	1830	188,4	1940	199,7

**Захворюваність дорослого населення Закарпатської області
на перелом шийки стегнової кістки, 2020–2022 рр.**

Територія	2020		2021		2022	
	абс.	На 10 тис. населення	абс.	На 10 тис. населення	абс.	На 10 тис. населення
По області	300	3,1	338	3,5	378	3,9
м. Ужгород	50	5,5	75	5,6	95	5,8
Райони						
Берігівський	35	6,07	38	6,09	49	7,1
Мукачівський	48	3,3	50	3,4	52	3,5
Рахівський	42	6,1	46	6,4	40	6,8
Тячевський	31	2,3	35	2,4	38	2,7
Ужгородський	42	6,7	44	6,4	56	6,6
Хустський	52	5,3	50	5,6	61	5,7

стегнової кістки за роки дослідження мав тенденцію до зростання і в 2022 році склав 3,9 у розрахунку на 10 тис. дорослого населення (378 випадків) із його зростанням на всіх адміністративних територіях області. При цьому в 2022 році зареєстрований показник захворюваності дорослого населення Закарпатської області на перелом шийки стегнової кістки в розрізі адміністративних територій області відрізнявся в 2,63 раза: від 2,7 у Тячевському районі до 7,1 у розрахунку на 10 тис. дорослого населення в Берігівському районі. У м. Ужгород цей показник склав 5,8 (95 випадків) у розрахунку на 10 тис. дорослого населення.

Наступним кроком дослідження було вивчення статистичних даних щодо показників захворюваності дорослого населення Закарпатської області на посттравматичний артроз кульшового суглоба, за період 2020–2022 рр. Отримані результати наведено в табл. 3.

Проведений аналіз наведених в табл. 3 статистичних даних вказує на те, що за період дослідження показник зареєстрованої захворюваності дорослого населення Закарпатської області на посттравматичний артроз кульшового суглоба мав тенденцію до зростання і в 2022 році склав 3,8 (385 випадків) у розрахунку на 10 тис. дорослого населення. Зростання вказаного показника зареєстровано на всіх адміністративних

територіях області, крім Рахівського району, де він мав тенденцію до скорочення.

У 2022 році гранична різниця показника в розрізі адміністративних територій області склала 2,16 раза: від 3,2 у Тячевському до 6,9 у Берігівському районі. У м. Ужгород зареєстровано найвищий показник в області – 7,2 (74 випадки) в розрахунку на 10 тис. дорослого населення.

Далі вивчалися статистичні показники щодо показників захворюваності дорослого населення Закарпатської області на остеонекроз (асептичний або аваскулярний некроз) головки стегнової кістки кульшового суглоба за період 2020–2022 рр. Отримані результати наведено в табл. 4.

Проведений аналіз наведених в табл. 4 статистичних даних вказує на те, що зареєстрована захворюваність дорослого населення Закарпатської області на остеонекроз (асептичного або аваскулярного некрозу) головки стегнової кістки кульшового суглоба зростає в .. рази і в 2022 році склала 4,4 (420 випадків) у розрахунку на 10 тис. дорослого населення. Зростання показника зареєстровано на всіх адміністративних територіях області з найбільшим рівнем в Ужгородському (2,85 раза) та Тячевському (4,0 раза) районах.

У 2022 році в межах адміністративних територій області показник коливається і відрізняється у 2,06

Таблиця 3

Захворюваність дорослого населення Закарпатської області на посттравматичний артроз кульшового суглоба, 2020–2022 рр.

Територія	2020		2021		2022	
	абс.	На 10 тис. населення	абс.	На 10 тис. населення	абс.	На 10 тис. населення
По області	300	3,1	350	3,6	385	3,8
м. Ужгород	62	6,8	68	6,9	74	7,2
Райони						
Берігівський	36	6,2	55	6,8	59	6,9
Мукачівський	42	2,9	52	3,1	56	3,4
Рахівський	44	6,4	41	6,1	42	6,1
Тячевський	35	2,6	48	3,1	51	3,2
Ужгородський	28	4,5	41	4,7	45	4,8
Хустський	53	5,4	55	5,5	58	5,6

Захворюваність дорослого населення Закарпатської області на остеонекроз (асептичного або аваскулярного некрозу) головки стегнової кістки кульшового суглоба, 2020–2022 рр.

Територія	2020		2021		2022	
	абс.	На 10 тис. населення	абс.	На 10 тис. населення	абс.	На 10 тис. населення
По області	200	2,1	229	2,3	420	4,4
м. Ужгород	42	4,6	48	5,2	54	5,9
Райони						
Берігівський	31	5,4	30	5,1	55	9,5
Мукачівський	21	1,2	31	2,2	68	4,7
Рахівський	35	5,1	37	5,2	57	7,1
Тячевський	25	1,2	28	1,8	64	4,8
Ужгородський	21	3,4	25	3,5	61	9,7
Хустський	25	2,6	30	3	61	6,2

раза: від 4,7 в Мукачівському до 9,7 в Ужгородському районах.

Далі було досліджено показники поширеності серед дорослого населення Закарпатської області остеонекрозу (асептичного або аваскулярного некрозу) головки стегнової кістки кульшового суглоба за період 2020–2022 рр. Отримані результати наведено в табл. 5.

Проведений аналіз наведених в табл. 5 статистичних даних вказує на те, що показник поширеності серед дорослого населення Закарпатської області остеонекрозу (асептичного або аваскулярного некрозу) головки стегнової кістки кульшового суглоба зріс у 2,22 рази і склав 12,9 (1 243 випадки) в розрахунку на 10 тис. дорослого населення. При цьому зростання вказаного показника зареєстровано на всіх адміністративних територіях області.

У 2022 році гранична різниця показника поширеності серед дорослого населення Закарпатської області остеонекрозу (асептичного або аваскулярного некрозу) головки стегнової кістки кульшового суглоба склала 2,47 рази: від 11,9 в Мукачівському до 29,4 в Ужгородському районах. У м. Ужгород цей зареєстрований показник склав 19,6 у розрахунку на 10 тис. дорослого населення.

Наступним кроком дослідження стало вивчення показників поширеності серед дорослого населення Закарпатської області посттравматичного артрозу кульшового суглоба за період 2020–2022 рр. Отримані результати наведено в табл. 6.

За результатами проведеного аналізу наведених в табл. 6 статистичних даних поширеність серед дорослого населення посттравматичного артрозу кульшового суглоба мала тенденцію до зростання і в 2022 році склала 3,7 у розрахунку на 10 тис. дорослого населення. Зростання цього показника зареєстровано на всіх адміністративних територіях області, крім Рахівського району, де він мав тенденцію до скорочення.

У 2022 році гранична різниця показника поширеності серед дорослого населення Закарпатської області посттравматичного артрозу кульшового суглоба склала 3,45 рази: від 3,1 в Тячевському до 10,7 у Берігівському районах. У м. Ужгород цей показник склав 6,7 у розрахунку на 10 тис. дорослого населення.

На наступному етапі дослідження вивчалися показники поширеності серед дорослого населення Закарпатської області коксартрозу кульшового суглоба за період 2020–2022 рр. Отримані результати наведено в табл. 7.

Поширеність серед дорослого населення Закарпатської області остеонекрозу (асептичного або аваскулярного некрозу) головки стегнової кістки кульшового суглоба, 2020–2022 рр.

Територія	2020		2021		2022	
	абс.	На 10 тис. населення	абс.	На 10 тис. населення	абс.	На 10 тис. населення
По області	560	5,8	670	7	1243	12,9
м. Ужгород	105	11,5	154	16,9	178	19,6
Райони						
Берігівський	77	13,3	90	15,6	161	27,9
Мукачівський	69	4,8	87	6,1	170	11,9
Рахівський	87	12,7	91	13,3	178	25,9
Тячевський	75	5,6	84	6,3	181	13,6
Ужгородський	64	10,2	75	12	184	29,4
Хустський	75	7,7	89	9,1	191	19,7

Таблиця 6

Поширеність серед дорослого населення посттравматичного артрозу кульшового суглоба, 2020–2022 рр.

Територія	2020		2021		2022	
	абс.	На 10 тис. населення	абс.	На 10 тис. населення	абс.	На 10 тис. населення
По області	284	2,9	327	3,4	351	3,7
м. Ужгород	51	5,6	58	6,4	61	6,7
Райони						
Берігівський	45	7,8	51	1,8	62	10,7
Мукачівський	51	3,5	62	4,3	75	5,2
Рахівський	38	5,4	42	6,1	32	5,1
Тячевський	30	2,2	35	2,6	42	3,1
Ужгородський	36	5,7	38	6,1	41	6,4
Хустський	33	3,4	41	4,2	38	3,6

За результатами проведеного аналізу наведених в табл. 7 статистичних даних показники зареєстрованої поширеності серед дорослого населення Закарпатської області коксартрозу мали тенденцію до зростання і в 2022 році склали 281,5 (26 941 випадок)

у розрахунку на 10 тис. дорослого населення області. У 2022 році гранична різниця показника склала 4,0 раза і коливалася від 167,7 в Мукачівському до 670,9 на 10 тис. дорослого населення в Ужгородському районі.

Таблиця 7

Поширеність серед дорослого населення Закарпатської області коксартрозу, 2020–2022 рр.

Територія	2020		2021		2022	
	абс.	На 10 тис. населення	абс.	На 10 тис. населення	абс.	На 10 тис. населення
По області	17917	187,2	25170	263	26941	281,5
м. Ужгород	2700	297,3	3790	417,3	4550	504,0
Райони						
Берігівський	1685	292,3	3402	590,2	3680	638,5
Мукачівський	2031	141,9	3868	270,4	2400	167,7
Рахівський	1600	379,5	3905	569,9	3900	568,9
Тячевський	2801	210,1	3405	255,3	4025	301,8
Ужгородський	3200	512,8	3200	512,8	4186	670,9
Хустський	2900	298,5	3600	370,6	4200	432,4

У м. Ужгород зареєстровано зростання показника в 1,69 раза: у 2022 році він становив 504,0 (4 550 випадків) на 10 тис. дорослого населення обласного центру.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням показників хірургічного лікування та реабілітації дорослого населення із хворобами кульшового суглоба.

Висновки

У процесі дослідження встановлено зростання захворюваності дорослого населення Закарпатської

області та поширеності серед нього таких хвороб кульшового суглоба, як коксартроз, перелом шийки стегнової кістки, посттравматичний артроз, остеонекроз (асептичного або аваскулярного некрозу) головки стегнової кістки. Встановлено, що в розрізі адміністративних територій області вказані показники достовірно відрізняються.

Показники захворюваності та поширеності серед дорослого населення області хвороб кульшового суглоба є чинниками формування системи реконструктивної хірургіко-травматологічної допомоги населенню.

Література

- Guo CY, Liang BW, Sha M, Kang LQ. et al. Cementless arthroplasty with a distal femoral shortening for the treatment of Crowe type IV developmental hip dysplasia. Indian journal of orthopaedics. 2015; 49(4): 442-446. <https://doi.org/10.4103/0019-5413.159652>
- Świtoń A, Wodka-Natkaniec E, Niedźwiedzki Ł, Gaździk T. et al. Activity and Quality of Life after Total Hip Arthroplasty. Ortopedia, traumatologia, rehabilitacja. 2017; 19(5): 441-450. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0010.5823>
- Неведомська ЄО, Писарев ОО. Фізична реабілітація при артрозі тазостегнового суглоба. Молодий вчений. 2018; 10(62): 477-81. Доступно на: <https://www.molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/3812/3765>

4. Gkiatas I, Boptsi A, Tserga D, Gelalis I. et al. Developmental dysplasia of the hip: a systematic literature review of the genes related with its occurrence. EFORT open reviews. 2019; 4(10): 595-601. <https://doi.org/10.1302/2058-5241.4.190006>
5. Savchenko V, Maykova T, Afanasiev S, Kashuba V. et al. Disorders of the mineral exchange and metabolism of bone tissue as a pathogenetic basis of physical rehabilitation patients with coxarthrosis. Journal of Physical Education and Sport. 2020; 20(1): 447-451. <https://doi.org/10.7752/jpes.2020.s1065>
6. Епідеміологія остеоартрозу. Доступно на: <https://compendium.com.ua/uk/clinical-guidelines-uk/osteoartroz-praktichna-nastanova/glava-1-epidemiologiya-osteoartrozu/#toc2>
7. Неведомська ЄО, Писарев ОО. Фізична реабілітація при артрозі тазостегнового суглоба. Молодий вчений. 2018; 10(62): 477-81. Доступно на: <https://www.molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/3812/3765>
8. Неведомська ЄО, Писарев ОО. Фізична реабілітація при артрозі тазостегнового суглоба. Молодий вчений. 2018; 10(62): 477-81. Доступно на: <https://www.molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/3812/3765>
9. Василенко Є, Куковальська Д. Фізична терапія хворих із коксо-вертебральним синдромом. У: Місце і роль фізичної терапії у сучасні системі охорони здоров'я; 16 лют. 2023; Чернівці. Зоря ЯБ, редактор. Чернівці: Чернівецький нац. ун-т; 2023. с. 133-5.

References

1. Guo CY, Liang BW, Sha M, Kang LQ, et al. Cementless arthroplasty with a distal femoral shortening for the treatment of Crowe type IV developmental hip dysplasia. Indian journal of orthopaedics. 2015;49(4):442-446. <https://doi.org/10.4103/0019-5413.159652>
2. Switoń A, Wodka-Natkaniec E, Niedźwiedzki Ł, Gaździk T, et al. Activity and Quality of Life after Total Hip Arthroplasty. Ortopedia, traumatologia, rehabilitacja. 2017;19(5):441-450. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0010.5823>
3. Nevedomska EO, Pysarev OO. Physical rehabilitation in hip osteoarthritis. Young Scientist. 2018;10(62):477-481. Available from: <https://www.molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/3812/3765>
4. Gkiatas I, Boptsi A, Tserga D, Gelalis I, et al. Developmental dysplasia of the hip: a systematic literature review of the genes related to its occurrence. EFORT open reviews. 2019;4(10):595-601. <https://doi.org/10.1302/2058-5241.4.190006>
5. Savchenko V, Maykova T, Afanasiev S, Kashuba V, et al. Disorders of mineral exchange and bone tissue metabolism as a pathogenetic basis for the physical rehabilitation of patients with coxarthrosis. Journal of Physical Education and Sport. 2020;20(1):447-451. <https://doi.org/10.7752/jpes.2020.s1065>
6. Epidemiology of osteoarthritis. Available from: <https://compendium.com.ua/uk/clinical-guidelines-uk/osteoartroz-praktichna-nastanova/glava-1-epidemiologiya-osteoartrozu/#toc2>
7. Tuharov DR, Krinytska IYa. Hip joint endoprosthesis: current state. Medsestrinstvo. 2016;(1):16-18.
8. Nevedomska YE, Pisarev OO. Physical rehabilitation for arthrosis of the hip joint. Young Scientist. 2018;10(62):477-81. Available from: <https://www.molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/3812/3765>
9. Vasilenko YE, Kukovalska D. Physical therapy for patients with coxovertebral syndrome. The place and role of physical therapy in the modern healthcare system: materials of the II All-Ukrainian scientific-practical online conference. February 16, 2023: conference materials. Chernivtsi; 2023:133-135.

Мета роботи – дослідити та проаналізувати показники захворюваності та поширеності хвороб кульшового суглоба, за яких необхідна реконструктивна хірургічна допомога.

Матеріали та методи. Матеріали: дані галузевої статистичної звітності по Закарпатській області за 2020-2022 роки. Методи: медико-статистичний та структурно-логічного аналізу.

Результати та їх обговорення. У процесі дослідження встановлено зростання захворюваності дорослого населення Закарпатської області та поширеності серед нього таких хвороб кульшового суглоба, як коксартроз, перелом шийки стегнової кістки, посттравматичний артроз, остеонекроз (асептичного або аваскулярного некрозу) головки стегнової кістки. Встановлено, що в розрізі адміністративних територій області вказані показники достовірно відрізняються.

Висновки. Показники захворюваності та поширеності серед дорослого населення області хвороб кульшового суглоба є чинниками формування системи реконструктивної хірургічно-травматологічної допомоги населенню.

Ключові слова: Закарпатська область, доросле населення, кульшовий суглоб, захворювання, поширеність хвороб.

Purpose is to study and analyze the incidence and prevalence of hip diseases requiring reconstructive surgical care.

Materials and methods. Materials: data of sectoral statistical reporting in Transcarpathian region for the years 2020-2022. Methods: medico-statistical and of structural-and-logical analysis.

Results. An increase in the incidence of the adult population of the Transcarpathian region and the prevalence of the following diseases of the hip joint among them was detected in the course of the study: coxarthrosis, fracture of the femoral neck, post-traumatic arthrosis, osteonecrosis (aseptic or avascular necrosis) of the femoral head. It is found that in the context of the administrative territories of the region, these indicators differ significantly.

Conclusions. The indicators of incidence and prevalence of hip joint diseases among the adult population of the region are among the basic factors in the formation of the system of reconstructive surgical and traumatological care for the population.

Key words: Transcarpathian region, adult population, hip joint, diseases, prevalence of diseases.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про автора

Василинець Михайло Михайлович – кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургічних дисциплін факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна, 88000.
vasilinecmikhail@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-4687-1472

Вовк О.Я., Хорош М.В., Голованова І.А.

Модифіковані фактори, що пов'язані з раком молочної залози

Полтавський державний медичний університет,
м. Полтава, Україна

Vovk O.Ya., Khorosh M.V., Holovanova I.A.

Modifiable factors associated with breast cancer

Poltava State Medical University,
Poltava, Ukraine

indarion0@gmail.com

Вступ

Як зазначається на сайті ВООЗ, рак молочної залози є найпоширенішим видом раку: у 2020 р. було зареєстровано понад 2,2 мільйона випадків цього захворювання. Протягом свого життя на рак молочної залози (РМЗ) хворітиме приблизно кожна дванадцята жінка. Рак молочної залози є третім найпоширенішим раком у жінок: у 2018 році було діагностовано 1 216 нових випадків [1].

З урахуванням одного мільйона нових випадків раку, зареєстрованих у світі, рак молочної залози часто трапляється у жінок і становить 18% усіх випадків раку у жінок. Натепер кожна дванадцята жінка у Великій Британії віком від 1 до 85 років хворіє на рак молочної залози. Прогнозується, що до 2021 року захворюваність на рак молочної залози збільшиться до 85 на 100 000 жінок [2].

В Україні РМЗ займає перше місце серед всіх онкологічних захворювань та причин смертності від них серед жінок, але кожного року реєструються нові випадки також і серед чоловіків. Усього у 2020 році в Україні було зареєстровано 18,2 тис. випадків та понад 7 тис. смертей від РМЗ. За допомогою офіційних епідеміологічних даних можна оцінити рівень та спрогнозувати витрати на профілактику й лікування РМЗ у жінок [3].

В Україні 1 з 4 випадків раку молочної залози діагностується на пізніх стадіях, а це означає, що пацієнтки вже неможливо врятувати навіть у разі використання найпередовіших методів лікування.

Тому проведення нових досліджень, спрямованих на визначення медико-соціальних факторів ризику розвитку РМЗ та їх поглиблений науковий аналіз, є вирішенням актуальної проблеми, пов'язаної з репродуктивним здоров'ям жінки.

Мета дослідження – визначити фактори ризику, які асоціюються з раком молочної залози.

Об'єкт і методи дослідження

Дослідження проводили кількісним методом. Для оцінки факторів ризику використовувався дизайн

дослідження «випадок-контроль». Жінкам, які приходили на онкологічний огляд до гінеколога в Полтавську обласну клінічну лікарню, пропонували заповнити анкету, де були враховані фактори ризику РМЗ. Цільова популяція складалася з жінок віком від 20 (min=20) до 85 (max = 85) років. У дослідженні взяло участь 242 учасника, з них 122 випадки і 120 здорових осіб; участь була добровільною. Критеріями включення для випадків були жінки з діагнозом «рак молочної залози». Критерієм включення в контрольну групу були жінки, у яких не було діагностовано будь-якого онкологічного захворювання і які відповідали групі випадків за віком.

Дані збирали за допомогою анкети, яка була поділена на блоки: демографічний, економічний, поведінковий, історія репродуктивного здоров'я, спадковість та ставлення до профілактичних оглядів.

Введення даних і статистичний аналіз проводилися за допомогою IBM Statistical Package for the Social Science (IBMSPSS) версії 25.0.

Дані аналізували за допомогою описової статистики, тобто середнього, медіани, моди та стандартного відхилення. Вихідні категоріальні та безперервні змінні порівнювалися між групами з використанням критерію хі-квадрат із поправкою Йейта. Зв'язок факторів ризику з раком молочної залози був перевірений з використанням критерію хі-квадрат та відношення шансів. Що стосується харчової поведінки, то вживання продуктів 1-2 рази на тиждень вважали за нечасте, а 3 та більше – за регулярне споживання. Проаналізовано фактори ризику, що значно підвищують ймовірність раку молочної залози; $p < 0,05$ вважався статистично значущим.

Результати дослідження та їх обговорення

У таблиці 1 показано, що середній вік респондентів двох груп становить $50,1 \pm 14,2$ роки. Достовірна більшість учасників була у віці 41–50 років, мали середню освіту, середні умови праці, були жителями міста та оцінювали своє фінансове становище як незадовільне.

Таблиця 1

Соціально-демографічний профіль жінок

Змінна	Кількість жінок Зі встановленим РМЗ n=122, абс (%)	Кількість здорових жінок n=120, абс (%)	χ^2 (df), p	Середнє ± стандартне відхилення	
Вік					
До 30 років	6 (4,9)	23 (19,2)	38,2 (5) <0,001	50,1±14,2	
31-40	10 (8,2)	23 (19,2)			
41-50	32 (26,2)	31 (25,8)			
51-60	26 (21,3)	29 (24,2)			
61-70	32 (26,2)	14 (11,7)			
71 і старше	16 (13,1)	0 (0)			
Освіта					
Середня	54 (44,3)	73(63,3)	21,4		
Вища	44 (36,1)	13 (10,8)	(2)		
Середня спеціальна	24 (19,7)	31 (25,8)	<0,001		
Місце проживання					
Сільська жителька	38 (31,1)	85 (70,8)	38,1		
Міська жителька	84 (68,9)	35(29,2)	(1) <0,001		
Працевлаштування					
Не працює	54 (44,3)	61 (50,8)	1,0		
Працюючий	68 (55,7)	59 (49,2)	(1) 0,30		
Умови праці					
Легкі	27 (22,1)	38 (31,7)	3,8		
Середні	69 (56,6)	65 (54,2)	(2)		
Важкі	26 (21,3)	17 (14,2)	0,14		
Фінансове положення					
Менше 5000	55 (45,1)	52 (43,3)	3,1		
5000-10 000	42 (34,4)	52 (43,3)	(3)		
11 000- 15 000	21 (17,2)	13 (10,8)	0,368		
Більше 15 000	4 (3,3)	3(2,5)			
Оцінка фінансового положення					
Незадовільна	92 (75,4)	62 (51,7)	14,7		
Задовільна	30 (24,6)	58 (48,3)	(1) <0,001		

Розглянемо зв'язок факторів ризику з раком молочної залози. Таблиця 2 описує оцінку відношення шансів, для чого був проведений двофакторний аналіз, в якому розглянуті такі прогностичні фактори: соціально-демографічні, фізичний розвиток, поведінкові, використання медичних послуг, супутні захворювання, спадковість.

Соціально-демографічні фактори. Жінки, які проживають в селі на 81,4% рідше хворіли, ніж ті, які мешкають у місті, ті, які оцінили своє фінансове становище як незадовільне, у 2,8 раза частіше мають шанс на РМЗ. Бездітні жінки в 1,7 раза частіше можуть захворіти, ніж ті, у яких є діти.

Поведінкові фактори. Жінки, які курили цигарки, в 3,1 раза частіше могли захворіти на РМЗ.

Використання медичних послуг. Особи, які в анамнезі вказували на аборти, в 2,06 раза частіше могли захворіти, ніж ті, у кого їх не було. Жінки, які вживали контрацептиви, в 2,8 раза частіше наражалися на небезпеку.

Спадковість мала значення лише тоді, коли хтось із родичів хворів на РМЗ, і збільшувала ризик захворіти у 5,6 раза.

Протягом останніх десятиліть спостерігається безпрецедентне зростання ожиріння, і його вплив на здоров'я стає дедалі очевиднішим [4]. Тому серед факторів, які опосередковано можуть вплинути на виникнення РМЗ, треба враховувати стан харчування. На рисунку 1 показано, що більша частина жінок вживає овочі тричі на тиждень, рибу майже половина жінок вживає раз на тиждень і менше.

Як показано в таблиці 3, у тих, хто рідко дотримується середземноморської дієти, а натомість надає перевагу м'ясній дієті, ризик захворіти на РМЗ збільшується в 2,1 та в 3,5 раза відповідно. Вживання фруктів всього 1– рази на тиждень збільшує ризик у 4,4 раза.

Проведене дослідження показало, що проживання в місті, незадовільне фінансове становище, бездітність, паління, аборти в анамнезі, вживання оральних контрацептивів, недотримання режиму харчування, спадковість на РМЗ, вживання м'яса 3 і більше разів на тиждень, натомість риби, фруктів – 1-2 рази на тиждень збільшували шанси його виникнення.

Асоціації між факторами ризику та установленим діагнозом раком молочної залози

Запитання анкети	Кількість жінок зі встановленим РМЗ (n = 122) абс (%)	Кількість жінок здорових (n = 120), абс (%)	Відношення шансів (ДІ 95%)	χ^2	p
1	2	3	4	5	6
Соціально-демографічні фактори					
Місце проживання село (n = 123)	38 (31,1)	85 (70,8)	0,186 (0,108-0,323)	38,1	<0,001
Місце проживання місто (n = 119)	84 (68,9)	11 (29,2)			
Безробіття (n=115)	54 (44,3)	61 (50,8)	0,768 (0,463-1,274)	1,05	0,185
Працевлаштована (n=127)	68 (55,7)	59 (49,2)			
Середня освіта (n=82)	75 (61,5)	85 (70,8)	0,657 (0,384-1,124)	2,365	0,08
Вища освіта (n=160)	47 (38,5)	35 (29,2)			
Фінансове положення незадовільне (n=154)	92 (75,4)	62 (51,7)	2,86 (1,662-4,952)	14,7	<0,001
Фінансове положення задовільне (n=88)	30 (24,6)	58 (48,3)			
Дітей немає (n=37)	23 (18,9)	14 (11,7)	1,759 (1,857-3,609)	2,4	0,05
Діти є (n=205)	99 (81,1)	106(88,3)			
Фізичний розвиток					
Підвищений ІМТ (n= 147)	77 (63,1)	70 (58,3)	1,2 (0,729-2,049)	0,5	0,26
ІМТ в межах норми (19-24) (n= 95)	45 (36,9)	50 (41,7)			
Поведінкові фактори					
Дієта ні (n=187)	88 (72,7)	99 (83,2)	0,539 (0,288-1,007)	3,8	0,062
Дієта так (n=53)	33 (27,3)	20 (16,8)			
Харчовий режим ні (n=121)	67 (55,4)	54 (45,0)	1,516 (0,913-2,520)	2,59	0,069
Харчовий режим так (n=120)	54 (44,6)	66 (55,0)			
Курить (n=39)	72 (59,0)	38 (31,7)	3,107 (1,834-5,265)	18,251	<0,001
Не курить (n=156)	50 (41,0)	82 (68,3)			
Використання медичних послуг					
Профогляд ні (n=165)	79 (65,3)	86 (72,3)	0,722 (0,417-1,249)	1,36	0,152
Профогляд так (n=75)	42 (34,7)	33 (27,7)			
Аборт був (n=141)	80 (69,0)	61 (52,1)	2,04 (1,195-3,484)	6,9	<0,011
Аборт не було (n=92)	36 (31,0)	56 (47,9)			
Оральні контрацептиви вживав (n=93)	93 (76,9)	65 (54,2)	2,81 (1,614-4,893)	13,7	<0,001
Оральні контрацептиви не вживав (n=122)	28 (23,1)	55 (45,8)			
Супутні захворювання					
Запальні процеси статевих органів так (n=117)	60 (50,8)	57 (48,7)	1,089 (0,653-1,816)	0,107	0,422
Запальні процеси статевих органів ні (n=118)	58 (49,2)	60 (51,3)			
Ендокринні захворювання ні (n=27)	15 (12,7)	12 (10,2)	1,286 (0,575-2,880)	0,376	0,342
Ендокринні захворювання так (n=209)	103 (87,3)	106 (89,8)			
Спадковість					
Чи хтось хворів з родичів на РМЗ так (n=130)	90 (73,8)	40 (33,3)	5,625 (3,233-9,787)	39,8	<0,001
Чи хтось хворів з родичів на РМЗ ні (n=112)	32 (26,2)	80 (66,7)			
Чи хтось хворів з родичів на РШМ так (n=107)	55 (45,1)	52 (43,3)	1,073 (0,646-1,783)	0,075	0,443
Чи хтось хворів з родичів на РШМ ні (n=135)	67 (54,9)	68 (56,7)			

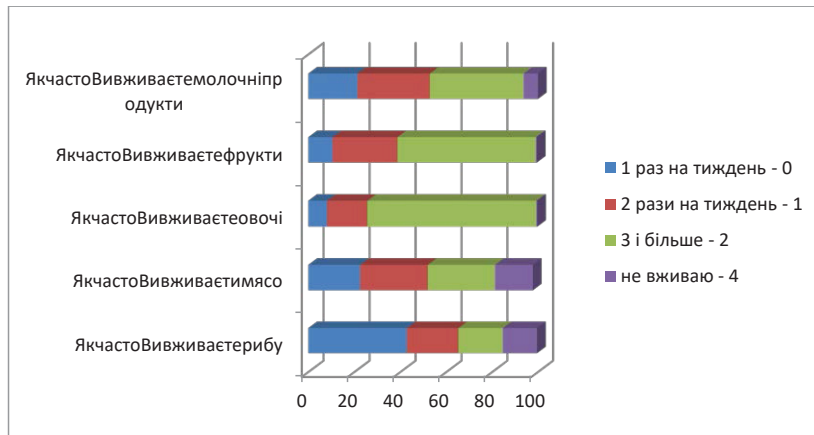


Рис. 1. Частота вживання продуктів харчування жінок

Таблиця 3

Асоціації між харчовими звичками та раком молочної залози

Запитання анкети	Кількість жінок зі встановленим РМЗ (n = 121) абс (%)	Кількість жінок здорових (n = 120) абс (%)	Відношення шансів (ДІ 95%)	χ^2	p
1	2	3	4	5	6
Середземноморська дієта: не вживає (n = 140)	81 (66,9)	59 (49,2)	2,094 (1,243-3,525)	7,819	0,006
Середземноморська дієта: три і більше разів (n = 101)	40 (33,1)	61 (50,8)			
М'ясо: три і більше (n = 95)	65 (54,6)	30 (25,4)	3,531 (2,038-6,117)	21,032	<0,001
М'ясо: до двохразів (n = 142)	54 (45,4)	88 (74,6)			
Овочі: рідко (n = 63)	37 (30,6)	26 (21,7)	1,592 (0,890-2,849)	2,478	0,077
Овочі: часто (n = 178)	84 (69,4)	94 (78,3)			
Фрукти: рідко (n = 95)	68 (56,2)	27 (22,5)	4,419 (2,527-7,730)	28,650	<0,001
Фрукти: часто (n = 146)	53 (43,8)	93 (77,5)			
Молочні продукти: рідко (n = 143)	79 (64,8,4)	64 (53,3)	1,608 (0,959-2,694)	3,264	0,089
Молочні продукти: щодня (n = 99)	43(35,2)	56 (46,7)			

Проживання в сільській місцевості знижувало ризик виникнення РМЗ. Це може бути пов'язане з меншою обізнаністю сільських мешканців щодо необхідності проведення профілактичних оглядів.

Науковці, які вивчали асоціації між керуючими факторами ризику та виникненням РМЗ, виявили, що жінки стикаються з деяким ризиком раку молочної залози, і показали, що модифікуючі фактори ризику є важливим складником цього ризику [5].

Нами було показано зв'язок між вживанням оральних контрацептивів та РМЗ. Аналогічні дослідження довели зв'язок між виникненням раку молочної залози та використанням гормональних контрацептивів, цей зв'язок різниться залежно від статусу менопаузи та віку [6].

Водночас було виявлено, що вплив екзогенних гормонів – оральних контрацептивів (ОК) та менопаузальної гормональної терапії (МГТ) – пов'язаний зі зниженням смертності незалежно від підтипу пухлини. Повідомлення про зниження смертності від усіх

причин у разі використання ОК є суперечливими [7; 8; 9]; таке зниження може бути пов'язане з відмінностями в часі, тривалості вживання та дозі ОК. Постійне використання МГТ було пов'язане зі зниженням смертності від усіх причин та смертності від раку молочної залози, що підтверджується результатами опублікованих метааналізів [10; 11]. З іншого боку, у популяційних проспективних когортних дослідженнях було виявлено, що нинішнє використання МГТ, особливо комбінованої естроген-прогестинової терапії, пов'язане зі збільшенням смертності від раку молочної залози [12; 13], але ця оцінка поєднує у собі спільний ефект захворюваності та смертності.

Визначені нами асоціації між середземноморською дієтою та зниженням ризику захворювання на РМЗ підтверджуються даними літератури: було виявлено, що західний режим харчування достовірно пов'язаний зі збільшенням на 18% ризику виникнення пухлин молочної залози [14].

У 2007 році у звіті WCRF було зроблено висновок про недостатність доказів для винесення судження про взаємозв'язок між моделями харчування та ризиком раку молочної залози [15]. Згодом метааналіз, опублікований у 2010 році, що включав вісім досліджень «випадок-контроль» та вісім когортних досліджень, показав, що розумний / здоровий режим харчування був пов'язаний зі зниженням ризику раку молочної залози на 11%, тоді як між західним/нездоровим способом життя не було виявлено жодного зв'язку [16]. Розумний режим харчування може відігравати важливу роль у метаболізмі естрогенів та захисті від раку молочної залози, оскільки він характеризується високим споживанням фруктів, овочів та цільнозернових продуктів, які є багатими джерелами фітоестрогенів, ізофлавоноїдів, флавоноїдів, антиоксидантів та фолієвої кислоти [17; 18].

Позитивний зв'язок між західним зразком харчування та пухлинами, позитивними за рецепторами гормонів, узгоджується з результатами інтервенційного дослідження, яке показало, що зниження споживання жирів пов'язане зі зниженням ризику, головним чином, у ER+ пухлинах [19].

Шкідливі звички, у нашому дослідженні – куріння жінок, збільшували ризик виникнення РМЗ. Схожі результати були отримані у великій популяційній проспективній когорті, де було виявлено, що куріння сигарет пов'язане з вищою смертністю від раку молочної залози [20].

Вивчення задоволеності фінансовим становищем жінок показало, що ті, які ним не задоволені, мають більший ризик виникнення РМЗ. Це пояснюється

тим, що жінки з більш високим соціально-економічним статусом часто народжують першу дитину пізніше і мають більший доступ до послуг з охорони здоров'я, кращого способу життя та харчування, і все це може знизити смертність і ризик появи раку на пізніх стадіях [22].

Перспективи подальших досліджень полягають у виявленні значущих факторів ризику з вилученням конфаундингу, для цього плануємо провести логістичну регресію.

Висновки

Встановлені фактори ризику виникнення РМЗ. Так, шанси виникнення РМЗ збільшуються в таких жінок: 1) з незадовільним фінансовим становищем ВШ 2,9 (ДІ 1,662 – 4,952 ($p < 0,001$)); 2) у яких відсутні діти ВШ 1,759 (ДІ 1,857-3,609 ($p = 0,05$)); 3) курців ВШ 3,107 (ДІ 1,834-5,265 ($p < 0,001$)); 4) з абортами в анамнезі ВШ 2,04 (ДІ 1,195-3,484 ($p < 0,001$)); 5) які використовують оральні контрацептиви ВШ 2,81 (ДІ 1,614-4,893 ($p < 0,001$)); 6) у яких є РМЗ у родичів ВШ 5,625 (ДІ 3,233-9,787 ($p < 0,001$)).

Шанси виникнення РМЗ зменшуються у жінок, які проживають у селі ВШ 0,186 (ДІ 0,108-0,323 ($p < 0,001$)).

Виявлені фактори ризику, що асоціюються з харчовою поведінкою. Зокрема, шанси виникнення РМЗ збільшуються у жінок, які: а) надають перевагу м'ясу ВШ 3,531 (ДІ 2,038-6,117 ($p < 0,001$)); б) зрідка вживають фрукти ВШ 4,419 (ДІ 2,527-7,730 ($p < 0,001$)); в) дотримуються середземноморської дієти ВШ 2,094 (ДІ 1,243-3,525 ($p = 0,006$)).

Література

- Pittalis C, Panteli E, Schouten E, Magongwa I, Gajewski J. Breast and cervical cancer screening services in Malawi: a systematic review. *BMC Cancer*. 2020 Nov 12;20(1):1101. doi: 10.1186/s12885-020-07610-w
- Han S, Guo Q, Wang T. Prognostic significance of interactions between ER alpha and ER beta and lymph node status in breast cancer cases. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14:6081–6084.
- Рафальська ЯД., Косяченко КЛ. Сучасний стан епідеміології раку молочної залози в Україні та місті Києві. У: Актуальні питання сучасної медицини і фармації–2023; 25–26 трав. 2023; Запоріжжя. Запоріжжя: ЗДМФУ; 2023. с. 174.
- Picon-Ruiz M, Morata-Tarifa C, Valle-Goffin JJ, Friedman ER, Slingerland JM. Obesity and adverse breast cancer risk and outcome: Mechanistic insights and strategies for intervention. *CA Cancer J Clin*. 2017 Sep;67(5):378-397. doi: 10.3322/caac.21405
- Tamimi R. Population attributable risk of modifiable and nonmodifiable breast cancer risk factors in postmenopausal breast cancer. *Am J Epidemiol*. 2016; 184: 884–893. doi: 10.1093/aje/kww145
- Cohen SY, Stoll CR, Anandarajah A, Doering M, Colditz GA. Modifiable risk factors in women at high risk of breast cancer: a systematic review. *Breast Cancer Res*. 2023 Apr 24;25(1):45. doi: 10.1186/s13058-023-01636-1
- Barnett GC, Shah M, Redman K, Easton DF, Ponder BAJ, Pharoah PDP. Risk Factors for the Incidence of Breast Cancer: Do They Affect Survival From the Disease? *J Clin Oncol* 2008;26(20):3310–6 doi: 10.1200/jco.2006.10.3168
- Reeves GK, Patterson J, Vessey MP, Yeates D, Jones L. Hormonal and other factors in relation to survival among breast cancer patients. *Int J Cancer* 2000; 89(3): 293–9 doi: 10.1002/1097-0215(20000520)89:3<293::Aid-ijc13>3.0.Co;2-r
- Lu Y, Ma H, Malone KE, Norman SA, Sullivan-Halley J, Strom BL, et al. Oral Contraceptive Use and Survival in Women with Invasive Breast Cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2011; 20(7): 1391–7 doi: 10.1158/1055-9965.EPI-11-0022
- Trivers KF, Gammon MD, Abrahamson PE, Lund MJ, Flagg EW, Moorman PG, et al. Oral Contraceptives and Survival in Breast Cancer Patients Aged 20 to 54 Years. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2007; 16(9): 1822–7 doi: 10.1158/1055-9965.EPI-07-0053
- Yu X, Zhou S, Wang J, Zhang Q, Hou J, Zhu L, et al. Hormone replacement therapy and breast cancer survival: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Breast Cancer* 2017;24(5):643–57 doi: 10.1007/s12282-017-0789-5
- Meurer L, Lená S. Cancer recurrence and mortality in women using hormone replacement therapy: meta-analysis. *J Fam Pract* 2002; 51(12): 1056–62.
- Chlebowski RT, Manson JE, Anderson GL, Cauley JA, Aragaki AK, Stefanick ML, et al. Estrogen plus progestin and breast cancer incidence and mortality in the Women's Health Initiative Observational Study. *J Natl Cancer Inst* 2013;105(8):526–35 doi: 10.1093/jnci/djt043

14. Beral V, Peto R, Pirie K, Reeves G. Menopausal hormone therapy and 20-year breast cancer mortality. *Lancet* 2019; 394 (10204): 1139 doi: 10.1016/S0140-6736(19)32033-1
15. Xiao Y, Xia J, Li L, Ke Y, Cheng J, Xie Y, Chu W, Cheung P, Kim JH, Colditz GA, Tamimi RM, Su X. Associations between dietary patterns and the risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Breast Cancer Res.* 2019 Jan 29;21(1):16. doi: 10.1186/s13058-019-1096-1
16. Wiseman M. The second World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research expert report. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. *Proc Nutr Soc.* 2008;67(3):253–256. doi: 10.1017/S002966510800712X
17. Brennan SF, Cantwell MM, Cardwell CR, Velentzis LS, Woodside JV. Dietary patterns and breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 2010; 91(5): 1294–1302. doi: 10.3945/ajcn.2009.28796
18. Rose P, Huang Q, Ong CN, Whiteman M. Broccoli and watercress suppress matrix metalloproteinase-9 activity and invasiveness of human MDA-MB-231 breast cancer cells. *Toxicol Appl Pharmacol.* 2005; 209(2):105–113. doi: 10.1016/j.taap.2005.04.010
19. Johnson IT. Phytochemicals and cancer. *Proc Nutr Soc.* 2007;66(2):207–215. doi: 10.1017/S0029665107005459
20. Martin LJ, Li Q, Melnichouk O, Greenberg C, Minkin S, Hislop G, Boyd NF. A randomized trial of dietary intervention for breast cancer prevention. *Cancer Res.* 2011;71(1):123–133. doi: 10.1158/0008-5472.CAN-10-1436
21. Passarelli MN, Newcomb PA, Hampton JM, Trentham-Dietz A, Titus LJ, Egan KM, et al. Cigarette Smoking Before and After Breast Cancer Diagnosis: Mortality From Breast Cancer and Smoking-Related Diseases. *J Clin Oncol* 2016;34(12):1315–22. doi: 10.1200/jco.2015.63.9328
22. Morra A, Jung AY, Behrens S, Keeman R, Ahearn TU, Anton-Culver H, et al. ABCTB Investigators; NBCS Collaborators. Breast Cancer Risk Factors and Survival by Tumor Subtype: Pooled Analyses from the Breast Cancer Association Consortium. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2021 Apr;30(4):623–642. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-20-0924

References

1. Pittalis C, Panteli E, Schouten E, Magongwa I, Gajewski J. Breast and cervical cancer screening services in Malawi: a systematic review. *BMC Cancer.* 2020 Nov 12;20(1):1101. doi: 10.1186/s12885-020-07610-w
2. Han S, Guo Q, Wang T. Prognostic significance of interactions between ER alpha and ER beta and lymph node status in breast cancer cases. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14:6081–6084.
3. RafalskaYaD, Kosiachenko KL. Suchasnyi stan epidemiolohii raku molochnoi zalozy v Ukraini ta misti Kyievi. In: Aktualni pytannia suchasnoi medytsyny i farmatsii–2023; 25–26 travnia 2023; Zaporizhzhia. Zaporizhzhia: ZDMFU; 2023. s. 174. [In Ukrainian].
4. Picon-Ruiz M, Morata-Tarifa C, Valle-Goffin JJ, Friedman ER, Slingerland JM. Obesity and adverse breast cancer risk and outcome: Mechanistic insights and strategies for intervention. *CA Cancer J Clin.* 2017 Sep;67(5):378–397. doi: 10.3322/caac.21405
5. Tamimi R. Population attributable risk of modifiable and nonmodifiable breast cancer risk factors in postmenopausal breast cancer. *Am J Epidemiol.* 2016; 184: 884–893. doi: 10.1093/aje/kww145
6. Cohen SY, Stoll CR, Anandarajah A, Doering M, Colditz GA. Modifiable risk factors in women at high risk of breast cancer: a systematic review. *Breast Cancer Res.* 2023 Apr 24;25(1):45. doi: 10.1186/s13058-023-01636-1
7. Barnett GC, Shah M, Redman K, Easton DF, Ponder BAJ, Pharoah PDP. Risk Factors for the Incidence of Breast Cancer: Do They Affect Survival From the Disease? *J Clin Oncol* 2008;26(20):3310–6. doi: 10.1200/jco.2006.10.3168.
8. Reeves GK, Patterson J, Vessey MP, Yeates D, Jones L. Hormonal and other factors in relation to survival among breast cancer patients. *Int J Cancer* 2000; 89(3): 293–9. doi: 10.1002/1097-0215(20000520)89:3<293::Aid-ijc13>3.0.Co;2-r
9. Lu Y, Ma H, Malone KE, Norman SA, Sullivan-Halley J, Strom BL, et al. Oral Contraceptive Use and Survival in Women with Invasive Breast Cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2011; 20(7): 1391–7. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-11-0022
10. Trivers KF, Gammon MD, Abrahamson PE, Lund MJ, Flagg EW, Moorman PG, et al. Oral Contraceptives and Survival in Breast Cancer Patients Aged 20 to 54 Years. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2007; 16(9): 1822–7 doi: 10.1158/1055-9965.EPI-07-0053
11. Yu X, Zhou S, Wang J, Zhang Q, Hou J, Zhu L, et al. Hormone replacement therapy and breast cancer survival: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Breast Cancer* 2017;24(5):643–57. doi: 10.1007/s12282-017-0789-5.
12. Meurer L, Lená S. Cancer recurrence and mortality in women using hormone replacement therapy: meta-analysis. *J Fam Pract* 2002; 51 (12): 1056–62.
13. Chlebowski RT, Manson JE, Anderson GL, Cauley JA, Aragaki AK, Stefanick ML, et al. Estrogen plus progestin and breast cancer incidence and mortality in the Women's Health Initiative Observational Study. *J Natl Cancer Inst* 2013;105(8):526–35. doi: 10.1093/jnci/djt043
14. Beral V, Peto R, Pirie K, Reeves G. Menopausal hormone therapy and 20-year breast cancer mortality. *Lancet* 2019; 394 (10204): 1139. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32033-1
15. Xiao Y, Xia J, Li L, Ke Y, Cheng J, Xie Y, Chu W, Cheung P, Kim JH, Colditz GA, Tamimi RM, Su X. Associations between dietary patterns and the risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Breast Cancer Res.* 2019 Jan 29;21(1):16. doi: 10.1186/s13058-019-1096-1
16. Wiseman M. The second World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research expert report. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. *Proc Nutr Soc.* 2008;67(3):253–256. doi: 10.1017/S002966510800712X
17. Brennan SF, Cantwell MM, Cardwell CR, Velentzis LS, Woodside JV. Dietary patterns and breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 2010; 91(5): 1294–1302. doi: 10.3945/ajcn.2009.28796
18. Rose P, Huang Q, Ong CN, Whiteman M. Broccoli and watercress suppress matrix metalloproteinase-9 activity and invasiveness of human MDA-MB-231 breast cancer cells. *Toxicol Appl Pharmacol.* 2005;209(2):105–113. doi: 10.1016/j.taap.2005.04.010

19. Johnson IT. Phytochemicals and cancer. *Proc Nutr Soc.* 2007;66(2):207–215. doi: 10.1017/S0029665107005459
20. Martin LJ, Li Q, Melnichouk O, Greenberg C, Minkin S, Hislop G, Boyd NF. A randomized trial of dietary intervention for breast cancer prevention. *Cancer Res.* 2011;71(1):123–133. doi: 10.1158/0008-5472.CAN-10-1436
21. Passarelli MN, Newcomb PA, Hampton JM, Trentham-Dietz A, Titus LJ, Egan KM, et al. Cigarette Smoking Before and After Breast Cancer Diagnosis: Mortality From Breast Cancer and Smoking-Related Diseases. *J Clin Oncol* 2016;34(12):1315–22. doi: 10.1200/jco.2015.63.9328
22. Morra A, Jung AY, Behrens S, Keeman R, Ahearn TU, Anton-Culver H, et al. ABCB Investigators; NBCS Collaborators. Breast Cancer Risk Factors and Survival by Tumor Subtype: Pooled Analyses from the Breast Cancer Association Consortium. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2021 Apr;30(4):623-642. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-20-0924

Мета полягає у визначенні основних модифікованих факторів ризику серед населення Полтавської області.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось кількісним методом із використанням дизайну «випадок-контроль». У дослідженні взяли участь жінки, що проходили онкологічний огляд у гінеколога Полтавської обласної клінічної лікарні. За допомогою спеціально розробленої анкети було проведено опитування 242 жінок (122 із встановленим фактом раку молочної залози і 120 здорових).

Результати. Аналіз отриманих даних виявив, що впливовими факторами збільшення ризику захворювання є незадовільне матеріальне становище (в 2,8 раза), відсутність дітей (в 1,7 раза), аборти в анамнезі (в 2,06 раза), вживання контрацептивів (у 2,8 раза), паління (в 3,1 раза), спадковість (в 5,6 раза). Також достовірний вплив на підвищення ризику РМЗ чинили деякі особливості харчування – надмірне вживання м'яса та недостатнє вживання фруктів.

Висновки. Як видно з результатів проведеного дослідження, соціально-демографічні та поведінкові фактори підвищують ризик розвитку раку молочної залози. Визначення вагомих факторів дозволяє орієнтувати фахівців первинної ланки області на їх профілактику.

Ключові слова: модифіковані фактори ризику, первинна медична допомога, профілактика, рак молочної залози.

Purpose consists in determining the main modified risk factors among the population of Poltava region.

Materials and methods. The research was conducted using a quantitative method according to case-control design. Women who underwent an oncological examination at the gynecologist of the Poltava Regional Clinical Hospital took part in the study. With the help of a specially developed questionnaire, a survey of 242 women was conducted (122 with established breast cancer and 120 healthy).

Results. The analysis of the obtained data revealed that the influential factors are unsatisfactory financial situation (in 2.8 times), absence of children (in 1.7 times), history of abortions (in 2.06 times), use of contraceptives (in 2.8 times), smoking (3.1 times), heredity (5.6 times). There was also a reliable influence on the increase in the risk of breast cancer caused by some nutritional factors – excessive consumption of meat and insufficient consumption of fruits.

Conclusions. As can be seen from the results of the conducted research, socio-demographic and behavioral factors increase the risk of developing breast cancer, and at the same time, the identification of important factors allows to orient primary care specialists of the region to their prevention.

Key words: modified risk factors, primary care, prevention, breast cancer.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Вовк Орест Ярославович – аспірант кафедри громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою Полтавського державного медичного університету; вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Україна, 36011.

vovkorest1974@gmail.com, ORCID ID 0000-0003-4364-5493

Хорош Максим Вікторович – кандидат медичних наук, доцент кафедри громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою Полтавського державного медичного університету; вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Україна, 36011.

m.khorosh@pdmu.edu.ua, ORCID ID 0000-0002-2083-1333

Голованова Ірина Анатоліївна – доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою Полтавського державного медичного університету; вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Україна, 36011.

yaruna.ua@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-8114-8319

Гринзовська А.А., Бобир В.В.

Hrynzovska A.A., Bobyr V.V.

Формування механізмів перехресної резистентності *A. fumigatus* за рахунок хімічної подібності азольних антимікотиків та фунгіцидів

The formation of mechanisms of cross-resistance of *A. fumigatus* due to the chemical similarity of azole antifungals and fungicides

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

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

hrynzovska@nmu.ua, Vitalibobyr@ukr.net

Вступ

Нині *Aspergillus fumigatus* є домінуючим збудником, виділеним у пацієнтів з інвазивним аспергільозом, та загалом найбільш поширеною інвазивною пліснявою інфекцією людини. Інвазивний аспергільоз щороку є причиною більш ніж 200 000 небезпечних для життя інфекцій і найчастіше вражає до 10% пацієнтів з гострим лейкозом, а також пацієнтів, які отримують трансплантацію стовбурових клітин або твердих органів [1–3]. На жаль, показники смертності, пов'язані з інвазивним аспергільозом, залишаються неприйнятно високими, часто перевищуючи 50%, навіть за умови правильної діагностики та адекватного лікування [4–6].

Низькі результати ефективності лікуванням інвазивного аспергільозу пов'язані з браком доступних протигрибкових препаратів із доведеною клінічною ефективністю. З чотирьох основних класів протигрибкових препаратів лише триазоли та амфотерицин В рекомендовані як монотерапія для лікування аспергільозу, причому останній через значну токсичність віднесено до другої лінії або допоміжного лікування. Крім того, проблемою також залишається відсутність пероральних препаратів [7]. Таким чином, триазоловий клас протигрибкових препаратів виявився основним класом для лікування інвазивного аспергільозу, до якого належать як препарати першочергової лінії, такі як вориконазол та ізавуконазол, так і альтернативні препарати, такі як позаконазол та ітраконазол [7]. Вважається, що ці лікарські засоби проявляють фунгіцидну дію проти *Aspergillus* через конкурентне інгібування стеролдеметилази, кодуваної генами *sup51A* (Afu4g06890) і *sup51B* (Afu7g03740) у *A. fumigatus*, що призводить до припинення синтезу основного ергостеролу – стеролу грибової мембрани [8–11].

Варто зазначити, що з кожним роком ефективність лікування інвазивного аспергільозу ускладнюється глобальною появою стійких до триазолу штамів даних мікроорганізмів. За останнє десятиліття стійкість до триазолу серед клінічних ізолятів *A. fumigatus* зростає

на всіх континентах, причому в деяких дослідженнях дослідники повідомляють про резистентність, що перевищує 20% ізолятів [12–15].

Мета дослідження

Метою роботи є аналіз інформації про механізми резистентності *A. Fumigatus*; дослідження можливості формування перехресного механізму резистентності клінічних ізолятів *A. fumigatus* та штамів, виділених з навколишнього середовища, за рахунок хімічної подібності фармацевтичних протигрибкових препаратів та фунгіцидів; вивчення хімічної подібності фармацевтичних протигрибкових препаратів та фунгіцидів через аналіз структури молекул з використанням методів молекулярного моделювання та класифікації за хімічними групами.

Об'єкт і методи дослідження

Об'єктом є наявні дослідження щодо механізмів резистентності *A. fumigatus* в міжнародній наукометричній базі PubMed. Досліджено на схожість хімічної структури сполуки пестицидів (фунгіцидів), які належать до двох хімічних класів: 1,2,4-триазоли (4 типи) та імідазоли (2 типи), та фармпрепарати 5 та 10 типів відповідно.

Результати дослідження та їх обговорення

Вважається, що людина щодня вдихає 500-5000 спор мікроскопічних грибів [16]. Ці збудники зазвичай стійкі до різноманітних факторів навколишнього середовища, включаючи температуру, рН та осмотичний тиск [17]. Якщо вдихає здорова людина, організм людини здатен очиститись від них природним імунним захистом, включаючи мукоциліарний кліренс і фагоцитоз, перш ніж вони можуть спричинити захворювання [18]. Однак, якщо захисні механізми макроорганізму не досить активні, конідії можуть зазнати ряду

морфологічних змін та вступити в період ізотропного, а пізніше і поляризованого росту з утворенням гіф, останні здатні проникати в тканини господаря та спричиняти захворювання [19]. Хоча таке «проростання» значною мірою пов'язане з інвазивними грибовими захворюваннями, специфічні механізми переходу від так званих «спочиваючих» конідій до гіф ще не повністю вивчені. [20]. Наші поточні знання базуються на транскриптомних дослідженнях, які виявили, що транскрипцію в конідіях можна модулювати у відповідь на зміни в навколишньому середовищі, змінюючи експресію генів, коли стан їх спокою порушується. Lamarque та ін. [21] повідомили, що понад 25% загального геному *A. fumigatus* присутні у вигляді транскриптів у сплячих конідіях, і їх експресія регулюється для зміни придатності, включаючи стрес і толерантність до протигрибкових препаратів, а також вірулентність і продукцію вторинних метаболітів [22].

Протигрибкові препарати класу триазолів використовуються як препарати першої лінії при аспергільозі легенів завдяки їхній високій ефективності та добрій переносимості. Триазолові протигрибкові препарати інгібують стеролдеметилази *A. fumigatus* *Cyp51A* та *Cyp51B* [23], сприяючи порушенню біосинтезу ергостеролу та накопиченню токсичних стеролів, що завершується фунгіцидною активністю [24–27].

Разом із тим стійкість до азолів є новою проблемою у лікуванні патології, етіологічними агентами яких є *A. Fumigatus*: сьогодні з'являється все більше повідомлень, що пацієнти з резистентним до азолів аспергільозом не піддаються азоловій терапії [30; 31]. Нині показано, що найчастіше механізмом стійкості до триазолу в *A. fumigatus* є генетична мутація, яка призводить до змін амінокислотної послідовності та/або рівнів експресії одного з двох цільових ферментів *Cyp51A* [28; 29].

Оскільки пацієнти вдихають ці повітряно-азолостії спорі, резистентна інфекція може виникнути при будь-якому захворюванні, спричиненому аспергілами, а також у пацієнтів, які ніколи не отримували

лікування медичними препаратами з групи триазолів [32; 33]. В одному з таких досліджень дві третини пацієнтів із резистентним до азолів *A. fumigatus* раніше не отримували терапію азолами [34].

Вивчення хімічної подібності фунгіцидів та фармацевтичних препаратів є важливим для галузі медицини, оскільки це допомагає визначити їхню ефективність, безпеку та потенційні побічні ефекти.

Під час нашого дослідження розглядалися триазоли та імідазоли в складі фунгіцидів, які відображені в таблиці 1.

Фармацевтичні триазоли та імідазоли можуть містити різні функціональні групи та бічні ланцюги, які роблять їх придатними для лікування конкретних захворювань. У фунгіцидах триазоли та імідазоли можуть мати більш специфічний склад для боротьби з грибовими захворюваннями рослин. Азольні антимікотики та фунгіциди мають азольні гетероциклічні кільця у своїй структурі. Вони своєю чергою взаємодіють з ферментами та біологічними процесами в грибах, які відповідають за синтез ергостеролу та інші важливі функції; інгібують синтез грибових мембран та стінок, запобігаючи подальшому росту і розмноженню.

Під час порівняльного аналізу досліджуваних сполук було виявлено, що молекули пестицидів (фунгіцидів) та лікарських протигрибкових препаратів з класу триазолів мають структурно подібні фрагменти. Аналогічно молекули пестицидів (фунгіцидів) та фармпрепаратів з класу імідазолів також мають структурно подібні фрагменти. Порівняльний аналіз сполук вказує на певну хімічну подібність, але також враховує різницю у функціональних групах і механізмах дії. Це дозволило виокремити схожі за будовою пестициди і фармпрепарати як з класу триазолів, так і з класу імідазолів (табл. 2).

Враховуючи те, що фармацевтичні препарати першої лінії лікування грибових захворювань у людей мають високу структурну схожість із аналогічними фунгіцидами, наступним важливим питанням має стати вивчення відповідності їх дозування. Проблема

Таблиця 1

Класифікація протигрибкових засобів

Групи	Фунгіциди (пестициди)	Лікарські протигрибкові препарати
Триазоли	Дифенконазол Пропіконазол Тебуконазол Флутриафол	Вориконазол Посаконазол Флуконазол Ітраконазол Ізавуконазол
Імідазоли	Імазаліл Прохлазор	Клотримазол Міконазол Еконазол Ізоконазол Кетоназол Біфоназол Оксиконазол Фентиконазол Омоконазол Сертаконазол

Структурна подібність пестицидів і фармпрепаратів з класів триазолів та імідазолів

Хімічний клас	Пестициди (фунгіциди)	Фармпрепарати		
		Найбільш структурно подібні	Структурно подібні	Найменш структурно подібні
Триазоли	Флутриафол	Вориконазол Флуконазол Ізавуконазол	Посаконазол Ітраконазол	–
Імідазоли	Імазаліл	Міконазол Еконазол Ізоконазол	Кетоконазол Оксиконазол Фентиконазол Омоконазол Сертаконазол	Клотримазол Біфоназол

полягає у тому, що дозування фармацевтичних препаратів визначається для досягнення терапевтичного ефекту, тоді як у фунгіцидах ці показники визначались із позиції ефективності захисту рослин від грибкових захворювань. Використання антимікотиків у медицині може призвести до розвитку резистентності грибів, що може вплинути на ефективність фунгіцидів у сільському господарстві та вимагати збільшення дози або розробки нових фунгіцидів. В Україні дозування антимікотиків та фунгіцидів регулюється законодавством та вимогами щодо безпеки. Виробники мають дотримуватися цих норм, і це також може впливати на дозування.

Кореляція між дозуванням антимікотиків і фунгіцидів може залежати від спільної основи хімічної структури і механізмів дії, але вона також залежить від багатьох інших чинників, включаючи регулювання, розвиток резистентності та інші фактори.

Нині для лікування інфекцій, спричинених *Aspergillus*, використовуються чотири триазолові препарати, а саме вориконазол (VRC), ітраконазол (ITRA), позаконазол (POS) і ізавуконазол (ISA). Відповідно до отриманих результатів дані препарати найбільш структурно подібні (VRC, ISA) або структурно подібні (POS, ITRA), що може бути черговим підтвердженням наявності перехресної резистентності між клінічними ізолятами грибів та штамами, виділеними з навколишнього середовища.

Натепер визначено два шляхи, з якими пов'язують формування резистентності грибів: етіотропна терапія пацієнтів з відповідною патологією антимікотичними препаратами і вплив на *A. fumigatus* азолових фунгіцидів у навколишньому середовищі (див. рис. 1). Є важливі відмінності між цими шляхами вибору резистентності, включаючи фактори ризику для пацієнтів і механізми стійкості до грибів. Механізми резистентності, пов'язані з екологічним шляхом, включають TR₃₄/L98H і TR₄₆/Y121F/T289A [35; 36]. Тандемні повтори (TR) у промоторі гена *cup51A* в поєднанні з одноточковими мутаціями в кодуючій послідовності, такі як TR₃₄/L98H, або TR₄₆/Y121F/T289A, були поширені в клінічних і екологічних ізолятах. Такі TR у промоторі призводять до активації експресії *cup51A*,

що своєю чергою збільшує кількість триазолу, необхідного для інгібування ферменту [37]. Крім того, вважається, що заміни амінокислот у залишках «гарячих точок», таких як G54 і M220, а також ті, що відбуваються з TR в промоторі, спричиняють конформаційні зміни, які знижують афінність зв'язування триазолових препаратів із цільовим ферментом [38]. Водночас найновіші дослідження також показують можливість мутації у *A. fumigatus* TR 34 /L98H [52; 53; 54].

В той час як мутації, пов'язані з *cup51A* вважаються основним механізмом резистентності до триазолу, все частіше повідомляють про реєстрацію клінічних ізолятів, нестійких до триазолу без мутацій в *cup51A*, з частотою поширеності від 15 до 60% залежно від географічного регіону [39–42]. У цілому *cup51A*-залежна резистентність до триазолу залишається недостатньо вивченою та дослідженою.

Однією з потенційних причин резистентності до триазолу може також бути надмірна експресія АТФ-зв'язувальної касети (ABC) і транспортерів кількох лікарських засобів (MFS), яка часто спостерігається серед резистентних до триазолу *A. Fumigatus*. Вважається, що надмірна експресія цих транспортерів спричиняє зниження внутрішньоклітинної концентрації препарату, таким чином зменшуючи кількість препарату, доступного для інгібування стеролдеметилаз [43; 44].

Як генетичну детермінанту стійкості до триазолу в *A. fumigatus* нещодавно почали розглядати і мутації в *hmg1*, який кодує 3-гідрокси-3-метилглутарил-коензим А (HMG-CoA) редуктазу *hmg1* [45]. *Hmg1* ініціює біосинтез ергостеролу, каталізуючи відновлення HMG-CoA до мевалонату, і має законсервований мотив, відомий як стерин-чутливий домен (SSD); останній, на думку вчених, бере участь у регуляції активності HMG-CoA-редуктази [45]. Хоча клінічну поширеність *hmg1* мутацій не оцінювали системно, вони були ідентифіковані у понад 150 ізолятів, про які наразі повідомлялося в літературі; багато з них стійкі до триазолових препаратів і не мають асоційованих з *cup51A* мутацій [46; 47]. Найчастіші амінокислотні заміни *hmg1* пов'язані зі стійкістю до триазолу, вони відбуваються в залишках, імовірно розташованих у SSD *hmg1*, таких



Рис. 1. Типи мутацій в *sur51A* залежно від походження штаму

як S269, S305, G307 та I412. З деякими з них, а саме F262del, S305P, I412S, S269F і E306K, пов'язують зниження чутливості до кількох триазолів при генетичному введенні в чутливий лабораторний штам [48; 49]. Механізм, за допомогою якого мутації *hmg1* змінюють стійкість до триазолу, ще до кінця не відомий; однак існує припущення, що амінокислотні заміни в SSD погіршують його здатність відчувати стероли та сигналізувати про деградацію *hmg1* [39; 40].

Інший нещодавно виявлений механізм резистентності до препаратів триазолу включає мутації в гені *hapE*, який кодує одну з трьох субодиниць комплексу зв'язування боксу ССААТ (СВС), фактору транскрипції, який, як було показано, пригнічує експресію кількох генів біосинтезу ергостеролу, у тому числі *sur51A* [50].

Наочні дослідження, проведені в Нідерландах, показують, що з клінічних ізолятів, стійких до азолів, від 83% до 95% містять мутації поза *sur51A*, тоді як приблизно 15% демонструють азолостійкий фенотип без відомих мутацій резистентності [51].

Перспективи подальших досліджень полягають у розгляді впливу фунгіцидів на формування у збудників грибкових інфекцій резистентності до антимікотичних лікарських засобів, а також подальшому вивченні механізмів резистентності *A. fumigatus* та їх розповсюдження і співвідношення.

Висновки

Активні щодо *A. fumigatus* триазоли є терапією першої лінії проти інфекцій *A. fumigatus*. Зростаюча в усьому світі кількість стійких до триазолу клінічних ізолятів *A. fumigatus* та штамів, виділених з навколишнього середовища, спонукає до пошуку нових терапевтичних стратегій та дослідження механізмів проти-грибкової резистентності.

Азольні гетероциклічні кільця у складі антимікотиків є ключовими для їхньої антимікробної активності, оскільки вони специфічно взаємодіють з даною групою збудників, порушуючи їхні біологічні процеси. Це робить азольні антимікотики важливими й ефективними лікарськими засобами для лікування грибкових інфекцій у людей, рослин і тварин.

У результаті експериментальних досліджень встановлено високу структурну і хімічну подібність азольних антимікотиків та фунгіцидів. Зроблено аргументоване припущення про те, що подальше зростання кількості резистентних, мультирезистентних та панрезистентних штамів буде сприяти зниженню терапевтичної ефективності азольних антимікотиків і посиленню вибіркового тиску на чутливі штами в сільському господарстві та медицині.

Література

1. Brown GD, Denning DW, Gow NA, Levitz SM, Netea MG, White TC. Hidden killers: human fungal infections. *Sci Transl Med*; 2012;4:165rv13.
2. Lien MY, Chou CH, Lin CC, Bai LY, Chiu CF, Yeh SP, Ho MW. Epidemiology and risk factors for invasive fungal infections during induction chemotherapy for newly diagnosed acute myeloid leukemia: a retrospective cohort study. *PLoS One*; 2018;13:e0197851.
3. Koehler P, Hamprecht A, Bader O, Bekeredjian-Ding I, Buchheidt D, Doelken G, Elias J, Haase G, Hahn-Ast C, Karthaus M, Kekule A, Keller P, Kiehl M, Krause SW, Kramer C, Neumann S, Rohde H, La Rosee P, Ruhnke M, Schafhausen P, Schalk E, Schulz K, Schwartz S, Silling G, Staib P, Ullmann A, Vergouli M, Weber T, Cornely OA, Vehreschild MJ. Epidemiology of invasive aspergillosis and azole resistance in patients with acute leukaemia: the SEPIA Study. *Int J Antimicrob Agents*; 2017; 49: 218–223.

4. Brissaud O, Guichoux J, Harambat J, Tandonnet O, Zaoutis T. Invasive fungal disease in PICU: epidemiology and risk factors. *Ann Intensive Care*; 2012;2:6.
5. Maertens JA, Raad II, Marr KA, Patterson TF, Kontoyiannis DP, Cornely OA, Bow EJ, Rahav G, Neofytos D, Aoun M, Baddley JW, Giladi M, Heinz WJ, Herbrecht R, Hope W, Karthaus M, Lee D-G, Lortholary O, Morrison VA, Oren I, Selleslag D, Shoham S, Thompson GR, Lee M, Maher RM, Schmitt-Hoffmann A-H, Zeiher B, Ullmann AJ. Isavuconazole versus voriconazole for primary treatment of invasive mould disease caused by *Aspergillus* and other filamentous fungi (SECURE): a phase 3, randomised-controlled, non-inferiority trial. *Lancet*; 2016;387:760–769.
6. Paassen J, Russcher A, In 't Veld-van Wingerden AW, Verweij PE, Kuijper EJ. Emerging aspergillosis by azole-resistant *Aspergillus fumigatus* at an intensive care unit in the Netherlands, 2010 to 2013. *Euro Surveill*; 2016;21(30):30300.
7. Patterson TF, Thompson GR, III, Denning DW, Fishman JA, Hadley S, Herbrecht R, Kontoyiannis DP, Marr KA, Morrison VA, Nguyen MH, Segal BH, Steinbach WJ, Stevens DA, Walsh TJ, Wingard JR, Young JA, Bennett JE. Practice guidelines for the diagnosis and management of aspergillosis: 2016 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*; 2016;63:e1–e60.
8. Kelly SL, Lamb DC, Kelly DE, Manning NJ, Loeffler J, Hebart H, Schumacher U, Einsele H. Resistance to fluconazole and cross-resistance to amphotericin B in *Candida albicans* from AIDS patients caused by defective sterol delta5,6-desaturation. *FEBS Lett*; 1997;400:80–82.
9. Parker JE, Warrilow AG, Price CL, Mullins JG, Kelly DE, Kelly SL. Resistance to antifungals that target CYP51. *J Chem Biol*; 2014;7:143–161.
10. Ballard SA, Kelly SL, Ellis SW, Troke PF. Interaction of microsomal cytochrome P-450 isolated from *Aspergillus fumigatus* with fluconazole and itraconazole. *J Med Vet Mycol*; 1990;28:327–334.
11. Hargrove TY, Wawrzak Z, Lamb DC, Guengerich FP, Lepesheva GI. Structure-functional characterization of cytochrome P450 sterol 14alpha-demethylase (CYP51B) from *Aspergillus fumigatus* and molecular basis for the development of antifungal drugs. *J Biol Chem*; 2015;290:23916–23934.
12. Camps SM, van der Linden JW, Li Y, Kuijper EJ, van Dissel JT, Verweij PE, Melchers WJ. Rapid induction of multiple resistance mechanisms in *Aspergillus fumigatus* during azole therapy: a case study and review of the literature. *Antimicrob Agents Chemother*; 2012;56:10–16.
13. Hurst SF, Berkow EL, Stevenson KL, Litvintseva AP, Lockhart SR. Isolation of azole-resistant *Aspergillus fumigatus* from the environment in the south-eastern USA. *J Antimicrob Chemother*; 2017;72:2443–2446.
14. Van der Linden JW, Snelders E, Kampinga GA, Rijnders BJ, Mattsson E, Debets-Ossenkopp YJ, Kuijper EJ, Van Tiel FH, Melchers WJ, Verweij PE. Clinical implications of azole resistance in *Aspergillus fumigatus*, The Netherlands, 2007-2009. *Emerg Infect Dis*; 2011;17:1846–1854.
15. Wiederhold NP, Gil VG, Gutierrez F, Lindner JR, Albataineh MT, McCarthy DI, Sanders C, Fan H, Fothergill AW, Sutton DA. First detection of TR34 L98H and TR46 Y121F T289A Cyp51 mutations in *Aspergillus fumigatus* isolates in the United States. *J Clin Microbiol*; 2016;54:168–171.
16. Hoselton S, Samarasinghe A, Seydel J, et al. An inhalation model of airway allergic response to inhalation of environmental *Aspergillus fumigatus* conidia in sensitized BALB/c mice. *Med Mycol*. 2010;48(8):1056–1065.
17. Baltussen T, Zoll J, Verweij P, et al. Molecular mechanisms of conidial germination in *Aspergillus* spp. *Microbiol Mol Biol Rev*. 2020;84(1). DOI:10.1128/MMBR.00049-19
18. Rosowski E, Raffa N, Knox B, et al. Macrophages inhibit *Aspergillus fumigatus* germination and neutrophil-mediated fungal killing. *PLoS Pathogens*. 2018;14(8):e1007229.
19. Sephton-Clark P, Voelz K. Spore germination of pathogenic filamentous fungi. *Adv Appl Microbiol*. 2018;117–157. DOI:10.1016/bs.aambs.2017.10.002
20. Kwon-Chung KJ, Sugui JA, Heitman J. *Aspergillus fumigatus* – what makes the species a ubiquitous human fungal pathogen? *PLOS Pathogens*. 2013;9(12):e1003743
21. Lamarre C, Sokol S, Debeauvais J, et al. Transcriptomic analysis of the exit from dormancy of *Aspergillus fumigatus* conidia. *BMC Genomics*. 2008;9(1). DOI:10.1186/1471-2164-9-417
22. Wang F, Sethiya P, Hu X, et al. Transcription in fungal conidia before dormancy produces phenotypically variable conidia that maximize survival in different environments. *Nat Microbiol*. 2021;6(8):1066–1081.
23. Warrilow AGS, Melo N, Martel CM, Parker JE, Nes WD, Kelly SL, Kelly DE. Expression, purification, and characterization of *Aspergillus fumigatus* sterol 14- α demethylase (CYP51) isoenzymes A and B. *Antimicrob Agents Chemother*; 2010;54:4225–4234.
24. Kelly SL, Arnoldi A, Kelly DE. Molecular genetic analysis of azole antifungal mode of action. *Biochem Soc Trans*; 1993;21:1034–1038.
25. Kelly SL, Lamb DC, Corran AJ, Baldwin BC, Kelly DE. Mode of action and resistance to azole antifungals associated with the formation of 14 α -methylergosta-8,24(28)-dien-3 β ,6 α -diol. *Biochem Biophys Res Commun*; 1995;207:910–915.
26. Vanden Bossche H, Marichal P, Le Jeune L, Coene MC, Gorrens J, Cools W. Effects of itraconazole on cytochrome P-450-dependent sterol 14 α -demethylation and reduction of 3-ketosteroids in *Cryptococcus neoformans*. *Antimicrob Agents Chemother*; 1993;37:2101–2105.
27. Marichal P, Vanden Bossche H. Mechanisms of resistance to azole antifungals. *Acta Biochim Pol*; 1995;42:509–516.
28. Lestrade PPA, Meis JF, Melchers WJG, Verweij PE. Triazole resistance in *Aspergillus fumigatus*: recent insights and challenges for patient management. *Clin Microbiol Infect*; 2019;25:799–806.
29. Rybak JM, Fortwendel JR, Rogers PD. Emerging threat of triazole-resistant *Aspergillus fumigatus*. *J Antimicrob Chemother*; 2019;74:835–842.
30. Chowdhary A, Kathuria S, Xu J, and Meis JF. Emergence of azole-resistant *Aspergillus fumigatus* strains due to agricultural azole use creates an increasing threat to human health. *PLoS Pathog*; 2013; 9:e1003633.

31. Steinmann J, Hamprecht A, Vehreschild MJ, Cornely OA, Buchheidt D, Spiess B, Koldehoff M, Buer J, Meis JF, and Rath PM. Emergence of azole-resistant invasive aspergillosis in HSCT recipients in Germany. *J Antimicrob Chemother*; 2015; 70:1522–1526.
32. Pelaez T, Monteiro MC, Garcia-Rubio R, Bouza E, Gomez-Lopez A, and Mellado E. First detection of *Aspergillus fumigatus* azole-resistant strain due to Cyp51A TR46/Y121F/T289A in an azole-naive patient in Spain. *New Microbes New Infect*; 2015; 6:33–34.
33. Astvad KM, Jensen RH, Hassan TM, Mathiasen EG, Thomsen GM, Pedersen UG, Christensen M, Hilberg O, and Arendrup MC. First detection of TR46/Y121F/T289A and TR34/L98H alterations in *Aspergillus fumigatus* isolates from azole-naive patients in Denmark despite negative findings in the environment. *Antimicrob Agents Chemother*; 2014; 58:5096–5101.
34. Linden JW, Camps SM, Kampinga GA, Arends JP, Debets-Ossenkopp YJ, Haas PJ, Rijnders BJ, Kuijper EJ, van Tiel FH, Varga J, Karawajczyk A, Zoll J, Melchers WJ, and Verweij PE. Aspergillosis due to voriconazole highly resistant *Aspergillus fumigatus* and recovery of genetically related resistant isolates from domiciles. *Clin Infect Dis*; 2013; 57:513–520.
35. Verweij PE, Chowdhary A, Melchers WJ, and Meis JF. Azole resistance in *Aspergillus fumigatus*: can we retain the clinical use of mold-active antifungal azoles? *Clin Infect Dis*; 2016; 62:362–368.
36. Meis JF, Chowdhary A, Rhodes JL, Fisher MC, and Verweij PE. Clinical implications of globally emerging azole resistance in *Aspergillus fumigatus*. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*; 2016; 371:20150460.
37. Linden JWM, Camps SMT, Kampinga GA, Arends JPA, Debets-Ossenkopp YJ, Haas PJA, Rijnders BJA, Kuijper EJ, van Tiel FH, Varga J, Karawajczyk A, Zoll J, Melchers WJG, Verweij PE. Aspergillosis due to voriconazole highly resistant *Aspergillus fumigatus* and recovery of genetically related resistant isolates from domiciles. *Clin Infect Dis*; 2013; 57:513–520.
38. Nywening AV, Rybak JM, Rogers PD, Fortwendel JR. Mechanisms of triazole resistance in *Aspergillus fumigatus*. *Environ Microbiol*; 2020; 22:4934–4952.
39. Hagiwara D, Arai T, Takahashi H, Kusuya Y, Watanabe A, Kamei K. Non-*cyp51A* azole-resistant *Aspergillus fumigatus* isolates with mutation in HMG-CoA reductase. *Emerg Infect Dis*; 2018; 24:1889–1897.
40. Rybak JM, Ge W, Wiederhold NP, Parker JE, Kelly SL, Rogers PD, Fortwendel JR. Mutations in *hmg1*, challenging the paradigm of clinical triazole resistance in *Aspergillus fumigatus*. *mBio*; 2019; 10:e00437-19.
41. Resendiz-Sharpe A, Hokken MWJ, Mercier T, Merckx R, Verhagen K, Dewitte L, Melchers WJG, Verweij PE, Maertens J, Lagrou K. *Hmg1* gene mutation prevalence in triazole-resistant *Aspergillus fumigatus* clinical isolates. *J Fungi (Basel)*; 2020; 6:227.
42. Gonzalez-Jimenez I, Lucio J, Roldan A, Alcazar-Fuoli L, Mellado E. Are point mutations in HMG-CoA reductases (*Hmg1* and *Hmg2*) a step towards azole resistance in *Aspergillus fumigatus*? *Molecules*; 2021; 26:5975.
43. Rajendran R, Mowat E, McCulloch E, Lappin DF, Jones B, Lang S, Majithiya JB, Warn P, Williams C, Ramage G. Azole resistance of *Aspergillus fumigatus* biofilms is partly associated with efflux pump activity. *Antimicrob Agents Chemother*; 2011; 55:2092–2097.
44. Fraczek MG, Bromley M, Buied A, Moore CB, Rajendran R, Rautemaa R, Ramage G, Denning DW, Bowyer P. The *cdr1B* efflux transporter is associated with non-*cyp51a*-mediated itraconazole resistance in *Aspergillus fumigatus*. *J Antimicrob Chemother*; 2013; 68:1486–1496.
45. Theesfeld CL, Pourmand D, Davis T, Garza RM, Hampton RY. The sterol-sensing domain (SSD) directly mediates signal-regulated endoplasmic reticulum-associated degradation (ERAD) of 3-hydroxy-3-methylglutaryl (HMG)-CoA reductase isozyme *Hmg2*. *J Biol Chem*; 2011; 286:26298–26307.
46. Takeda K, Suzuki J, Watanabe A, Arai T, Koiwa T, Shinfuku K, Narumoto O, Kawashima M, Fukami T, Tamura A, Nagai H, Matsui H, Kamei K. High detection rate of azole-resistant *Aspergillus fumigatus* after treatment with azole antifungal drugs among patients with chronic pulmonary aspergillosis in a single hospital setting with low azole resistance. *Med Mycol*; 2021; 59:327–334.
47. Liang T, Yang X, Li R, Yang E, Wang Q, Oshero N, Chen W, Wan Z, Liu W. Emergence of W272C substitution in *Hmg1* in a triazole-resistant isolate of *Aspergillus fumigatus* from a Chinese patient with chronic cavitary pulmonary aspergillosis. *Antimicrob Agents Chemother*; 2021; 65:e00263-21.
48. Arai T, Umeyama T, Majima H, Inukai T, Watanabe A, Miyazaki Y, Kamei K. *Hmg1* mutations in *Aspergillus fumigatus* and their contribution to triazole susceptibility. *Med Mycol*; 2021; 59:980–984.
49. Handelman M, Morogovsky A, Liu W, Ben-Ami R, Oshero N. Triazole-resistant *Aspergillus fumigatus* in an Israeli patient with chronic cavitary pulmonary aspergillosis due to a novel E306K substitution in *Hmg1*. *Antimicrob Agents Chemother*; 2021; 65:e01089-21.
50. Gsaller F, Hortschansky P, Furukawa T, Carr PD, Rash B, Capilla J, Müller C, Bracher F, Bowyer P, Haas H, Brakhage AA, Bromley MJ. Sterol biosynthesis and azole tolerance is governed by the opposing actions of *SrbA* and the CCAAT binding complex. *PLoS Pathog*; 2016; 12:e1005775.
51. Greeff SC and Mouton JW. NethMap 2017: consumption of antimicrobial agents and antimicrobial resistance among medically important bacteria in the Netherlands/MARAN 2017: monitoring of antimicrobial resistance and antibiotic usage in animals in the Netherlands in 2016. RIVM report 2017-0056, 149–154
52. Toyotome T, Hagiwara D, Kida H, Ogi T, Watanabe A, Wada T, Komatsu R, Kamei K. First clinical isolation report of azole-resistant *Aspergillus fumigatus* with TR34/L98H-type mutation in Japan. *J Infect Chemother*. 2017 Aug; 23(8):579-581. doi: 10.1016/j.jiac.2016.12.004
53. Chen Y, Li Z, Han X, Tian S, Zhao J, Chen F, Su X, Zhao J, Zou Z, Gong Y, Qu F, Qiu G, Wang S, Jia X, Lu Z, Hu M, Huang L, Verweij PE, Han L. Elevated MIC Values of Imidazole Drugs against *Aspergillus fumigatus* Isolates with TR34/L98H/S297T/F495I Mutation. *Antimicrob Agents Chemother*. 2018 Apr 26; 62(5):e01549-17. doi: 10.1128/AAC.01549-17
54. Risum M, Hare RK, Gertsen JB, Kristensen L, Johansen HK, Helweg-Larsen J, Abou-Chakra N, Pressler T, Skov M, Jensen-Fangel S, Arendrup MC. Azole-Resistant *Aspergillus fumigatus* Among Danish Cystic Fibrosis Patients: Increasing Prevalence and Dominance of TR34/L98H. *Front Microbiol*. 2020 Aug 13; 11:1850. doi: 10.3389/fmicb.2020.01850

Мета – аналіз інформації про механізми резистентності *A. Fumigatus* та можливості формування перехресного механізму резистентності клінічних ізолятів та штамів, виділених з навколишнього середовища; вивчення хімічної подібності фармацевтичних протигрибкових препаратів та фунгіцидів через аналіз структури молекул з використанням методів молекулярного моделювання та класифікації за хімічними групами.

Матеріали та методи. Аналіз наявних досліджень щодо механізмів резистентності *A. fumigatus* в міжнародній наукометричній базі PubMed. Дослідження на схожість хімічної структури сполук пестицидів (фунгіцидів), які належать до двох хімічних класів: 1,2,4-триазолі (4 типи) та імідазолі (2 типи), та фармацевтичних препаратів 5 та 10 типів відповідно.

Результати. Мутації, пов'язані з *cyp51A*, вважаються основним механізмом резистентності до триазолу. Все частіше повідомляють про реєстрацію клінічних ізолятів, нестійких до триазолу без мутацій в *cyp51A*, натомість з мутаціями в *hmg1*, *hapE*. Фармацевтичні препарати першої лінії лікування грибкових захворювань у людей мають високу структурну подібність до аналогічних фунгіцидів. Азольні гетероциклічні кільця у складі антимікотиків є ключовими для їхньої антимікробної активності, оскільки вони специфічно взаємодіють з даною групою збудників, порушуючи їхні біологічні процеси. Це робить азольні антимікотики важливими й ефективними лікарськими засобами для лікування грибкових інфекцій у людей, рослин і тварин.

Висновки. У результаті експериментальних досліджень встановлено високу структурну і хімічну подібність азольних антимікотиків та фунгіцидів. Зроблено аргументоване припущення про те, що подальше зростання кількості резистентних, мультирезистентних та панрезистентних штамів буде сприяти зниженню терапевтичної ефективності азольних антимікотиків і посиленню вибіркового тиску на чутливі штами в сільському господарстві та медицині.

Ключові слова: *Aspergillus fumigatus*, резистентність, фунгіциди, протигрибкові препарати, триазолі, імідазолі, мікробна резистентність, мультирезистентність, аспергілез, хімічна подібність, антимікотична активність.

Purpose is analysis of information on the mechanisms of resistance of *A. Fumigatus* and the possibility of forming a cross-resistance mechanism of clinical isolates and strains isolated from the environment. Examining the chemical similarity of pharmaceutical antifungals and fungicides through molecular structure analysis using molecular modeling techniques and classification by chemical groups.

Materials and methods. Analysis of available studies on the mechanisms of resistance of *A. fumigatus* in the international scientometric database PubMed. Research on the similarity of the chemical structure of compounds of pesticides (fungicides) belonging to two chemical classes: 1,2,4-triazoles (4 types) and imidazoles (2 types) and pharmaceutical preparations of 5 and 10 types, respectively.

Results. Mutations associated with *cyp51A* are considered to be the main mechanism of triazole resistance, with increasing reports of triazole-resistant clinical isolates without mutations in *cyp51A*, instead with mutations in *hmg1*, *hapE*. Pharmaceutical drugs of the first lines of treatment of fungal diseases in humans have a high structural similarity with similar fungicides. Azole heterocyclic rings in the composition of antimicrobials are key to their antimicrobial activity, as they specifically interact with this group of pathogens, disrupting their biological processes. This makes azole antifungals important and effective drugs for the treatment of fungal infections in humans, plants, and animals.

Conclusions. As a result of experimental studies, a high structural and chemical similarity of azole antifungals and fungicides was established. A reasoned assumption is made that the further increase in the number of resistant, multi-resistant and pan-resistant strains will contribute to a decrease in the therapeutic effectiveness of azole antifungals and an increase in selective pressure on sensitive strains in agriculture and medicine.

Key words: *Aspergillus fumigatus*, resistance, fungicides, antifungal drugs, triazoles, imidazoles, multiresistance, aspergillosis, chemical similarity, antifungal activity.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Гринзовська Анастасія Анатоліївна – аспірант кафедри мікробіології, вірусології та імунології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; бульв. Тараса Шевченка, 13, м. Київ, Україна, 01601.
hrynzovska@nmu.ua, ORCID ID 0000-0002-2273-3331

Бобир Віталій Васильович – доктор медичних наук, доцент кафедри мікробіології, вірусології та імунології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; бульв. Тараса Шевченка, 13, м. Київ, Україна, 01601.

Vitalibobyr@ukr.net, ORCID ID 0000-0002-8310-8011

Гуцол І.Я., Брич В.В.

Законодавче підґрунтя надання соціальних послуг як інструменту збереження громадського здоров'я

Ужгородський національний університет,
м. Ужгород, Україна

Hutsol I.Ya., Brych V.V.

Legislative basis for the provision of social services as a tool for preserving public health

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

ivan.myronyuk@uzhnu.edu.ua, bilak.vika@gmail.com

Вступ

Громадське здоров'я – це не лише сукупність фізичних і медичних показників здоров'я населення, але й важливий індикатор соціального та економічного добробуту суспільства. Забезпечення належного рівня здоров'я для всіх громадян є однією з основних цілей національних та міжнародних стратегій. Забезпечення адекватного доступу до соціальних послуг та врахування їхнього впливу на громадське здоров'я можуть виявитися ключовими факторами для поліпшення життя та здоров'я суспільства в цілому.

Сучасне суспільство визнає важливість створення соціальної інфраструктури, яка б забезпечувала підтримку та допомогу найбільш вразливим верствам населення. Однією з ключових складників цієї інфраструктури є соціальні послуги, які спрямовані на підтримку осіб з обмеженими можливостями, дітей, літніх громадян, сімей у складних життєвих ситуаціях та інших категорій громадян [1]. Важливим аспектом ефективності цих послуг є законодавче забезпечення їх надання, регулювання та контроль.

Мета дослідження

Стаття має на меті дослідити ключові аспекти законодавчого середовища, яке визначає правові рамки для надання соціальних послуг в Україні. Шляхом аналізу законів, постанов, наказів та інших нормативних актів у статті розглянуто правову базу у цій сфері, визначено ключові поняття та терміни. Через призму детального аналізу чинних нормативних актів у статті розкрито різні аспекти регулювання соціальних послуг. Важливо відзначити, які виклики стоять перед законодавцями та відповідними відомствами у забезпеченні доступності, якості та рівності соціальних послуг для всіх громадян.

Об'єкт і методи дослідження

Об'єктом дослідження є система надання соціальних послуг в Україні. Дослідження охоплює аналіз

законодавчої бази та нормативних актів, що регулюють сферу соціальних послуг. Для досягнення мети використовувалися бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

Для обробки даних використовувалися методи документального аналізу та контент-аналізу. Інформація з нормативних актів та інших джерел була систематизована, порівняна та узагальнена з метою зрозуміння та аналізу поточного стану регулювання соціальних послуг.

Результати дослідження та їх обговорення

Україна має розвинуту систему соціальних послуг, яка законодавчо врегульована Конституцією України та рядом нормативно-правових актів, таких як Закони України [1; 13–23; 29], постанови Кабінету Міністрів України [5–11; 24–26], накази Міністерства соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України [2; 12; 27; 28] та низка інших нормативних документів, котрі регламентують окремі аспекти надання соціальних послуг. Це забезпечує правовий фреймворк для надання соціальної підтримки та допомоги громадянам, які потребують особливої уваги та допомоги.

До даного дослідження увійшов зовсім не весь перелік законодавчих актів, які регулюють сферу соціальних послуг в Україні. Існує багато інших законів, постанов та нормативно-правових актів, які також впливають на цю сферу. Однак основним регулятивним документом є Закон України «Про соціальні послуги», який ми і розглянемо у цій статті.

Базові соціальні послуги, відповідно до Закону України [1], забезпечуються міськими та районними державними адміністраціями, а також виконавчими органами міських рад міст обласного значення, сільських, селищних, міських рад об'єднаних територіальних громад, що утворені відповідно до законодавства та затвердженого плану формування територій громад. Крім того, ці органи повинні бути визнані КМУ як такі, що здатні виконувати ці обов'язки відповідно до порядку, встановленого законодавством.

Окремо слід зазначити, що для зручності функціонування суб'єктів соціальних послуг у Єдиній інформаційній системі соціальної сфери впроваджено електронний Реєстр надавачів та отримувачів соціальних послуг.

Відповідно до чинного в Україні законодавства отримувачами соціальних послуг є індивіди або сім'ї, які належать до вразливих груп населення або перебувають у складних життєвих обставинах і отримують соціальні послуги. Слід пам'ятати, що до вразливих груп населення відносять осіб або сім'ї, які мають високий ризик опинитися у складних життєвих ситуаціях через вплив негативних зовнішніх або внутрішніх факторів. Складні життєві обставини є умовами, що негативно впливають на життя, стан здоров'я та розвиток особи, а також функціонування сім'ї і які людина або сім'я не можуть подолати самотійно.

Основними цілями надання соціальних послуг законодавчо визначені: запобігання виникненню складних життєвих обставин – це послуги, спрямовані на соціальну профілактику; подолання вже наявних складних життєвих обставин – це послуги, спрямовані на соціальну підтримку; зменшення негативних наслідків вже виниклих складних життєвих обставин – це послуги, спрямовані на соціальне обслуговування.

До переліку чинників, які можуть призвести до складних життєвих обставин, чинне законодавство відносить такі, як похилий вік, втрата рухової активності або пам'яті, хвороби, що потребують тривалого лікування, психічні розлади, інвалідність, бездомність, безробіття, поведінкові розлади у дітей через розлучення батьків, ухилення батьками або особами, які їх замінюють, від виконання своїх обов'язків із виховання дитини, втрата соціальних зв'язків (у тому числі під час перебування в місцях позбавлення волі), жорстоке поводження з дитиною, насильство за ознакою статі, домашнє насильство, потрапляння в ситуацію торгівлі людьми, шкода, завдана пожежею, стихійним лихом, катастрофою, бойовими діями, терористичним актом, збройним конфліктом, тимчасовою окупацією.

Дія Закону України [1] поширюється як на громадян України, так і на іноземців та осіб без громадянства, які на законних підставах проживають чи перебувають на території України, включаючи осіб, на яких поширюється дія Закону України «Про біженців та осіб, які потребують додаткового або тимчасового захисту» та які належать до вразливих груп населення або перебувають у складних життєвих обставинах (згідно зі статтею 5 Закону України «Про соціальні послуги»).

Надавачами соціальних послуг визначені установи/заклади, що забезпечують надання соціальних послуг (стаціонарні, реабілітаційні, тимчасового перебування); інші установи/заклади, які надають соціальну підтримку (обслуговування), включаючи спеціалізовані служби для осіб, що стали жертвами домашнього насильства та насильства за ознакою статі; недержавні підприємства, установи, організації, громадські

об'єднання, благодійні та релігійні організації, а також фізичні особи-підприємці та фізичні особи, які надають соціальні послуги догляду без ведення підприємницької діяльності (згідно зі статтею 13 Закону України «Про соціальні послуги»). Волонтери можуть бути залучені до надання соціальних послуг згідно із законом. Також соціальні послуги можуть надаватися у центрах зайнятості, закладах охорони здоров'я, освіти, культури тощо.

Фізичні особи, які надають соціальні послуги догляду без здійснення підприємницької діяльності, можуть надавати ці послуги непрофесійно на безоплатній основі, не пройшовши навчання та не дотримуючись державних стандартів соціальних послуг, отримуючи при цьому підтримку отримувачів, які є членами їхньої сім'ї, спільно проживають, пов'язані спільними правами та обов'язками. Однак слід зауважити, що така можливість передбачена лише для осіб, які належать до таких категорій, як: особи з інвалідністю I групи; діти з інвалідністю; громадяни похилого віку з порушеннями когнітивних функцій; невиліковно хворі, які не можуть самотійно пересуватися та самообслуговуватися через порушення органічних функцій; діти зі складними медичними діагнозами, яким не встановлено інвалідність (з рідкісними захворюваннями, в тому числі онкологічними та онкогематологічними, з дитячим церебральним паралічем, діти, які потребують трансплантації органу або паліативної допомоги, та ін.)

Такі надавачі соціальних послуг мають право отримувати компенсацію за догляд, яка визначається з розрахунку 70 відсотків мінімальної заробітної плати у погодинному розмірі за одну годину догляду за однією особою, але не більше 360 годин на місяць [1].

Перелік соціальних послуг, які надаються в Україні, задокументовано у класифікаторі соціальних послуг, котрий затверджений наказом Міністерства соціальної політики України [2]. Як вказано у п.1 розділу I цього наказу, «цей Класифікатор містить систематизоване зведення назв соціальних послуг, їх короткий опис, строк надання, а також перелік категорій отримувачів цих послуг» та призначений «для обов'язкового застосування суб'єктами системи надання соціальних послуг при плануванні надання соціальних послуг, проведенні їх обліку та фінансування, залученні недержавних надавачів соціальних послуг до їх безпосереднього надання та проведенні відповідної інформаційно-роз'яснювальної роботи». Таким чином, у переліку описано 37 видів соціальних послуг.

Розподіл соціальних послуг за типами прописаний у законодавстві таким чином:

1. Прості соціальні послуги, які не вимагають постійної або систематичної комплексної допомоги. Цей тип послуг включає інформування, консультування, посередництво, надання притулку, представництво інтересів тощо.

2. Комплексні соціальні послуги, що вимагають узгоджених дій фахівців для надання постійної або

систематичної комплексної допомоги. Сюди входять догляд, виховання, спільне проживання, соціальний супровід, кризове втручання, підтримане проживання, соціальна адаптація, соціальна інтеграція та реінтеграція тощо.

3. Комплексні спеціалізовані соціальні послуги, які надаються певній категорії отримувачів. Це можуть бути ВІЛ-інфіковані особи, особи із залежністю від психотропних речовин, постраждали від торгівлі людьми, біженці, особи із психічними розладами та інші.

4. Допоміжні соціальні послуги, які надаються у формі натуральної допомоги (продукти харчування, предмети особистої гігієни, засоби для прибирання, предмети першої необхідності) та технічних послуг (транспортні послуги, переклад жестовою мовою тощо).

Залежно від строку надання соціальні послуги поділяються на:

1) екстрені (кризові) послуги – надаються невідкладно, упродовж однієї доби, у зв'язку із ситуаціями, які загрожують життю та/або здоров'ю отримувача соціальних послуг;

2) постійні послуги – надаються не менше одного разу на місяць, тривалість яких перевищує один рік;

3) тимчасові послуги – надаються не менше одного разу на місяць, протягом періоду до одного року;

4) одноразові послуги – надаються один раз для вирішення конкретної потреби.

Вище у статті вже було згадано про базові соціальні послуги. У законодавстві виділено їх перелік, до якого ввійшли 18 соціальних послуг, а саме: догляд вдома, денний догляд; підтримане проживання; соціальна адаптація; соціальна інтеграція та реінтеграція; надання притулку; екстрене (кризове) втручання; консультування; соціальний супровід; представництво інтересів; посередництво; соціальна профілактика; натуральна допомога; фізичний супровід осіб з інвалідністю, які мають порушення опорно-рухового апарату та пересуваються на кріслах колісних, порушення зору; переклад жестовою мовою; догляд та виховання дітей в умовах, наближених до сімейних; супровід під час інклюзивного навчання; інформування; медіація [1].

Зауважимо, що соціальні послуги надаються провайдерами соціальних послуг у державному, комунальному та недержавному секторах, незалежно від джерел фінансування, відповідно до встановлених державних стандартів соціальних послуг. Їх розроблення та затвердження відбувається через центральний орган виконавчої влади, відповідальний за формування державної політики у сфері соціального захисту населення. Стандартами визначаються вимоги до забезпечення належного рівня доступності соціальних послуг, включаючи кожний етап їх надання, та встановлюються зміст, обсяг, норми, умови та порядок надання соціальних послуг, а також критерії якості цих послуг [3].

Варто зазначити, що всі соціальні послуги (незалежно від розміру доходу осіб) можуть надаватися безкоштовно таким категоріям: особам, які стали

жертвами торгівлі людьми; особам, які постраждали від домашнього насильства або насильства за ознакою статі; дітям з інвалідністю; особам з інвалідністю І групи; дітям-сиротам; дітям, позбавленим батьківського піклування, а також особам з їх числа, віком до 23 років; сім'ям опікунів та піклувальників; прийомним сім'ям; дитячим будинкам сімейного типу; сім'ям патронатних вихователів; дітям з певним переліком захворювань. Усі інші особи матимуть можливість безкоштовно отримувати лише такі соціальні послуги, як інформування, консультування, надання притулку, представництво інтересів, переклад жестовою мовою, а також екстрені соціальні послуги [4].

Додатково до вищезазначених категорій всі соціальні послуги безоплатно надаватимуться особам, які їх потребують, при цьому їхній середньомісячний загальний дохід повинен бути менше двох прожиткових мінімумів для відповідної категорії осіб. Якщо ж середньомісячний загальний дохід особи перебуває в межах більше двох, але менше чотирьох прожиткових мінімумів для відповідної категорії осіб, таким особам можуть надаватися соціальні послуги на умовах диференційованої плати, порядок розрахунку регулюється окремою постановою КМУ [5]. У разі перевищення загального середньомісячного доходу чотирьох прожиткових мінімумів для відповідної категорії осіб, соціальні послуги надаються за рахунок особи чи третіх осіб. Це також стосується послуг, що перевищують обсяги, визначені державними стандартами. Прожитковий мінімум з 01 січня 2023 року становить 2684 грн. для працездатних осіб та 2093 грн. для осіб, що втратили працездатність.

Для визначення права на соціальні послуги або диференційовану плату середньомісячний загальний дохід отримувача соціальних послуг обчислюється за попередні шість місяців, що передують місяцю звернення за отриманням соціальних послуг. Він розраховується як частка загального доходу сім'ї на кількість її членів.

Збір за надання соціальних послуг визначається надавачами відповідно до характеру й обсягу послуг. Порядок регулювання тарифів на соціальні послуги встановлює КМУ [6].

Розглянемо механізм звернення за отриманням безоплатних соціальних послуг, що прописаний у чинному законодавстві. Для отримання соціальних послуг, надання яких забезпечується бюджетними коштами, особа або її законний представник подають органу соціального захисту населення за місцем проживання чи перебування заяву щодо надання соціальних послуг (далі – заява). Заява може бути подана у письмовій або електронній формі згідно з формою, затвердженою Мінсоцполітики. В електронній формі заяву слід подавати через Єдиний державний веб-портал електронних послуг (далі – «Портал Дія»), електронну систему чи іншу інтегровану з ними інформаційну систему.

Якщо в об'єднаній територіальній громаді відсутній орган соціального захисту населення, заяви щодо отримання соціальних послуг приймає уповноважена посадова

особа виконавчого органу сільської, селищної, міської ради об'єднаної територіальної громади або старостинського округу/староста. Приймати заяви може також центр надання адміністративних послуг за місцем проживання/перебування особи, яка потребує соціальних послуг.

Після прийняття заява передається органу соціального захисту населення впродовж одного робочого дня для підготовки відповідних запитів, клопотань (якщо це необхідно) та прийняття рішення [1].

До заяви про надання безоплатних соціальних послуг необхідно додати такі документи або їх електронні копії (п. 28 Порядку організації надання соціальних послуг, затвердженого постановою КМУ) [7]:

- копія паспорта громадянина України або іншого документа, що засвідчує особу, яка потребує надання соціальних послуг;

- документ, що підтверджує повноваження представника органу опіки та піклування (якщо подається від імені особи);

- копія документа, що підтверджує реєстрацію у Державному реєстрі фізичних осіб – платників податків, з обліковим номером облікової картки платника податків або копія паспорта громадянина України для осіб, які через релігійні переконання відмовились від облікового номера, але повідомили про це контролюючий орган та мають відмітку в паспорті;

- копія рішення суду або органу опіки та піклування про призначення опікуна або піклувальника (за наявності);

- копія паспорта громадянина України опікуна або піклувальника особи, для потреб якої подається заява про надання соціальних послуг (у разі наявності опікуна або піклувальника);

- копія довідки від медико-соціальної експертної комісії (згідно з формою МОЗ) для осіб з інвалідністю;

- копія медичного висновку для дітей до 18 років з інвалідністю, виданого за встановленим порядком МОЗ;

- копія довідки про захворювання дитини на специфічні захворювання або стан здоров'я (за наявності);

- медичний висновок про здатність до самообслуговування та потребу в сторонній допомозі (за потреби);

- копія рішення органу опіки та піклування про утворення прийомної сім'ї, дитячого будинку сімейного типу, усиновлення (за наявності);

- копія рішення суду про обмеження цивільної дієздатності або недієздатності особи, яка потребує соціальних послуг (для недієздатних осіб та осіб з обмеженою цивільною дієздатністю);

- копія довідки про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи (за наявності);

- акт оцінювання потреб особи/сім'ї в соціальних послугах (за наявності), підготовлений соціальним менеджером/фахівцем із соціальної роботи.

У разі відсутності у бездомної особи документа, що посвідчує особу, їй надається допомога у відновленні такого документа.

Слід зазначити, що у разі наявності в отримувача інших доходів, інформація про які відсутня у відомих державних реєстрах, довідки/документи про такі доходи також додаються.

Одночасно підставою для розгляду можливості надання безоплатних соціальних послуг можуть бути повідомлення суб'єкта або акт оцінювання потреб особи/сім'ї, підготовлений соціальними працівниками, звернення інших осіб або рекомендації комісії із захисту прав дитини.

Якщо заява про надання соціальних послуг стосується отримання послуги стаціонарного догляду чи паліативного догляду в умовах стаціонару, то до такої заяви ще слід додати довідку для направлення особи з інвалідністю до інтернатного закладу за формою, затвердженою МОЗ; індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю за формою, затвердженою МОЗ (у разі наявності інвалідності); копію пенсійного посвідчення або посвідчення особи, що отримує державну соціальну допомогу (за наявності); копію договору про відкриття та обслуговування поточного рахунку (за наявності).

Порядок розгляду звернення про надання соціальних послуг регламентується п. 31 Порядку організації надання соціальних послуг, затвердженого постановою КМУ [7]. Розгляд здійснюється таким чином.

Уповноважений орган здійснює аналіз отриманих документів, уточнює необхідну інформацію, у тому числі шляхом перевірки даних щодо отримувачів державної допомоги, пільг тощо, наявних в інформаційних системах, та не пізніше ніж протягом наступного робочого дня визначає надавача або залучає соціального менеджера чи фахівця із соціальної роботи для оцінювання потреб особи/сім'ї у соціальних послугах. Орган соціального захисту населення протягом трьох робочих днів після надходження заяви від такої особи, її законного представника, органу опіки та піклування надсилає запит до Державної податкової служби (ДПС), Пенсійного фонду України, фондів загальнообов'язкового державного соціального страхування для отримання інформації про доходи особи, що потребує надання соціальних послуг. Дану інформацію зазначені організації повинні надати протягом п'яти робочих днів. Обмін цими даними здійснюється електронними інформаційними ресурсами відповідно до порядків, установлених Мінсоцполітики за погодженням з Фондом соціального страхування, та Мінсоцполітики і Мінекономіки за погодженням з Державним центром зайнятості. У разі неможливості здійснення обміну такою інформацією або відсутності даних за необхідний період чи у разі отримання інших доходів, інформація про які відсутня в публічних фінансових органах, отримувач соціальної послуги подає довідки чи інші документи про доходи за попередні шість місяців.

Соціальний менеджер або фахівець із соціальної роботи (у разі, коли особа або сім'я знаходиться у складних життєвих обставинах або звернулась до надавача соціальних послуг через їх соціального

працівника) протягом п'яти робочих днів здійснює оцінку потреб особи або сім'ї у соціальних послугах. У разі потреби до оцінки можуть бути залучені психолог, медичний працівник, педагог з навчального закладу або установи, реабілітолог та інші спеціалісти. Під час оцінки визначаються обставини, які можуть спричинити або вже спричинили порушення в життєдіяльності особи або сім'ї, встановлюються фактори, що спричинили складність ситуації, оцінюється вплив наявних проблем на особу або сім'ю, визначаються індивідуальні потреби у соціальних послугах та з'ясовується, чи здатні особа або сім'я самостійно подолати або пом'якшити негативний вплив таких обставин.

На основі результатів оцінки складається відповідний акт, в якому вказуються рекомендації щодо переліку соціальних послуг, які необхідні особі або сім'ї, і подається до уповноваженого органу для подальшого розгляду і прийняття рішення щодо надання соціальних послуг.

Рішення про надання чи відмову в наданні соціальних послуг за рахунок бюджетних коштів має бути прийнято уповноваженим органом протягом десяти робочих днів з дня одержання заяви та фіксується в електронному Реєстрі надавачів та отримувачів соціальних послуг протягом доби з моменту прийняття відповідного рішення. Не пізніше ніж через три робочих дні з дати прийняття такого рішення подавач заяви та надавач соціальних послуг інформуються органом соціального захисту населення у паперовій та/або електронній формі. У разі надсилання відмови у наданні соціальних послуг в обов'язковому порядку повинні бути обґрунтовані підстави такої відмови. Ними можуть бути: виявлення відсутності потреби в соціальних послугах за результатами оцінювання потреб особи чи сім'ї; надавач соціальних послуг не надає тих соціальних послуг, які необхідні для цієї особи або сім'ї; особа має медичні протипоказання, перелік яких затверджується Міністерством охорони здоров'я (у такому випадку рішення про надання соціальних послуг може бути прийнято після усунення цих медичних протипоказань). Слід зауважити, що у наданні соціальних послуг не може бути відмовлено особі у разі загрози її життю чи здоров'ю, у разі домашнього насильства, насильства за гендерною ознакою або жорстокого поводження з дитиною.

Чинне законодавство також передбачає механізм надання соціальних послуг екстрено (в кризових ситуаціях) у разі загрози життю чи здоров'ю особи та під час дії надзвичайного або воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях. Надання таких соціальних послуг здійснюється без застосування ведення випадку, як це передбачено в Законі України «Про соціальні послуги». Також не враховуються положення, які зазвичай використовуються у разі надання соціальних послуг (пункти 25-33 Порядку) [7]. Надання таких послуг може здійснюватися за місцем звернення особи

або сім'ї, незалежно від їхнього заявленого місця проживання або перебування.

Якщо особа або сім'я звернулася письмово чи усно за наданням соціальних послуг екстрено (кризово) або від суб'єкта надійшло повідомлення про необхідність отримання таких послуг, проводиться оцінка ситуації, в якій перебуває особа або сім'я, складається акт про надання таких послуг за встановленою формою. У разі, коли оцінка проводилася надавачем соціальних послуг, до якого особа або сім'я звернулася безпосередньо, такий надавач повідомляє уповноважений орган протягом одного дня після проведення оцінки про її результати.

За результатами оцінки та у разі потреби особи або сім'ї екстрено (кризово) можуть надаватися такі соціальні послуги: інформування, консультування, надання притулку (включаючи нічний), короткотермінове проживання, екстрене (кризове) втручання.

Під час дії на території України або адміністративно-територіальної одиниці надзвичайного або воєнного стану також може забезпечуватися надання екстрено (кризово) таких соціальних послуг: представництво інтересів; підтримане проживання осіб похилого віку та осіб з інвалідністю, бездомних осіб; соціальний супровід сімей/осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах; соціальний супровід сімей, в яких виховуються діти-сироти і діти, позбавлені батьківського піклування; догляд вдома; стаціонарний догляд; денний догляд, у тому числі дітей з інвалідністю; паліативний догляд; соціально-психологічна реабілітація; натуральна допомога; переклад жестовою мовою; транспортні послуги.

Рішення про надання таких послуг екстрено (кризово) приймається уповноваженим органом або надавачем невідкладно та протягом однієї доби забезпечується їх надання [7].

Перспективи подальших досліджень полягають у проведенні аналізу наявного інфраструктурного та ресурсного забезпечення соціального супроводу окремих уразливих груп населення у територіальних громадах.

Висновки

Законодавство щодо соціальних послуг в Україні становить складну систему, яка регулює процес надання та отримання соціальної підтримки. Огляд нормативно-правових актів, які обіймають цю сферу, свідчить про значний обсяг документів, спрямованих на забезпечення належних умов для вразливих груп населення. Закон України «Про соціальні послуги», якому приділена особлива увага у статті, детально регулює різні аспекти надання та отримання послуг соціальної підтримки.

Аналіз закону розкриває важливі питання, пов'язані з провайдерами соціальних послуг, умовами їх надання та отримання. Визначення ролі державних, комунальних та недержавних суб'єктів у сфері

соціальних послуг дозволяє забезпечити широкий спектр послуг для різних категорій населення.

Класифікація соціальних послуг у законодавстві відображає різноманітні аспекти підтримки – від простих консультацій до комплексних спеціалізованих послуг. Це допомагає забезпечити належну реакцію на різноманітні потреби отримувачів соціальних послуг.

Зрештою, зрозуміло, що правова основа соціальних послуг укладається в гармонійну систему, яка має сприяти запобіганню, подоланню та мінімізації негативних наслідків складних життєвих обставин. Однак досягнення цієї мети вимагає постійного вдосконалення, співпраці між різними суб'єктами та узгодженості дій всіх зацікавлених сторін.

Література

1. Про соціальні послуги, Закон України № 2671-VIII [Інтернет], 17 січ. 2019 [цитовано: 20 серп. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text>
2. Про затвердження Класифікатора соціальних послуг, Наказ Міністерства соціальної політики України № 429 [Інтернет], 23 черв. 2020 [цитовано: 20 серп. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0643-20#Text>
3. Міністерство соціальної політики України [Інтернет]. Соціальні послуги [цитовано: 20 серп. 2023]. Доступно на: <https://www.msp.gov.ua/timeline/Socialni-poslugi.html>
4. WikiLegalAid [Інтернет]. Соціальні послуги окремим соціальним групам, які перебувають у складних життєвих обставинах, та порядок їх надання [цитовано: 20 серп. 2023]. Доступно на: <http://surl.li/ktutt>
5. Про затвердження Порядку установлення диференційованої плати за надання соціальних послуг, Постанова Кабінету Міністрів України № 429 [Інтернет], 01 черв. 2020 [цитовано: 23 серп. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/429-2020-п#Text>
6. Про затвердження Порядку регулювання тарифів на соціальні послуги, Постанова Кабінету Міністрів України № 428 [Інтернет], 01 черв. 2020 [цитовано: 23 серп. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/428-2020-п#Text>
7. Про організацію надання соціальних послуг, Постанова Кабінету Міністрів України № 587 [Інтернет], 01 черв. 2020 [цитовано: 23 серп. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/587-2020-п#Text>
8. Про затвердження критеріїв діяльності надавачів соціальних послуг, Постанова Кабінету Міністрів України № 185 [Інтернет], 03 берез. 2020 [цитовано: 25 серп. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/185-2020-п#Text>
9. Деякі питання надання соціальних послуг шляхом соціального замовлення, Постанова Кабінету Міністрів України № 450 [Інтернет], 01 черв. 2020 [цитовано: 25 серп. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/450-2020-п#Text>
10. Деякі питання здійснення контролю за додержанням вимог Закону України «Про соціальні послуги», Постанова Кабінету Міністрів України № 427 [Інтернет], 01 черв. 2020 [цитовано: 25 серп. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/427-2020-п#Text>
11. Деякі питання діяльності територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг), Постанова Кабінету Міністрів України № 1417 [Інтернет], 29 груд. 2009 [цитовано: 25 серп. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1417-2009-п#Text>
12. Про затвердження форм документів, необхідних для оформлення на обслуговування в територіальному центрі соціального обслуговування (надання соціальних послуг), наказ Міністерства соціальної політики України № 762 [Інтернет], 14 лип. 2016 [цитовано: 25 серп. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1084-16#Text>
13. Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, Закон України № 796-XII [Інтернет], 28 лют. 1991 [цитовано: 30 серп. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/796-12#Text>
14. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні, Закон України № 875-XII [Інтернет], 21 берез. 1991 [цитовано: 30 серп. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#Text>
15. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ, Закон України № 1972-XII [Інтернет], 12 груд. 1991 [цитовано: 30 серп. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text>
16. Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні, Закон України № 3721-XII [Інтернет], 16 груд. 1993 [цитовано: 30 серп. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3721-12#Text>
17. Про запобігання та протидію домашньому насильству, Закон України № 2229-VIII [Інтернет], 07 груд. 2017 [цитовано: 31 серп. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19#Text>
18. Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю, Закон України № 2558-III [Інтернет], 21 черв. 2001 [цитовано: 01 верес. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2558-14#Text>
19. Про охорону дитинства, Закон України № 2402-III [Інтернет], 26 квіт. 2001 [цитовано: 01 верес. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2402-14#Text>
20. Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям, Закон України № 1768-III [Інтернет], 01 черв. 2000 [цитовано: 04 верес. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1768-14#Text>
21. Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю, Закон України № 2109-III [Інтернет], 16 лист. 2000 [цитовано: 04 верес. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2109-14#Text>
22. Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та особам з інвалідністю, Закон України № 1727-IV [Інтернет], 18 трав. 2004 [цитовано: 04 верес. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1727-15#Text>
23. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні, Закон України № 2961-IV [Інтернет], 06 жовт. 2005 [цитовано: 04 верес. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>
24. Деякі питання реалізації експериментального проекту з надання в закладах охорони здоров'я, які належать до сфери управління Міністерства соціальної політики, окремих соціальних послуг деяким категоріям осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, Постанова Кабінету Міністрів України № 248 [Інтернет], 21 берез. 2023 [цитовано: 04 верес. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/248-2023-п#Text>

25. Про затвердження Порядку надання соціальних послуг особам з інвалідністю та особам похилого віку, які страждають на психічні розлади : Постанова Кабінету Міністрів України № 576 [Інтернет], 26 черв. 2019 [цитовано: 04 верес. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/576-2019-п#Text>
26. Про організацію надання соціальних послуг, Постанова Кабінету Міністрів України № 587 [Інтернет], 01 черв. 2020 [цитовано: 04 верес. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/587-2020-п#Text>
27. Про затвердження Порядку надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом, Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 692 [Інтернет], 13 квіт. 2023 [цитовано: 04 верес. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0973-23#Text>
28. Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей, Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 740/1030/4154/321/614a [Інтернет], 23 лист. 2007 [цитовано: 04 верес. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1405-07#Text>
29. Про біженців та осіб, які потребують додаткового або тимчасового захисту, Закон України № 3671-VI [Інтернет], 08 лип. 2011 [цитовано: 04 верес. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3671-17#Text>

References

1. Pro sotsialni posluhy, Zakon Ukrainy № 2671-VIII [Internet], 17 Jan. 2019 [cited 2023 Aug. 20]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text> [In Ukrainian].
2. Pro zatverdzhennia Klasyfikatora sotsialnykh posluh, Nakaz Ministerstva sotsialnoi polityky Ukrainy № 429 [Internet], 23 Jun. 2020 [cited 2023 Aug. 20]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0643-20#Text> [In Ukrainian].
3. Ministerstvo sotsialnoi polityky Ukrainy [Internet]. Sotsialni posluhy [cited 2023 Aug. 20]. Available from: <https://www.msp.gov.ua/timeline/Socialni-poslugi.html> [In Ukrainian].
4. WikiLegalAid [Internet]. Sotsialni posluhy okremym sotsialnym hrupam, yaki perebuvaiut u skladnykh zhyttievykh obstavynakh, ta poriadok yikh nadannia [cited 2023 Aug. 20]. Available from: <http://surl.li/ktutt> [In Ukrainian].
5. Pro zatverdzhennia Poriadku ustanovlennia dyferentsiiovanoi platy za nadannia sotsialnykh posluh, Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy № 429 [Internet], 1 Jun. 2020 [cited 2023 Aug. 23]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/429-2020-п#Text> [In Ukrainian].
6. Pro zatverdzhennia Poriadku rehuliuвання taryfiv na sotsialni posluhy, Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy № 428 [Internet], 1 Jun. 2020 [cited 2023 Aug. 23]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/428-2020-п#Text> [In Ukrainian].
7. Pro orhanizatsiiu nadannia sotsialnykh posluh, Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy № 587 [Internet], 1 Jun. 2020 [cited 2023 Aug. 23]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/587-2020-п#Text> [In Ukrainian].
8. Pro zatverdzhennia kryteriiv diialnosti nadavachiv sotsialnykh posluh, Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy № 185 [Internet], 3 Mar. 2020 [cited 2023 Aug. 25]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/185-2020-п#Text> [In Ukrainian].
9. Deiaki pytannia nadannia sotsialnykh posluh shliakhom sotsialnoho zamovlennia, Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy № 450 [Internet], 1 Jun. 2020 [cited 2023 Aug. 25]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/450-2020-п#Text> [In Ukrainian].
10. Deiaki pytannia zdiisnennia kontroliu za doderzhanniam vymoh Zakonu Ukrainy "Pro sotsialni posluhy", Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy № 427 [Internet], 1 Jun. 2020 [cited 2023 Aug. 25]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/427-2020-п#Text> [In Ukrainian].
11. Deiaki pytannia diialnosti terytorialnykh tsestriv sotsialnoho obsluhovuvannia (nadannia sotsialnykh posluh), Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy № 1417 [Internet], 29 Dec. 2009 [cited 2023 Aug. 25]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1417-2009-п#Text> [In Ukrainian].
12. Pro zatverdzhennia form dokumentiv, neobkhdnykh dlia oformlennia na obsluhovuvannia v terytorialnomu tsestrі sotsialnoho obsluhovuvannia (nadannia sotsialnykh posluh), Nakaz Ministerstva sotsialnoi polityky Ukrainy № 762 [Internet], 14 Jul. 2016 [cited 2023 Aug. 25]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1084-16#Text> [In Ukrainian].
13. Pro status i sotsialnyi zakhyst hromadian, yaki postrazhdaly vnaslidok Chornobylskoi katastrofy, Zakon Ukrainy № 796-XII [Internet], 28 Feb. 1991 [cited 2023 Aug. 30]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/796-12#Text> [In Ukrainian].
14. Pro osnovy sotsialnoi zakhyshchenosti osib z invalidnistiu v Ukraini, Zakon Ukrainy № 875-XII [Internet], 21 Mar. 1991 [cited 2023 Aug. 30]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#Text> [In Ukrainian].
15. Pro protydiuu poshyrenniu khvorob, zumovlenykh virusom imunodefitsytu liudyny (VIL), ta pravovy i sotsialnyi zakhyst liudei, yaki zhyvut z VIL, Zakon Ukrainy № 1972-XII [Internet], 12 Dec. 1991 [cited 2023 Aug. 30]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text> [In Ukrainian].
16. Pro osnovni zasady sotsialnoho zakhystu veteraniv pratsi ta inshykh hromadian pokhyloho viku v Ukraini, Zakon Ukrainy № 3721-XII [Internet], 16 Dec. 1993 [cited 2023 Aug. 30]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3721-12#Text> [In Ukrainian].
17. Pro zapobihannia ta protydiuu domashnomu nasyilstvu, Zakon Ukrainy № 2229-VIII [Internet], 7 Dec. 2017 [cited 2023 Aug. 31]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19#Text> [In Ukrainian].
18. Pro sotsialnu robotu z simiamy, ditmy ta moloddiu, Zakon Ukrainy № 2558-III [Internet], 21 Jun. 2001 [cited 2023 Sep. 01]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2558-14#Text> [In Ukrainian].
19. Pro okhoronu dytynstva, Zakon Ukrainy № 2402-III [Internet], 26 Apr. 2001 [cited 2023 Sep. 01]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2402-14#Text> [In Ukrainian].
20. Pro derzhavnu sotsialnu dopomohu malozabezpechenym simiam, Zakon Ukrainy № 1768-III [Internet], 1 Jun. 2000 [cited 2023 Sep. 04]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1768-14#Text> [In Ukrainian].
21. Pro derzhavnu sotsialnu dopomohu osobam z invalidnistiu z dytynstva ta ditiam z invalidnistiu, Zakon Ukrainy № 2109-III [Internet], 16 Nov. 2000 [cited 2023 Sep. 04]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2109-14#Text> [In Ukrainian].

22. Pro derzhavnu sotsialnu dopomohu osobam, yaki ne maiut prava na pensiiu, ta osobam z invalidnistiu, Zakon Ukrainy № 1727-IV [Internet], 18 May. 2004 [cited 2023 Sep. 04]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1727-15#Text> [In Ukrainian].

23. Pro reabilitatsiiu osib z invalidnistiu v Ukraini, Zakon Ukrainy № 2961-IV [Internet], 6 Oct. 2005 [cited 2023 Sep. 04]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text> [In Ukrainian].

24. Deiaki pytannia realizatsii eksperymentalnoho proektu z nadання v zakladakh okhorony zdorovia, yaki nalezhat do sfery upravlinnia Ministerstva sotsialnoi polityky, okremykh sotsialnykh posluh deiakym katehoriiam osib, yaki perebuvaiut u skladnykh zhyttievnykh obstavynakh, Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy № 248 [Internet], 21 Mar. 2023 [cited 2023 Sep. 04]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/248-2023-п#Text> [In Ukrainian].

25. Pro zatverdzhennia Poriadku nadання sotsialnykh posluh osobam z invalidnistiu ta osobam pokhyloho viku, yaki strazhdaiut na psykhichni rozlady, Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy № 576 [Internet], 26 Jun. 2019 [cited 2023 Sep. 04]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/576-2019-п#Text> [In Ukrainian].

26. Pro orhanizatsiiu nadання sotsialnykh posluh, Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy № 587 [Internet], 1 Jun. 2020 [cited 2023 Sep. 04]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/587-2020-п#Text> [In Ukrainian].

27. Pro zatverdzhennia Poriadku nadання posluh medyko-psykhosotsialnoho suprovodu patsientiv z chutlyvym ta multyrezystentnym tuberkulozom, Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy № 692 [Internet], 13 Apr. 2023 [cited 2023 Sep. 04]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0973-23#Text> [In Ukrainian].

28. Pro zakhody shchodo orhanizatsii profilaktyky peredachi VIL vid materi do dytyny, medychnoi dopomohy i sotsialnoho suprovodu VIL-infikovanykh ditei ta yikh simei, Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy № 740/1030/4154/321/614a [Internet], 23 Nov. 2007 [cited 2023 Sep. 04]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1405-07#Text> [In Ukrainian].

29. Pro bizhentsiv ta osib, yaki potrebuut dodatkovoho abo tymchasovoho zakhystu, Zakon Ukrainy № 3671-VI [Internet], 8 Jul. 2011 [cited 2023 Sep. 04]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3671-17#Text> [In Ukrainian].

Мета дослідження. Громадське здоров'я – це не лише сукупність фізичних і медичних показників здоров'я населення, але й важливий індикатор соціального та економічного добробуту суспільства. Забезпечення адекватного доступу до соціальних послуг та врахування їхнього впливу на громадське здоров'я можуть виявитися ключовими факторами для поліпшення життя та здоров'я суспільства в цілому, оскільки спрямовані на підтримку осіб з обмеженими можливостями, дітей, літніх громадян, сімей в складних життєвих ситуаціях та інших категорій громадян. Важливим аспектом ефективності цих послуг є законодавче забезпечення їх надання, регулювання та контроль. У статті досліджуються та висвітлюються ключові аспекти законодавчого масиву, який визначає правові рамки для надання соціальних послуг в Україні.

Матеріали та методи. Матеріали: законодавчі та нормативні акти, що регулюють сферу соціальних послуг. Методи: бібліосемантичний, структурно-логічний, документальний та контент-аналізи.

Результати. У даній статті розглянуто правову базу сфери соціальних послуг, викладено аналіз законів, постанов, наказів та інших нормативних актів, визначено ключові поняття та терміни.

Висновки. Результати дослідження показали, що законодавче підґрунтя, яке лежить в основі надання соціальних послуг в Україні, становить складну систему, яка регулює процес надання та отримання соціальної підтримки і здатна сприяти запобіганню, подоланню та мінімізації негативних наслідків складних життєвих обставин за умови злагодженої співпраці між різними суб'єктами та узгодженості дій всіх зацікавлених сторін.

Ключові слова: громадське здоров'я, соціальні послуги, соціальна підтримка, нормативно-правова база.

Purpose. Public health is not merely a collection of physical and medical health indicators in the population but also a crucial indicator of societal and economic well-being. Ensuring adequate access to social services and considering their impact on public health can prove to be pivotal factors in improving the overall quality of life and health of society. These services are directed towards supporting individuals with disabilities, children, senior citizens, families in complex life situations, and other citizen categories. A significant aspect of the effectiveness of these services lies in the legislative framework that governs their provision, regulation, and oversight. This article investigates and elucidates key aspects of the legislative environment that defines the legal framework for providing social services in Ukraine.

Materials and methods. Materials: legislative and regulatory acts regulating the sphere of social services. Methods: bibliosemantic, structural-logical, documentary and content analyses.

Results. This article examines the legal framework of the social services sector, presenting an analysis of laws, resolutions, orders, and other normative acts while identifying key concepts and terms.

Conclusions. The results of the study showed that the legislative foundation underpinning the provision of social services in Ukraine constitutes a complex system regulating the process of providing and receiving social support and is able to contribute to the prevention, overcoming and minimization of the negative consequences of difficult life circumstances under the condition of coordinated cooperation between various sub objects and coherence of actions of all interested parties.

Key words: public health, social services, social support, normative-legal framework.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Гуцол Іванна Ярославівна – асистент кафедри наук про здоров'я Ужгородського національного університету; вул. Митна, 29, м. Ужгород, Україна, 88000.

ivanna.hutsol@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0001-7263-8319

Брич Валерія Володимирівна – доктор медичних наук, доцент, професор кафедри наук про здоров'я Ужгородського національного університету; вул. Митна, 29, м. Ужгород, Україна, 88000.

valeria.bruch@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0003-3741-6002.

Данилюк Г.В., Корнага С.І., Лотоцька О.В.

Danyliuk G.V., Kornaha S.I., Lototska O.V.

Рівень поінформованості населення про туберкульоз за результатами анкетування

The level of population awareness about tuberculosis according to the results of the questionnaire

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України, м. Тернопіль, Україна

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

danylyuk_ganvas@tdmu.edu.ua

Вступ

Туберкульоз, або сухоти, є одним з найдавніших інфекційних захворювань, що може уражати всі органи і тканини людського організму. Давність існування туберкульозу серед людей можна пов'язати з деякими його особливостями, зокрема зі значним поширенням мікобактерій у природі серед різних тварин: земноводних, рептилій, риб, ссавців. Людина ще на ранніх етапах розвитку суспільства постійно стикалася з цими мікроорганізмами. Важливою особливістю є те, що для туберкульозу характерний довготривалий хронічний перебіг [1]. За даними ВООЗ, приблизно 2 мільярди людей, або близько чверті населення світу, інфіковано туберкульозними паличками [2]. Частина з них (5–10%) має ризик розвитку захворювання у майбутньому за умови зниження імунітету внаслідок хронічних захворювань, погіршення харчування та умов життя, впливу різних шкідливих звичок (куріння, алкоголь тощо).

Україна досі входить до переліку 20 країн із найвищим показником захворюваності, в якій туберкульоз був і залишається найпоширенішою інфекційною хворобою, яка спричиняє найбільше смертей [3]. Щороку в країні від цього захворювання вмирає майже 7 тис. наших співгромадян, що більше, ніж від усіх інших інфекційних та паразитарних захворювань разом узятих [1]. Суттєво погіршилася своєчасна діагностика туберкульозу через пандемію COVID-19 і реформу охорони здоров'я. У результаті вперше за понад десять років показники смертності від сухот суттєво зросли, що серйозно підірвало успіхи, досягнуті у боротьбі з цим захворюванням у всьому світі [3]. Загострила ситуацію з туберкульозом війна росії проти України, яка призвела до міграції населення та численних біженців, у тому числі і з територій, в яких до початку воєнних дій була складна епідемічна ситуація, руйнування медичних закладів, погіршення умов та якості харчування населення, втрати доступу значних прошарків населення до належних медичних послуг, перебування значної кількості військових у несприятливих для здоров'я польових умовах [4].

Щороку туберкульоз продовжує вражати і забирати здоров'я та життя людей найбільш працездатного і продуктивного віку як в Україні, так і в усьому світі. Для якнайшвидшої ліквідації туберкульозу необхідно не лише поліпшити виявлення та діагностику нових випадків, посилити потенціал фахівців, здійснювати заходи, спрямовані на зведення до мінімуму ризику розвитку мультирезистентних форм, а й посилити обізнаність населення з профілактики і раннього виявлення туберкульозу та необхідності регулярного обстеження та своєчасного звертання до спеціалістів. Без належної інформаційно-просвітницької роботи фтизіатрів серед населення, хворих, а також медичного персоналу, лікарів загального і вузького профілів подолати цю підступну недугу буде неможливо. Світовий досвід підтверджує, що у багатьох країнах Азії та Африки після збільшення прошарку людей, обізнаних із питань туберкульозу, на такий самий відсоток або і більше знижується захворюваність на цю недугу [5]. У цьому аспекті ефективну санітарно-просвітницьку роботу фтизіатрів серед населення та хворих важко переоцінити. Однак ця робота серед населення проводиться недостатньо. Органи охорони здоров'я повинні значно посилити профілактичні заходи щодо туберкульозу, покращити його ранню діагностику, лікування та догляд за хворими. Раннє і своєчасне виявлення хворих на туберкульоз є необхідною умовою для швидкого і повноцінного лікування, а також має вирішальне значення для запобігання поширенню інфекції. Недостатній рівень виявлення хворих та ефективності лікування є несприятливими факторами, тому що залишають джерело інфекції в суспільстві.

Останніми роками санітарно-просвітницька робота з населенням значно знизилася, що призвело до погіршення боротьби з туберкульозом. Проте кожен громадянин України повинен мати належну інформацію про це захворювання і вміти вберегти себе від цієї небезпечної недуги.

Мета дослідження – оцінити санітарно-освітній рівень поінформованості населення про туберкульоз у сучасних умовах пандемії COVID-19 та війни.

Об'єкт і методи дослідження

Проведено опитування 152 осіб, з них 44 чоловічої та 108 жіночої статі, що відповідно становило 29% і 71% від загальної кількості. Усі респонденти проживали в м. Вінниця. За віку опитані розподілилися таким чином: до 20 років – 3%, 21-30 – 28%, 31-40 – 22%, 41-50 – 24%, 51-60 – 20% і понад 60 років – 3%, тобто 97% були молодого і середнього віку. Міських жителів серед них було 91%, сільських – 9%. 49% респондентів мали вищу освіту, незакінчена вища була у 8%, професійно-технічна освіта – у 19%. Повну загальну середню освіту здобули 24%. Ніхто з опитаних не мав медичної освіти.

Опитування було добровільним та анонімним за допомогою заздалегідь складеної нами анкети, яка містила 28 питань, що детально відображали знання респондента про туберкульоз і його збудника, клінічні вияви, джерела інфекції, шляхи передачі, ефективність лікування та профілактику. В анкеті використовувались тільки питання закритого типу, які вимагають певних відповідей або вибору з короткого переліку можливих відповідей. Опитування проводили у травні 2023 р. Було використано такі методи дослідження: бібліосемантичний, соціологічний, аналітичний, статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення

В Україні туберкульоз був і залишається найпоширенішою інфекційною хворобою, яка спричиняє найбільше смертей, тому у 1995 р. в країні була навіть оголошена епідемія цієї хвороби, яка в 2005 р. досягла свого піку. У наступні роки, за даними Центру громадського здоров'я, спостерігалось зниження темпів захворюваності серед українців. До початку пандемії COVID-19 у багатьох країнах спостерігався стійкий прогрес у боротьбі з туберкульозом. Оскільки в останні два-три роки увага світової медицини переключилася на пандемію, проблемам туберкульозу практично перестала приділятися увага. І населення України могло подумати, що у нас такої хвороби вже немає. Тому ми вирішили насамперед спитати респондентів, як вони вважають, є епідемія туберкульозу в Україні чи немає. Як результат, знання про епідемію розподілилися порівну: 50,7% відповіли, що так, а 49,7% – ні.

Нас також цікавило, чи знають наші респонденти, як давно люди хворіють на туберкульоз і як довго зберігається мікобактерія туберкульозу в навколишньому середовищі. Майже половина опитаних відповіли правильно: люди на туберкульоз хворіють впродовж всієї історії людства. Справді, опис цього захворювання є навіть у Старому і Новому Заповітах, багатьох давніх медичних трактатах. А більш сучасні уявлення про туберкульоз і його симптоми описувалися вже з XIX ст. Збудник туберкульозу є надзвичайно стійким у навколишньому середовищі і може зберігати життєздатність та свої властивості тисячі років. Його знаходять навіть

у єгипетських пірамідах. Більше половини респондентів, а саме 53,9%, знають про це. Ще 17,1% стверджували, що мікобактерія туберкульозу не стійка у навколишньому середовищі, а 28,9% вказали, що не знають, як відповісти на це питання.

Позитивним є те, що наші респонденти знають клінічні вияви туберкульозу і те, що ця хвороба може уражати не лише легені. Опитані вказали, що до основних симптомів туберкульозу належать: кашель, що триває понад 2 тижні (88,2%), тривале незначне підвищення температури (80,9%), підвищена втомлюваність (56,5%), зменшення ваги тіла (46,7%), нічна пітливість (52%). Майже 60% респондентів знають, що туберкульоз уражає різні органи і системи, хоча понад 30% вважають, що лише легені.

Відомо, що майже у половині випадків туберкульоз може перебігати довгий час безсимптомно. Тому для його ранньої діагностики необхідно проводити активне виявлення захворювання, тобто флюорографічне (ФГ) або рентгенологічне дослідження органів грудної клітини. Згідно з результатами опитування, більшість, а саме 63%, респондентів дбають про своє здоров'я і проходять ФГ один раз на рік. 17,8% роблять це раз на три роки. Понад 15% респондентів проходили таке обстеження більше, ніж три роки назад, а частина з них навіть вже не пам'ятає коли. Це свідчить про безвідповідальне ставлення частини населення до свого здоров'я і відсутність настороженості щодо туберкульозу.

84,2% опитаних знають, що ця хвороба спричиняється мікобактерією туберкульозу (паличкою Коха). Щодо небезпеки для оточення 42% респондентів вважають, що будь-яка форма туберкульозу заразна, 53% – що лише легенева форма може призвести до інфікування, а потім і до захворювання. Це означає, що більшість людей правильно вважають, що найбільшу небезпеку становить легенева форма. І то лише у разі, коли це відкрита форма і людина виділяє з харкотинням у навколишнє середовище мікобактерії туберкульозу. Хоча є дані, що деякі хворі й на позалегенові форми туберкульозу можуть виділяти бактерії і бути небезпечними для оточення.

Туберкульозом найчастіше можна інфікуватися повітряно-краплинним шляхом (92,1 знають про це), тому більшість респондентів на питання, де і як можна заразитися на туберкульоз, відповіли таким чином. Оскільки можна було вибрати декілька відповідей, то 93,4% вважають таким місцем квартиру, де проживає хворий, 86% – громадський транспорт, 84% – лікарню, 54% – ринок. Водночас магазин вибрало лиш 11,8% респондентів. І, звичайно, шанс захворіти мінімальний, якщо люди перебувають на відкритому повітрі, наприклад у парку (0,2%). Тобто респонденти знають, що найбільший ризик заразитися буде в місцях, де є багато людей і закриті приміщення або де є хворі люди, які кашляють та чихають, тощо. Також захворіти можна через обійми, поцілунки, рукостискання – 46,1% відповіли правильно та у разі спільного користування

предметами побуту – 62,5% знають про цей шлях передачі збудника.

На питання «Чи виліковний туберкульоз?» 50% опитаних відповіли позитивно. Майже чверть опитаних впевнена, що він невиліковний, і ще чверті важко правильно відповісти на це питання. Такі відповіді свідчать про те, що у половини населення існує думка, що лікуватися не потрібно, бо це не дасть ніякого ефекту, а лише зашкодить організму через високу токсичність ліків. Проте всім варто пам'ятати, що вчасно почате лікування і дотримання всіх лікарських рекомендацій сприятиме повному одужанню хворих на цю недугу. Величезне значення для успішного лікування має рання діагностика туберкульозу: чим швидше він буде виявлений, то менше ускладнень спричинить. Більшість, а саме 76,8%, знають, що таке лікарськостійкий туберкульоз, який розвивається у разі неналежного або неправильного використання протитуберкульозних препаратів, проте понад 22,6% вважають, що такої форми не існує.

89,5% опитаних знають, що туберкульоз є небезпечним для всіх і будь-хто може захворіти на нього. Це так. Але якщо порівняти, хто частіше хворіє – звичайне населення чи люди з груп ризику (такі як ВІЛ-інфіковані особи, бездомні, алкоголіки, наркомани), то лише 6,6% надають перевагу останнім в частоті розвитку хвороби. Хоча загалом ці люди мають ослаблену імунну систему, погане харчування або умови проживання, отже, їхній організм ослаблений хворобою, а опірність до будь-якої інфекції знижена.

Враховуючи поширеність і небезпеку туберкульозу, людство впродовж століть шукає шляхи запобігання цій хворобі. Цьому сприяє вакцинація в перші дні після народження здорової доношеної дитини в пологовому будинку вакциною БЦЖ. Про це знають понад 70% наших респондентів; про те, що вони також колись були вакциновані (мають післявакційні рубчики), повідомили майже 70% опитаних. Щоправда, частина, а саме 12,5%, відповіли, що такої вакцини немає, а ще 11,5% до неї віднесли пробу Манту.

На завершення у нас були питання, пов'язані з профілактикою захворювання на туберкульоз. Респонденти в основному давали правильні відповіді на поставлені питання. Більшість знають, що запорукою здоров'я і запобігання захворюванню на туберкульоз є адекватне раціональне харчування (63% опитаних вибрали цю відповідь), здоровий спосіб життя (81%), відмова від шкідливих звичок, особливо таких як куріння, зловживання алкоголем, вживання наркотичних середників тощо (72%), заняття фізичною культурою, загартовування (64%), підтримання свого психоемоційного стану на належному рівні (34%) та регулярні медичні обстеження (54%).

Таким чином, результати анкетування показали непогану поінформованість про туберкульоз. Варто зазначити, що загалом респонденти правильно відповіли на основну частину питань, хоча були й такі, які викликали труднощі.

Перспективи подальших досліджень полягають у популяризації знань з профілактики туберкульозу серед більш широких верств населення, особливо з групи ризику.

Висновки

Проведене дослідження свідчить про не зовсім достатню санітарно-просвітницьку роботу медиків, і насамперед лікарів-фтизіатрів, щодо інформування населення про основні проблеми туберкульозу. Потрібно у школах, закладах професійно-технічної освіти, закладах вищої освіти, на виробництві продумано, наполегливо та доброзичливо працювати в плані запобігання хворобі, що сприятиме дотриманню санітарно-гігієнічних норм населенням та дозволить значно покращити стан здоров'я людей і попередити виникнення захворювання. Адже людина, її здоров'я – це найцінніше, що є у світі. Буде здорова людина – буде прогрес у всіх сферах нашого життя і, як наслідок, добробут та багатство України.

Література

1. Корнага СІ. Нехтування історією туберкульозу – шлях до повторних помилок у боротьбі з цією підступною недугою. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022; 4 (94): 95-101.
2. Тодоріко ЛД, редактор. Профілактика розвитку побічних реакцій при фармакотерапії коморбідності туберкульозу та цукрового діабету. Чернівці; 2022. 130 с.
3. Фещенко ЮІ, Матусевич ВГ. Інвестувати, щоб покінчити з туберкульозом. Врятуйте життя. До Всесвітнього дня боротьби з туберкульозом 24 березня 2022 р. Інфузія & Хіміотерапія. 2022; 1: 5-6.
4. Коваленко С. Всесвітній день боротьби з туберкульозом: що про це слід знати жителям воюючої країни [Інтернет]. 2023 [цитовано 23 серп. 2023]. Доступно на: <https://greenpost.ua/news/vsesvitnij-den-borotby-z-tuberkulozom-shho-pro-tse-slid-znaty-zhytelyam-voyuuchoyi-krayiny-i52605>
5. П'ятночка ІТ, Корнага СІ. Знання історії туберкульозу – запорука успіху і застереження від помилок. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019; 4 (82): 94-99.

References

1. Kornaha SI. Nekhtuvannya istoriieiu tuberkulozu – shliakh do povtornykh pomylok u borotbi z tsiieiu pidstupnoiu neduhoiu. Bulletin of Social Hygiene and Health Protection Organization of Ukraine. 2022; 4 (94): 95-101 [In Ukrainian].
2. Todoriko LD, editor/ Profilaktyka rozvytku pobichnykh reaktsii pry farmakoterapii komorbidnosti tuberkulozu ta tsukrovoho diabetu. Chernivtsi; 2022. 130 p. [In Ukrainian].

3. Feshchenko YuI, Matuskevych VG. . Investuvaty, shchob pokinchyty z tuberkulozom. Vriatuite zhyttia. Do Vsesvitnoho dnia borotby z tuberkulozom 24 bereznia 2022 r. Infusion & Chemotherapy. 2022; 1: 5-6. [In Ukrainian].

4. Kovalenko S. Vsesvitnii den borotby z tuberkulozom: shcho pro tse slid znaty zhyteliam voiuuichoï krainy. 2023 [cited 2023 Aug. 23]. Available from: <https://greenpost.ua/news/vsesvitnij-den-borotby-z-tuberkulozom-shho-pro-tse-slid-znaty-zhytelyam-voyuyuchoyi-krayiny-i52605> [In Ukrainian].

5. Piatnochka IT, Kornaha SI. Znannia istorii tuberkulozu–zaporuka uspihku i zasterezhennia vid pomylok. Bulletin of Social Hygiene and Health Protection Organization of Ukraine. 2019; 4 (82): 94-99. [In Ukrainian].

Мета – оцінити санітарно-освітній рівень поінформованості населення про туберкульоз.

Матеріали і методи. Опитано 152 особи переважно молодого і середнього віку, з них 71% жіночої і 29% чоловічої статі, за допомогою складеною нами анкети, яка містила 28 питань, що детально відображали знання респондента про туберкульоз. Методи дослідження: бібліосемантичний, соціологічний, аналітичний, статистичний.

Результати. Результати анкетування показали непогану поінформованість населення про туберкульоз. 50,7% респондентів вважають, що в Україні зараз є епідемія туберкульозу, а 53,9% – що ця хвороба супроводжує людство з давніх-давен. 88,2% опитаних назвали основним симптомом захворювання кашель, більше половини назвали також інші клінічні вияви. 84,2% опитаних правильно назвали збудника туберкульозу, а 90% знають, що захворює може кожен. 42% респондентів вважають, що будь-яка форма туберкульозу заразна, 53% – що лише легенева. 92,1% респондентів знають, що туберкульозом найчастіше можна інфікуватися повітряно-краплинним шляхом у місцях, де є багато людей і закриті приміщення або де є хворі люди, які кашляють та чихають, тощо. 89,5% називають цю хворобу небезпечною для всіх, але лише 6,6% вважають, що частіше хворіють люди з групи ризику. Згідно з результатами опитування, 63% респондентів дбають про своє здоров'я і проходять ФГ один раз на рік. Про вакцину БЦЖ правильно відповіли 70% опитаних.

Висновки. Проведене дослідження свідчить про не зовсім достатню санітарно-просвітницьку роботу медиків, і насамперед лікарів-фтизіатрів, щодо інформування населення про основні проблеми туберкульозу, яку необхідно посилити.

Ключові слова: туберкульоз, анкетування, обізнаність населення.

Purpose is to assess the sanitary and educational level of the population's awareness of tuberculosis.

Materials and methods. 152 people, mostly young and middle-aged, of whom 71% were female and 29% were male, were interviewed using a questionnaire prepared by us, which contained 28 questions that detailed the respondent's knowledge about tuberculosis. Research methods: bibliosemantic, sociological, analytical, statistical.

Results. The results of the survey showed a good level of public awareness of tuberculosis. 50.7% of respondents believe that there is currently a tuberculosis epidemic in Ukraine, and 53.9% believe that this disease has accompanied humanity since ancient times. 88.2% of respondents named cough as the main symptom of the disease, more than half also named other clinical manifestations. 84.2% of respondents correctly named the causative agent of tuberculosis, and 90% know that anyone can get sick. 42% of respondents believe that any form of tuberculosis is contagious, 53% believe that only pulmonary tuberculosis is contagious. 92.1% of respondents know that tuberculosis can most often be infected by airborne droplets in places where there are many people and closed premises, or where there are sick people who cough and sneeze, etc. 89.5% call this disease dangerous for everyone, but only 6.6% believe that people from the risk group get sick more often. According to the survey, 63% of the respondents take care of their health and undergo physical examination once a year. 70% of respondents answered correctly about the BCG vaccine.

Conclusions. The conducted research shows that the sanitary and educational work of doctors, and first of all phthisis doctors, is not quite sufficient in informing the population about the main problems of tuberculosis, which needs to be strengthened.

Key words: tuberculosis, questionnaires, public awareness.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Данилюк Ганна Василівна – студентка ІІ курсу медичного факультету Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України; майдан Волі, 1, м. Тернопіль, Україна, 46001.

danylyuk_ganvas@tdmu.edu.ua, ORCID ID 0009-0000-3251-8240

Корнага Світлана Іванівна – доктор медичних наук, професор, професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України; майдан Волі, 1, м. Тернопіль, Україна, 46001.

kornaha@tdmu.edu.ua, ORCID ID 0000-0002-6622-0503

Лотоцька Олена Володимирівна – доктор медичних наук, професор, професор кафедри загальної гігієни та екології Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України; майдан Волі, 1, м. Тернопіль, Україна, 46001.

lototska@tdmu.edu.ua, ORCID ID 0000-0002-1393-7914

Дудаш Г.В., Брич В.В.

Фактори, що впливають на формування культури здоров'я підлітків

Ужгородський національний університет,
м. Ужгород, Україна

Dudash H.V. Brych V.V.

Factors affecting the adolescents health culture formation

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

habriela.dudash@uzhnu.edu.ua, valeria.bruch@uzhnu.edu.ua

Вступ

Під поняттям «формування здорового способу життя» у міжнародній практиці прийнято розуміти процес застосування зусиль для сприяння збереженню здоров'я. Це зумовлює необхідність певної системи наукових знань, практичних умінь, індивідуальної стратегії поведінки, виховання ціннісного ставлення до особистого здоров'я, навчання управління власним здоров'ям [1]. Слід акцентувати увагу на формуванні здорового способу життя дітей та молоді, оскільки саме у цьому віці відбувається сприйняття певних норм та зразків поведінки, накопичення відповідних знань та вмінь, усвідомлення потреб та мотивів, визначення ціннісних орієнтацій, інтересів та уявлень [2].

Питання формування здорового способу життя (ФЗСЖ) та зміцнення здоров'я неодноразово висвітлювалися в багатьох наукових працях різних напрямів, а важливість виховання здорового способу життя актуалізували ще такі філософи, як Дж. Локк, А. Сміт, К. Гельвецій та інші [3]. Особливої актуальності у світі та Україні зокрема ці питання набули у другій половині ХХ століття [4]. А з початком воєнних дій росії проти України збереження і зміцнення здоров'я молодого покоління стало вкрай важливим, адже умови воєнних дій у країні створюють подвійне навантаження на підлітків, які перебувають у процесі формування особистості та потребують пильної уваги з боку суспільства [5]. Варто зазначити, що на тепер існує багато досліджень, які вивчають питання культури здоров'я підлітків. Зокрема, можна відзначити праці Т. Титаренко, О. Яременка, І. Беха, Т. Глазько, Т. Круцевич, Н. Пангелової, Н. Москаленко, С. Лапасенко. Загальні теоретичні питання здорового способу життя розглянуто в роботах Г. Апанасенка, С. Бондаревського, О. Дубогай, В. Платонова, О. Андрєєвої, І. Бакіко [6]. Психолого-педагогічні аспекти формування мотивації до здорового способу життя у дітей і молоді вивчали Т. Бойченко, Ю. Бойчук, Т. Круцевич, А. Міненко, М. Носко, В. Оржеховська, Н. Поліщук, С. Страшко [7].

Мета дослідження – проаналізувати наукові та літературні джерела щодо ймовірних факторів, які

впливають на переконання молоді, пов'язані зі здоров'ям, та формують у неї мотивацію до збереження і зміцнення власного здоров'я.

Об'єкт та методи дослідження

Для досягнення мети дослідження було використано бібліосемантичний метод та метод системного аналізу. Матеріалами дослідження стали результати досліджень, методичні напрацювання зарубіжних та вітчизняних учених з питань формування переконань та мотивації молоді до збереження здоров'я та здорового способу життя.

Результати дослідження та їх обговорення

Питання формування переконань щодо здорового способу життя завжди було актуальним та важливим у середовищі підлітків, оскільки вони потрапляють під небезпечний, руйнівний вплив соціального середовища, друзів, однолітків, часто завдаючи шкоди своєму здоров'ю. Водночас трансформація сучасних моделей поведінки зумовлює зміну базових цінностей, моральних орієнтацій та планування життя й діяльності у підлітковому середовищі. Підлітки стають дедалі більш самостійними, на їхнє життя впливає безліч найрізноманітніших факторів, які створюють власну соціальну проактивність, зорієнтовану на засвоєння важливих моделей та зразків поведінки й цінностей, на побудову стосунків з дорослими та однолітками [8].

Важливими факторами розв'язання актуальних завдань збереження здоров'я молоді О.Б. Мехед та співавтори вважають формування на різних етапах розвитку особистості пріоритету здоров'я, виховання у молодих людей мотивації до здорового способу життя, а також уміння використовувати здобуті знання у повсякденній діяльності [7].

З метою збереження та зміцнення здоров'я дітей і молоді та підвищення потенціалу суспільства нашої країни 11 листопада 2020 р. на засіданні уряду була схвалена Національна стратегія державної молодіжної політики до 2030 року, де серед інших напрямів

промоції здоров'я визначено формування навичок здорового способу життя, розвиток та збереження фізичної культури, культури здорового харчування та психогігієни [9]. З метою реалізації вказаних завдань необхідні заходи з розвитку культури, спрямованої на охорону і збереження здоров'я, з одночасним активним залученням представників молоді.

З огляду на залежність стану здоров'я людини від вибраного нею способу життя, саме здоровий спосіб життя має стати пріоритетним. Проте в українському суспільстві він все ще не є загальноприйнятим. Ймовірно, це пов'язано з особливостями механізму формування здорового способу життя на рівні суспільства – створення умов для окремих осіб, груп людей, громад позитивно впливати на проблеми здоров'я [7].

Висновки, зроблені групою науковців, свідчать про те, що найбільш сприятливим для розвитку особистості є дитячий, підлітковий та ранній юнацький вік [10]. Зміни організму у цей період стають основою для формування їхньої об'єктивної та суб'єктивної готовності до повноцінного життя в суспільстві. Саме в дитячі та юнацькі роки закладаються основи майбутньої життєвої позиції людини [11].

Автори концепції «когнітивних медіаторів» Л. Шайер та Г. Дж. Ботвін відзначають той факт, що переконання і судження підлітків суттєво трансформують вплив, здійснений на них батьками, вчителями та однолітками, і виступають або як фактори ризику, або як захисні фактори. Такі когнітивні медіатори включають у свою структуру: суб'єктивну норму (уявлення дитини про поведінкові норми значущих для неї людей), самоефективність (усвідомлення власної важливості, здатність чинити опір впливу інших) [12].

У підлітковому віці діти копіюють дорослих, наслідують їхню поведінку, вчинки, манери. Для підлітків характерна залежність від «ритуалів» свого близького оточення, що робить його важливим фактором їх виховання. Г.М. Педоренко вказує, що внутрішній світ несформованої особистості будується на базі поглинутих ззовні компонентів. А, зважаючи на властиве підліткам групування, активна участь у вуличних компаніях часто стає поштовхом до копіювання нездорової поведінки інших [3].

У молодіжному середовищі ціннісні орієнтації щодо власного здоров'я змінюються залежно від характеру ідеалів та авторитетів, що визначають вектори спрямувань у духовному світі конкретної групи молодих людей [7]. Отже, підлітковий вік є дуже вразливим до зовнішнього впливу, тому молодь піддається соціальним стереотипам, залежить від думки оточення, що і формує її стиль життя та поведінку. Підлітки можуть переймати як позитивну, так і негативну практику через різні сфери впливу. Позитивний вплив дозволяє розвивати соціальні навички, знаходити підтримку та коло однодумців, а негативний – створює можливості проявів нав'язаної неформальною групою асоціальної поведінки та формування хибної системи цінностей [13].

Важливу роль у формуванні культури здоров'я та способу життя, безумовно, відіграє родина. Для сімей характерна ця роль з різним ступенем ефективності, а успіх цього процесу залежить від рівня виховного потенціалу сім'ї. Показниками виховного потенціалу виступають сімейні цінності, зокрема: орієнтації на спосіб життя, дозволя, характер і зміст дозволя, зовнішнього й особистісного спілкування, потреби, інтереси, установки, мотиви виконання соціокультурних функцій та інші можливості «соціальної участі» в справах суспільства і держави [3]. Саме у родині дитина здобуває знання про навколишній світ та формує переконання, які часто супроводжують людину протягом усього життя. Г.М. Педоренко наголошує, що діти особливо сприйнятливі до позитивної поведінки батьків, укладу життя сім'ї, а особистий приклад батька і матері щодо здорового способу життя якраз і формує позитивні переконання дитини щодо власного здоров'я [3].

Отже, провідну роль у вихованні здорового способу життя дитини виконують батьки або особи, які їх замінюють. З раннього віку вони зобов'язані за допомогою ігор, бесід та власного прикладу виховувати у дітей активне ставлення до збереження та зміцнення власного здоров'я, формувати розуміння здоров'я як найбільшої цінності [3].

Систематизоване формування корисних для індивідуума і суспільства мотивів поведінки, зокрема і щодо здорового способу життя, відбувається також під час освітнього процесу [12]. Найбільш доцільними для формування мотивації до здорового способу життя підлітків є профілактичний та інформаційний напрями соціально-педагогічної діяльності [14].

Сучасні дослідники змісту соціально-педагогічної діяльності щодо формування мотивації підлітків до здорового способу життя наголошують на таких видах діяльності: вивченні ситуації, аналізі, підборі ресурсів та персоналу, допомозі груп взаємопідтримки, гуртковій роботі, інформуванні [8]. Для формування здорового способу життя в освітньому середовищі можливе застосування різних педагогічних технологій з тренінговими компонентами, проведення заходів контролю і профілактики здоров'я учнів, здійснення виховних заходів (пізнавальних, спортивно-змагальних, превентивного напрямку), організація роботи з батьками щодо вироблення позитивної мотивації до здорового способу життя, реалізація проєктів, спрямованих на формування культури здоров'я [3].

Основними проблемами у формуванні переконань щодо власного здоров'я часто стають неготовність до адекватного з психологічної точки зору сприйняття школярами інформації про важливість дбайливого ставлення до свого здоров'я та слабка розробленість програми інформування щодо здорового способу життя відповідно до вікових та індивідуальних психологічних характеристик особистості кожного окремого школяра.

Ураховуючи багаторічні дослідження в цій сфері, слід відзначити, що підлітків насамперед цікавить

інформація про здоровий спосіб життя та способи покращення власної фізичної привабливості, значно менше – застереження щодо факторів ризику. Хоча слід наголосити, що впродовж останніх років якісно покращилось знання підлітків щодо статевої поведінки, хвороб, що передаються статевим шляхом, та засобів контрацепції [12].

В Україні систематичне формування у школярів певної інформаційної бази з питань здоров'я почалося лише після 2000-х років з уведенням навчального предмета «Основи здоров'я». Про те, що сучасні підлітки ще дуже слабо володіють елементарними медичними знаннями, свідчать результати досліджень 2017 року «Проблеми моніторингу здоров'язберігаючої компетентності сучасних підлітків» [15]. Система гігієнічного виховання в сучасних закладах середньої освіти покращує знання школярів щодо здоров'я, але не забезпечує стійкість здоров'язберігаючої поведінки [16].

Примушування дитини чи молодої людини до здорового способу життя суперечить їхнім правам, визначеним Конвенцією ООН про права людини та Конституцією України. Необхідно забезпечити багатфакторний підхід, який дозволить усвідомити цінності здоров'я та мотивує до зміни поведінки і формування впевненості у власній здатності здійснити ці зміни [8]. Методичною основою формування позитивної мотивації до здорового способу життя у дітей є гуманістичний підхід, який передбачає вплив на особистість через: навчання (набуття знань, умінь, навичок); виховання (підняття самооцінки, формування життєвих і соціальних навичок); роботу з батьками (ефективна співпраця); дружню співпрацю вчителя й учнів (добрі стосунки, позитивний мікроклімат) [3].

Формування позитивної мотивації до здорового способу життя має бути невід'ємним складником діяльності і професійної компетентності педагога незалежно від спеціальності. Під впливом мотиваційної роботи вчителя на різних навчальних дисциплінах можна сформувавши інтерес і звичку до самостійного ведення здорового способу життя, які будуть ґрунтуватися на значущості їхнього здоров'я, творчого довголіття, гармонійного розвитку особистості, фізичної підготовленості, громадської активності та інших цінностей здорового способу життя [7].

Неабияку роль у формуванні здорового способу життя відіграють засоби масової інформації [17]. З початку XXI століття розпочалася революція у ЗМІ, дедалі більшої ваги набули цифрові засоби комунікації та онлайн-медіа [18]. Молода людина, сприймаючи інформацію, засвоює певний стереотип життя: спосіб і стиль життя, тип поведінки тощо. За даними наукового дослідження «Ціннісні орієнтації молоді» Українського інституту соціальних досліджень, на першому місці серед форм проведення дозвілля підлітків – перегляд телепередач: 80% молоді віком від 10 до 18 років дивляться телевизор щоденно, 25% – слухає радіо. Серед друкованих видань, яким віддає перевагу

сучасна українська молодь, досить поширеними виявилися періодичні видання (70% опитаних заявили, що читають їх часто). Тут перше місце посідають журнали розважального та інформаційного профілю (38%) і газети (36%), водночас 16% молодих людей заявили, що читають газети щоденно, 33% – два-три рази на тиждень, 20% – раз на тиждень, 24% – лише випадково. І лише 6% практично не читають газет [2].

Окремо варто зазначити рекламу, зокрема соціальну рекламу, які набули величезного розмаху і стали одним з основних засобів стимуляції споживання товарів та послуг. Вони не тільки беруть участь у формуванні споживчих потреб членів суспільства, але й мають певний вплив на всю життєдіяльність людини. Західними вченими доведено, що реклама, як механізм переконання, впливає на цінності та спосіб життя людини. Отже, важливим аспектом формування здоров'язберігаючої культури підлітків є інформування про чинники ризику для здоров'я та мотивації до здорового способу життя через використання засобів масової інформації (телебачення, інтернет, радіо, друковані видання), зовнішньої реклами, творів мистецтва (кіно, театр, книги), підручників та навчальних посібників [19].

Науковцями визначено, що поява нових каналів поширення інформації створила нові можливості поширення інформації та досягнення нею цільової аудиторії. Проте вони зазначають, що через виникнення великої кількості незалежних комунікаторів збільшується поширення інформаційного «шуму» та неправдивих новин та чуток. Дослідник D. Phillips наголошує на важливості використання сучасних технологій задля сприяння та розвитку ефективних комунікацій, а саме вони дозволяють ухвалювати ефективні рішення для моніторингу та оцінки в комунікації з цільовою аудиторією в мережі Інтернет [20].

Велике значення має не лише промоція позитивної поведінки, а й мінімізація демонстрації на телебаченні, в інших засобах масової інформації, а також у творах мистецтва прикладів нездорового способу життя. Певний час поширеною моделлю роботи щодо формування здорового способу життя було надання інформації про негативний вплив шкідливих звичок на здоров'я. Однак наявність знань у підлітків про ризики для здоров'я не гарантує бажаної поведінки і не завжди впливає на ставлення й мотивацію в цілому [21].

Актуальним та перспективним є залучення молоді до самостійного ведення здорового способу життя, яке формує їхню ціннісну систему та зміцнює здоров'я. Успішна діяльність щодо інформованості молоді про стан власного здоров'я пов'язана з потребою пошуку нетрадиційних, оригінальних ідей, розроблення інформаційних матеріалів, пошуку методів і форм доведення інформації [7].

Перспективи подальших досліджень полягають у більш детальному вивченні кожного з ймовірних факторів впливу на формування переконань у підлітків щодо здорового способу життя.

Висновки

На основі проведеного аналізу наукових джерел з проблеми дослідження визначено, що формування культури здоров'я у підлітків було актуальним з давніх часів і залишилося таким до сьогодні. Визначено, що дитячий та підлітковий вік є найбільш сприятливим для формування цінностей та переконань у тому числі щодо культури здоров'я. На формування у підлітків переконань може впливати ряд факторів: родина (культура здоров'я у сім'ї), середовище (авторитет друзів, однолітків), інтернет ресурси (соціальні мережі,

контент, блогери, публічні діячі чи активісти), ЗМІ, освітній заклад (вихователі, вчителі; навчання, виховання в учнів позитивного ставлення до власного здоров'я). Системний підхід до розв'язання проблеми підтримання здоров'я означає залучення до вирішення зазначеної проблеми галузі не лише охорони здоров'я, але й освіти, культури, соціальної роботи тощо. Важливим у дотриманні молоді здоров'язберігаючої поведінки є також створення сприятливих умов для формування особистого бажання вести здоровий спосіб життя та визнання власного здоров'я найбільшою цінністю.

Література

1. Andrew MB, Joanne EJ. The importance of health literacy in physiotherapy practice. *Journal of Physiotherapy*. 2010;56 (3):149-151. doi: [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(10\)70018-7](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(10)70018-7)
2. Башара ДІ. Роль соціального працівника у формуванні здорового способу життя підлітків [магістерська робота]. Миколаїв: ЧНУ ім. Петра Могили; 2023. 90 с.
3. Педоренко ГМ. Формування навичок здорового способу життя підлітків. 2022. с. 2-17. Доступно на: <https://nenc.gov.ua/education/wp-content/uploads/2022/10/Pedorenko.pdf>
4. Овчарук В. Здоров'я, здоров'язбереження та здоров'язберігаюча компетентність у контексті поглядів вітчизняних та зарубіжних вчених. *Порівняльна професійна педагогіка*. 2018; 8(4):98-105.
5. Карпова ОЮ. Особливості поведінки підлітків під час війни. *У: Освіта і наука – 2023; 3-7 квіт. 2023; Київ*. Київ: УДУ імені Михайла Драгоманова; 2023. с. 113-114.
6. Марченко О, Бричук М. Характерні особливості ставлення до власного здоров'я та вибору факторів здорового способу життя школярів різного віку. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія*. 2023;1:62-69. doi: <https://doi.org/10.32652/spmed>
7. Мехед ОБ, Рябенко СВ, Жара ПІ. Аналіз факторів, що впливають на формування здорового способу життя молоді. *Сучасні проблеми здоров'я та здорового способу життя у педагогічній освіті*. 2019;3(159):262-266. doi: 10.5281/zenodo.3477733
8. Даниленко АВ. До питання про формування у підлітків мотивації до здорового способу життя. *У: Соціальна робота в громаді: сучасні виклики та перспективи розвитку; 24 берез. 2023; Дніпро*. Дніпро: ДНУ імені Олесея Гончара; 2023. 288 с.
9. Про Національну молодіжну стратегію до 2030 року, Указ Президента України № 94/2021 [Інтернет], 12 берез. 2021 [цитовано 15 верес. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/94/2021#n13>
10. Сухомлинська ОВ. Нариси історії українського шкільництва. Київ: Заповіт; 2006. 304 с.
11. Боецька АС. Особливості діяльності з формування здорового способу життя учнів в умовах нової української школи. *У: Науковий вимір соціально-педагогічних проблем сьогодення; 25 травня 2022; м. Ніжин (Україна)*. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя; 2022. с. 139-141.
12. Сергета ІВ., Теклюк РВ. Провідні компоненти індивідуальної концепції здоров'я у контексті формування здоров'язберігаючої компетентності дівчат і юнаків. *Гігієна населених місць*. 2022; 72: 152-161. <https://doi.org/10.32402/hygiene2022.72.152>
13. Ткачук ЮМ. Вплив неформальних підліткових груп на особистісний розвиток підлітка [курсова робота в Інтернеті]. Київ: Київ. нац. лінгв. ун-т; 2023 [цитовано 15 верес. 2023]. 48 с. Доступно на: <http://rep.knlu.edu.ua/xmlui/handle/78787878/4227>
14. Зимівець НВ. Соціально-педагогічні технології формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді [дисертація в Інтернеті]. Київ: Інститут проблем виховання Академії педагогічних наук України; 2008 [цитовано 15 верес. 2023]. 247 с. Доступно на: <https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/1574>.
15. Теклюк РВ, Сергета ІВ. Проблеми моніторингу здоров'язберігаючої компетентності сучасних підлітків. *Довкілля та здоров'я*. 2019;1(90):17-22. doi: 10.32402/dovkil2019.01.017
16. Koreniev MM, Danylenko NM. Health of school-aged children: problems and solutions. *Journal of the Academy of Medical Sciences of Ukraine*. 2007;3:526-32.
17. Вакулєнко ОВ. Здоровий спосіб життя як соціально-педагогічна умова становлення особистості у підлітковому віці [автореферат дисертації]. Київ: Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова; 2001. 20 с.
18. Kazokiene L, Stravinskiene J. Criteria for the evaluation of Public Relations effectiveness. *Engineering Economics*. 2011;22.1.:91-105.
19. Крупник З. Здоров'язберігаюча культура підлітків як необхідна умова їх особистісного становлення. *Communication as a factor of transparency of social interaction: psychological, historical, legal, economic and political dimensions*. 2022. с. 137-144.
20. Campbell S, Campbell-Phillips S, Phillips D. Lack of Communication between Management and Employees. *SIASAT*. 2020; 5.3.:32-39.
21. Спіріна ТП. Формування мотивації до здорового способу життя у підлітків як соціально-педагогічна проблема. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка [Інтернет]*. 2012 [цитовано: 31 серп. 2023]. с. 193-201. Доступно на: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vlup_2012_22%288%29__26

References

1. Andrew MB, Joanne EJ. The importance of health literacy in physiotherapy practice. *Journal of Physiotherapy*. 2010;56(3):149-151. doi: [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(10\)70018-7](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(10)70018-7)
2. Bashara DI. Rol sotsialnoho pratsivnyka u formuvanni zdorovoho sposobu zhyttya pidlitkiv. [The role of a social worker in the formation of a healthy lifestyle for teenagers] [master thesis]. Mykolaiv: CHNU named after Peter Mohyla; 2023. 90 p. (in Ukrainian).
3. Pedorenko HM. Formuvannya navychok zdorovoho sposobu zhyttya pidlitkiv. [Formation of healthy lifestyle skills of teenagers]. 2022:2-17. Available at: <https://nenc.gov.ua/education/wp-content/uploads/2022/10/Pedorenko.pdf> (in Ukrainian).
4. Ovcharuk V. Zdorov'ya, zdorov'yazberezhennya ta zdorov'yazberihayucha kompetentnist' u konteksti pohlyadiv vitchyznyanykh ta zarubizhnykh vchenykh. [Health, health care and health care competence in the context of views of domestic and foreign scientists]. *Porivnyalna profesiyna pedahohika*. 2018;8(4):98-105 (in Ukrainian).
5. Karpova OYu, Lupiyko LV. Osoblyvosti povedinky pidlitkiv pid chas viyny. [Peculiarities of the behavior of teenagers during the war]. In: *Education and science – 2023; 2023 Kvit 3-7*; Kyiv. Kyiv: UDU imeni Mykhayla Drahomanova; 2023, s. 113-114 (in Ukrainian).
6. Marchenko O. Kharakterni osoblyvosti stavlennya do vlasnoho zdorov'ya ta vyboru faktoriv zdorovoho sposobu zhyttya shkolnyariv riznoho viku. [Characteristic features of attitude to own health and choice of healthy lifestyle factors of schoolchildren of different ages]. *Sportyvna medytsyna, fizychna terapiya ta erhoterapiya*. 2023;1:62-69. doi: <https://doi.org/10.32652/spmed.2023.1.62-69> (in Ukrainian).
7. Mekhed OB, Ryabchenko SV, Zhara HI. Analiz faktoriv, shcho vplyvayut' na formuvannya zdorovoho sposobu zhyttya molodi. [Analysis of factors affecting the formation of a healthy lifestyle of young people]. *Suchasni problemy zdorov'ya ta zdorovoho sposobu zhyttya u pedahohichniy osviti*. 2019;3(159):262–266. doi: [10.5281/zenodo.3477733](https://doi.org/10.5281/zenodo.3477733) (in Ukrainian).
8. Danylenko AV. Do pytannya pro formuvannya u pidlitkiv motyvatsiyi do zdorovoho sposobu zhyttya. [To the question of the formation of teenagers' motivation for a healthy lifestyle]. In: *Sotsial'na robota v hromadi: suchasni vyklyky ta perspektyvy rozvytku; 2023 Berez. 24*; Dnipro. Dnipro: DNU imeni Olesya Honchара; 2023. 288 s. (in Ukrainian).
9. Pro Natsional'nu molodizhnu stratehiyu do 2030 roku [Decree of the President of Ukraine On the National Youth Strategy until 2030], Ukaz Prezidenta Ukrayiny № 94/2021 [Інтернет], 2021 Beres. 12 [cited 15 Veres. 2023]. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/94/2021#n13> (in Ukrainian).
10. Sukhomlyns'ka OV. Narysy istoriyi ukrayins'koho shkil'nytstva. [Essays on the history of Ukrainian schooling]. Kyiv: Zapovit, 2006. 304 s. (in Ukrainian).
11. Boyets'ka AS. Osoblyvosti diyal'nosti z formuvannya zdorovoho sposobu zhyttya uchniv v umovakh novoyi ukrayins'koyi shkoly. [Peculiarities of activities for the formation of a healthy lifestyle of students in the conditions of the new Ukrainian school]. In: *Naukovyy vymir sotsial'no-pedahohichnykh problem s'ohodennya; 2022 Trav. 25*; Nizhyn (Ukraine). Nizhyn: NDU im. M. Hoholya; 2022:139-141 (in Ukrainian).
12. Serheta IV, Teklyuk RV. Providni komponenty indyvidual'noyi kontseptsiyi zdorov'ya u konteksti formuvannya zdorov'yazberihayuchoyi kompetentnosti divchat i yunakiv. [Leading components of the individual concept of health in the context of the formation of health-preserving competence of girls and boys]. *Hihiyena naselenykh mist'.* 2022;72:152-161. doi: [10.32402/hygiene2022.72.152](https://doi.org/10.32402/hygiene2022.72.152) (in Ukrainian).
13. Tkachuk YM. Vplyv neformal'nykh pidlitkovykh hrup na osobystisnyy rozvytok pidlitka. [The influence of informal teenage groups on the personal development of a teenager]. [term paper]. Kyiv: Kyiv. national language Univ; 2023. 48 p. Available at: <http://rep.knlu.edu.ua/xmlui/handle/787878787/4227> (in Ukrainian).
14. Zymivets' NV. Sotsial'no-pedahohichni tekhnolohiyi formuvannya vidpovidal'noho stavlennya do zdorov'ya v uchniv'skoyi molodi. [Socio-pedagogical technologies of forming a responsible attitude to health among schoolchildren] [dissertation on the Internet]. Kyiv: Instytut problem vykhovannya Akademiyi pedahohichnykh nauk Ukrayiny; 2008. 247 s. [cited 15 Veres. 2023]. Available at: <https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/1574> (in Ukrainian).
15. Teklyuk RV, Serheta IV. Problemy monitorynhu zdorov'yazberihayuchoyi kompetentnosti suchasnykh pidlitkiv. [Problems of monitoring the health-preserving competence of modern teenagers]. *Dovkillya ta zdorov'ya*. 2019;1(90):17-22 p. doi: [10.32402/dovkil2019.01.017](https://doi.org/10.32402/dovkil2019.01.017) (in Ukrainian).
16. Koreniev MM, Danylenko HM. Zdorov'ya ditey shkil'noho viku: problemy ta shlyakhy vyrishennya. [Health of school-aged children: problems and solutions]. *Journal of the Academy of Medical Sciences of Ukraine*. 2007;3:526-32 (in Ukrainian).
17. Vakulenko OV. Zdorovyy sposib zhyttya yak sotsial'no-pedahohichna umova stanovlennya osobystosti u pidlitkovomu vitsi [avtoreferat dysertatsiyi]. [A healthy lifestyle as a socio-pedagogical condition of personality formation in adolescence]. Kyiv: Natsional'nyy pedahohichnyy universytet imeni M.P. Drahomanova; 2001. 20 s. (in Ukrainian).
18. Kazokiene L, Stravinskiene J. Criteria for the evaluation of Public Relations effectiveness. *Engineering Economics*. 2011;22.1:91-105.
19. Krupnyk Z. Zdorov'yazberihayucha kul'tura pidlitkiv yak neobkhidna umova yikh osobystisnoho stanovlennya. [Health-preserving culture of adolescents as a necessary condition for their personal development]. *Communication as a factor of transparency of social interaction: psychological, historical, legal, economic and political dimensions*. 2022:137-144 (in Ukrainian).
20. Campbell S, Campbell-Phillips S, Phillips D. Lack of Communication between Management and Employees. *SIASAT*. 2020;5.3:32-39.
21. Spirina TP. Formuvannya motyvatsiyi do zdorovoho sposobu zhyttya u pidlitkiv yak sotsial'no-pedahohichna problema. [Formation of motivation for a healthy lifestyle in teenagers as a socio-pedagogical problem]. *Visnyk Luhans'koho natsional'noho universytetu imeni Tarasa Shevchenka*. 2012:193-201. Available at: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vlup_2012_22%288%29_26 (in Ukrainian).

Мета – проаналізувати наукові та літературні джерела щодо ймовірних факторів, що впливають на переконання молоді, пов'язані зі здоров'ям, та формують у неї мотивацію до збереження і зміцнення власного здоров'я.

Матеріали та методи. Для досягнення мети дослідження було використано бібліосемантичний метод та метод системного аналізу. Матеріалами дослідження стали результати досліджень, методичні напрацювання зарубіжних та вітчизняних учених з питань формування переконань та мотивації молоді до збереження здоров'я та здорового способу життя.

Результати. Визначено, що дитячий та підлітковий вік є найбільш сприятливим для формування цінностей та переконань у тому числі щодо культури здоров'я. На формування переконання щодо здоров'я у підлітків впливають: батьки або особи, які їх замінюють, друзі, вихователі, вчителі, інформація зі ЗМІ, соціальних мереж, інтернету.

Висновки. Для формування позитивних переконань підлітків щодо здоров'я необхідний системний підхід та залучення до вирішення означеної проблеми галузі не лише охорони здоров'я, але й освіти, культури, соціальної роботи тощо. Важливим є також створення сприятливих умов для формування позитивної поведінки у підлітків щодо власного здоров'я.

Ключові слова: підлітки, здоровий спосіб життя, переконання, культура здоров'я, фактори поведінки.

Purpose is to analyze scientific and literary sources regarding probable factors that influence beliefs about health among young people and form their motivation to preserve and strengthen their own health.

Materials and methods. To achieve the goal of the research, the bibliosemantic method and the method of system analysis were used. The materials of the research were the results of research, the methodological work of foreign and domestic scientists on the issues of forming beliefs and motivating young people to maintain health and a healthy lifestyle.

Results. It was determined that childhood and adolescence are the most favorable for the formation of values and beliefs, including regarding the culture of health. The formation of beliefs about health among teenagers is influenced by: parents or persons who replace them, friends, educators, teachers, information from the mass media, social networks, and the Internet.

Conclusions. In order to form positive beliefs of adolescents regarding health, a systematic approach is necessary and the involvement of not only the health care sector, but also education, culture, social work, etc. It is also important to create favorable conditions for the formation of positive behavior in adolescents regarding their own health.

Key words: adolescents, healthy lifestyle, beliefs, health culture, behavioral factors.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Дудаш Габрієлла Василівна – аспірант освітньо-наукової програми «Громадське здоров'я» Ужгородського національного університету; вул. Митна, 29, м. Ужгород, Україна, 88000.
habriela.dudash@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0001-5801-5588

Брич Валерія Володимирівна – доктор медичних наук, доцент, професор кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання Ужгородського національного університету; вул. Митна, 29, м. Ужгород, Україна, 88000.
valeria.bruch@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0003-3741-6002

Картавцев Р.Л.

Рівень використання національного класифікатора медичних виробів під час закупівлі медичних виробів у закладах охорони здоров'я України: за даними соціологічного дослідження

Державне підприємство «Політехмед»,
м. Київ, Україна

Kartavtsev R.L.

Level of application of the national classifier of medical devices in the procurement of medical devices in health care institutions of Ukraine: according to a sociological study

State Ukrainian Association "Polytechmed",
Kyiv, Ukraine

badsantar@gmail.com

Вступ

З метою уніфікації технічної, економічної інформації, ідентифікації медичних виробів в Україні відповідно до загальновідомих міжнародних дескрипторів у 2019 році на державному рівні було затверджено «Класифікатор медичних виробів» у новій редакції НК 024:2022 [1]. Класифікатор НК 024:2022 включає систематизований перелік найменованих об'єктів, кожному з яких присвоєно унікальний код. Необхідно зазначити, що об'єктами класифікації є медичні вироби, на які поширюється дія Технічного регламенту щодо медичних виробів, який затверджено постановою КМУ від 02.10.2013 № 753 [2], Технічного регламенту щодо медичних виробів для діагностики *in vitro*, який затверджено постановою КМУ від 02.10.2013 № 754 [3], Технічного регламенту щодо активних медичних виробів, які імплантують, затвердженого постановою КМУ від 02.10.2013 № 755 [4]. Визначено сферу застосування класифікатора, а саме:

1) НК 024:2022 призначений для застосування органами державної влади, органами місцевого самоврядування, закладами охорони здоров'я, виробниками медичних виробів, іншими підприємствами, установами та організаціями;

2) НК 024:2022 може використовуватись у процесі публічних закупівель для опису в договорах (контрактах) предмета публічних закупівель, забезпечення прозорості процедур закупівель медичних виробів за бюджетні кошти, створення ефективного конкурентного середовища у сфері публічних закупівель, сприяння виходу на світовий ринок медичних виробів вітчизняного виробництва.

Мета дослідження – з'ясувати рівень використання Національного класифікатора медичних виробів у процесі закупівлі медичних виробів у закладах охорони здоров'я України.

Матеріали та методи дослідження

Матеріали: нормативно-правові документи, наукова література, результати соціологічного дослідження серед 324 керівників закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги: 98 генеральних директорів, 121 медичний директор, 24 заступники генеральних директорів з економічних питань, 81 голова тендерних комітетів закладів охорони здоров'я. Активність респондентів склала 72,0% (роздано 450 анкет). *Методи:* бібліосемантичний, соціологічний, медико-статистичний, структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Відповідно до програми дослідження було проведене соціологічне дослідження серед організаторів охорони здоров'я. Під час дослідження забезпечено збереження конфіденційності інформації про респондентів. Участь у дослідженні була добровільною.

Результати дослідження зведені в таблиці та статистично опрацьовані. Отримані після статистичної обробки дані наведено в таблиці 1.

Аналіз отриманих у процесі дослідження та наведених в таблиці даних вказує на те, що різні категорії організаторів охорони здоров'я, яких безпосередньо стосується закупівля медичних виробів, недостатньо ознайомлені з такими нормативними документами, як Класифікатор медичних виробів НК 024:2022, Наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі України та Міністерства охорони здоров'я України «Про інформаційну взаємодію між Класифікатором медичних виробів НК 024:2019 та електронною системою закупівель», Методичні рекомендації «Класифікація медичних виробів».

Враховуючи, що обов'язковою умовою укладання угод між закладом охорони здоров'я та Національною службою здоров'я України є відповідність

Таблиця 1

Результати анкетування організаторів охорони здоров'я закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги

Показник	Генеральний директор (головний лікар), n=98		Медичний директор (заступник з лікувальної роботи), n=121		Заступник головного лікаря з економічних питань, n=24		Голова тендерного комітету, n=81	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
ОЗНАЙОМЛЕННЯ ІЗ ЗАКОНОДАВЧИМИ АКТАМИ								
Класифікатор медичних виробів НК 024:2022								
детально ознайомлений	14	14,3	17	14,0	6	25,0	11	13,6
частково ознайомлений	56	57,1	85	70,3	16	66,7	70	86,4
не ознайомлений	28	28,8	19	15,7	2	8,3	-	-
Наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі України та Міністерства охорони здоров'я України «Про інформаційну взаємодію між Класифікатором медичних виробів НК 024:2019 та електронною системою закупівель»								
детально ознайомлений	3	3,1	5	4,1	3	12,5	76	93,8
частково ознайомлений	21	21,4	37	30,6	18	75,0	5	6,2
не ознайомлений	74	75,5	79	65,3	3	12,5	-	-
Класифікація медичних виробів. Методичні рекомендації. ДП «ІЮЛТЕХМЕД» МОЗ України, Київ, 2020								
детально ознайомлений	23	23,5	23	19,0	5	20,8	74	91,4
частково ознайомлений	44	44,9	79	65,3	16	66,7	7	8,6
не ознайомлений	31	31,6	19	15,7	3	12,5	-	-
Технічний регламент щодо медичних виробів, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 753								
детально ознайомлений	2	2,0	2	1,6	-	-	-	-
частково ознайомлений	9	9,2	6	5,0	13	54,2	62	76,5
не ознайомлений	87	88,8	113	93,4	11	45,8	19	23,5
ОЦІНКА ВІДПОВІДНОСТІ ВИМОГ ДО ОБЛАДНАННЯ СПЕЦИФІКАЦІЇ НАДАВАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ, ВИЗНАЧЕНИХ НАСТУПНИМИ ПАКЕТАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗА ПРОГРАМОЮ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ, «КЛАСИФІКАТОРУ МЕДИЧНИХ ВИРОБІВ» НК 024:2022								
Екстрена медична допомога								
відповідає	30	30,6	34	28,1	3	12,5	26	32,1
частково відповідає	29	29,6	26	21,5	15	62,5	45	55,6
практично не відповідає	2	2,0	3	2,5	-	-	-	-
не може визначитися	3	3,1	5	4,1	1	4,2	1	1,2
за даним пакетом заклад медичну допомогу не надає	34	34,7	53	43,8	5	20,8	9	11,1
Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах								
відповідає	12	12,2	9	7,5	1	4,2	12	14,8
частково відповідає	22	22,5	27	22,3	3	12,5	13	16,0
не може визначитися	5	5,1	4	3,3	1	4,2	2	2,5
практично не відповідає	-	-	2	1,6	-	-	-	-
за даним пакетом заклад медичну допомогу не надає	59	60,2	79	65,3	19	79,1	54	66,7
Стоматологічна допомога дорослим та дітям								
відповідає	5	5,1	3	2,5	-	-	3	3,7
частково відповідає	3	3,1	1	0,8	-	-	2	2,5
практично не відповідає	-	-	-	-	-	-	-	-
не може визначитися	6	6,1	-	-	-	-	-	-
за даним пакетом заклад медичну допомогу не надає	84	85,7	117	96,7	24	100,0	76	93,8
Мамографія								
відповідає	20	20,4	35	29,0	-	-	10	12,3
частково відповідає	4	4,1	5	4,1	-	-	4	4,9
практично не відповідає	-	-	-	-	-	-	-	-
не може визначитися	-	-	-	-	-	-	-	-

Продовження таблиці 1

за даним пакетом заклад медичну допомогу не надає	74	75,5	81	66,9	24	100,0	67	82,8
Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи								
Відповідає	12	12,3	9	7,5	1	4,2	4	4,9
частково відповідає	10	10,2	11	9,1	4	16,7	4	4,9
практично не відповідає	-	-	1	0,8	-	-	-	-
не може визначитися	2	2,0	2	1,6	-	-	1	1,2
за даним пакетом заклад медичну допомогу не надає	74	75,5	98	81,0	19	79,2	72	89,0
Стационарна паліативна медична допомога дорослим та дітям								
Відповідає	12	12,3	7	5,8	3	12,5	4	4,9
частково відповідає	17	17,3	13	10,7	2	8,3	7	8,6
практично не відповідає	-	-	4	3,3	1	4,2	1	1,2
не може визначитися	2	2,0	3	2,5	1	4,2	2	2,5
за даним пакетом заклад медичну допомогу не надає	67	68,4	94	77,7	17	70,8	67	82,8
ОЦІНКА РІВНЯ ЗАСТОСУВАННЯ «КЛАСИФІКАТОРА МЕДИЧНИХ ВИРОБІВ» НК 024:2022								
Застосування в процесі закупівлі медичних виробів «Класифікатора медичних виробів» НК 024:2022								
У процесі закупівлі медичних виробів включено за бюджетні кошти								
застосовує завжди	76	77,6	94	77,7	19	79,2	81	100,0
застосовує не завжди	19	19,4	23	19,0	3	12,5	-	-
не може визначитися	3	3,1	4	3,3	2	8,3	-	-
не застосовує	-	-	-	-	-	-	-	-
У процесі закупівлі медичних виробів за позабюджетні кошти								
застосовує завжди	70	71,4	111	91,7	22	91,7	81	100,0
застосовує не завжди	21	21,4	7	5,8	-	-	-	-
не може визначитися	7	7,1	3	2,5	2	8,3	-	-
не застосовує	-	-	-	-	-	-	-	-
Застосування в процесі закупівлі медичних виробів методичних рекомендацій «Про інформаційну взаємодію між Класифікатором медичних виробів НК 024:2019 та електронною системою закупівель»								
застосовує завжди	79	80,6	99	81,8	22	91,7	81	100,0
застосовує не завжди	14	14,3	13	10,7	-	-	-	-
не може визначитися	5	5,1	9	7,5	2	8,3	-	-
не застосовує	-	-	-	-	-	-	-	-
Вплив застосування Класифікатора медичних виробів НК 024:2019 на організаційну роботу в процесі закупівлі медичних виробів								
полетшує	80	81,6	103	85,2	17	70,8	74	91,4
не полетшує	7	7,1	7	5,8	-	-	-	-
не впливає	4	4,1	5	4,1	3	12,5	3	3,7
ускладнює	4	4,1	4	3,3	2	8,3	-	-
не може визначитися	3	3,1	2	1,6	2	8,3	4	4,9
Вплив застосування методичних рекомендацій «Про інформаційну взаємодію між Класифікатором медичних виробів НК 024:2019 та електронною системою закупівель» на організаційну роботу в процесі закупівлі медичних виробів								
полетшує	81	82,7	119	98,4	21	87,5	81	100,0
не полетшує	5	5,1	-	-	-	-	-	-
не впливає	4	4,1	-	-	-	-	-	-
ускладнює	-	-	-	-	-	-	-	-
не може визначитися	3	3,1	2	1,6	3	12,5	81	100,0

укомплектування закладу охорони здоров'я вимогам специфікації за відповідним пакетом медичних послуг, нами було досліджено відповідність вимог до обладнання специфікації надання медичних послуг, визначених 6 пакетами медичних послуг за програмою медичних гарантій, «Класифікатору медичних виробів» НК 024:2022.

За результатами оцінки, наданої опитаними організаціями охорони здоров'я, встановлена неповна відповідність цих нормативних документів, що ускладнює процес закупівлі закладами охорони здоров'я медичних виробів.

Далі вивчалось питання застосування організаціями охорони здоров'я закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги в процесі закупівлі медичних виробів Класифікатора медичних виробів та інформаційної системи забезпечення його використання за бюджетні та позабюджетні кошти. Під час дослідження встановлено, що тільки голови тендерних комітетів закладів охорони здоров'я застосовують у процесі закупівлі медичних виробів вказані документи. Про цьому всі опитані голови тендерних комітетів закладів охорони здоров'я зазначили,

що застосування Класифікатора медичних виробів та методичних рекомендацій «Про інформаційну взаємодію між Класифікатором медичних виробів НК 024:2019 та електронною системою закупівель» полегшує організаційну роботу в процесі закупівлі медичних виробів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані із застосуванням Класифікатора медичних виробів НК 024:2022 в процесі організації медичної допомоги населенню за окремими класами хвороб.

Висновки

Показано недостатній рівень знань керівників закладів охорони здоров'я з питань національного класифікатора медичних та механізмів його запровадження. Відповідно, цей класифікатор використовується ними у процесі закупівлі медичних виробів не на достатньому рівні.

Ефективне впровадження національного класифікатора медичних виробів у систему охорони здоров'я України потребує проведення додаткових організаційних заходів на галузевому та регіональному рівнях.

Література

1. Про затвердження національного класифікатора НК 24:2019 «Класифікатор медичних виробів», Наказ Міністерства економічного розвитку України № 159 [Інтернет], 05 лют. 2019 [цитовано 28 серп. 2023]. Доступно на: <https://www.dls.gov.ua/print-article/?pa=17537>
2. Технічний регламент щодо медичних виробів, Постанова Кабінету Міністрів України № 753 [Інтернет], 02 жовт. 2013 [цитовано 28 серп. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/753-2013-%D0%BF#Text>
3. Технічний регламент щодо медичних виробів для діагностики in vitro, Постанова Кабінету Міністрів України № 754 [Інтернет], 02 жовт. 2013 [цитовано 28 серп. 2023]. Доступно на: <https://www.kmu.gov.ua/npas/246787748>
4. Технічний регламент щодо активних медичних виробів, які імплантують, Постанова Кабінету Міністрів України № 755 [Інтернет], 02 жовт. 2013 [цитовано 28 серп. 2023]. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/755-2013-%D0%BF#Text>

References

1. Pro zatverdzhennya natsional'noho klasyfikatora NK 24:2019 «Klasyfikator medychnykh vyrobiv», Nakaz Minekonomrozvytku Ukrainy № 159 [Internet], 2019 Febr. 05 [cited 2023 Aug. 28]. Available from: <https://www.dls.gov.ua/print-article/?pa=17537> [In Ukrainian]
2. Tekhnichnyy rehlyment shchodo medychnykh vyrobiv, Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy № 753 [Internet], 2013 Okt. 02 [cited 2023 Aug. 28]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/753-2013-%D0%BF#Text> [In Ukrainian]
3. Tekhnichnyy rehlyment shchodo medychnykh vyrobiv dlya diahnostryky in vitro, Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy № 754 [Internet], 2013 Okt. 02 [cited 2023 Aug. 28]. Available from: <https://www.kmu.gov.ua/npas/246787748> [In Ukrainian]
4. Tekhnichnyy rehlyment shchodo aktyvnykh medychnykh vyrobiv, yaki implantuyut', Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy № 755 [Internet], 2013 Okt. 02 [cited 2023 Aug. 28]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/755-2013-%D0%BF#Text> [In Ukrainian]

Мета роботи – дослідити рівень використання Національного класифікатора медичних виробів у процесі закупівлі медичних виробів у закладах охорони здоров'я України.

Матеріали та методи. Матеріали: нормативно-правові документи, наукова література, результати соціологічного дослідження серед 324 керівників закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги: 98 генеральних директорів, 121 медичного директора, 24 заступників генеральних директорів з економічних питань, 81 голова тендерних комітетів закладів охорони здоров'я. Методи: бібліосемантичний, соціологічний, медико-статистичний, структурно-логічного аналізу.

Результати. Показано недостатній рівень знань керівників закладів охорони здоров'я з питань національного класифікатора медичних виробів та механізмів його запровадження. Відповідно, цей класифікатор використовується ними у процесі закупівлі медичних виробів не на достатньому рівні.

Висновки. Ефективне впровадження національного класифікатора медичних виробів у систему охорони здоров'я України потребує проведення додаткових організаційних заходів на галузевому та регіональному рівнях.

Ключові слова: медичні вироби, класифікатор, система охорони здоров'я, механізми запровадження.

Purpose is to study the level of application of the National Classifier of Medical Devices in the procurement of medical devices in health care institutions of Ukraine.

Materials and methods. Materials: regulatory documents, scientific literature, results of sociological research among 324 heads of health care institutions of specialized medical care, among them 98 general directors, 121 medical directors, 24 deputy general directors for economic issues, 81 chairmen of tender committees of health care institutions. Methods: bibliosemantic, sociological, medico-statistical, of structural-and-logical analysis.

Results. The insufficient level of knowledge of the heads of health care institutions on the issues of the National Classifier of Medical Devices and the mechanisms of its implementation is shown. Accordingly, this classifier is used in the procurement of medical devices at an insufficient level.

Conclusions. Effective implementation of the National Classifier of Medical Devices in the health care system of Ukraine requires additional organizational measures at the sectoral and regional levels.

Key words: medical devices, classifier, health care system, implementation mechanisms.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про автора

Картавцев Ростислав Леонідович – кандидат медичних наук, генеральний директор Державного підприємства «Політехмед»; вул. Нагірна, 25-27, м. Київ, Україна, 04107.
badsantar@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-2634-0017

Керецман А.О.

Мотивація праці лікарів як інструмент сучасних інноваційних управлінських рішень

Ужгородський національний університет,
м. Ужгород, Україна

Keretsman A.O.

Motivation of healthcare professionals as a tool for modern innovative management decisions

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

angelika.keretsman@uzhnu.edu.ua

Вступ

Потужним інструментом реформування системи охорони здоров'я (СОЗ) є ефективна кадрова політика. Тому вироблення національної кадрової політики у сфері охорони здоров'я (ОЗ) залишається нагальною потребою й умовою успішного запровадження реформ в Україні на сучасному етапі [1].

В умовах запровадження реформи СОЗ в Україні якість та своєчасність надання медичної допомоги залежить не тільки від фактичної присутності достатнього числа медичних працівників у потрібному місці та в потрібний час, а й від їхньої фаховості та професіоналізму, які напряду визначаються вмотивованістю медичного персоналу до навчання і провадження професійної діяльності [2]. Мотивація до професійної діяльності залишається наріжним каменем для більшості СОЗ світу, зокрема, внаслідок непередбачуваного впливу пандемії COVID-19, до якої більшість країн виявились неготовими і яка поглибила проблеми міграції медичних працівників [3; 4]. Поряд із цим в Україні залишаються невирішеними ряд проблем кадрового забезпечення медичного сектору, поглиблюються проблеми кадрової медичної кризи і внаслідок процесу впровадження реформ та впливу війни, яка триває вже більше року [5].

Саме тому в більшості стратегічних документів ВООЗ та вітчизняних нормативних документах розробка заходів з формування і підвищення мотивації та зацікавленості медичних працівників визначається як одне із основних завдань і методів реалізації державної кадрової політики у сфері ОЗ [6].

Мета дослідження – провести компаративний аналіз наукових джерел з вивчення складників мотивації медичних кадрів, які можуть бути використані як інноваційні підходи під час прийняття управлінських рішень щодо подолання кадрової медичної кризи.

Об'єкт і методи дослідження

Для досягнення поставленої мети були застосовані методи системного аналізу та логічного узагальнення.

Результати дослідження та їх обговорення

Розробка стратегій із залучення медичних працівників до роботи, зокрема, в сільській місцевості та віддалених районах, та утримання їх визначається Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) однією із 10 стратегічних дій для зміцнення СОЗ у Європейському регіоні [7]. За визначенням сучасних дослідників, одним із пріоритетних завдань в Україні є пошук найбільш ефективних шляхів розвитку мотивації та зацікавленості вітчизняних медичних працівників [8].

Компаративний аналіз стратегічних документів ВООЗ показав, що забезпечення тільки відповідної фінансової підтримки працівників, що працюють у сільській місцевості Європейського регіону, шляхом стимулювання (наприклад, надання стипендії або грошової допомоги, освітніх субсидій, пільгових кредитів, виплат за важкі умови праці, субсидії на житло, безкоштовного користування транспортом, оплачуваних відпусток тощо) недостатньо. Фінансових стимулів може вистачати на перекриття фінансових витрат медичних працівників, але «не вистачатиме», щоб перекрити витрати втрачених можливостей через роботу в сільській місцевості (як вони сприймаються самими працівниками охорони здоров'я). Це, своєю чергою, сприяє зниженню мотивації до не тільки діяльності, а й до професійного становлення як лікаря в принципі.

Перелік заходів з підвищення статусу роботи в сільській місцевості, рекомендованих ВООЗ, включає також ряд пунктів щодо персональної та професійної підтримки: покращення умов життя працівників охорони здоров'я та їхніх сімей, створення хороших і безпечних умов праці, розробку і здійснення відповідних просвітницьких заходів, розробку і підтримку програми службового зростання, підтримку розвитку професійних мереж для поліпшення морального стану і статусу сільських провайдерів медичних послуг і послаблення відчуття професійної ізольованості, забезпечення заходів громадського визнання (присудження нагород і звань на місцевому, національному та міжнародному рівнях). Ці заходи передусім

спрямовані на забезпечення умов для підвищення внутрішньої мотивації лікарів і сприяють утриманню сільських працівників охорони здоров'я [9].

З огляду на вищесказане, саме мотивація лікарів є ключовим аспектом у вирішенні проблем кадрової медичної кризи не тільки в світі, а й в Україні, особливо в умовах впровадження реформ та воєнного стану в нашій країні.

Довгий час мотивація праці залишається недооціненою концепцією, адже сприймається виключно як реакція працівників на робоче середовище. У працях деяких сучасних дослідників наголошується на тому, що між поняттям мотивації та роботою взагалі не спостерігається достовірного взаємозв'язку, оскільки висока мотивація не гарантує високу продуктивність праці [10].

Слід розуміти, що мотивація є наслідком формування різних видів мотивів. У науковій теорії та практиці прийнято розрізняти ці поняття: «мотив» та «мотивація» не є тотожними і являють собою складний феномен, однозначного визначення якого немає в сучасному науковому світі. Так, керуючись перекладом слова «мотив» з латинської мови як «рух», Є.П. Ільїн описує мотив як складне психологічне утворення, що спонукає до свідомих дій та вчинків і є основою для них. Мотиви включають в себе психологічні процеси наміру, бажання, прагнення, побоювання тощо, які водночас віддзеркалюють у людській психіці наявність готовності до досягнення певної мети. Таким чином, мотив трудової діяльності стає усвідомленим.

С.У. Гончаренко визначає мотив як спонукальну причину до дій і вчинків людини, які насамперед спрямовані на задоволення своїх потреб, що штовхають на ці дії.

Натомість О.М. Леонт'єв визначає мотив як предметну потребу – прагнення, бажання володіти чимось конкретним (дипломом вищої освіти, професією, іноземною мовою тощо). На думку науковця, без надання мотиву ознак предметної потреби не відбувається визначення характеру діяльності через відсутність предмета як цілі, на який ця діяльність буде спрямована. Тому сама по собі неусвідомлена потреба ще не є мотивом. Саме усвідомлення цілі досягнення (предметний опис «для чого діяти?») стає мотивацією для дій.

Поняття «мотивація», яке за своєю суттю є набагато ширшим, також є складним феноменом у психології та педагогіці. Мотивація – це система мотивів або стимулів, чинників, що детермінують конкретну діяльність або поведінку особистості, яка охоплює як самі мотиви, так і потреби, цілі, наміри та переживання людини [11]. У наукових дослідженнях її розглядають переважно як сукупність причин психологічного характеру, що визначають поведінку людини, її спрямованість і активність, а вивчення ієрархії мотивів розкриває сутність причин, якими пояснюється та чи інша поведінка людини [12].

Як наголошено у працях А.О. Реана, тільки пов'язавши мету з особистісними цінностями, можливо

сформувати мотивацію. Зрозуміло, що чим більше результат майбутньої діяльності (мета) залежатиме від внутрішніх мотивів (особистісних цінностей), тим швидшим і продуктивнішим буде результат (ефективне досягнення).

Також у літературі йдеться про зовнішню та внутрішню мотивацію до будь-якого виду діяльності, в складі яких виділяють негативну та позитивну. На їхньому прямому впливі на формування мотивації до дії (в тому числі і до професійної діяльності) наголошується в ряді вітчизняних і зарубіжних наукових праць. Якщо в основі мотивації лежить прагнення до задоволення зовнішніх по відношенню до змісту самої діяльності потреб, то йдеться про зовнішню мотивацію. Натомість якщо для особистості в пріоритеті сама по собі діяльність, йдеться про внутрішню мотивацію [13]. Своєю чергою, негативні та позитивні мотиви, які формують той чи інший тип мотивації, визначають вмотивованість до дії, тобто готовність діяти або продовжувати діяльність.

Безсумнівно, позитивні мотиви є більш ефективними та більш бажаними з усіх поглядів, ніж негативні. Так, для забезпечення якості надання медичних послуг більшість науковців та керівників традиційно пов'язує процес забезпечення якості з належним контролем професійної діяльності (виконання стандартів медичної допомоги, алгоритмів діагностики і лікування, функціональних обов'язків, моніторингу показників діяльності тощо). Однак суворий контроль, який полягає в змушуванні до напруженої праці (як зовнішній вид мотивації) без урахування особистісних мотивів (внутрішніх), не принесе ефективного результату.

У підручниках з вивчення етичних проблем у медицині наголошується, що такий підхід формує «спотворених професіоналів», які не сприятимуть ефективному обслуговуванню населення і не виправдують вкладених на них надій і очікувань з боку населення. За таких умов формується так звана когорта лікарів «технічного» типу, яку американський біоетик Роберт Вітч називає «інженерною». У рамках цієї моделі взаємин між лікарем і пацієнтом пацієнт сприймається лікарем суто як безособовий механізм. Своїм завданням такий лікар вважає виправлення відхилень у несправному фізіологічному механізмі – в людському організмі – суто технічно. Негативна мотивація як відповідність лікаря певним показникам діяльності і технічним вимогам до процесу діагностики і лікування (вчасно прийти на роботу, провести необхідні лікувально-діагностичні заходи) гальмує розвиток професійного становлення загалом та блокує креативні здібності лікаря зокрема. Такий технократичний підхід до пацієнта, що суперечить принципу поваги прав і достоїнства особи, з одного боку, піддається контролю (моніторингу за показниками) і може служити фактором зовнішньої мотивації, а з іншого боку, абсолютно не сприяє забезпеченню комфортного психологічного контакту із хворим та ніколи не сприятиме формуванню у лікаря самовідданості у професійній

діяльності. При цьому саме комунікативна компетентність є предметом спеціальних досліджень у галузі професійної підготовки майбутніх лікарів у сучасному освітньому просторі більшості розвинених країн. Адже лише після медичних досліджень нацистів, які проводили нелюдські досліди над ув'язненими концетраційних таборів, та після численних пікетів борців за права тварин (через проведення дослідів на тваринах) людство усвідомило не тільки моральну небезпеку подібної позиції лікарів і взагалі наявності такої когорти медиків [14].

Іншою негативною зовнішньою мотивацією є необхідність задоволення насущних потреб працівника, і в цьому контексті дуже багато дослідників першорядного значення надають фінансам як стимулу. Очевидно, що фінансова мотивація служить основним аспектом залучення нових співробітників, однак вона не може бути вирішальним фактором для всіх. Для деяких працівників заробітна плата не є пріоритетом. Вони можуть більше цінувати деякі внутрішні мотиви, такі як хороша команда, яка частіше досягатиме успіху як кінцевого результату, приємний психологічний клімат у колективі (коли на роботі приємніше бути, ніж вдома) і різноманітні нефінансові переваги (можливість поїздок, нових знайомств, навчання). Тому все частіше у сучасних наукових працях з менеджменту наголошується на необхідності застосування нефінансових форм мотивації для довгострокової задоволеності працівників та їхньої лояльності до компанії [15].

До постійних привабливих стимулів належить позитивна внутрішня мотивація, яка водночас залежить від зовнішньої і формується у взаємозв'язку з нею. Якщо професійна діяльність ґрунтується на потребах та інтересах людини, які формують стійку позитивну мотивацію, то вона навіть не потребує додаткових стимулів. Подеколи позитивна внутрішня мотивація може відіграти навіть роль компенсуючого чинника у разі не досить високих здібностей працівника. Однак виникає парадокс: у протилежному напрямі цей фактор не спрацьовує (ніякий високий рівень здібностей не може компенсувати відсутність внутрішнього мотиву або збільшити рівень вмотивованості та не призводить до ефективної продуктивності) [16]. Такий лікар, що закінчив медичний факультет із низьким рівнем знань, може стати тим, хто заповнить нестачу кадрів у певному ЗОЗ, однак ніколи не буде самоудосконалюватись й ефективно працювати на систему ОЗ.

Таким чином, підвищення внутрішньої мотивації обов'язково позитивно відображається на зовнішніх мотивах працівників і зрештою сприяє формуванню сильної, професійно спрямованої особистості.

Як зазначається сучасними дослідниками, мотивація виступає фундаментальною основою у формуванні всього людського життя, в якому робота є лише однією з його складових частин. Тому саме мотивація визначає ставлення людини до своєї праці. Соціальна мотивація, наприклад, впливає з міжособистісних стосунків

як поза роботою, так і в колективі. Хороша команда прагне хорошого результату виконання завдань, особистісна мотивація підлеглих при цьому визначатиме потребу працівника в самореалізації та визнанні [17]. З огляду на це, у керівників повинен бути інтерес до визначення мотивів у своїх підлеглих: що їх мотивує на роботі, які потреби у підлеглих, які зовнішні стимули виступають мотиваторами? З іншого боку, необхідно виокремлювати працівників з позитивними ознаками мотивації, які працюють на ентузіазмі, позитивно і творчо підходять до вирішення поставлених завдань та віддано відстоюють інтереси компанії. Адже саме такі працівники є «рушійним двигуном». Саме за рахунок таких добре вмотивованих працівників забезпечується висока ефективність діяльності, саме такі люди привносять таланти у будь-яку бізнес-діяльність, саме вони є цінністю у провадженні кадрового менеджменту компанії [18].

Таким чином, з огляду на те, що мотивація визнається однією з основних функцій менеджменту в сучасному світі, врахування психологічних особливостей, здібностей конкретних людей і їх індивідуальних відмінностей, на нашу думку, повинно стати підґрунтям медичного кадрового менеджменту. У сучасних умовах діяльності системи охорони здоров'я, що перебуває під впливом різних зовнішніх детермінант, необхідно враховувати такий потужний фактор впливу на професійну діяльність лікарів, як мотивація: від розуміння сутності мотивації на основі теорій про неї до особливостей і відмінностей кадрового складу конкретного регіону чи закладу охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень передбачають вивчення теорій про формування різних видів мотивації у медичних працівників, вивчення відмінностей у рівнях мотивації серед лікарів залежно від гендерного і вікового складу працівників, їхнього місця проживання і роботи тощо.

Висновки

Мотивація в сучасних умовах, детермінованих різними факторами впливу на професійну діяльність, визнається основною функцією менеджменту, зокрема і стосовно медичних кадрів. Умови сьогодення, що продиктовані новими вимогами медичної науки і техніки, реформуванням медичної галузі й освіти, зростанням ролі особистості лікаря в системі діяльності охорони здоров'я, збільшенням кількості приватних закладів охорони здоров'я і зростанням вимог і тиску з боку суспільства як основного користувача медичних послуг, вимагають для провадження медичної діяльності і подолання кадрової медичної кризи пошуку інноваційних підходів вирішенні завдань медичного бізнесу та менеджменту.

Ухвалення управлінських рішень, які передбачають вирішення проблем міграції медичних кадрів, у тому числі і внаслідок війни, визначення напрямів і заходів з ліквідації та зниження впливу коронавірусної

пандемії повинне враховувати вивчення мотивації медичних кадрів як інноваційний аспект медичного менеджменту. Адже в кінцевому результаті система

охорони здоров'я має вплив на всі інші сектори державного управління через збереження здоров'я цілих поколінь і взагалі збереження «людських ресурсів».

Література

1. Health Workforce 2030. Global Strategy for the Development of Health Workforce Resources. World Health Organization. Geneva. Available from: https://www.who.int/hrh/resources/russian_global_strategyHRH.pdf
2. Addressing Needs in the Public Health Workforce in Europe. European Regional Office of WHO. European Observatory on Health Systems and Policies. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/248304/Addressing-needs-in-the-public-health-workforce-in-Europe.pdf
3. Ryngach NO, Rohach IM, Keretsman AO, Pshenychnyi AO, & Pishkovtsi AM. International year of medical and social workers in Ukraine: recognition of the role in the fight against the COVID-19 pandemic and protecting health and well-being. *Wiadomości Lekarskie monthly journal*. 2022; 75(10): 2525-2530.
4. Alwan NA, Burgerss RA, Ashworth S, et al. Scientific Consensus on the COVID-19 Pandemic: We Need to Act Now. *The Lancet*. 2020;396:71-72.
5. Богдан Д, Бойко А, Василькова А та ін. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз. У: Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ; 2019.
6. Framing the Health Workforce Agenda for the Sustainable Development Goals. Biennium Report 2016–2017. WHO Health Workforce. World Health Organization. Geneva; 2017.
7. Gallo P, Mihalцова B, & Balogova B. Work Motivation of Social Workers in the Context of Management Innovations. *Marketing and Management of Innovations*. 2022;1:55-63.
8. Білинська ММ, Мокрецов СС, Васюк НО та ін. Ситуаційні завдання щодо прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров'я (CASE-STUDY): методичні рекомендації. Київ: НАДУ; 2017. 60 с.
9. Expanding Access to Health Workers in Remote and Rural Areas. Recommendations for Global Policy. Executive Summary. WHO. Geneva. 2010. Available from: http://www.who.int/entity/hrh/retention/retention_recommendations_ru.pdf
10. Baum T. Changing the World of Work: What Can We Learn from the Service Sector About Millennial (and Generation Z) Employability? *Organizational Dynamics*. 2020;49(3).
11. Мачуга НЗ. Емпіричні знання та їх вплив на отримання якісних медичних послуг в лікувальних закладах України [Інтернет]. Доступно на: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=1781>
12. Majewski M. The Role of Knowledge Management in a Health care Facility [Internet]. Available from: http://maciejmajewski.net/attachments/File/Artyku_y/Rola_zarz_dza-nia_wiedz_w_zak_adzie_opieki_zdrowotnej.pdf
13. Fulmer IS, Shaw JD. Person-Based Differences in Pay Reactions: A Compensation-Activation Theory and Integrative Conceptual Review. *Journal of Applied Psychology*. 2018;103(9):939-958.
14. Ковальова ОМ, Сафаргаліна-Корнілова НА, Герасимчук НМ. Деонтологія в медицині. Харків; 2014. 258 с.
15. Rani N, Samuel AA. Generational Differences in the Relationship Between Prosocial Identity and Emotional Attachment. *International Journal of Organization The ory and Behavior*. 2019;22(3):259-277.
16. Kuvaas B, Buch R, Weibel A, Dysvik A, Nerstad CGL. Are Intrinsic and Extrinsic Motivation Differently Related to Employee Performance? *Journal of Economic Psychology*. 2017;61:244-258.
17. Wilkinson K, Tomlinson D, Gardiner D. Work-Life Balance Policies are Seen as Fair: Evidence from the UK for Managers and Professionals With out Children Living Alone. *Journal of Human Resource Management*. 2018;28(2):325-339.
18. Mahmood AB, Fuksman L, Mor I, Reyzel VD, & Grygoriu N. "We Are Not Your Reincarnation!" Work place Motivation in Generations X, Y, and Z. *International Journal of Human Resources*. 2021;42(1):193-209.

References

1. Health Workforce 2030. Global Strategy for the Development of Health Workforce Resources. World Health Organization. Geneva. Available from: https://www.who.int/hrh/resources/russian_global_strategyHRH.pdf
2. Addressing Needs in the Public Health Workforce in Europe. European Regional Office of WHO/European Observatory on Health Systems and Policies. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/248304/Addressing-needs-in-the-public-health-workforce-in-Europe.pdf
3. Ryngach NO, Rohach IM, Keretsman AO, Pshenychnyi AO, & Pishkovtsi AM. International year of medical and social workers in Ukraine: recognition of the role in the fight against the COVID-19 pandemic and protecting health and well-being. *Wiadomości Lekarskie monthly journal*. 2022; 75(10): 2525-2530.
4. Alwan NA, Burgerss RA, Ashworth S, et al. Scientific Consensus on the COVID-19 Pandemic: We Need to Act Now. *The Lancet*. 2020;396:71-72.
5. Bohdan D, Boyko A, Vasilykova A, et al. Human Resources in the Healthcare System of Ukraine. Situation Analysis. USAID Health Reform Support Project. Kyiv; 2019. [In Ukrainian].
6. Framing the Health Workforce Agenda for the Sustainable Development Goals. Biennium Report 2016–2017. WHO Health Workforce. World Health Organization. Geneva; 2017.
7. Gallo P, Mihalцова B, & Balogova B. Work Motivation of Social Workers in the Context of Management Innovations. *Marketing and Management of Innovations*. 2022;1:55-63.
8. Bilinska MM, Mokretsov SYe, Vasyuk NO, et al. Situational Tasks for Making Management Decisions in Healthcare (CASE-STUDY): Methodical Recommendations. Kyiv: NADU; 2017. 60 p. [In Ukrainian].
9. Expanding Access to Health Workers in Remote and Rural Areas. Recommendations for Global Policy. Executive Summary. WHO. Geneva. 2010. Available from: http://www.who.int/entity/hrh/retention/retention_recommendations_ru.pdf

10. Baum T. Changing the World of Work: What Can We Learn from the Service Sector About Millennial (and Generation Z) Employability? *Organizational Dynamics*. 2020;49(3).
11. Machuga NZ. Empirical Knowledge and Its Impact on Obtaining Quality Medical Services in Ukrainian Healthcare Institutions [Internet]. 2013. Available from: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=1781> [In Ukrainian].
12. Majewski M. The Role of Knowledge Management in a Healthcare Facility [Internet]. Available from: http://maciejmajewski.net/attachments/File/Artyku_y/Rola_zarz_dza-nia_wiedz_w_zak_adzie_opieki_zdrowotnej.pdf.
13. Fulmer IS, Shaw JD. Person-Based Differences in Pay Reactions: A Compensation-Activation Theory and Integrative Conceptual Review. *Journal of Applied Psychology*. 2018;103(9):939-958.
14. Kovalova OM, Safargalina-Kornilova NA, Herasymchuk NM. *Deontology in Medicine: Textbook*. Kharkiv; 2014. 258 p. [In Ukrainian].
15. Rani N, Samuel AA. Generational Differences in the Relationship Between Prosocial Identity and Emotional Attachment. *International Journal of Organization Theory and Behavior*. 2019;22(3):259-277.
16. Kuvaas B, Buch R, Weibel A, Dysvik A, Nerstad CGL. Are Intrinsic and Extrinsic Motivation Differently Related to Employee Performance? *Journal of Economic Psychology*. 2017;61:244-258.
17. Wilkinson K, Tomlinson D, Gardiner D. Work-Life Balance Policies are Seen as Fair: Evidence from the UK for Managers and Professionals Without Children Living Alone. *Journal of Human Resource Management*. 2018;28(2):325-339.
18. Mahmood AB, Fuksman L, Mor I, Reyzel VD, & Grygoriu N. "We Are Not Your Reincarnation!" Workplace Motivation in Generations X, Y, and Z. *International Journal of Human Resources*. 2021;42(1):193-209.

Мета – проведення компаративного аналізу наукових джерел з вивчення основних складників мотивації медичних кадрів.
Об'єкт і методи. Для досягнення поставленої мети були застосовані методи системного аналізу та логічного узагальнення.

Результати. Стаття присвячена актуальній необхідності пошуку нових підходів до втілення практичних моделей мотивації медичних кадрів у сучасних умовах, детермінованих різними факторами впливу на її формування. Розглянуто сутність понять «мотив» і «мотивація», різні типи вмотивованості та вплив різних чинників на формування професійної мотивації.

Висновки. У сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я, у період війни і подолання наслідків пандемії коронавірусної інфекції мотивація лікарів повинна розглядатись як інноваційний інструмент для прийняття управлінських рішень в умовах медичного менеджменту.

Ключові слова: мотивація, лікарі, управлінські рішення, інновації.

Purpose to conduct a comparative analysis of scientific literature sources on the study of the main components of motivation among medical professionals.

Materials and methods. To achieve the stated goal, methods of systematic analysis and logical generalization were applied.

Results. This article is dedicated to the pressing need for finding new approaches to implementing practical models of motivation among medical personnel in the face of various influencing factors in today's conditions. It explores the essence of the concepts of "motive" and "motivation," different types of motivation, and the influence of various factors on the formation of professional motivation.

Conclusions. In the modern context of healthcare system reform and in the midst of the challenges posed by war and the aftermath of the coronavirus pandemic, motivation among doctors should be viewed as an innovative tool in making managerial decisions within the realm of medical management.

Key words: motivation, doctors, managerial decisions, innovations.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про автора

Керцман Анжеліка Олексіївна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри соціальної медицини та гігієни медичного факультету Ужгородського національного університету; пл. Народна, 1, м. Ужгород, Україна, 88000.

angelika.keretsman@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0002-8902-2227

Кий-Кокарева В.Г.

Ставлення студентської молоді до свого здоров'я в умовах війни

Дніпровський державний медичний університет,
м. Дніпро, Україна

Kyi-Kokarieva V.G.

Attitude of students to their health in the conditions of war

Dnipro State Medical University,
Dnipro, Ukraine

kiyvika@i.ua

Вступ

Збереження та зміцнення здоров'я студентів є нагальною та складною проблемою, яка впливає на їхній інтелектуальний та фізичний потенціал. Ця проблема є актуальною для всіх країн світу, і науковці з усього світу вивчають її [1]. Високі вимоги до підготовки студентів у вищих навчальних закладах можуть призводити до перевантаження і погіршення їхнього здоров'я. Це може призвести до фізичного та ментального перевантаження і виснаження нервової, ендокринної та імунної систем, що збільшує ризик розвитку захворювань [2]. Доступні джерела інформації підтверджують, що стан здоров'я студентів погіршується протягом періоду навчання [3].

Багато факторів можуть негативно впливати на здоров'я студентів, такі як неправильне харчування, стреси, житлово-побутові умови, які не відповідають нормам, недостатня фізична активність, куріння, вживання алкоголю та безконтрольне вживання ліків [4].

У Законі України «Про систему громадського здоров'я» підкреслена роль здорового способу життя в системі громадського здоров'я [5].

Однак потрібно враховувати і контекст сьогодення, зокрема війну проти російської агресії. Ця війна суттєво впливає на умови навчання студентів у вищих навчальних закладах. Аналіз наукових публікацій показує, що вона призвела до погіршення стану здоров'я населення України загалом, зменшення інтересу до особистого здоров'я та здорового способу життя [6; 7]. Тому потрібні додаткові дослідження, пов'язані зі збереженням та зміцненням здоров'я студентів в умовах війни.

Мета дослідження – вивчити процес формування готовності студентів медичного закладу до збереження і зміцнення здоров'я в умовах війни.

Об'єкт і методи дослідження

Для розробки моделі формування готовності студентів медичного закладу до збереження та зміцнення здоров'я в умовах війни у жовтні 2022 року ми провели анкетування 450 студентів Дніпровського державного медичного університету. Наша дослідницька робота базувалася на спеціально розробленій анкеті,

яка включала три основні шкали питань відповідно до трьох компонентів ставлення до здоров'я: когнітивного, емоційного та поведінкового.

Когнітивний компонент цієї анкети спрямований на виявлення знань та уявлень студентів про здоров'я та здоровий спосіб життя. Ми цікавилися тим, які знання та переконання мають студенти щодо здорового способу життя в умовах війни.

Емоційний компонент анкети допоміг виявити ставлення студентів до способу життя в умовах війни. Ми досліджували їхні емоційні реакції та ставлення до можливих стресових ситуацій.

Поведінковий компонент в анкеті дозволив нам з'ясувати, які конкретні дії вживають сучасні студенти для збереження та зміцнення свого здоров'я в умовах війни. Це включало в себе їхні звички та практики, пов'язані з фізичною активністю, харчуванням, безпекою та іншими аспектами здорового способу життя.

Для отримання результатів нашого дослідження використовувалися такі методи:

- бібліосемантичний аналіз дозволив систематизувати і аналізувати наявну наукову літературу та підходи до здоров'я в умовах війни;

- соціологічний аналіз використовувався для структурування анкети та визначення параметрів дослідження;

- медико-статистичний аналіз допоміг опрацювати отримані дані та визначити статистичну значущість результатів [8];

- структурно-логічний аналіз застосовувався для розробки логічної структури дослідження та визначення взаємозв'язків між питаннями в анкеті.

Під час проведення дослідження ми робили великий акцент на збереженні конфіденційності даних про респондентів, щоб забезпечити їхню безпеку та відсутність будь-яких загроз їхній приватності.

Результати дослідження та їх обговорення

Наше дослідження спрямовано на виявлення ставлення студентів медичного закладу до власного здоров'я в умовах війни. Аналіз статеві-вікового складу респондентів засвідчив, що дівчата становили 65,7%,

юнаки – 34,3%. При цьому особи віком до 19 років становили 25,0%, 20 років – 53,7%, 21 рік – 9,3%, 22 роки – 8,3%, 23-25 років – 3,7%. Ці дані свідчать про значну участь молоді у дослідженні та важливість їхньої думки в даному контексті.

Аналіз результатів дослідження, представлених у табл. 1, вказує на те, що до війни матеріальне благополуччя визнавалось найважливішою особистою цінністю. Однак із початком війни спостерігається суттєва зміна ціннісних пріоритетів. Наразі, крім матеріального благополуччя, на передній план виходять особиста безпека та безпека рідних, а також перспективи після завершення навчання. Особисте здоров'я поки не стало більш актуальним та не займає важливе місце у свідомості респондентів.

Таблиця 1
Структура особистих цінностей студентів в умовах війни

Особиста цінність	Оцінка	
	абс.	%
1. Матеріальний добробут	378	84,0
2. Особиста безпека	356	79,1
3. Безпека рідних	338	75,1
4. Перспективи після завершення навчання	329	73,1
5. Особисте здоров'я	293	65,1
6. Формування майбутньої сім'ї	288	64,0
7. Рівень оволодіння професією	261	58,0

Аналіз результатів, поданих у табл. 2, наводить нас на думку про серйозні виклики, які виникли внаслідок впровадження дистанційної форми навчання в умовах війни проти російської агресії. На жаль, цей аналіз підкреслює зниження рівня здорового способу життя серед студентів, що є важливою проблемою.

Таблиця 2
Основні негативні фактори впливу на стан здоров'я студентів в умовах війни

Варіант відповіді	Оцінка	
	абс.	%
1. Тютюнопаління	307	68,3
2. Вживання алкоголю	293	65,1
3. Комп'ютерозалежність	287	63,7
4. Низький рівень фізичної активності	280	62,3
5. Нераціональне харчування	277	61,5
6. Часті стреси	272	60,4
7. Страх за особисте життя	263	58,4
8. Страх за життя рідних	253	56,2

На першому місці у висновках щодо цього аспекту – зростання рівня тютюнопаління та вживання алкоголю серед студентської громади. Це може бути спричинене стресом і невпевненістю, що виникають в умовах війни. Здоровий спосіб життя стає менш пріоритетним, що може мати негативний вплив на фізичне та психічне здоров'я студентів.

Додатковим висновком з аналізу є високий рівень чинників нездорового способу життя серед студентів.

Серед цих факторів особливу увагу слід звернути на комп'ютерозалежність, оскільки 63,7% студентів проводять за комп'ютером понад шість годин щодня. Також серед студентів поширені низький рівень фізичної активності та нераціональне харчування.

Умови війни проти російської агресії також призвели до появи емоційних чинників, таких як страх за власне життя та життя рідних. Ці фактори разом з іншими стресовими ситуаціями можуть спричинити ментальне виснаження.

Загалом, результати аналізу вказують на те, що умови війни можуть мати серйозний вплив на фізичне та психічне здоров'я студентів і молодь потребує ретельної уваги та підтримки.

На початку війни було проведено оцінку особистого стану здоров'я серед студентів, і результати цього дослідження є дуже показовими. Тільки 12,6% студентів визнали свій стан здоров'я як добрий або навіть дуже добрий, тоді як велика частина – 45,4% – оцінила його як задовільний або поганий та дуже поганий – 42,0%. Це вказує на значне падіння загального рівня здоров'я серед студентської громади. На жаль, негативний вплив військових подій сильно позначився на їхньому фізичному і психічному стані.

Незважаючи на це, ще більше тривожним фактором є те, що 29,6% анкетованих студентів мають хронічні захворювання. Це свідчить про важливість доступної медичної допомоги та підтримки для цієї групи осіб, особливо в умовах війни.

За даними, представленими у табл. 3, здоровий спосіб життя вибирає не більше 30% студентів. Це може вказувати на необхідність підвищення усвідомленості та просвіти щодо важливості здорового способу життя, особливо в умовах воєнних подій, коли фізичне і психічне здоров'я має велике значення.

Таблиця 3
Складники здорового способу життя студентів в умовах війни

Варіант відповіді	Оцінка	
	абс.	%
1. Позитивні емоції	161	35,8
2. Раціональне харчування	153	34,0
3. Регулярні заняття фізичною культурою і спортом	146	32,5
4. Відсутність шкідливих звичок	139	30,8
5. Щорічне проходження профілактичного медичного огляду	85	18,9
6. Часте (щодня) перебування «на свіжому повітрі»	79	17,5
7. Дотримання правил особистої гігієни	65	14,4
8. Загартовування	14	3,1
9. Оволодіння навичками безпечної поведінки	6	1,4
10. Інше	4	0,9

Загалом, ці дані свідчать про те, що військовий конфлікт має серйозний вплив на здоров'я і стан фізичного благополуччя студентів. Це вимагає системних

заходів для забезпечення доступної медичної допомоги та підтримки, а також для популяризації здорового способу життя серед молоді.

Завдяки використанню параметричного критерію Стьюдента, ми провели аналіз кореляції між основними компонентами, що визначають ставлення студентів медичного закладу до здоров'я (див. табл. 4). Отримані коефіцієнти кореляції варіюються в межах від 0,46 до 0,61 і є статистично значущими ($p < 0,05$). Цей аналіз розкриває певні цікаві залежності між компонентами ставлення до здоров'я.

Зокрема, ми виявили прямий позитивний зв'язок між емоційним і поведінковим компонентами ($R = 0,58$), що свідчить про те, що емоційний стан студентів може впливати на їхню поведінку щодо здорового способу життя. Також був виявлений прямий позитивний зв'язок між когнітивним і емоційним компонентами ($R = 0,61$), що підтверджує важливість усвідомлення студентами значущості діяльності, спрямованої на збереження і зміцнення здоров'я. Негативний зв'язок між когнітивним і поведінковим компонентами ($R = -0,46$) свідчить про те, що багато студентів можуть розуміти важливість здорового способу життя, але не завжди виявляють прихильність до практичного дотримання його принципів.

Таблиця 4

Кореляційна матриця компонентів ставлення до здоров'я

Компоненти	Когнітивний	Емоційний	Поведінковий
Когнітивний	X	0,61	-0,46
Емоційний	0,61	X	0,58
Поведінковий	-0,46	0,58	X

Ці результати аналізу дали змогу розробити модель формування готовності студентів медичного закладу до збереження і зміцнення здоров'я. Ця модель враховує когнітивний, емоційний та поведінковий аспекти, а також орієнтована на вдосконалення навчального процесу та підготовку майбутніх медиків до супроводу діяльності, спрямованої на збереження здоров'я, включаючи догляд за пацієнтами. Цей підхід сприятиме зміцненню медичної галузі та забезпеченню більш відповідального ставлення студентів до здоров'я, що, своєю чергою, сприятиме покращенню загального стану здоров'я населення.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження пов'язані з розробкою заходів мінімізації негативного впливу війни проти російської агресії на стан здоров'я студентської молоді.

Висновки

У результаті проведеного дослідження було встановлено, що з початком війни спостерігається суттєва

зміна ціннісних пріоритетів. На передній план виходять особиста безпека та безпека рідних. Особисте здоров'я поки не займає важливого місця у свідомості респондентів.

Установлено основні негативні фактори впливу на стан здоров'я студентів в умовах війни. До них насамперед можна віднести такі шкідливі звички, як тютюнопаління (68,3%) та вживання алкоголю (65,1%). Це може бути спричинене стресом і невпевненістю, що виникають в умовах війни. Здоровий спосіб життя стає менш пріоритетним, що може мати негативний вплив на фізичне та психічне здоров'я студентів. Крім того, спостерігається високий рівень чинників нездорового способу життя серед студентів. Серед цих факторів особливу увагу слід звернути на комп'ютерозалежність, оскільки 63,7% студентів проводять за комп'ютером понад шість годин щодня. Окрім того, в умовах боротьби проти російської агресії також з'явилися такі емоційні чинники, як страх за власне життя та життя рідних. Ці фактори, разом з іншими стресовими ситуаціями, можуть спричинити ментальне виснаження. Загалом, результати аналізу вказують на те, що умови війни можуть мати серйозний вплив на фізичне та психічне здоров'я студентів і молодь потребує ретельної уваги та підтримки.

Оцінка особистого стану здоров'я студентів показує, що 42,0% респондентів визначають його як поганий і дуже поганий. Це вказує на значне падіння загального рівня здоров'я серед студентської громади. На жаль, негативний вплив військових подій сильно позначився на їхньому фізичному і психічному стані. Окрім цього, ще більше тривожним фактором є те, що 29,6% анкетованих студентів мають хронічні захворювання. Це свідчить про важливість доступної медичної допомоги та підтримки для цієї групи осіб, особливо в умовах військового конфлікту. При цьому здоровий спосіб життя вибирає не більше 30% студентів. Це може вказувати на необхідність підвищення усвідомленості та просвіти щодо важливості здорового способу життя, особливо в умовах війни, коли фізичне і психічне здоров'я має велике значення.

На основі аналізу інформації, зібраної в результаті анкетного опитування, була розроблена модель формування готовності студентів медичного закладу до збереження і зміцнення здоров'я. Ця модель враховує когнітивний, емоційний та поведінковий аспекти, а також орієнтована на вдосконалення навчального процесу та підготовку майбутніх медиків до супроводу діяльності, спрямованої на збереження здоров'я, включаючи догляд за пацієнтами. Цей підхід сприятиме зміцненню галузі охорони здоров'я та забезпеченню більш відповідального ставлення студентів до здоров'я, що, своєю чергою, сприятиме покращенню загального стану здоров'я населення.

Література

1. Hooper L, Abdelhamid A, Moore HJ, et al. Effect of reducing total fat intake on body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies. *British Medical Journal*. 2012;12:12-15.
2. Жданова ОВ, Слабкий ГО, Потокій НІ. Концептуальні підходи до забезпечення здорового способу життя студентської молоді. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020;2(84):4-9.
3. Ждан ВМ, Слабкий ГО, Жданова ОВ. Самооцінка студентської молоддю стану особистого здоров'я та характеристика їх звернень за медичною допомогою. *Світ медицини та біології*. 2019; 4(70):71-75.
4. Слабкий ГО, Жданова ОВ. До питання формування у студентської молоді відповідального ставлення до особистого здоров'я. *The uniti of science*. 2020. с. 142-144.
5. Про систему громадського здоров'я, Закон України № 2573-IX [Internet], 6 верес. 2022 [цитовано 28 серп. 2023]. Доступно на: <http://www.moz.gov.ua>
6. Миронюк ІС, Слабкий ГО, Щербінська ОС, Білак-Лук'янчук ВІ. Наслідки війни з російською федерацією для громадського здоров'я України. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2022;8(63):26-31.
7. Миронюк І, Слабкий Г, Білак-Лук'янчук В. Виклики для системи громадського здоров'я регіонального рівня в умовах воєнного стану в Україні (Challenges for the Regional Public Health System Under Martial Law in Ukraine). *Ružomberské zdravotnícke dni 2022 – XVI. Ročník: Zborník z medzinárodnej konferencie*. Ružomberok. с. 358-363.
8. Автомонів МЮ. Математична обробка та аналіз медико-біологічних даних. 2-ге вид. Київ: Медінформ; 2018. 579 с.

References

1. Hooper L, Abdelhamid A, Moore HJ, et al. Effect of reducing total fat intake on body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies. *British Medical Journal*. 2012;12:12-15.
2. Zhdanova OV, Slabkiy GO, Potokiy NY. Kontseptual'ni pidkhodi do zabezpechennya zdorovogo sposobu zhittya students'koi molodi. *Visnik sotsial'noi higiëni ta organizatsii okhoroni zdorov'ya Ukraïni*. 2020;2(84):4-9. [In Ukrainian].
3. Zhdan VM, Slabkiy GO, Zhdanova OV. Samoosinka students'koyu moloddy stanu osobistogo zdorov'ya ta kharakteristika ikh zvernenn' za medichnoyu dopomogoyu. *Svit meditsini ta biologii*. 2019; 4(70):71-75. [In Ukrainian].
4. Slabkiy GO, Zhdanova OV. Do pitannya formuvannya u students'koi molodi vidpovidal'nogo stavlennya do osobistogo zdorov'ya. *The uniti of science*. 2020. s. 142-144. [In Ukrainian].
5. Pro sistemu gromadskogo zdorov'ya, Zakon Ukrayini № 2573-IX [Internet], 2022 Veres. 06 [cined 2023 Aug 28]. Available from: <http://www.moz.gov.ua> [In Ukrainian].
6. Mironyuk IS, Slabkiy GO, Shcherbins'ka OS, Bilak-Luk'yanchuk VY. Naslidki viyni z rosiiys'koyu federatsiëyu dlya gromads'kogo zdorov'ya Ukraïni. *Reproduktivne zdorov'ya zhinki*. 2022;8(63):26-31. [In Ukrainian].
7. Mironyuk Ivan, Slabkiy Gennadiy, Bilak-Luk'yanchuk Viktoriya. Vikliki dlya sistemi gromads'kogo zdorov'ya regional'nogo rïvnnya v umovakh voënnogo stanu v Ukraïni (Challenges for the Regional Public Health System Under Martial Law in Ukraine). *Ružomberské zdravotnícke dni 2022 – XVI. Ročník: Zborník z medzinárodnej konferencie*. Ružomberok; 2022. s. 358-363. [In Ukrainian].
8. Avtomoniv MYu. Matematychna obrobka ta analiz medyko-biolohichnykh danykh. 2-he vyd. Kyiv: Medinform; 2018. 579 s. [In Ukrainian].

Мета роботи – дослідити процес формування готовності студентів медичного закладу до збереження і зміцнення здоров'я в умовах війни.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження слугували результати соціологічного опитування 450 студентів. У процесі дослідження застосовані такі методи: бібліосемантичний, соціологічний, медико-статистичний, структурно-логічного аналізу.

Результати. З початком війни спостерігається суттєва зміна ціннісних пріоритетів. На передній план виходять особиста безпека та безпека рідних. Особисте здоров'я поки не займає важливого місця у свідомості респондентів. Установлено основні негативні фактори впливу на стан здоров'я студентів в умовах війни. До них насамперед можна віднести такі шкідливі звички, як тютюнопаління (68,3%) та вживання алкоголю (65,1%). Це може бути спричинене стресом і невпевненістю, що виникають в умовах війни. Здоровий спосіб життя стає менш пріоритетним, що може мати негативний вплив на фізичне та психічне здоров'я студентів. Крім того, спостерігається високий рівень чинників нездорового способу життя серед студентів. Серед цих факторів особливу увагу слід звернути на комп'ютерозалежність, оскільки 63,7% студентів проводять за комп'ютером понад шість годин щодня. Разом із тим в умовах війни проти російської агресії також з'явилися такі емоційні чинники, як страх за власне життя та життя рідних. Ці фактори, разом з іншими стресовими ситуаціями, можуть спричинити ментальне виснаження. Загалом, результати аналізу вказують на те, що умови війни можуть мати серйозний вплив на фізичне та психічне здоров'я студентів і молоді потребує ретельної уваги та підтримки.

Висновки. Війна проти російської агресії негативно впливає на стан здоров'я студентської молоді.

Ключові слова: студенти, війна, здоров'я, особиста цінність, здоровий спосіб життя, вплив, самооцінка, модель, негативні фактори.

Purpose is to investigate the process of forming the readiness of students of a medical institution to preserve and strengthen health in the conditions of war.

Materials and methods. Materials: results of a sociological survey of 450 students. Methods: bibliosemantic, sociological, medical-statistical, structural-logical analysis.

Results. Since the beginning of the war, a significant change in value priorities has been observed. Personal safety and the safety of relatives come to the fore. Personal health does not yet occupy an important place in the minds of respondents. The main negative factors affecting the health of students in war conditions have been established. These include, first of all, such bad habits as smoking (68.3%) and drinking alcohol (65.1%). This can be caused by the stress and uncertainty of war. Healthy lifestyles become less of a priority, which can have a negative impact on students' physical and mental health. In addition, there is a high level of unhealthy lifestyle factors among students, which negatively affects their health. Among these factors, special attention should be paid to computer addiction, since 63.7% of students spend more than six hours at the computer every day. At the same time, in the conditions of the war against Russian aggression, such emotional factors as fear for one's own life and the life of relatives also appeared. These factors, along with other stressful situations, can cause mental exhaustion among students. Overall, the results of the analysis indicate that the conditions of war can have a serious impact on the physical and mental health of students and require careful attention and support.

Conclusions. The war against Russian aggression has a negative impact on the health of student youth.

Key words: students, war, health, personal value, healthy lifestyle, influence, self-esteem, model, negative factors.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про автора

Кий-Кокарева Вікторія Григоріївна – кандидат наук з державного управління, доцент, доцент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету; вул. В. Вернадського, 9, м. Дніпро, Україна, 49044.
kiyvika@i.ua, ORCID ID 0000-0002-6935-1867

Ковтун Г.І.

**Актуальність підготовки
менеджерів для закладів
охорони здоров'я
сфери трансплантації органів**

Державна установа «Інститут серця Міністерства
охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Kovtun G.I.

**The relevance of training managers
for health care institutions
in the field
of organ transplantation**

Heart Institute of the Ministry of Health of Ukraine,
Kyiv, Ukraine

gavriil.kovtun@gmail.com

Вступ

На думку вітчизняних науковців, медичний потенціал трансплантології як науки винятковий, оскільки за допомогою трансплантації органів стало можливим безальтернативно покращити якість життя хворих із термінальною нирковою недостатністю і рятувати життя пацієнтів, які раніше помирали від серцевої, легеневої і печінкової недостатності [1].

Зарубіжними дослідниками доведена ефективність трансплантації як методу лікування [2; 3; 4], яка проявляється, з одного боку, у скороченні прямих і непрямих витрат на лікування пацієнтів, а з другого – у поверненні до активного способу життя працездатного населення [5].

Протягом останніх 4 років трансплантологія в Україні змінила обличчя інтенсивної терапії і реанімації, особливо у разі критичних станів пацієнта. Операції з трансплантації органів в Україні набули другого дихання з квітня 2019 р., коли набрав чинності Закон «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо застосування трансплантації анатомічних матеріалів людини» [6].

У тому ж році було виконано 78 трансплантацій, а у 2020 році – вже 129. У 2021 році українські лікарі виконали рекордні 313 трансплантацій. Було пересаджено 229 нирок, 50 печінок і 32 серця [7].

Але потреби українців у трансплантації набагато вищі: 3000 операцій із пересадки нирок, 2000 операцій із пересадки печінки і до 500 операцій із пересадки серця і легень [8].

Треба зазначити, що розвиток трансплантології прямо залежить від рівня органного донорства, тому найкращі результати щодо трансплантаційної активності демонструють країни, які зуміли організувати ефективну систему трансплант-координації [9].

Директор одного вищого навчального закладу запропонував учасникам конференції відповісти на запитання: що спричиняє відставання нашої трансплантології. Більше половини учасників відповіли: низький рівень знань лікарів.

Сучасним завданням є випуск висококваліфікованих і професійно підготовлених лікарів зі спеціальності «трансплантологія» і здобуття курсантами теоретичних знань і практичних прийомів обстеження хворих, які потребують високотехнологічної медичної допомоги. Причому навчати насамперед слід лікарів-реаніматологів, анестезіологів, неврологів, лікарів інтенсивної терапії, які працюють у звичайних лікарнях: від них залежить, чи отримають трансплантологи придатні для пересадки органи від померлих донорів.

Варто підкреслити, що актуальним у трансплантології є цілий ряд проблем організаційного, правового і морально-етичного характеру, зумовлених специфікою відносин у даній сфері, і це робота для менеджерів.

Менеджмент в охороні здоров'я – це діяльність, спрямована на підвищення ефективності лікувально-профілактичних установ за допомогою сукупності принципів, методів і засобів, що активізують трудову діяльність, інтелект і мотиви поведінки як окремих медичних працівників, так і всього колективу [10].

Рідко, якщо взагалі будь-коли, який-небудь новий заснований інститут так швидко доводив свою необхідність, як швидко розвивався менеджмент від початку нинішнього століття [11].

Мета дослідження – обґрунтувати необхідність підготовки менеджерів для системи трансплантації органів і донорства в Україні, що розвивається.

Об'єкт і методи дослідження

Для обґрунтування потреби в підготовці кваліфікованих кадрів, насамперед менеджерів, для розвитку трансплантації органів і донорства в Україні були використані загальнонаукові методи аналізу, синтезу, узагальнення, інтерпретації наукових даних, а також системний і структурно-функціональний підходи.

Результати дослідження та їх обговорення

Вивчення проблеми підготовки висококваліфікованих і професійно підготовлених головних лікарів,

сучасних менеджерів регіональних центрів трансплантології і закладів охорони здоров'я, які є донорськими базами, показало, що освіта і підготовка спеціалістів – це різні речі.

Узагальнений курс організації донорства і трансплантації органів повинен викладатися для студентів у кожному медичному вищому навчальному закладі в циклі «Організація охорони здоров'я і громадське здоров'я» в контексті вивчення особливостей організації високотехнологічної допомоги, донорства, пересадки органів і тканин і розвитку трансплантології. А менеджерів для регіональних систем донорства і трансплантації органів треба готувати на курсах післядипломної підготовки.

Механізм управління сучасною регіональною системою розвитку донорства і трансплантації органів з позицій системного підходу повинен розглядатися як управління комплексом регіональних закладів охорони здоров'я, регіональних центрів трансплантації і донорських баз. Він має забезпечити організаційно-методичне керівництво регіональною системою з чіткою алгоритмізацією дій на етапах донорського процесу.

У руслі реалізації цих напрямів сучасний керівник повинен точно визначити вектор досягнення мети і вміти вирішувати завдання, які постали перед системою.

Для підготовки менеджерів регіонального рівня необхідні науковий пошук і розробка оптимальних адміністративно-організаційних рішень у сфері надання швидкої допомоги, анестезіології, посмертного донорства і трансплант-координації.

Курс підготовки менеджерів має орієнтуватися на завдання, які стоять перед ними і які вони повинні вирішувати.

Наводимо приклад основних професійних завдань менеджера:

- створення нової технологічної моделі донорства в регіонах України, регіональної дворівневої системи з регіональних центрів трансплантації, у яких виконують трансплантацію органів, і донорських баз, які здійснюють пошук донорів для регіональних центрів трансплантації;

- створення регіонального реєстру донорства і трансплантації;

- розробка нових юридичних норм і обґрунтування перед органами державної влади необхідності їх введення в систему, що розвивається;

- задіяння міжсекторальної співпраці для ідентифікації стратегічних цілей, покращення здоров'я населення регіону на основі забезпечення доступної якісної трансплантологічної медичної допомоги;

- напрацювання рекомендацій і рішень міждисциплінарного характеру щодо сприйняття донорству і трансплантації органів суспільством і медичною громадськістю регіону;

- пошук діалогу з представниками і священнослужителями традиційних конфесій України для

створення оптимальних гуманітарних умов, що сприяють удосконаленню згоди щодо ефективності і доступності трансплантаційної допомоги;

- організація роботи суміжних спеціалістів (кардіологів, нефрологів, пульмонологів, інших) з виконання регіональних програм із досягнення стратегічних цілей;

- стратегічне планування, організація роботи і управління відділенням, закладом охорони здоров'я, регіональним центром трансплантації;

- контроль за дотриманням трансплант-координації між закладами системи охорони здоров'я;

- контроль за медичними працівниками, які беруть участь у роботі трансплантаційних бригад;

- проведення консультацій у сфері трансплантології телефоном і відеозв'язком;

- складання програм навчання медичних працівників середньої ланки, зайнятих у сфері трансплантології;

- проведення наукових досліджень у галузі клінічної трансплантології і публікація їх результатів;

- науковий пошук і розробка оптимальних адміністративно-організаційних рішень у сфері надання швидкої медичної допомоги, анестезіології, посмертного донорства і трансплант-координації;

- розробка і впровадження органозберігальних технологій (мається на увазі широке застосування засобів екстракорпорального кровообігу *in situ* і *ex vivo*);

- забезпечення ефективності пересадки органів за рахунок оптимізації схем імуносупресії (мінімізація й елімінація блокаторів кальциневрину);

- забезпечення контролю за запровадженням постійної нормотермічної перфузії органа на всіх етапах експлантації і пересадки з метою як розширення донорського пулу, так і підвищення показника виживаності органів;

- забезпечення закладів охорони здоров'я сфери трансплантації необхідними апаратами, що застосовуються на всіх етапах руху донорського органа від донора до реципієнта в операційній.

Програми циклів тематичного удосконалення менеджерів повинні орієнтуватися на наведені основні завдання з викладом історії виникнення трансплантології, аналізом міжнародної практики, ключових особливостей, механізмів управління, соціальної, медичної і економічної зацікавленості держави в розвитку трансплантології.

Вивчення досвіду зарубіжних клінік сфери трансплантації органів засвідчує, що їхній розвиток можливий лише на основі інноваційних досягнень фундаментальної науки, розробки і впровадження в медичну практику нових ефективних організаційних технологій, підготовки медичних кадрів, і насамперед менеджерів [12].

Менеджер, який взяв на себе керівництво регіональною системою донорства і трансплантації органів, мусить обґрунтувати стратегію її розвитку і синергію між різними напрямками роботи цієї системи.

Для виконання такої місії потрібні підготовлені керівники, які оволоділи знаннями організації кращих світових практик трансплантації органів і механізмами їх управління, вміють визначити ефективний інструмент залучення донорів, додати інновацій у систему, забезпечити донорським матеріалом пацієнтів, які потребують пересадки органів.

Як стверджував класик менеджменту М. Howell [3], менеджмент – це не управління предметами, а організація й управління працею людей, це система щоденного і перспективного планування, прогнозування й організації виробництва, реалізація послуг з метою отримання максимального прибутку (матеріального, інтелектуального і духовного).

Для ідеології сучасного менеджменту характерні перехід від інтуїтивних, дослідно-прагматичних методів і форм управління до науково обґрунтованих методів і якісне підвищення інтелектуального складника компетентності керівників закладів охорони здоров'я, відбір якісно нового кадрового ресурсу.

Перспективи подальших досліджень

Результати дослідження будуть враховані під час обґрунтування і розробки концептуальної організаційно-функціональної моделі регіональної системи донорства і трансплантації органів.

Висновки

Узагальнивши викладене, можна констатувати, що пріоритетними напрямками розвитку трансплантології в сучасних умовах є формування нового регіонального механізму організації системи донорства і трансплантації органів і підготовка менеджерів для управління нею.

Підготовка сучасного менеджера для системи донорства і трансплантації органів, якому притаманний стратегічний системний алгоритм мислення, який вміє орієнтуватися в багатоманітній специфіці свого суб'єкта, потребує організації поглибленого курсу післядипломної підготовки і розробки спеціальних програм циклів тематичного удосконалення менеджерів.

Література

1. Багненко СФ, Резник ОМ. Ключові проблеми розвитку трансплантології та завдання вищої медичної освіти. *Трансплантологія*. 2017; 9(3):192–210.
2. Broumand B, Saidi RF. New Definition of Transplant Tourism. *International journal of organ transplantation medicine*. 2017;8(1):49-51.
3. Howell M. Access to Transplantation: Balancing Efficiency and Equity. *Transplantation*. 2018;102(2):185-186.
4. Johnson ChL, Hutchinson JA. Promote Your Work in Transplantation. *Transplantation*. 2017;01(7):1512-1513.
5. Aringazina A, Kurmanguzhina M. Current Approaches to the Implementation of Donor Programs in Transplantation. *Journal of clinical medicine of Kazakhstan*. 2014;2(32):14-20.
6. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо застосування трансплантації анатомічних матеріалів людини, Закон України № 2694-VIII [Інтернет], 28 лют. 2019 [цитовано 25 серп. 2023]. Доступно на: https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=115055
7. Иванова М. Як розвивається посмертне донорство в Україні 2021. Доступно на: <https://dnepr.express/post/yak-razvivaetsya-posmertne-donorstvo-v-ukraine>
8. Портер М, Тайсберг ЄО. Переосмислені системи охорони здоров'я. Київ: Видавництво О. Капусти; 2007. 599 с.
9. Система трансплантації в США як приклад для наслідування Україною 2020. Доступно на: <https://www.vz.kiev.ua/systema-transplantatsiyi-v-ssha-yak-pryklad-dlya-nasliduvannya-ukrayinoyu/>
10. Трансплантологія в Іспанії. Доступно на: <https://bmc.cat/treatment-in-barcelona/medical-specialties/transplantation/>.
11. Трансплантація в Індії 2022. Доступно на: <https://www.topmedclinic.com/zabolevaniya/peresadka-organov,-tkm/transplantacziya-v-indii.html>
12. Трансплантація в Польщі: щорічно біля 500 операцій. Доступно на: <https://www.evromed.org.ua/transplantatsiya-organov-v-polshe/>

References

1. Bagnenko SF, Reznik ON. Klyuchevyye problemy razvitiya transplantologii i zadachi vysshego meditsinskogo obrazovaniya. *Transplantologiya*. 2017; 9(3):192-210. [In Ukrainian].
2. Broumand B, Saidi RF. New Definition of Transplant Tourism. *International journal of organ transplantation medicine*. 2017;8(1):49-51.
3. Howell M. Access to Transplantation: Balancing Efficiency and Equity. *Transplantation*. 2018;102(Is. 2):185-6.
4. Johnson ChL, Hutchinson JA. Promote Your Work in Transplantation. *Transplantation*. 2017;101(Is. 7):1512-3.
5. Aringazina A, Kurmanguzhina M. Current Approaches to the Implementation of Donor Programs in Transplantation. *Journal of clinical medicine of Kazakhstan*. 2014;2(32):14-20.
6. Pro vnesennya zmin do deyakikh zakonodavchikh aktiv Ukraїni shchodo zastosuvannya transplantatsii anatomichnikh materialiv lyudini, Zakon Ukraїni №2694-VIII [Internet], 2019 lyut. 28 [cited 2023 serp. 25]. Available from: https://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=115055 [In Ukrainian].
7. Ivanova M. Yak razvivayetsya posmertnoye donorstvo v Ukraine 2021. Available from: <https://dnepr.express/post/kak-razvivaetsya-posmertnoe-donorstvo-v-ukraine> [In Ukrainian].

8. Porter Maykl, Taysberg Elizabet O. Pereosmysleniye sistemy zdravookhraneniya. Kyiv: Izd. A. Kapusty; 2007. 599 s. [In Ukrainian].
9. Sistema transplantatsii v SSHA yak priklad dlya nasliduvannya Ukraïnoyu 2020. Available from: <https://www.vz.kiev.ua/systema-transplantatsiyi-v-ssha-yak-priklad-dlya-nasliduvannya-ukrayinoyu/>. [In Ukrainian].
10. Transplantologiya v Ispanii. Available from: <https://bmc.cat/treatment-in-barcelona/medical-specialties/transplantation/>. [In Ukrainian].
11. Transplantatsiya v Indii 2022. Available from: <https://www.topmedclinic.com/zabolevaniya/peresadka-organov,-tkm/transplantacziya-v-indii.html> [In Ukrainian].
12. Transplantatsiya v Pol'shi: tchorichno okolo 500 operatsiy. Available from: <https://www.evromed.org.ua/transplantatsiya-organov-v-polshe/>. [In Ukrainian].

Мета. Вивчення досвіду зарубіжних лікарень у сфері трансплантації органів засвідчує, що їхній розвиток можливий лише на основі інноваційних досягнень фундаментальної науки, розробки і впровадження у медичну практику нових ефективних організаційних технологій. Мета дослідження – обґрунтувати необхідність підготовки менеджерів для системи трансплантації органів і донорства в Україні, що розвивається.

Матеріали і методи. Для обґрунтування потреби в підготовці кваліфікованих кадрів, і насамперед менеджерів, для розвитку трансплантації органів і донорства в Україні були застосовані загальнонаукові методи аналізу, синтезу, узагальнення, інтерпретації наукових даних, а також системний і структурно-функціональний підходи.

Результати. Обґрунтована потреба в підготовці менеджерів, здатних забезпечити керівництво системою трансплантації органів і донорства в регіонах України, що розвивається, на основі системного і стратегічного підходів.

Для підготовки менеджерів регіонального рівня необхідні науковий пошук і розробка оптимальних адміністративно-організаційних рішень у сфері надання швидкої допомоги, анестезіології, посмертного донорства і трансплант-координації.

Висновки. Доведено актуальність підготовки кваліфікованих менеджерів для керівництва системою трансплантації органів і донорства в Україні. Непідготовлений управлінський апарат не в змозі підвищити соціальну, медичну й економічну ефективність системи трансплантації органів і донорства, що розвивається. Пріоритетними напрямками підготовки кваліфікованих менеджерів є формування їхньої ідеології на принципах менеджменту.

Ключові слова: трансплантація, система трансплантації органів, донорство.

Purpose. Studying the experience of foreign hospitals in the field of organ transplantation proves that their development is possible only on the basis of innovative achievements of fundamental science, development and implementation of new effective organizational technologies in medical practice. The aim of the work is to study and substantiate the necessity of training managers for the system of organ transplantation and donation in Ukraine, which is developing.

Material and methods. In order to substantiate the need for the training of qualified personnel and, first of all, managers for the development of organ transplantation and donation in Ukraine, general scientific methods of analysis, synthesis, generalization, interpretation of scientific data, as well as systemic and structural-functional approaches were applied.

Results. There is a well-founded need to train managers capable of managing the system of organ transplantation and donation in the developing regions of Ukraine, based on systemic and strategic approaches.

Scientific search and development of optimal administrative and organizational decisions in the field of emergency care, anaesthesiology, postmortem donation and transplant coordination are necessary for the training of managers at the regional level.

Conclusions. The relevance of training qualified managers to lead the organ transplantation and donation system in Ukraine has been proven. An unprepared management apparatus is not able to increase the social, medical and economic efficiency of the developing organ transplantation and donation system. The priority areas of training qualified managers are the formation of their ideology based on management principles.

Key words: transplantation; system of organ transplantation, donation.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про автора

Ковтун Гаврило Ігорович – кандидат медичних наук, завідувач відділення хірургічного лікування патології міокарда та трансплантації органів та тканин людини № 6 Державної установи «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України»; вул., Братиславська, 5А, м. Київ, Україна, 02166. gavriil.kovtun@gmail.com, ORCID 0000-0001-9689-2055

Лехан В.М., Гриценко Л.О.

Обґрунтування моделі інтегрованої системи первинної медико-санітарної допомоги

Дніпровський державний медичний університет,
м. Дніпро, Україна

Lekhan V.M., Hrytsenko L.O.

Substantiation of the integrated system of primary health care model

Dnipro State Medical University,
Dnipro, Ukraine

v.n.lexan@gmail.com, gritsenkol61@gmail.com

Вступ

Здоров'я займає лідируючі позиції у системі життєвих цінностей населення. За роки незалежності (1990-2019 рр.), незважаючи на реформування системи охорони здоров'я, насамперед первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), та реалізацію низки програм з попередження негативного впливу факторів ризику (куріння, вживання алкоголю тощо), динаміка здоров'я населення України, за даними Інституту по вимірюванню показників здоров'я та оцінки стану здоров'я штату Вашингтон [1], практично не зазнала позитивних змін. Такий тренд не можна пояснити старінням населення, оскільки порівнювалися стандартизовані за віком показники смертності та глобального тягаря хвороб, вимірюваного у втратах здорових років життя з поправкою на інвалідність. Позитивні зміни виявлені лише для показника очікуваної тривалості життя, що зумовлено сприятливим трендом малюкової смертності в Україні.

Однією з причин відсутності прогресу в здоров'ї населення є фрагментарність поставки медичних послуг, яка виникає, коли відбувається розрив між різними постачальниками медичних послуг або між етапами медичної допомоги, що надається одним постачальником. Фрагментація є прихованою проблемою, однак саме вона лежить в основі більш очевидних кризових явищ в охороні здоров'я [2]: спричиняє зниження якості та зростання нерівності медичного обслуговування, провокує збільшення госпіталізацій та звернень за екстреною допомогою і загалом призводить до більш високих витрат на охорону здоров'я [3; 4].

Як спосіб подолання фрагментації ВООЗ пропонує формування інтегрованих систем, які дозволяють надавати комплексну та безперервну, а не епізодичну медичну допомогу і засновані на стійких відносинах між пацієнтом і постачальником послуг, а не на допомозі в окремих випадках захворювання [5].

Всесвітня організація сімейних лікарів (WONCA) ключовим елементом своєї стратегії вважає роботу над інтегрованою допомогою, яка має бути реалізована горизонтально, коли лікарі загальної

практики – сімейної медицини (ЗПСМ) перебувають в центрі уваги як лідери, і вертикально серед різних рівнів охорони здоров'я [6].

В Україні питання розробки інтегрованих систем ПМСД практично не розглядалися.

Метою дослідження є обґрунтування, розробка та оцінка потенційної ефективності моделі інтегрованої системи первинної медико-санітарної допомоги.

Об'єкт і методи дослідження

Дослідження проводилося в 2019–2023 рр. у три етапи. На першому етапі проведено аналіз дезінтегрованості ПМСД; на другому – розроблено модель інтегрованої системи ПМСД; на третьому – проведено потенційну оцінку ефективності моделі. Для вивчення фрагментарності системи ПМСД було піддано узагальненню матеріали виконаного Світовим банком каскадного аналізу медичної допомоги хворим з окремими захворюваннями (артеріальна гіпертензія та діабет) [7; 8]; за допомогою Української асоціації сімейної медицини (УАСМ) вивчено думку 100 керівників закладів ПМСД стосовно їхніх відносин з Власником закладів (органами місцевого самоврядування – ОМС) та Замовником медичних послуг (Національною службою здоров'я – НСЗУ). Ефективність моделі, виміряна у масштабах запобіжних госпіталізацій для захворювань, що піддаються амбулаторному лікуванню, оцінювалася експертно. Експертами виступали 67 лікарів загальної практики – сімейної медицини (ЗПСЛ) та організаторів первинної медичної допомоги з високим (>0,8) рівнем компетентності.

У роботі використано комплекс методів, таких як: аналітичний, соціологічний, концептуального моделювання, соціологічний, експертних оцінок. Вибіркові дослідження проведено на репрезентативних та достатніх за обсягом сукупностях.

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного продукту SPSS та Excel-10. Для оцінки результатів дослідження використовувалися методи описової та аналітичної статистики. Для відносних величин розраховувалися 95,0% довірчі

інтервали (95% ДІ) за відкоригованим методом Вальда. Для виявлення характеристик, що впливають на відносини закладів ПМСД з Власником, застосовувався метод факторного аналізу; із Замовником – метод кластерного аналізу. Критичне значення рівня статистичної значущості для всіх видів аналізу приймалося на рівні $p < 0,05$.

Робота має позитивний відгук комісії з біоетики щодо використаних методів дослідження (протокол № 6 засідання комісії біомедичної етики Дніпровського державного медичного університету від 15.02.2023).

Результати дослідження та їх обговорення

Проведене дослідження свідчить, що первинна медична допомога в Україні має дискретний характер і концентрується переважно на лікуванні окремих епізодів захворювань, що особливо проявляється у разі надання допомоги хворим з хронічним перебігом. Під час аналізу процесу надання медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію та діабет виявлена переривчастість процесів на всьому ланцюжку медичної допомоги. Найбільшої глибини розриви в наданні медичної допомоги реєструвалися під час переходів від лікування до моніторингу стану хворих та досягнення контрольованого перебігу захворювання: з числа хворих на артеріальну гіпертензію та діабет, які отримували лікування, 68,4-35,0% (95% ДІ 68,25-68,55 та 95% ДІ 34,8-35,2) відповідно не піддавалися моніторингу стану здоров'я; контрольованості захворювань не досягали 81,6% (95% ДІ 81,22-81,96) та 84,0% (95% ДІ 83,71-84,29) хворих із зазначеними захворюваннями.

Виявлено також низку недоліків взаємодії закладів первинної допомоги з інституціями, від яких залежить ефективність їхнього функціонування – Замовником медичних послуг та Власниками закладів ПМСД. Якщо загальна оцінка керівниками закладів ПМСД відносин з обома інституціями виглядає як невисока, але прийнятна (позитивно їх оцінили 72% (95% ДІ 63,2- 80,8) та 68% (95% ДІ 58,9-77,1 відповідно), то окремі ключові характеристики взаємин були оцінені негативно або вкрай негативно.

Стосовно Замовника: збалансованість відносин між Замовником та надавачем послуг і цілеспрямованість політики у формуванні програми медичних гарантій позитивно оцінили по 28% (95% ДІ 19,2-36,8) опитаних; дієвість економічних стимулів програми медичних гарантій – 15% (95% ДІ 8-22); обґрунтованість тарифу (капітальної ставки) для фінансування послуг – 2% (95% ДІ -0,7-2,7).

До проблемних зон у відносинах закладів ПМСД з Власниками (органами місцевого самоврядування – ОМС) керівники віднесли: розуміння пріоритетності для громади розвитку охорони здоров'я – схвально оцінили 40% (95% ДІ 30,4-49,6); розуміння власником внеску ПМСД у процвітання громади – 18% (95% ДІ 10,5-25,5); реагування ОМС на потреби закладу – 26% (95% ДІ 17,4-34,6); компетентність представників ОМС

у питаннях організації медичного обслуговування – 25% (95% ДІ 16,5-33,5).

Виходячи з вищезазначених результатів досліджень, для підвищення координованості та якості ПМСД нами з використанням методу концептуального моделювання розроблена модель інтегрованої системи ПМСД (рис. 1). Центральне місце в моделі посідає блок із забезпечення безперервності (континууму) медичної допомоги хворим – завдання, яке ВООЗ відносить до глобальних пріоритетів для забезпечення якості та результативності медичної допомоги та переорієнтації медичних послуг на потреби людей [9]. Континуум медичних послуг як послідовність / наступність дій на всіх етапах надання допомоги забезпечується поєднанням горизонтальної (підтримки пов'язаності етапів первинної допомоги – скринінгу/діагностики, лікування, моніторингу, досягнення цільових індикаторів лікування – з мінімізацією втрат хворих на кожному з етапів, за винятком об'єктивних обставин, наприклад територіального переміщення хворого, що набуває особливого значення у разі їх відтермінованості в часі, насамперед у разі хронічного перебігу захворювань) та вертикальної – двостороннього зв'язку між первинним та вторинним рівнями допомоги – інтеграції (рис. 2). Інструментами інтеграції виступають наскрізні клінічні настанови / протоколи та механізми відстеження проходження пацієнтами етапів медичної допомоги.

Доведено, що досягти безперервності неможливо без прихильності хворих до терапії або комплаєнтності [10], рівень якої в Україні при різних захворюваннях оцінюється як низький. Наприклад, у пацієнтів, що страждають на артеріальну гіпертензію, прихильність до терапії не перевищувала 38,9% [11]. Існують переконливі докази, що поліпшення комплаєнтності потребує комплексного підходу [12].

З огляду на наведене, тісно пов'язаним з континуумом компонентом моделі є сформований на основі узагальнення різних підходів пакет заходів, спрямованих на поліпшення прихильності до виконання лікарських призначень, до якого входять: навчання медичного персоналу та пацієнтів; моніторинг стану пацієнтів; організаційно-технологічна, економічна та психологічна підтримка комплаєнтності (рис. 3).

Фундаментальною основою для безперервності надання медичних послуг є належна доступність ПМСД, яка в моделі забезпечується блоком «Зміцнення структури ПМСД» з такими компонентами, як: відновлення після воєнного конфлікту та подальший розвиток мережі точок доступу до ПМСД, дооснащення медичним устаткуванням та доукомплектування лікарським та сестринським персоналом.

Підтримку і розвиток центральних і місцевих державних інституцій, відповідальних за політику, планування та функції управління сектором охорони здоров'я, ВООЗ вважає одним із пріоритетів для України [13]. Тому важливими складниками моделі є заходи, спрямовані на оптимізацію взаємодії закладів ПМСД з Власниками (ОМС) та Замовником медичних послуг

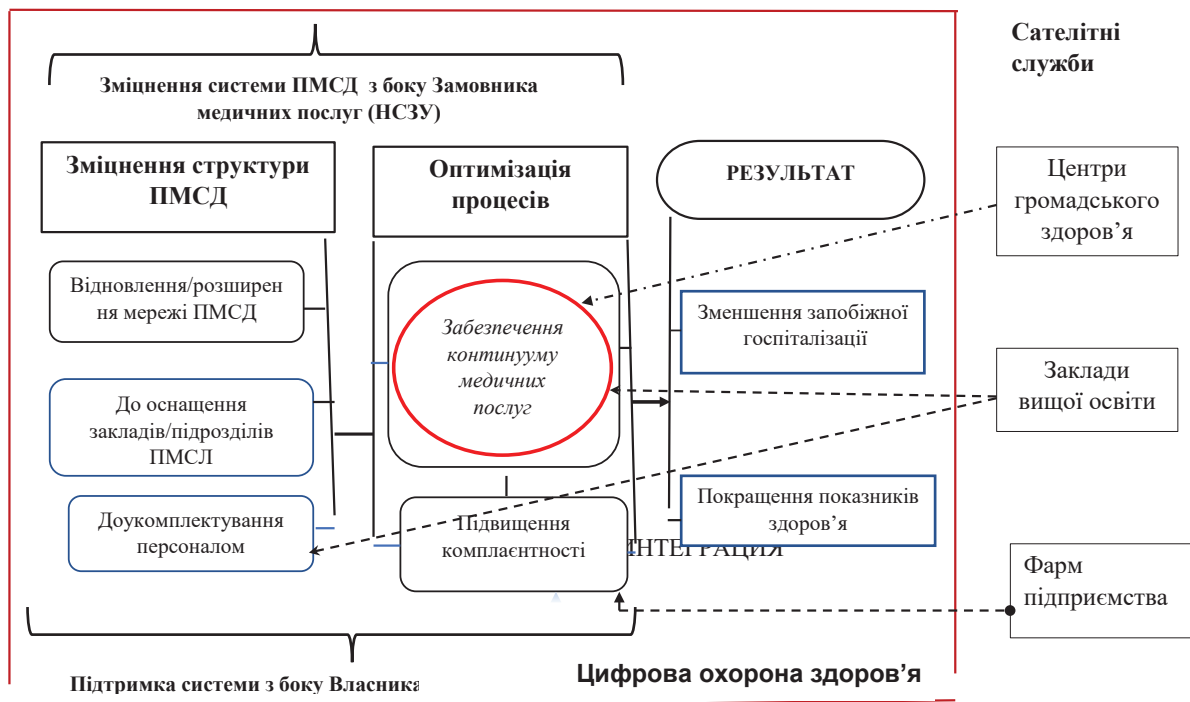


Рис. 1. Модель інтегрованої системи первинної медико-санітарної допомоги

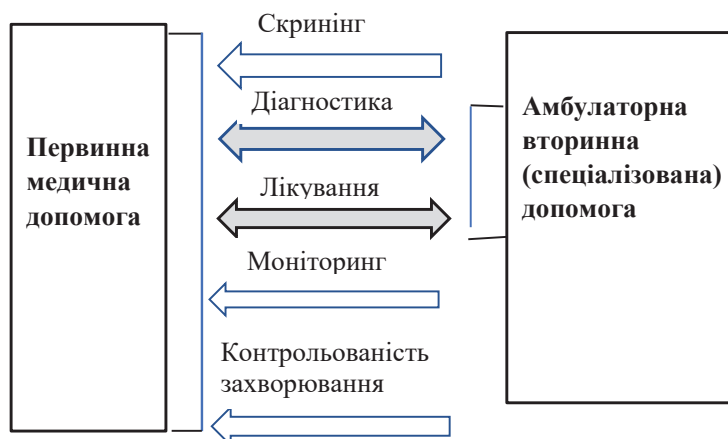


Рис. 2. Континуум медичних послуг при наданні ПМСД

(НСЗУ). За матеріалами соціологічного опитування керівників закладів ПМСД виявлено 3 фактори, на яких необхідно зосередитися для покращення взаємодії закладів ПМСД з Власником, та 2 кластери, які необхідно розвивати для оптимізації відносин закладів ПМСД із Замовником.

До факторів, що забезпечують колаборацію ПМСД з Власником, названу в моделі «Зміцнення системи ПМСД з боку Власника закладів ПМСД», належать: 1) «Усвідомлення власником значення ПМСД для громади», внесок якого становить 41% і описується 5-ма змінними – уважним ставленням ОМС до закладу ПМСД, адекватним реагуванням ОМС на потреби закладу, компетентністю представників ОМС у питаннях організації медичного обслуговування, розумінням

Власником внеску ПМСД у процвітання громади та пріоритетністю для громади розвитку охорони здоров'я; 2) «Залученість керівництва закладів ПМСД до ОМС» внесок якого становить 12 % і описується 2-ма змінними: участь керівника у сесіях ОМС та залучення керівників ПМСД до підготовки проектів рішень ОМС з питань охорони здоров'я; 3) «Фінансова підтримка власником розвитку ПМСД», внесок якого становить 9%, включає одну змінну – фінансування з місцевих бюджетів витрат на розвиток закладу та поліпшення якості медичного обслуговування.

Поліпшення відносин між закладами ПМСД та Замовником (НСЗУ), сформульоване в моделі як «Зміцнення системи ПМСД з боку Замовника медичних послуг», потребує розвитку кластерів, які



Рис. 3. Пакет заходів для підвищення комплаєнтності хворих

отримали умовні назви «економічного» та «політичного». Перший «економічний» об'єднує 3 характеристики: обґрунтованість тарифу для фінансування послуг (x_4) та фінансову забезпеченість введення нових вимог до надавачів (x_5), між якими найменша евклідова відстань, до яких приєднується дієвість економічних стимулів програми медичних гарантій (x_8); другий «політичний» кластер включає дві характеристики: забезпечення цілеспрямованості політики при формуванні програми медичних гарантій (x_6) та її результативності (x_7) (рис. 4).

Підтримують інтеграцію ПМСД допоміжні (сателітні) стосовно моделі служби: 1) центр громадського здоров'я, який забезпечує інформування щодо поширеності захворювань та провокуючих їх факторів ризику, 2) заклади вищої освіти, відповідальні за набуття медичним персоналом комунікативних компетентностей та підготовку персоналу ПМСД для навчання пацієнтів, у т. ч. у профільованих школах здоров'я; 3) фармпідприємства, які можуть розвивати випуск та застосування медикаментів в «інтелектуальній» упаковці з вмонтованими чіпами.

Невід'ємним складником сучасної моделі інтегрованої системи ПМСД є цифрова охорона здоров'я (Digital Health), яка передбачає широке використання цифрових технологій для цілей охорони здоров'я та цілей, пов'язаних з охороною здоров'я, в різних умовах, як усередині, так і за межами закладів охорони здоров'я. За оцінками ВООЗ, цифрова охорона здоров'я сприяє ефективному перетворенню системи медичного обслуговування та розширенню його доступності [14] і включає електронну охорону

здоров'я, мобільну охорону здоров'я та телемедицину (рис. 5).

У рамках моделі електронна охорона здоров'я передбачає перехід на електронні медичні картки (ЕМК) з низкою додатків: електронний рецепт, електронне направлення лікаря ЗПСМ в лабораторію / на консультацію до спеціаліста; зворотні електронні дані про результати обстеження, консультації; персоналізовані програми профілактичних заходів з урахуванням факторів ризику. ЕМК також будуть слугувати матеріалом для формування звітності медичних закладів про стан здоров'я, поширені фактори ризику серед прикріпленого населення та обміну такими даними з Центрами контролю та профілактики хвороб, що дозволить створити базу для прийняття доказових рішень щодо зміцнення системи охорони здоров'я загалом і системи ПМСД зокрема. Як свідчать матеріали досліджень J.J. Duval зі співавторами [15], електронна охорона здоров'я створює умови для зменшення фрагментації, оскільки полегшує обмін інформацією, однак без системних рішень не здатна забезпечити цілісне уявлення про траєкторії надання допомоги.

Мобільна охорона здоров'я дозволить підтримувати зв'язок лікаря ЗПСМ і пацієнта в режимі реального часу шляхом розсилки смс-повідомлень без участі одержувача і використовується для відправки нагадувань про візит до лікаря, навчальних матеріалів, порад спеціалістів та інформації для пацієнтів із різними захворюваннями про виконання поставлених цілей щодо здоров'я.

Розширити можливості медичної допомоги хворим дозволить запровадження окремого

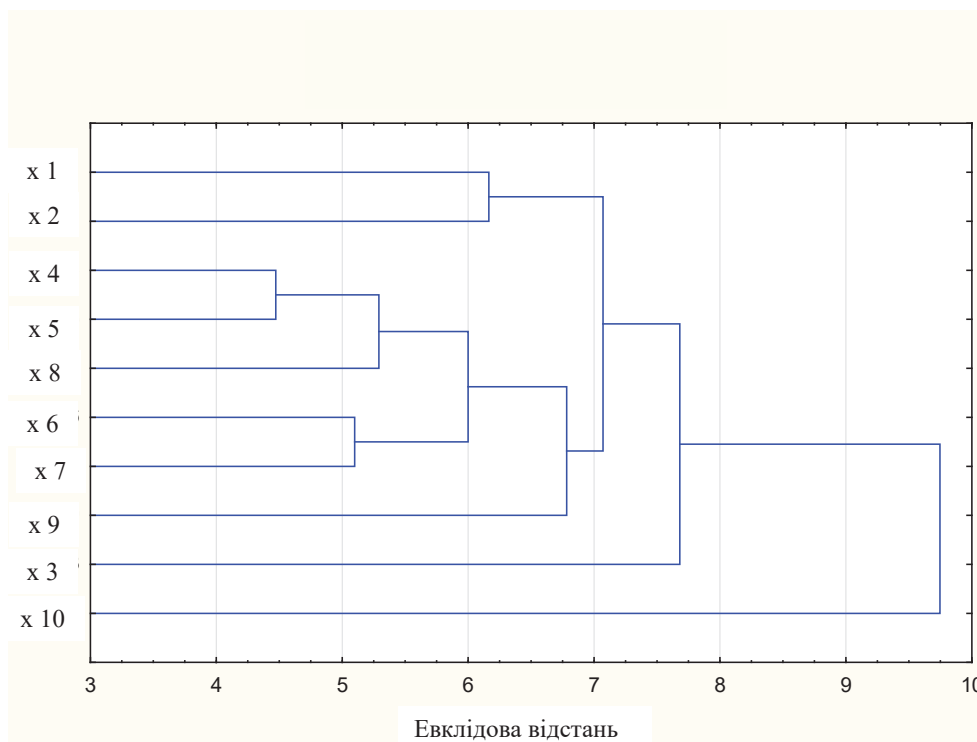


Рис. 4. Кластерний аналіз (дендрограма) для характеристик діяльності Замовника послуг

Позначення: x_1 – збалансованість відносин між Замовником та надавачем послуг, x_2 – порядок формування Замовником вимог до постачальників, x_3 – реагування Замовника на зміни потреб у послугах, x_4 – обґрунтованість тарифу (капітаційної ставки) для фінансування послуг, x_5 – фінансова забезпеченість введення нових вимог до надавачів, x_6 – цілеспрямованість політики при формуванні програми медичних гарантій, x_7 – ефективність програми медичних гарантій, x_8 – дієвість економічних стимулів програми медичних гарантій, x_9 – узгодженість намірів і дій, що потребують інвестицій, між Замовником та надавачем послуг, x_{10} – характеристика електронної системи охорони здоров'я

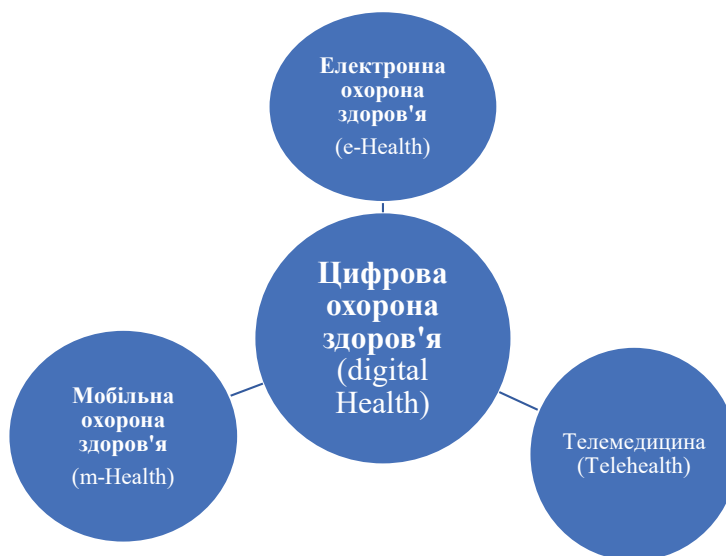


Рис. 5. Цифрова охорона здоров'я

телемедичного сервісу, за допомогою якого надаються дистанційні консультації насамперед для маломобільних пацієнтів та для хворих з віддалених районів, що позитивно впливає на доступність різноманітних медичних послуг.

Результативність моделі оцінювалася експертно за показником потенційно запобіжних госпіталізації для групи захворювань, що піддаються амбулаторному лікуванню (ЗПАЛ). Загальний рівень потенційної запобіжності госпіталізації дорослого населення

від ЗПАЛ, визначений для популяції, в Україні становить за оцінками лікарів ЗПСЛ – 28,2 % (95 % ДІ 18,1 – 39,5), за оцінками експертів – 32,9 % (95 % ДІ 21,3 – 40,0), що може дозволити уникнути 284-340 тис. випадків госпіталізацій на рік [16].

Перспективи подальших досліджень полягають в апробації моделі інтегрованої системи ПМСД в організаційному експерименті з оцінкою її реальної ефективності щодо масштабів запобігання госпіталізаціям, звернень за екстреною допомогою та динаміки показників здоров'я населення, в тому числі глобального тягаря хвороб.

Висновки

Дослідженням встановлено, що первинна медико-санітарна допомога в Україні характеризується високим рівнем фрагментації, дефектами зав'язків з різними інституціями, від яких залежить функціонування ПМСД. Обґрунтована модель інтегрованої системи ПМСД, запровадження якої може потенційно зменшити рівень госпіталізацій населення та в перспективі позитивно вплинути на динаміку здоров'я населення України

Література

1. IHME | GHDx [Інтернет]. Global Burden of Disease Study (GBD) Burden of Proof and Risk-Outcome Scores; [цитовано 5 серп. 2023]. Доступно на: <https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-risk-outcome-scores>
2. Essenburgh [Інтернет]. Fragmentation of care: its causes and what we can do about it; [цитовано 5 серп. 2023]. Доступно на: <https://www.essenburgh.com/en/blog/fragmented-care-the-causes-and-what-we-can-do-about-it/>.
3. Joo JY. Fragmented care and chronic illness patient outcomes: A systematic review. Nurs Open [Інтернет]. 9 січ. 2023 [цитовано 10 серп. 2023]. <https://doi.org/10.1002/nop2.1607>
4. Stange KC. The Problem of Fragmentation and the Need for Integrative Solutions. Ann Fam Med [Інтернет]. 1 берез. 2009 [цитовано 1 серп. 2023];7(2):100-3. <https://doi.org/10.1370/afm.971>
5. World Health Organization [Інтернет]. Integrating health services Technical series on primary health care; 2018. Доступно на: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/linkages.pdf>
6. WONCA [Інтернет]. Europe Future Plan 2019-2022; 15 жовт. 2019. Доступно на: <https://www.woncaeurope.org/news/view/wonca-europe-future-plan-2019-2022>
7. World Bank [Інтернет]. Hypertension Care in Ukraine: Breakpoints and Implications for Action; 2019. Доступно на: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/31155>
8. World Bank [Інтернет]. Type-2 Diabetes Care in Ukraine: Breakpoints and Implications for Action; 2019. Доступно на: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/31157>
9. World Health Organization [Інтернет]. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services; 2018. Доступно на: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274628/9789241514033-eng.pdf>
10. Novozhylova IA. The problem of compliance in tuberculosis patients. Ukr Pulmonol J [Інтернет]. 2019 [цитовано 3 жовт. 2023];106(4):67-72. <https://doi.org/10.31215/2306-4927-2019-106-4-67-72>
11. Пасечко НВ, Радецька ЛВ, Ярема НІ, Боб АО, Смачило ІВ, Хоміцька АІ. Комплаєнс до лікування хворих з артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця в амбулаторних умовах. Здобутки клініч. і експерим. медицини [Інтернет]. 25 квіт. 2019 [цитовано 3 серп. 2023];(1):112-6. <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2019.v0.i1.10059>
12. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keenanasseril A, Agoritsas T, Mistry N, Iorio A, Jack S, Sivaramalingam B, Iserman E, Mustafa RA, Jedraszewski D, Cotoi C, Haynes RB. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev [Інтернет]. 20 лист. 2014 [цитовано 3 жовт. 2023]. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000011.pub4>
13. World Bank Group Office of Health, USAID/Ukraine [Інтернет]. Priorities for health system recovery in Ukraine: joint discussion paper. WHO Country Office in Ukraine; 28 груд. 2022. Доступно на: <https://www.who.int/europe/publications/m/item/priorities-for-health-system-recovery-in-ukraine-joint-discussion-paper>
14. World Health Organization [Інтернет]. Digital health: transforming and extending the delivery of health services; 9 верес. 2020. Доступно на: <https://www.who.int/europe/ru/news/item/09-09-2020-digital-health-transforming-and-extending-the-delivery-of-health-services>
15. Duval Jensen J, Ledderer L, Kolbæk R, Beedholm K. Fragmented care trajectories in municipal healthcare: Local sense-making of digital documentation. DIGIT HEALTH [Інтернет]. Січ. 2023 [цитовано 3 серп. 2023];9:205520762311805. <https://doi.org/10.1177/20552076231180521>
16. Lekhan VN, Kriachkova LV, Doroshenko OO, Gritsenko LO. Estimates of potentially preventable hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in Ukraine. Medicni Perspekt [Інтернет]. 28 груд. 2020 [цитовано 3 жовт. 2023];25(4):189-98. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4.221711>

References

1. IHME | GHDx [Internet]. Global Burden of Disease Study (GBD) Burden of Proof and Risk-Outcome Scores | GHDx; [cited 2023 Aug. 5]. Available from: <https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-risk-outcome-scores>
2. Fragmentation of care: its causes and what we can do about it [Internet]. Available from: <https://www.essenburgh.com/en/blog/fragmented-care-the-causes-and-what-we-can-do-about-it/>.
3. Joo JY. Fragmented care and chronic illness patient outcomes: A systematic review. Nurs Open [Internet]. 2023 January 9 [cited 2023 Aug. 10]. <https://doi.org/10.1002/nop2.1607>
4. Stange KC. The Problem of Fragmentation and the Need for Integrative Solutions. Ann Fam Med [Internet]. 2009 March 1 [cited 2023 Aug 1];7(2):100-3. <https://doi.org/10.1370/afm.971>

5. World Health Organization [Internet]. Integrating health services Technical series on primary health care; 2018. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/linkages.pdf>
6. WONCA [Інтернет]. Europe Future Plan 2019-2022; 2019 October 15. Available from: <https://www.woncaeurope.org/news/view/wonca-europe-future-plan-2019-2022>
7. World Bank [Internet]. Hypertension Care in Ukraine: Breakpoints and Implications for Action; 2019. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/31155>
8. World Bank [Internet]. Type-2 Diabetes Care in Ukraine: Breakpoints and Implications for Action; 2019. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/31157>
9. World Health Organization [Internet]. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services; 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274628/9789241514033-eng.pdf>
10. Novozhylova IA. The problem of compliance in tuberculosis patients. Ukr Pulmonol J [Інтернет]. 2019 [cited 2023 October 3]; 106(4):67-72. <https://doi.org/10.31215/2306-4927-2019-106-4-67-72>
11. Pasyechko NV, Radetska LV, Yarema NI, Bob AO, Smatchylo IV, Homitska AI. Komplaiensi do likuvannia khvorykh z arteri-alnoiu hipertenziieiu ta ishemichnoiu khvoroboioiu sertsia v ambulatornykh umovakh. Zdobutky klin. i ekspsym. medytsyny [Інтернет]. 2019 kvit. 25 [tsytovano 2023 serp. 3];(1):112-6. <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2019.v0.i1.10059> [In Ukrainian].
12. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keenanasseril A, Agoritsas T, Mistry N, Iorio A, Jack S, Sivaramalingam B, Iserman E, Mustafa RA, Jedraszewski D, Cotoi C, Haynes RB. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. November 20 2014 [cited 2023 Oct. 3]. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000011.pub4>
13. World Bank Group Office of Health, USAID/Ukraine [Internet]. Priorities for health system recovery in Ukraine: joint discussion paper. WHO Country Office in Ukraine; 2022 December 28. Available from: <https://www.who.int/europe/publications/m/item/priorities-for-health-system-recovery-in-ukraine-joint-discussion-paper>
14. World Health Organization [Internet]. Digital health: transforming and extending the delivery of health services; 2020 September 9. Available from: <https://www.who.int/europe/ru/news/item/09-09-2020-digital-health-transforming-and-extending-the-delivery-of-health-services>
15. Duval Jensen J, Ledderer L, Kolbæk R, Beedholm K. Fragmented care trajectories in municipal healthcare: Local sense-making of digital documentation. DIGIT HEALTH [Інтернет]. Січ. 2023 [cited 2023 Aug 3];9:205520762311805. <https://doi.org/10.1177/20552076231180521>
16. Lekhan VN, Kriachkova LV, Doroshenko OO, Gritsenko LO. Estimates of potentially preventable hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in Ukraine. Medicni Perspekt (Medical Perspect [Internet]. 2020 December 28 [cited 2023 Oct. 3]; 25(4):189-98. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4.221711>

Метою дослідження є обґрунтування, розробка та оцінка потенційної ефективності моделі інтегрованої системи первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД)

Матеріали та методи. Проведено аналіз безперервності ПМСД, вивчено вплив відносин між власником закладів ПМСД, замовником медичних послуг та надавачами ПМСД, розроблено модель інтеграції системи ПМСД та оцінено її потенційну ефективність. Використано такі методи: аналітичний, соціологічний, концептуального моделювання, соціологічний, експертних оцінок.

Результати. Узагальнення матеріалів каскадного аналізу свідчить про виражену фрагментарність існуючої системи ПМСД. Стосунки між надавачами ПМСД, замовниками послуг та власників закладів не забезпечують ефективності ПМСД. Обґрунтована модель інтегрованої системи ПМСД, провідне місце в якій відводиться континууму заходів, що забезпечують пов'язаність етапів медичної допомоги на рівні ПМСД та діадичного зв'язку з вторинним рівнем допомоги. Складниками моделі є також набір компонентів, що забезпечують прихильність пацієнтів до лікування, зміцнення структури ПМСД, в тому числі й через поліпшення взаємодії з власниками закладів ПМСД та замовником медичних послуг, удосконалення цифрової охорони здоров'я відповідно до потреб ПМСД, а також сукупність допоміжних служб, які служать підтримці безперервності ПМСД. Запровадження моделі може потенційно зменшити рівень запобіжних госпіталізацій дорослого населення з амбулаторно-чутливими захворюваннями на 28,2-32,9%.

Висновки. Дослідженням встановлено, що первинна медико-санітарна допомога в Україні характеризується високим рівнем фрагментації, дефектами зв'язків з різними інституціями, від яких залежить функціонування ПМСД. Обґрунтована модель інтегрованої системи ПМСД, запровадження якої може істотно зменшити рівень госпіталізацій населення та в перспективі позитивно вплинути на динаміку здоров'я населення України

Ключові слова: первинна медико-санітарна допомога, інтеграція, потенційно запобіжні госпіталізації.

Purpose is substantiation, development and evaluation of the potential effectiveness of the model of the integrated system of primary health care (PHC).

Materials and methods. An analysis of the uninterruptedness of PHC was carried out, the influence of relations between the owner of PHC facilities, the customer of medical services and providers of PHC was studied, the model of the integrated system of PHC system was developed. Analytical, sociological, conceptual modeling, sociological, and expert assessment methods were used.

Results. Summarizing the materials of the cascade analysis shows the pronounced fragmentation of the existing PHC system. The relationship between PHC providers, service customers and facility owners does not ensure the effectiveness of PHC. A well-founded model of an integrated PHC system, the leading place in which is given to a continuum of measures ensuring the connection of stages of medical care at the level of PHC and dyadic communication with the secondary level of care. The components of the model are also included measures to improve patient adherence, strengthening the structure of PHC, optimization interaction with the owners of PHC

facilities and the customer of medical services, improving digital health, as well as a set of auxiliary services, which serve to support the integrated of primary care. The implementation of the model can potentially reduce the level of preventive hospitalizations of the adult population with ambulatory care sensitive conditions by 28.2-32.9%.

Conclusions. The research established that PHC in Ukraine is characterized by a high level of fragmentation, defects in connections with various institutions on which the functioning of PHC depends. A substantiated model of an integrated primary health care system, the introduction of which can significantly reduce the level of hospitalizations of the population and, in the long term, positively affect the dynamics of the health of the population of Ukraine

Key words: primary health care, integration, potentially preventable hospitalizations.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Лехан Валерія Микитівна – доктор медичних наук, професор, професор кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету; вул. В. Вернадського, 9, м. Дніпро, Україна, 49044.

v.n.lexan@gmail.com, ORCID ID 0000-0003-2953-3292

Гриценко Людмила Олександрівна – викладач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету; вул. В. Вернадського, 9, м. Дніпро, Україна, 49044.

gritsenkol61@gmail.com, ORCID ID 0000-0003-2088-538X

Любінець Л.А.¹, Шведа Г.П.¹, Качмарська М.О.²

Ступінь тривожності в середнього медичного персоналу під час воєнного стану в Україні

¹Львівська медична академія імені Андрея Крупинського, м. Львів, Україна

²Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Lyubinet L.A.¹, Shveda H.P.¹, Kachmarska M.O.²

The degree of anxiety of the average medical staff during the martial law in Ukraine

¹Andrei Krupinskiy Lviv Medical Academy, Lviv, Ukraine

²Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

llidija54@gmail.com

Вступ

Півтора роки повномасштабної війни деякою мірою відбилися на всіх без винятку українцях. Усі прошарки населення України перебувають в умовах, що негативно впливають на свідомість людей [1]. Повітряні тривоги, вибухи зумовлюють появу відчуття безвиході в особистому житті та негативно впливають на ментальне здоров'я, спричиняючи стрес та тривожність і, як наслідок, зростання як фізичних, так і психологічних травм [2]. На думку М. Маркової та А. Маркова, психоемоційні розлади під час воєнних дій мають особливе значення у зв'язку з тим, що можуть одночасно виникати у широкого загалу [3]. Російська військова агресія в Україні призвела до значної кількості загиблих і поранених, а також осіб, які змушені залишити свої домівки та стати біженцями. Ще більше людей, які мешкають поза зоною бойових дій, перебувають у стані тривоги за себе, своїх дітей та рідних.

За даними експертів Всесвітньої організації з охорони здоров'я, внаслідок війни українцям загрожують депресія, тривожний розлад та посттравматичний стресовий синдром [4]. Перед медичними працівниками, які безпосередньо стикаються з цими наслідками війни, постають різноманітні виклики [5].

Робота в умовах кризової та екстремальної ситуації, у тому числі під час воєнного стану, зумовлює підвищені вимоги до фізичних, психічних та психологічних ресурсів медиків [6]. За даними Т. Барковської, досить поширеною психологічною проблемою, з якою стикаються лікарі та медичні сестри, є емоційне вигорання. Воно зумовлює втрату працездатності, супроводжується частковим або повним виключенням емоцій у відповідь на травматичні для психіки впливи [7].

Мета дослідження – вивчити особливості психоемоційного стану у середнього медичного персоналу клініки з надання швидкої та невідкладної медичної допомоги в умовах воєнного стану.

Матеріали та методи дослідження

Для дослідження рівня тривоги як стану, що характеризується суб'єктивно пережитими емоціями напруги, неспокою, стурбованості у відповідь на різні стреси, і рівня тривожності як властивості людини реагувати на зовнішні подразники станом тривоги, інтенсивність якої не відповідає об'єктивній небезпеці, використано «Опитувальник Spielberg Charles D.» у власній версії опитувальника українською мовою [8].

Були опитано 170 медичних сестер, що працюють у Першому територіальному медичному об'єднанні м. Львова з використанням анкет, які містили 40 питань, у тому числі 20 питань, які характеризують реактивну тривожність (частина А), і ще 20 питань, які характеризують особистісну тривогу (частина В). Серед опитаних респондентів було 149 жінок і 21 чоловік. Усім їм пропонувалося відповісти на запитання і зазначити, як вони себе почувають у даний момент (питання 1–20) та як почуваються зазвичай (питання 21–40).

На кожне запитання респонденти давали один із чотирьох можливих варіантів відповіді залежно від ступеня інтенсивності реактивної тривожності і за частотою вираженості особистісної тривожності. Відповідь на запитання «1» означає відсутність або легку ступінь тривожності, а відмітка «4» означає високу тривожність.

Рівень реактивної тривоги вираховувався за формулою:

$$PT = \Sigma_{рп} - \Sigma_{ро} + 50,$$

де РТ – показник реактивної тривожності,
 $\Sigma_{рп}$ – сума балів за прямими запитаннями (3,4,6,7,9,12,14,15,17,18)

$\Sigma_{рз}$ – сума балів за протилежними, полярними запитаннями (1,2,5,8,10,11,13,16,19,20)

Для розрахунку рівня особистісної тривожності застосовувалась формула:

$$OT = \Sigma_{оп} - \Sigma_{оз} + 35,$$

де ОТ – показник особистісної тривожності,

Σоп – сума балів за прямими запитаннями (2,3,4,5,8,9,11,12,14,15,17,18,20)

Σоз – сума балів за протилежними, полярними запитаннями (1,6,7,10,13,16,19).

Показник, який не досягав 30 балів, розглядався як такий, що вказував на низький рівень тривоги, від 31 до 45 балів – на помірний, більше 45 балів – на високий рівень.

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті проведеного опитування виявлено, що рівень реактивної тривожності серед середнього медичного персоналу даної установи значно перевищував 30 балів (47,19±0,63) і у 98,24±1,01% (p≤0,05) випадків коливався від 31 до 69 балів, тобто був помірно високим (табл. 1). Низький рівень тривожності траплявся лише у трьох осіб, що склало 1,76±1,01% від загальної кількості опитаних.

Аналогічні зміни були виявлені і в оцінці особистісної тривожності: середня кількість балів склала 48,19±0,59% і у 98,82±0,83% (p≤0,05) випадків коливалася від 31 до 75 балів, а низький рівень тривожності було виявлено лише у 2 осіб.

Порівняння отриманих даних за статтю виявило, що рівень реактивної тривожності в усіх чоловіків перевищував 30 балів (діапазон від 35 до 69) і дорівнював 46,95±1,85 балів. Помірний, середній рівень реактивної тривожності констатовано у 8 осіб (38,10±10,60%), і він склав 39,75±3,11 балів, а високий – у 13 (61,90±10,60%; 51,38±2,38 балів) (рис.1).

Особистісна тривожність у чоловіків у середньому дорівнювала 46,43±1,72 бали: у 10 чоловіків вона була помірною (у 47,62±10,90%, складала 41,20±2,56 бали), а в 11 – високою (відповідно у 52,38±10,90% та 51,18±2,41 бал) (рис. 2).

У жінок, які становлять основну частку середнього медичного персоналу закладу, результат

Таблиця 1

Середні показники реактивної та особистісної тривожності у середнього медичного персоналу (в балах)

	Кількість опитаних	Реактивна тривожність (P±m)	Особистісна тривожність (P±m)
Всього опитаних	170	47,19±0,63	48,19±0,59
Чоловіки	21	46,95±1,85	46,43±1,72
Жінки	149	47,22±0,68	48,44±0,62
p-знач		>0,05	>0,05

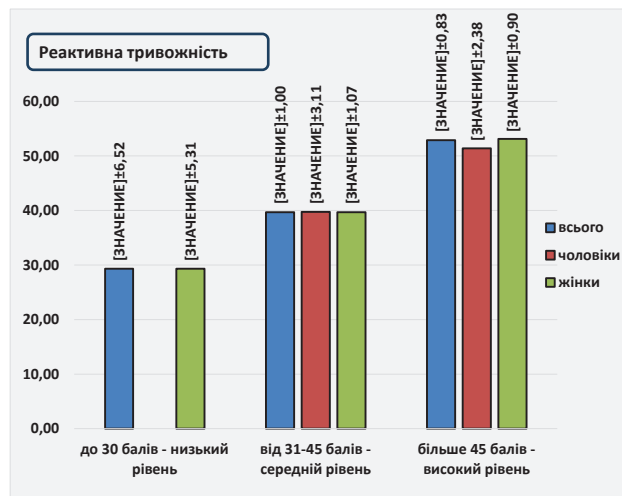


Рис. 1. Рівень реактивної тривожності у чоловіків та жінок (в балах)

вивчення тривожності показав, що лише у трьох з них (2,01±1,15%, p≤0,05) рівень реактивної тривожності був низьким і становив 29 (2 особи) та 30 балів (1 особа). Середня кількість балів, які дали основну характеристику цієї тривожності, дорівнювала 47,22±0,68. У 60 жінок (40,27±4,02%) спостерігався помірний рівень реактивної тривожності – 39,67±1,07 балів, а у 86 – високий (відповідно 57,72±4,05% та 53,12±0,90 балів).

Водночас середній рівень особистісної тривожності становив 48,44±0,62 бали. У 147 жінок вона була

на високому і помірному рівнях: у 30,87±3,78% опитаних (46 осіб) рівень отриманих результатів був у межах 31–45 балів (помірний бал, 40,61±1,13), а у 67,79±3,83% (101 особа) перевищував 45 балів (52,43±0,76 бали, висока особистісна тривожність).

Як реактивна, так і особистісна тривожність середнього медичного персоналу є помірно високою. Достовірної різниці у порівнянні показників за статтю не було встановлено, проте рівень реактивної та особистісної тривожності у жінок був дещо вищим. Водночас

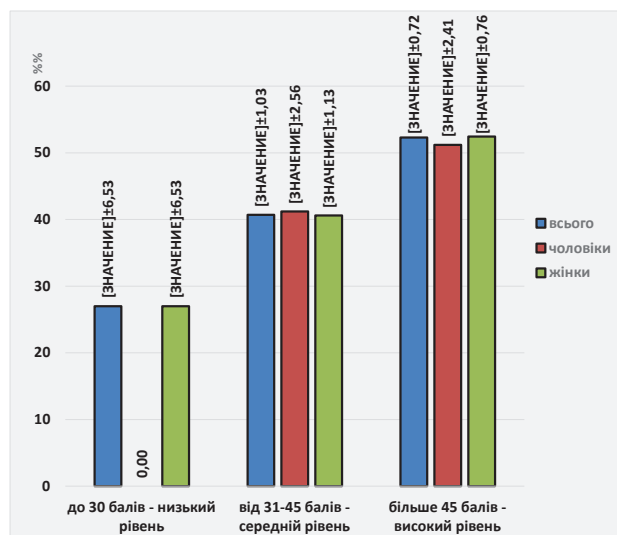


Рис. 2. Рівень особистісної тривожності у чоловіків та жінок (в балах)

у чоловіків особистісна тривожність була незначно нижчою за реактивну тривогу. У жінок спостерігалась протилежна особливість – переважання особистої тривожності над реактивною. Конституційні особливості людини зумовлюють схильність сприймати психологічні навантаження у широкому діапазоні ситуацій. Це також підтверджують дослідження й інших науковців [9-11]. Реактивна та особистісна тривожності тісно взаємопов'язані і корелюють між собою, що зумовлено тим, що особистісна тривожність є фактором, що полегшує виникнення реакції тривоги.

Перспективи подальших досліджень полягають у проведенні аналогічного дослідження у лікувальному закладі онкологічного профілю.

Висновки

Середній медичний персонал тривалий час перебуває у постійному напруженні, що, ймовірно, зумовлює виснаження функціональних можливостей людини. Як реактивна, так і особистісна тривожність є помірно високою, що певною мірою характеризує особливості умов праці респондентів.

Література

1. Слюсаревський ММ. Соціально-психологічний стан українського суспільства в умовах повномасштабного російського вторгнення: нагальні виклики і відповіді : наукова доповідь на засіданні Президії НАПН України 21 квітня 2022 р. Вісник Національної академії педагогічних наук України [Інтернет]. 2022;4(1):1-11. DOI: 10.37472/v.naes.2022.4124.
2. Ушакова ІМ. Психопрофілактика виникнення гострих стресових розладів у працівників ДСНС України під час війни. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія [Інтернет]. 2022;2:95-99. DOI: 10.32782/PSY-VISNYK/2022.2.19.
3. Маркова МВ, Марков АР. Медико-психологічні детермінанти інформаційно-психологічної безпеки цивільного населення. Харків: Друкарня Мадрид; 2019. 248 с.
4. Quarter of Ukrainians at risk of severe mental health conditions – adviser. [Інтернет]. Доступно на: <https://www.reuters.com/world/europe/quarter-ukrainians-risk-severe-mental-health-conditions-who-2023-02-09/>.
5. Величко В, Данильчук Г, Лагода Д, Венгер Я, Челенгіров В. Оцінка впливу війни на психологічний стан лікарів-інтернів Південного регіону України. Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я [Інтернет]. 2022;1(8):16-22. DOI: 10.32689/2663-0672-2022-1-2.
6. Сайко ЮМ, Спіріна ІД. Особливості психічного здоров'я медичних працівників під час воєнного стану. У: Матеріали III Всеукраїнської наук.-практ. конф.; 30 лист. 2022; Дніпро. Дніпро: ВВПЗ ДГУ; 2022. с. 112-115.
7. Барковська ТВ. Особливості емоційного вигорання медичних працівників під час війни. Запоріжжя: ЗНУ; 2022. 81 с.
8. Spielberger, Charles D. State-trait anxiety inventory for adults. 1983.
9. Дробот ОВ. Особистісна тривожність в юнацькому віці: специфіка гендерних проявів. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія [Інтернет]. 2022;33(72)3:59-64. DOI: 10.32838/2709-3093/2022.3/10.
10. Іванова Т, Зозуля І. Гендерні особливості прояву тривоги та депресії. Вісник Львівського університету. Серія: Психологічні науки [Інтернет]. 2021;10:68-76. DOI: 10.30970/PS.2021.10.10.
11. Петрущак ОМ, Криницька ІЯ. Аналіз особистісної та ситуативної тривожності у хворих на ішемічну хворобу серця. Медсестринство [Інтернет]. 2018;2:9-11. DOI: 10.11603/2411-1597.2018.2.9155

References

1. Slyusarevskyy M. Socio-psychological state of ukrainian society during the full-scale russian invasion: urgent challenges and answers : Scientific report at the meeting of the Presidium of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine,

April 21, 2022. Herald of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine [Internet]. 2022;4(1):1-11. DOI: 10.37472/V.NAES.2022.4124.

2. Ushakova IM. Psychoprophylaxis of the occurrence of acute stress disorders among employees of the SES of Ukraine during the war. Scientific Bulletin of Uzhhorod National University. Series: Psychology [Internet]. 2022;2:95-99. DOI: 10.32782/psy-visnyk/2022.2.19
3. Markova MV, Markov AR. Medical and psychological determinants of information and psychological security of the civilian population. Kharkiv: Printing house Madrid; 2019. 248 s.
4. Quarter of Ukrainians at risk of severe mental health conditions – adviser [Internet]. Available from: <https://www.reuters.com/world/europe/quarter-ukrainians-risk-severe-mental-health-conditions-who-2023-02-09/>.
5. Velychko V, Danylchuk H, Lahoda D, Venher Ya, Chelenhirov V. Assessment of the impact of war on the psychological state of intern doctors in the southern region of Ukraine. Modern Medicine, Pharmacy and Psychological Health [Internet]. 2022;1(8):16–22. DOI: 10.32689/2663-0672-2022-1-2
6. Sayko YM, Spirina ID. Features of mental health of medical workers during martial law. In: Proceedings of the III All-Ukrainian scientific and practical conference; 30 Nov. 2022; Dnipro. Dnipro: VNPZ DSU; 2022. s. 112-115.
7. Barkovska TV. Features of emotional burnout of medical workers during the war. Zaporizhzhia: ZNU; 2022. 81 p.
8. Spielberger, Charles D. State-trait anxiety inventory for adults. 1983.
9. Drobot OV. Personal anxiety in adolescence: specifics of gender manifestations. V.I. Vernadsky Taurida National University [Internet]. 2022;33(72)3:59-64. DOI: 10.32838/2709-3093/2022.3/10.
10. Ivanova T, Zozulya I. Gender features of anxiety and depression. Visnyk of the Lviv University. Series Psychological science [Internet]. 2021;10:68–76. DOI: 10.30970/PS.2021.10.10.
11. Petrushchak OM, Krynytska IY. Analysis of personal and situative anxiety in patients with ischemic heart disease. Nursing [Internet]. 2018;2:9-11. DOI: 10.11603/2411-1597.2018.2.9155.

Мета роботи – вивчити особливості психоемоційного стану у середнього медичного персоналу в умовах воєнного стану.

Матеріали та методи. Матеріалом дослідження слугували результати соціологічного опитування 170 осіб середнього медичного персоналу клініки з надання швидкої та невідкладної медичної допомоги з використанням опитувальника Спілбергера та дані наукової літератури. Використано такі методи: системного підходу, бібліосемантичний, соціологічний, медичної статистики.

Результати. Рівень реактивної тривожності серед середнього медичного персоналу закладу охорони здоров'я, де проводилось опитування, значно перевищував 30 балів ($47,19 \pm 0,63$), тобто був помірно високим. Аналогічні зміни були виявлені і в оцінці особистісної тривожності: середня кількість балів склала $48,19 \pm 0,59\%$ і коливалася від 31 до 75 балів.

Порівняння отриманих даних за статтю виявило, що високий рівень реактивної тривожності констатовано у 61,90% чоловіків, і він становив $51,38 \pm 2,38$ бали. У жінок, які становлять основну частку середнього медичного персоналу закладу, результат був таким: висока тривога спостерігалася у 57,72% респондентів із середнім балом $53,12 \pm 0,90$.

Особистісна тривожність у жінок перевищувала таку у чоловіків: $48,44 \pm 0,62$ проти $46,43 \pm 1,72$ балів.

Висновки. Встановлено, що як реактивна, так і особистісна тривожність середнього медичного персоналу була помірно-високою з переважанням у жінок. У чоловіків особистісна тривожність була нижчою за реактивну тривогу. У жінок спостерігалась протилежна особливість – переважання особистісної тривожності над реактивною. Це певною мірою характеризує особливості умов праці респондентів, а конституційні особливості людини зумовлюють схильність сприймати психологічні навантаження у широкому діапазоні ситуацій.

Ключові слова: середній медичний персонал, опитувальник Спілбергера, реактивна тривожність, особистісна тривога.

Purpose is to study the peculiarities of the psycho-emotional state of nursing staff under martial law.

Materials and methods. The study was based on the results of a sociological survey of 170 nurses of an ambulance and emergency medical care clinic using the Spielberger questionnaire and data from the scientific literature. The following methods were used: systematic approach, bibliosemantic, sociological, and medical statistics.

Results. The level of reactive anxiety among nursing staff of the health care facility where the survey was conducted significantly exceeded 30 points (47.19 ± 0.63), i.e. was moderately high. Similar changes were found in the assessment of personal anxiety: the average number of points was $48.19 \pm 0.59\%$ and ranged from 31 to 75 points.

The comparison of the data obtained by gender revealed that a high level of reactive anxiety was found in 61.90% of men and amounted to 51.38 ± 2.38 points. In women, who make up the bulk of the institution's nursing staff, the result was as follows: high anxiety was observed in 57.72% of respondents with an average score of 53.12 ± 0.90 .

Personal anxiety in women was higher than in men: 48.44 ± 0.62 versus 46.43 ± 1.72 points.

Conclusions. It was found that both reactive and personality anxiety of nurses were moderately high, with a predominance of women. In men, personal anxiety was lower than reactive anxiety. The opposite was true for women, with personal anxiety prevailing when compared to reactive anxiety. To some extent, this characterizes the peculiarities of the respondents' working conditions, and the constitutional characteristics of a person determine the tendency to perceive psychological stress in a wide range of situations.

Key words: nursing staff, Spielberger's questionnaire, reactive anxiety, personality anxiety.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Любінець Лідія Анисіївна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри фундаментальних наук Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського; вул. П. Дорошенка, 70, м. Львів, Україна, 79000.

llidija54@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-7596-8740

Шведа Галина Петрівна – магістр Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського; вул. П. Дорошенка, 70, м. Львів, Україна, 79000.

galinashveda0204@gmail.com, ORCID ID 0009-0005-1656-4390

Качмарська Марта Олегівна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри психіатрії та психотерапії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, 79010.

kachmarskamarta@gmail.com, ORCID ID 0000-0003-1104-3420.

Любінець О.В., Мілашовська В.О.

Стратегічне планування медичної допомоги населенню закладами охорони здоров'я госпітального кластеру

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

Lyubinetz O.V., Milashovska V.O.

Strategic planning of medical care for the population by healthcare institutions of the hospital cluster

Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

pulmo@ukr.net

Вступ

Аналіз результатів функціонування медичної галузі показав, що однією з основних причин кризового стану системи є неефективне управління [1; 2; 3]. Керівники закладів потребують серйозної методичної допомоги у прийнятті управлінських рішень насамперед у сфері короткострокових і довгострокових напрямів розвитку. У зв'язку з цим у сучасних умовах виникає необхідність організаційних змін у системі охорони здоров'я, що зумовлені потребою адаптації органів управління та закладів охорони здоров'я до зовнішніх і внутрішніх викликів, а також необхідністю зміни шляхів і способів здійснення їхньої діяльності, спрямованої на задоволення мінливих суспільних потреб [4]. Шляхом вирішення даного питання є створення стратегічного плану розвитку системи медичної допомоги населенню як окремим закладом охорони здоров'я, так і групою установ медичного профілю на певній території, що була сформована у госпітальні кластери згідно з рішенням обласних державних адміністрацій та затверджена МОЗ України.

Стратегічне планування виступає важливим чинником досягнення позитивних змін в організації медичної допомоги населенню і базується на оцінці медико-демографічної ситуації в державі та її дослідженні на місцевому рівні [5; 6; 7].

Метою дослідження є розроблення концептуальної моделі стратегічного планування медичної допомоги населенню на районному рівні.

Матеріали та методи

Матеріалом дослідження слугували дані наукової літератури, результати соціологічного опитування керівників закладів охорони здоров'я та населення щодо організації медичної допомоги, в т. ч. з урахуванням змін на основі адміністративно-територіальної реформи в Україні. Використано такі методи: системний підхід, бібліосемантичний, соціологічний, концептуальне моделювання.

Результати дослідження та їх обговорення

Базовими принципами, на які має спиратися формування стратегічного плану розвитку закладів охорони здоров'я госпітального кластеру, є (рис. 1):

- 1) науково та методично обґрунтований вибір цілей розвитку закладу, які відповідають соціально-економічному розвитку району обслуговування;
- 2) систематичний пошук нових форм і видів діяльності, які забезпечують підвищення якості надання медичної допомоги;
- 3) забезпечення узгодженості інтересів закладу і соціального середовища, індивідуалізація стратегій;
- 4) диференціація завдань стратегічного й оперативного управління;
- 5) збалансованість стратегічних, тактичних і операційних цілей, які забезпечать виконання стратегічних і тактичних завдань;
- 6) інтеграція і глобалізація структурних підрозділів закладів охорони здоров'я.

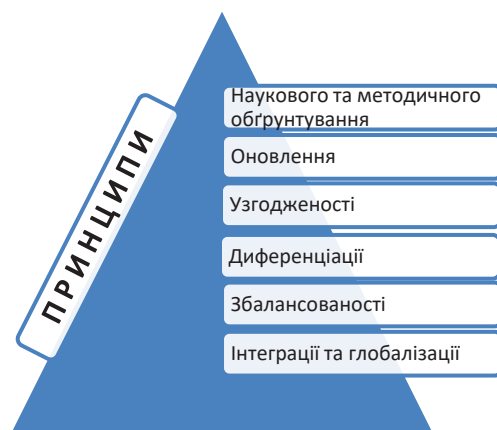


Рис. 1. Основні принципи стратегічного планування розвитку закладів охорони здоров'я госпітального кластеру

З урахуванням перерахованих принципів нами розроблена концептуальна модель стратегічного

планування медичної допомоги населенню на районному рівні з урахуванням структурних змін у системі охорони здоров'я щодо поділу закладів охорони здоров'я на надкластерні, кластерні та загальні.

За базу взято результати наших досліджень у Мукачівському районі Закарпатської області, який у процесі адміністративного реформування в Україні збільшився територіально, а кількість населення району зросла більше як у 2,5 раза.

Створена нами концептуальна модель стратегічного планування складається з 3 базових етапів реалізації з відповідними даними:

I. ЗАВДАННЯ.

II. ПОТЕНЦІАЛ.

III. РЕЗУЛЬТАТ.

На етапі «ЗАВДАННЯ» передбачається визначити ціль стратегічного плану, провести ситуаційний аналіз структури та стану здоров'я населення новоствореного району, а саме провести PEST-аналіз медико-демографічних показників на рівні адміністративної території, створити базу даних населення за діагностично-спорідненими групами патології, провести соціологічне опитування населення щодо оцінки власного здоров'я та способу життя [8; 9].

На цьому етапі необхідне проведення паспортизації закладів охорони здоров'я, а саме ситуаційний аналіз матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я новоствореного району (госпітального кластеру) та їх відділень. Він мав би включати:

- стан узгодженості нормативного та методичного забезпечення закладів охорони здоров'я госпітального кластеру;
- ступінь укомплектованості штатних посад підрозділів закладів охорони здоров'я;
- рівень забезпечення сучасною комп'ютерною технікою та програмами;
- проведення опитування керівників закладів охорони здоров'я та медичного персоналу щодо їх ставлення до адміністративних змін та удосконалення системи охорони здоров'я [10].

При стратегічному плануванні в системі охорони здоров'я має як використовуватися, так і зберігатися потенціал медичних спеціальностей. Найважливішим ресурсом медичних установ, як зазначають Christine Denn, Ehrlich H. et al. та Hansen R.D., є знання та досвід їхнього персоналу [11; 12; 13].

На етапі «ПОТЕНЦІАЛ» реалізації стратегічного плану передбачається оцінка сильних та слабких сторін (SWOT-аналіз) існуючої організації та надання медичної допомоги населенню закладами охорони здоров'я району, встановлення рівня змін у структурі населення району після його реформування [14; 15]. На цьому етапі необхідно визначити та задіяти інформаційний супровід впровадження стратегічного плану [16; 17; 18; 19].

Він мав би передбачити :

- під'єднання нових закладів охорони здоров'я до районної мережі інтернет;

- організацію безперервності та багаторівневої передачі інформації;

– інформування населення новоствореного району про вплив поведінкових детермінант на стан здоров'я та підвищення мотивації до здорового способу життя через базу даних електронних контактів сімейних лікарів та населення;

- підготовку та розповсюдження інформаційних листів для медичного персоналу та населення про структуру та шляхи надання медичної допомоги у новоствореному районі.

Адміністрування та кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я госпітального кластеру (новоствореного району) здійснюють державні адміністрації та виконавчі структури системи охорони здоров'я, а саме підрозділи охорони здоров'я державних адміністрацій та виконавчих органів, а також адміністрації комунальних закладів охорони здоров'я. У новоствореному районі у структурі кластерного закладу охорони здоров'я пропонується створення Районного центру моніторингу й оцінювання показників стану здоров'я населення.

У кожному конкретному випадку на основі поставлених завдань та потенціалу проводиться аналіз стратегічних альтернатив та вибір стратегії.

Важливим етапом планування є передбачуваний «РЕЗУЛЬТАТ». На цьому етапі проводиться моніторинг реалізації стратегічного плану, його коригування, оцінювання отриманих результатів. Моніторинг та оцінювання є необхідними для визначення ефективності та якості діяльності служб, програм, закладів, установ та їхнього впливу на чинники, що сприяють досягненню кінцевої мети [20].

Індикативними показниками для моніторингу та оцінювання реалізації стратегічного плану виступають:

- стан надання амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги;
- стан надання медичної допомоги матерям і дітям, особам похилого віку;
- рівень перинатальної смертності та смертності немовлят;
- рівень захворюваності на онкологічну патологію, хвороби системи кровообігу та інфекційні хвороби;
- середня тривалість перебування у стаціонарі;
- охоплення населення профілактичними щепленнями;
- рівень видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я;
- оцінка керівниками закладів охорони здоров'я та медичними працівниками результатів реформування системи в процесі впровадження стратегічного плану організації медичної допомоги населенню;
- рівень укомплектованості посад лікарів усіх спеціальностей та середнього медичного персоналу;
- дані самооцінки населенням власного здоров'я та способу життя [21; 22].

Усі етапи формування та реалізації стратегічного плану супроводжує БЛОК наукового супроводу та регулювання його впровадженням.

Виконавцями поставленої місії на рівні госпітального кластеру виступають заклади охорони здоров'я госпітального кластеру, а саме:

- заклади охорони здоров'я первинного рівня медичної допомоги;
- заклади охорони здоров'я вторинного рівня медичної допомоги;
- загальний (-і) заклад (-и) охорони здоров'я;
- заклад екстреної медичної допомоги;
- заклади охорони здоров'я паліативної медичної допомоги та медичної реабілітації.

Стратегічне планування забезпечує основу для прийняття управлінських рішень [6].

Перспективи подальших досліджень полягають у проведенні експертної оцінки медичної та соціальної ефективності впровадження концептуальної моделі

стратегічного планування медичної допомоги населенню на рівні новосформованого адміністративного району.

Висновки

Стратегічне планування у закладах охорони здоров'я госпітального кластеру з урахуванням демографічних проблем території обслуговування, цілей окремих закладів кластеру у сфері охорони здоров'я дозволяє зосередитись на необхідних та тривалих перетвореннях у майбутньому.

Ефективність роботи закладів охорони здоров'я госпітального кластеру залежить від ступеня залучення населення та працівників медичних закладів до вирішення питань покращення власного життя, від їхнього розуміння важливості системи охорони здоров'я у розвитку території, сприянні здоров'ю населення, яке проживає на даній території.

Література

1. Борщ ВІ. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. Проблеми системного підходу в економіці [Інтернет]. 2019;1(69):73-79. doi: 10.32782/2520-2200/2019-1-11
2. Лехан ВМ., Крячкова ЛВ, Заярський МІ. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Україна. Здоров'я нації. 2018;4(52):5-11.
3. Сазоненко ЛВ., Толстанов ОК. Заходи антикризового управління закладом охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід [Інтернет]. 2021;16:86-92. doi: 10.32702/2306-6814.2021.16.86.
4. Рожкова ІВ. Особливості планування та впровадження організаційних змін у сфері охорони здоров'я. Державне управління: теорія та практика [Інтернет]. 2008 [цитовано 17 лип. 2023];2(8). Доступно на: http://academy.gov.ua/ej/ej8/doc_pdf/rozhkova.pdf
5. Вороненко ЮВ. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. Науковий журнал МОЗ України. 2014;1(5):39-46.
6. Чопчик ВД, Орлова НМ. Стратегічне планування бізнес-діяльності стоматологічного центру, основанийого на засадах державно-приватного партнерства. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України [Інтернет]. 2018;4(78):26-31. doi: 10.11603/1681-2786.2018.4.10021
7. Elbanna S, Andrews R, Pollanen R. Strategic Planning and Implementation Success in Public Service Organizations. Public Management Review [Internet]. 2016;18(7):1017-1042. doi: 10.1080/14719037.2015.1051576
8. Любінець О, Мілашовська В. Медико-демографічне становище – важливий чинник у стратегічному плануванні організації медичної допомоги населенню. Acta Medica Leopoliensia [Інтернет]. 2021;27(3-4):108-125. doi: 10.25040/aml2021.3-4.108.
9. Božić V. Objectifying SWOT and PESTLE Analysis in Hospital. Доступно на: <https://www.Researchgate.Net/Publication/372166219> doi: 10.13140/RG.2.2.18907.34086
10. Мілашовська ВО, Любінець ОВ. Вивчення думки керівників закладів охорони здоров'я щодо удосконалення системи охорони здоров'я, в т. ч. із впровадженням адміністративно-територіальної реформи в Україні. Україна. Здоров'я нації [Інтернет]. 2022;4(70):49-57. doi: 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277065
11. Christine Dennis. Strategic planning—a health system operational perspective. Journal of Hospital Management and Health Policy [Internet]. 13 December 2019 [цитовано 25 серп. 2023];3:32. doi: 10.21037/jhmhp.2019.10.03
12. Ehrlich H, McKenney M, Elkbuli A. Strategic planning and recommendations for healthcare workers during the COVID-19 pandemic. The American Journal of Emergency Medicine [Internet]. 2020;38(7):1446. doi: 10.1016/j.ajem.2020.03.057.
13. Hansen RD. Strategic planning: the basics and benefits. Medical Group Management Journal [Internet]. 1999 May-Jun;46(3):28-35. PMID: 10539336. Доступно на: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10539336/>.
14. Gretzky W. Strategic planning and SWOT analysis. Essentials of Strategic Planning in Healthcare [Internet]. 2010;1.12:91-108. Доступно на: https://www.academia.edu/29094267/STRATEGIC_PLANNING_AND_SWOT_ANALYSIS
15. Gibis B, Artiles J, Corabian P, et al. Application of Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats Analysis in the Development of a Health Technology Assessment Program. Health Policy [Internet]. 2001;58(1):27–35. doi: 10.1016/s0168-8510(01)00149-x.
16. Кривенко ЄМ. Медико-соціальне обґрунтування моделі управлінської діяльності охорони здоров'я регіонального рівня на основі її інформатизації [дисертація]. Київ; 2015. 218 с.
17. Лазоришинець В, Слабкий ГО, Коваленко ОС, та ін. Інформатизація охорони здоров'я та розвиток телемедичних технологій. Митник ЗМ, редактор. Київ: Полісся; 2010. 249 с.
18. Harun H, Hashim M. Strategic Information Systems Planning: a Review of Its Concept, Definitions and Stages of Development. Int. J. Res. Sci. Eng. 2017;3(2):432–441. Доступно на: www.ijrise.org/leditor@ijrise.org [352-361].

19. Kelly JT, Campbell KL, Gong E, Scuffham P. The Internet of Things: Impact and implications for health care delivery. *Journal of medical Internet research* [Internet]. 2020;22(11),e20135. doi: 10.2196/20135
20. Терещенко АВ, Дудіна ОО, Моїсеєнко РО. Аналіз системи моніторингу і оцінювання регіоналізації перинатальної допомоги у різних країнах світу (огляд літератури). *Здоров'я жінчини* [Інтернет]. 2014;10:43-49.
21. Мілашовська ВО. Рівень життя та здоров'я: самооцінка мешканцями адміністративного району. *Україна. Здоров'я нації* [Інтернет]. 2022; 3(69):12–16. doi: 10.24144/2077-6594.3.1.2022.266022
22. Мілашовська ВО, Любінець ОВ. Оцінка власного здоров'я та інформованість про здоров'язбережувальну поведінку. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України* [Інтернет]. 2023;1:20-26. doi: 10.11603/1681-2786.2023.1.13703

References

1. Borshch V. Modern paradigm of personnel management at the healthcare institutions. *Problems of Systemic Approach in the Economy* [Internet]. 2019;1(69):73-79. doi: 10.32782/2520-2200/2019-1-11.
2. Lehan VM, Kryachkova LV, Zayarsky MI. Analysis of Health Care Reforms in Ukraine: From Gaining Independence to the Present. *Ukraine. Nation's Health*. 2018;4(52):5-11.
3. Sazonenko L, Tolstanov A. Anti-Crisis Management Measures Healthcare Institution [Internet]. 2021;16:86-92. doi: 10.32702/2306-6814.2021.16.86.
4. Rozhkova IV. Features of planning and implementing organizational change in healthcare. *Public Administration: Theory and Practice* [Internet]. 2008 [cited 2023 Juli 17];2(8). Available from: http://academy.gov.ua/ej/ej8/doc_pdf/rozhkova.pdf
5. Voronenko YV. Strategic management in health care: theoretical and practical aspects. *Scientific Journal of the Ministry of Health of Ukraine*. 2014; 1(5):39-46.
6. Chopchik VD, Orlova NM. Strategic planning of business activity of the dental center organized on the principles of public partnership. *Bulletin of Social Hygiene and Health Protection Organization of Ukraine* [Internet]. 2018;78(4):26-31. doi: 10.11603/1681-2786.2018. 4. 10021
7. Elbanna S, Andrews R, Pollanen R. Strategic Planning and Implementation Success in Public Service Organizations. *Public Management Review* [Internet]. 2016;18(7):1017-1042. doi: 10.1080/14719037.2015.1051576
8. Lyubinetz O, Milashovska V. Medical and demographic situation is an important factor in the strategic planning of the organization of medical care for the population. *Acta Medica Leopoliensia* [Internet]. 2021;27(3-4):108-125. doi: 10.25040/aml2021.3-4.108
9. Božić V. Objectifying SWOT and PESTLE Analysis in Hospital. *Www.Researchgate.Net/Publication/372166219*. doi: 10.13140/RG.2.2.18907.34086.
10. Milashovska VO, Lyubinetz OV. Study of the opinion of the heads of health care institutions regarding the improvement of the health care system, including the implementation of the administrative and territorial reform in Ukraine. *Ukraine. Nation's Health* [Internet]. 2022;4(70):49-57. doi: 10.24144/2077-6594.4.1.2022.277065
11. Christine Dennis. Strategic planning—a health system operational perspective. *Journal of Hospital Management and Health Policy* [Internet]. 2019;3:32. (13 December 2019). doi: 10.21037/jhmhp.2019.10.03
12. Ehrlich H, McKenney M, Elkbuli A. Strategic planning and recommendations for healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *The American Journal of Emergency Medicine* [Internet]. 2020;38(7):1446. doi: 10.1016/j.ajem.2020.03.057
13. Hansen RD. Strategic planning: the basics and benefits. *Medical Group Management Journal* [Internet]. 1999 May-Jun;46(3):28-35. PMID: 10539336. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10539336/>.
14. Gretzky W. Strategic planning and SWOT analysis. *Essentials of Strategic Planning in Healthcare* [Internet]. 2010;1.12:91-108. Available from: www.academia.edu/29094267/STRATEGIC_PLANNING_AND_SWOT_ANALYSIS
15. Gibis B, Artiles J, Corabian P, et al. Application of Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats Analysis in the Development of a Health Technology Assessment Program. *Health Policy* [Internet]. 2001;58(1):27–35. doi: 10.1016/s0168-8510(01)00149-x
16. Krivenko EM. Medical and social substantiation of the model of regional healthcare management based on its informatization [dissertation]. Kyiv; 2015. 218 p.
17. Lazoryshynets V, Slabkyi GO, Kovalenko OS, et al. Healthcare informatisation and development of telemedicine technologies. Mytnyk ZM, editor. Kyiv: Polissya; 2010. 249 p.
18. Harun H, Hashim M. Strategic Information Systems Planning: a Review of Its Concept, Definitions and Stages of Development. *Int. J. Res. Sci. Eng.*, 2017;3(2):432–441. Available from: www.ijrise.org/editor@ijrise.org [352-361]
19. Kelly JT, Campbell KL, Gong E, Scuffham P. The Internet of Things: Impact and implications for health care delivery. *Journal of medical Internet research* [Internet]. 2020;22(11),e20135. doi: 10.2196/20135
20. Tereshchenko AV, Dudina OO, Moiseenko RO. Analysis of the system of monitoring and evaluation of regionalisation of perinatal care in different countries of the world (literature review). *Women's Health* [Internet]. 2014;10:43-49.
21. Milashovska VO. Standard of living and health: self-esteem of residents' administrative district. *Ukraine. Nation's Health* [Internet]. 2022; 3(69):12–16. doi: 10.24144/2077-6594.3.1.2022. 266022
22. Milashovska VO, Lyubinetz OV. Assessment of own health and awareness of health-preserving behavior. *Bulletin of Social Hygiene and Health Protection Organization of Ukraine* [Internet]. 2023;1:20-26. doi: 10.11603/1681-2786.2023.1.13703

Мета. У сучасних умовах необхідні організаційні зміни у системі охорони здоров'я, що зумовлені потребою адаптації закладів охорони здоров'я до сучасних викликів та необхідністю зміни способів і форм їхнього функціонування. Напрямом вирішення даного питання є створення стратегічного плану розвитку системи медичної допомоги населенню як окремим закладом охорони здоров'я, так і групою установ медичного профілю на певній території, що була сформована у госпітальні кластери згідно з рішенням обласних державних адміністрацій та затверджена МОЗ України.

Метою роботи є розроблення концептуальної моделі стратегічного планування медичної допомоги населенню на районному рівні.

Матеріали та методи. Матеріалом дослідження слугували дані наукової літератури, результати соціологічного опитування керівників закладів охорони здоров'я та населення щодо організації медичної допомоги, в т. ч. з урахуванням змін на основі адміністративно-територіальної реформи в Україні. Використано такі методи: системний підхід, бібліосемантичний, соціологічний, концептуальне моделювання.

Результати. Концептуальна модель стратегічного планування медичної допомоги населенню на районному рівні містить 3 базових етапи її реалізації: Завдання, Потенціал, Результат. На кожному з етапів передбачено виконання відповідних визначених заходів. Усі етапи формування та реалізації стратегічного плану супроводжує Блок наукового супроводу та регулювання його впровадженням. Адміністрування та кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я госпітального кластеру (новоствореного району) здійснюють державні адміністрації та виконавчі структури системи охорони здоров'я. У новоствореному районі у структурі кластерного закладу охорони здоров'я пропонується створення Районного центру моніторингу й оцінювання показників стану здоров'я населення та результатів впровадження стратегічного плану.

Висновки. Стратегічне планування у закладах охорони здоров'я госпітального кластеру з урахуванням демографічних проблем території обслуговування, цілей окремих закладів кластеру дозволяє у сфері охорони здоров'я зосередитись на необхідних та тривалих перетвореннях у майбутньому. Ефективність роботи закладів охорони здоров'я госпітального кластеру залежить від ступеня залучення населення та працівників медичних закладів до вирішення питань покращення власного життя, від їхнього розуміння важливості системи охорони здоров'я у розвитку території, сприянні здоров'ю населення, яке проживає на даній території.

Ключові слова: стратегічне планування, госпітальний кластер, концептуальна модель.

Purpose. In the current conditions, there is a need for organizational changes in the field of health care, which are changed by the subsequent adaptation of healthcare institutions to modern challenges and the need to change the needs and forms of their functioning. The way to address this issue is to create a strategic plan for the development of the healthcare system for the population, both for a single healthcare facility and for a group of healthcare facilities in a certain territory, which was formed into hospital clusters by the decision of regional state administrations and confirmed by the Ministry of Health of Ukraine.

Purpose is to develop a conceptual model for strategic planning of health care at the district level.

Materials and methods. The study was based on the scientific literature, and the results of a sociological survey of healthcare managers and the population on the organization of medical care, including taking into account changes based on the administrative-territorial reform in Ukraine. The following methods were used: a systematic approach, a bibliosemantic, sociological, and conceptual modeling.

Results. The conceptual model of strategic planning of health care at the rayon level outlines 3 basic stages of its implementation: Task, Potential, and Result. Each of these stages involves the implementation of specific activities. All stages of the strategic plan development and implementation are supported by the Scientific Support and Regulation Unit. Administration and staffing of healthcare facilities of the hospital cluster (newly created rayon) is carried out by state administrations and executive structures of the healthcare system. In the newly created region, within the structure of a cluster healthcare institution, it is proposed to create a District Center for monitoring and evaluating public health indicators and the results of the implementation of the Strategic Plan.

Conclusions. Strategic planning in hospital cluster healthcare facilities, taking into account the demographic problems of the service area, and the vision and goals of individual cluster facilities, allows the healthcare sector to focus on the necessary and long-term transformations for the future. The effectiveness of the hospital cluster's healthcare facilities depends on the degree of involvement of the population and healthcare workers in improving their own lives, their understanding of the importance of the healthcare system in the development of the territory, and the promotion of the health of the population living in the area.

Key words: strategic planning, hospital cluster, and the conceptual model.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Любінець Олег Володимирович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, 79008.

pulmo@ukr.net, ORCID ID 0000-0002-5036-6268

Мілашовська Вікторія Олегівна – аспірант кафедри громадського здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, 79008.

vmilashovska@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-8082-5103

Медведовська Н.В.¹, Стовбан І.В.²

Регіональні аспекти захворюваності та поширеності хвороб серед чоловіків в Україні

¹Національна академія медичних наук України, м. Київ, Україна

²Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

Medvedovska N.V.¹, Stovban I.V.²

Regional aspects of morbidity and prevalence of diseases among men in Ukraine

¹National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

medvedovsky@ukr.net

Вступ

Особливості формування медико-демографічних показників в Україні характеризуються негативними тенденціями зростання смертності населення, продовженням формування негативного природного приросту, низькими коефіцієнтами народжуваності та фертильності, що в цілому призводить до скорочення показників очікуваної тривалості життя при народженні, особливо осіб чоловічої статі, на фоні поширення інфекційних хвороб, зокрема туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, Covid-19. Політична, соціально-економічна нестабільність, зумовлена веденням воєнних дій на території України, додає аргументів для формування невтішних прогнозів скорочення чисельності українців, які проживають на території нашої держави. Зберігається актуальність вивчення регіональних особливостей формування показників захворюваності та поширеності хвороб, особливо серед чоловічого населення, тенденції формування показників очікуваної тривалості життя якого обґрунтовують збереження тенденцій «надсмертності чоловіків» в Україні [1–7].

Метою дослідження стало проведення ретроспективного аналізу та з'ясування тенденцій формування регіональних особливостей захворюваності та поширеності хвороб серед чоловіків в Україні.

Об'єкт і методи дослідження

Об'єктами дослідження є медико-демографічні дані та статистична інформація з регіонів України, на підставі яких формувалися показники захворюваності та поширеності хвороб у гендерному аспекті, оскільки окремо аналізувалися дані щодо звернень чоловічого населення в заклади охорони здоров'я України за період 2010-2017 рр. з наступним формуванням кількісного прогнозу на короткострокову перспективу. Для формування бази даних використані дані офіційної звітності, довідників Центру медичної статистики МОЗ України, Державної служби статистики України

в розрізі основних адміністративних територій областей України та м. Києва з розподілом за статтю. Для наукового аналізу сформованої бази даних застосовані методи системного підходу, графічного аналізу, контент-аналізу, а також бібліосемантичний, медико-статистичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення

Дослідження виявило суттєве поглиблення негативного природного приросту та зниження чисельності населення, яке проживає в Україні. Почалося формування цих процесів ще у 1991-2001 рр. з поступовим невідворотним зростанням проблеми щорічних втрат населення (станом на 2020 р. – більше ніж 700 тис. громадян, третину з яких склали особи працездатного віку) (рис. 1).

Триваючий збройний конфлікт, соціально-економічна нестабільність додатково посилюють невідворотні тенденції різкого скорочення кількості населення в Україні, що підтверджено результатами побудови прогностичних трендів на короткострокову перспективу. Станом на 2020 р. гендерна різниця середньої очікуваної тривалості життя при народженні була однією з найвищих в Європі (76,22 роки у жінок проти 66,39 роки у чоловіків), середній вік чоловіків складав 39,2 роки проти 44,5 років у жінок. Сформовані тенденції чинять негативний вплив на репродуктивний потенціал чоловічого населення, що також сприятиме зниженню народжуваності в Україні у найближчі роки.

Результати ретроспективного дослідження формування показників захворюваності населення в Україні демонстрували зменшення як абсолютної кількості відвідувань медичних закладів (з 33 080 387 в 2010 р. до 26 614 512 в 2017 р., або на 19,54 %), так і відносного значення показника захворюваності (з 72 401 в 2010 р. до 62 748 на 100 тис. населення, або на 13,3 %). Зменшення показників захворюваності відбувалося швидшими темпами серед чоловічого населення (– 13,3 % серед всього населення проти –16,1 % серед чоловіків



Рис. 1. Динаміка коефіцієнту народжуваності, смертності в розрахунку на 1000 наявного населення та природного приросту, за даними Держкомстату України

або до 41 996,4 на 100 тис. відповідного населення). Гендерними особливостями формування захворюваності чоловічого населення в Україні стали:

а) порівняно менша питома вага класу хвороб органів дихання (34,1 % проти 45,2%), незважаючи на те, що означений клас продовжував посідати I місце в структурі захворюваності і серед чоловіків, і серед всього населення;

б) суттєво вища питома вага класу хвороб системи кровообігу (10,7 % серед чоловічого населення проти 6,7 % серед всього населення), травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх обставин (11,1 % серед чоловічого населення проти 6,4 % серед всього населення), а також класу хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини (6,5 % серед чоловічого населення проти 4,6 % серед всього населення) (табл. 1).

Регіональні особливості структури захворюваності чоловічого населення полягали в коливаннях питомої ваги основних класів хвороб. Так, коливання питомої ваги лідируючого класу хвороб органів дихання складала від 29,9 % (з відносним показником 12 330,8 на 100 тис. відповідного населення) в Черкаській області до 39,0 % (з відносним показником 21 964,9 на 100 тис. чоловічого населення) в м. Києві, тоді як його питома вага в структурі захворюваності чоловічого населення в Україні – 34,1 %, (відносний показник 14 338,1 на 100 тис. відповідного населення).

Традиційно найвищі значення показника захворюваності чоловічого населення (за підсумками 2017 р.) виявлені в Дніпропетровській (89 088,1), Івано-Франківській (84 637,0) областях та м. Києві (85 891,0 на 100 тис. відповідного населення) (табл. 2).

Аналіз динаміки формування показників поширеності хвороб показав, що із щорічної кількості (більше 70 млн.) звернень за медичною допомогою третину склали звернення чоловіків (zareєстровано захворювань в 2017 р. всього 72 689 184, з них у чоловіків – 22 937 262, або 31,56±0,01 %). Аналіз

динаміки поширеності хвороб серед чоловіків за період 2010-2017 рр. підтвердив загальноукраїнські тенденції до зниження показника (з 160 097,0 в 2010 р. до 145 873,9 на 100 тис. відповідного населення в 2017 р., або –8,9 %), що виявилось характерним для більшості областей України.

Регіональні особливості формування показника поширеності хвороб серед чоловіків в Україні характеризувалися найвищими рівнями показника (за підсумками 2017 р.) в м. Києві (187 470,3 на 100 тис. відповідного населення з абсолютною кількістю звернень 1 994 403) та Дніпропетровській області (199 756,9 на 100 тис. відповідного населення з абсолютною кількістю звернень 2 355 038).

У структурі поширеності хвороб серед всього населення за підсумками 2017 р. на першому місці традиційно були хвороби системи кровообігу (30,88 % або 52 923,6 на 100 тис. населення), на другому – хвороби органів дихання (20,12 % або 34 490,6 на 100 тис. населення), на третьому – хвороби органів травлення – (9,75 % або 16 733,0). Близько 5 % припадає на такі класи: хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,45 %); хвороби сечостатевої системи (5,4 %); хвороби ендокринної системи (5,1 %); хвороби ока та придаткового апарату (4,83 %). Вищеперераховані класи хвороб спричинили більшість (81,54 %) звернень населення за медичною допомогою. Особливостями структури поширеності хвороб саме серед чоловіків за підсумками 2017 р. стали порівняно вищі значення питомої ваги класів хвороб системи кровообігу (37,52% ± 0,01 % проти 30,88 ± 0,01%), хвороб органів травлення (11,16 ± 0,01 % проти 9,76 ± 0,01%) та класу хвороб травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх обставин (3,4 ± 0,01 % проти 2,48 ± 0,01 % відповідно). І навпаки, меншою виявилася питома вага класів хвороб органів дихання (13,92 ± 0,01 % проти 20,13 ± 0,01 %), хвороб ендокринної системи (3,5 ± 0,01 % проти 5,06 ± 0,01 %), хвороб сечостатевої

Таблиця 1

Структура та рівень захворюваності за основними класами хвороб серед всього населення та серед чоловіків (2017 р.)

Основні класи хвороб	Все населення			Чоловіки		
	абс.	на 10 тис. населення	питома вага, %	абс.	на 10 тис. відпов. населення	питома вага, %
Хвороби органів дихання	12 036 631	28 378,3	45,2	2 254 521	14 338,1	34,1
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	1 696 952	4 000,8	6,4	738 837	4 698,8	11,1
Хвороби системи кровообігу	1 780 595	4 198,0	6,7	712 114	4 528,8	10,7
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	1 217 879	2 871,3	4,6	431 167	2 742,1	6,5
Хвороби органів травлення	1 087 155	2 563,1	4,1	314 374	1 999,3	4,7
Хвороби сечостатевої системи	1 723 742	4 064	6,5	237 265	1 508,9	3,5
Хвороби нервової системи	636 282	1 500,1	2,4	201 354	1 289,5	3,0
Новоутворення	366 231	863,4	1,4	115 948	737,4	1,7
Хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин	392 504	925,4	1,5	75 800	482,1	1,1
Всі хвороби разом	26 614 512	62 748	100,0	6 603 544	41 996,5	100,0

Таблиця 2

Розподіл основних адміністративних територій України за показником захворюваності (на 100 тис. населення, 2017 р.)

Нижчий за середній рівень		Середній рівень		Вищий за середній рівень	
Регіон	на 100 тис.	Регіон	на 100 тис.	Регіон	на 100 тис.
Луганська	46 469,4	Чернівецька	63 215,6	Чернігівська	72 092,9
Сумська	52 668,1	Хмельницька	63 361,8	Рівненська	75 149,3
Донецька	53 201,6	Кіровоградська	63 498,9	Львівська	76 875,3
Херсонська	53 687,2	Житомирська	63 633,9	Київська	77 739,9
Полтавська	54 175,9	Вінницька	64 476,7	Ів.-Франківська	84 637,0
Запорізька	58 187,5	Черкаська	64 528,8	м. Київ	85 891,0
Закарпатська	58 729,9	Миколаївська	65 819,3	Дніпропетровська	89 088,1
		Харківська	66 176,1		
		Одеська	68 146,2		
		Тернопільська	68 266,2		
		Волинська	68 356,6		
Україна – 62 748,0 на 100 тис. населення					

системи (3,5± 0,01 % проти 5,41± 0,01 % відповідно) серед чоловіків порівняно з аналогічним значенням показника серед усього населення.

Аналіз динаміки структури поширеності хвороб серед чоловіків за період 2010-2017 рр. виявив зростаюче лідерство класу хвороб системи кровообігу (37,05 ± 0,012 % в 2010 р. та 37,52 ± в 2017 р.). На другому місці із незначним зменшенням питомої ваги залишилися хвороби органів дихання (14,73 ± 0,01 % в 2010 р. та 13,92 ± 0,01 % в 2017 р.). На третьому – зі зростаючою питомою вагою опинилися хвороби органів травлення (10,79 ± 0,01 % в 2010 р. та 11,16 ± 0,01 % в 2017 р.).

Перспективи подальших досліджень

Вивчення регіональних особливостей формування показників поширеності хвороб серед населення, захворюваності та їх гендерних особливостей не втрачає своєї актуальності, оскільки має потенційний вплив на значення коефіцієнтів смертності, показників стану здоров'я населення та чоловіків зокрема.

Висновки

В Україні, особливо останніми роками, загострилися тенденції до зменшення чисельності населення,

які мають виражені гендерні особливості, а саме зменшення чисельності саме чоловічого населення репродуктивного віку. Вказані тенденції проявляються значним гендерним розривом значень середньої очікуваної тривалості життя при народженні жінок і чоловіків в Україні та суттєво нижчою тривалістю середнього віку останніх (39,2 роки у чоловіків проти 44,5 роки у жінок).

Виявлено продовження формування загальноукраїнських тенденцій зменшення показників захворюваності як серед усього населення України (– 13,3 % до 62 748 на 100 тис. населення), так і серед чоловічого населення зокрема (–16,1 % до 41 996,4 на 100 тис. відповідного населення). Попри зменшення поширеності

хвороб серед чоловіків (з 160 097,0 в 2010 р. до 145 873,9 в 2017 р., або 8,9 %), третина (31,56± 0,01 %) звернень до лікувальних закладів в Україні здійснюється чоловіками.

Встановлені вищі значення захворюваності чоловіків у Дніпропетровській, Івано-Франківській областях та м. Києві. Водночас поширеність хвороб найвищою залишається також серед чоловіків м. Києва та Дніпропетровської області, що потребує моніторингу в динаміці. Регіональні програмні заходи мають насамперед враховувати виявлені особливості динаміки поширеності хвороб задля запобігання зростанню смертності чоловіків репродуктивного віку.

Література

1. Rovito MJ, Leonard B, Llamas R, Leone JE, Talton W, Fadich A, et al. A call for gender-inclusive global health strategies. *Am J Mens Health*. 2017;11(6):1804–8.
2. Anderson Joanna K, Howarth Emma, Vainre Maris, Peter B. Jones, Humphrey Ayla. A scoping literature review of service-level barriers for access and engagement with mental health services for children and young people. *Children and Youth Services Review* [Internet]. 2017;77:164-176. doi: 10.1016/j.chilyouth.2017.04.017
3. Carretero MT. Primary health care use from the perspective of gender and morbidity burden. *BMC Womens Health*. 2014;14(1):145.
4. Mackenbach JP, Kulhanova I, Artnik B, Bopp M, Borrell C, Clemens T, et al. Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. *Bmj*. 2016;353:1732.
5. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe (2017). HIV/AIDS surveillance in Europe 2017 – 2016 data. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
6. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe (2018). Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2018. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
7. Чепелевська ЛА. Тенденції медико-демографічних показників України у XXI столітті. *Україна. Здоров'я нації* [Інтернет]. 2018;1:48–52. Доступно на: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2018_1_8

References

1. Rovito MJ, Leonard B, Llamas R, Leone JE, Talton W, Fadich A, et al. A call for gender-inclusive global health strategies. *Am J Mens Health*. 2017;11(6):1804–8.
2. Anderson Joanna K, Howarth Emma, Vainre Maris, Jones Peter B, Humphrey Ayla. A scoping literature review of service-level barriers for access and engagement with mental health services for children and young people. *Children and Youth Services Review* [Internet]. 2017;77:164-176. doi: 10.1016/j.chilyouth.2017.04.017
3. Carretero MT. Primary health care use from the perspective of gender and morbidity burden. *BMC Womens Health*. 2014;14(1):145.
4. Mackenbach JP, Kulhanova I, Artnik B, Bopp M, Borrell C, Clemens T, et al. Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. *Bmj*. 2016;353:1732.
5. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe HIV/AIDS surveillance in Europe 2017 – 2016 data. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
6. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2018. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
7. Chepelevskaya LA. Tendencies of medical and demographic indicators of Ukraine in the XXI century. *Ukraine. Health of the nation*. 2018;1:48-52. Available from: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2018_1_8

Метою наукового дослідження став ретроспективний аналіз та з'ясування тенденцій формування регіональних особливостей захворюваності та поширеності хвороб серед чоловіків в Україні.

Матеріали та методи. Матеріалами для дослідження слугували медико-демографічні дані в розрізі основних адміністративних територій України, які мали вплив на формування показників захворюваності та поширеності хвороб серед населення України в динаміці, в тому числі з урахуванням гендерних особливостей. Для формування бази даних використані дані офіційної звітності в розрізі основних адміністративних територій областей України та м. Києва з розподілом за статтю за період 2010-2017 рр. Для наукового аналізу застосовані методи системного підходу, графічного аналізу, контент-аналізу, а також бібліосемантичний, медико-статистичний методи.

Результати. Дослідження продемонструвало загострення тенденцій до зменшення чисельності населення з вираженими гендерними особливостями, а саме зменшення чисельності саме чоловічого населення репродуктивного віку. Виявлено продовження формування загальноукраїнських тенденцій зменшення показників захворюваності як серед усього населення України (– 13,3 % до 62 748 на 100 тис. населення), так і серед чоловічого населення зокрема (–16,1 % до 41 996,4 на 100 тис. відповідного населення). Попри зменшення поширеності хвороб серед чоловіків (з 160 097,0 в 2010 р. до 145 873,9 в 2017 р.,

або 8,9 %), третина ($31,56 \pm 0,01$ %) звернень до лікувальних закладів в Україні здійснюється чоловіками. Встановлені вищі значення захворюваності чоловіків у Дніпропетровській, Івано-Франківській областях та м. Києві. Водночас поширеність хвороб найвищою залишається також серед чоловіків м. Києва та Дніпропетровської області, що потребує моніторингу в динаміці.

Висновки. Плануючи та розробляючи регіональні програмні заходи, варто враховувати особливості динаміки поширеності хвороб задля запобігання зростанню смертності чоловіків репродуктивного віку.

Ключові слова: медико-демографічні дані, захворюваність та поширеність хвороб, гендерні особливості.

Purpose of the scientific study was a retrospective analysis and to find out the trends in the formation of regional features of the incidence and prevalence of diseases among men in Ukraine.

Materials and methods. The materials for the study were medical and demographic data in the section of the main administrative territories of Ukraine, which had an impact on the formation of indicators of morbidity and prevalence of diseases among the population of Ukraine in dynamics, including taking into account their gender characteristics. To form the database, data from official reporting was used in the section of the main administrative territories of the regions of Ukraine and the city of Kyiv with a distribution by gender for the period 2010-2017. For the scientific analysis, the following methods were used: systematic approach, bibliosemantic, medical-statistical, graphic analysis, content -analysis.

Results of the study showed an aggravation of the tendency to decrease the number of the population with pronounced gender characteristics of the decrease in the number of the male population of reproductive age. The continuation of the formation of all-Ukrainian trends of decreasing incidence rates was revealed, both among the entire population of Ukraine (-13.3% to 62,748 per 100,000 population), and among the male population in particular (-16.1% to 41,996.4 per 100,000 . of the relevant population). With a decrease in the prevalence of diseases among men (from 160,097.0 in 2010 to 145,873.9 in 2017, or -8.9%), a third ($31.56 \pm 0.01\%$) of referrals to medical institutions in In Ukraine, it is carried out by men. The highest incidence rates of men were found in Dnipropetrovsk, Ivano-Frankivsk regions and Kyiv. At the same time, the prevalence of diseases remains the highest among men in Kyiv and Dnipropetrovsk region, which requires dynamic monitoring.

Conclusions. When planning and developing regional program measures, it is necessary to take into account the peculiarities of the dynamics of the prevalence of diseases in order to prevent the increase in the mortality of men of reproductive age.

Key words: medical and demographic data, incidence and prevalence of diseases, gender characteristics.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Медведовська Наталія Володимирівна – доктор медичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України, начальник науково-координаційного управління апарату президії Національної академії медичних наук України; вул. Герцена, 12, м. Київ, Україна, 04050.

medvedovsky@ukr.net, ORCID ID 0000-0003-3061-6079

Стовбан Ірина Василівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету; вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76000.

ira_stovban@ukr.net, ORCID ID 0000-0002-8020-5676

Мельник В.С., Дячук Е.Й., Горзов В.В.,
Гриненко Є.М., Мельник С.В.

Melnyk V.S., Dyachuk E.Y., Horzov V.V.,
Hrynenko Ye.M., Melnyk S.V.

Формування стоматологічної культури серед школярів як соціально-педагогічна проблема

Formation of dental culture among school students as a social and pedagogical problem

Ужгородський національний університет,
м. Ужгород, Україна

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

volodymyr.melnyk@uzhnu.edu.ua, edita.dyachuk@uzhnu.edu.ua,
vitaliya.horzov@uzhnu.edu.ua, szofia.melnyk@gmail.com

Вступ

Актуальність проблеми формування стоматологічної культури школярів визначається необхідністю вирішення таких протиріч: між потребою суспільства у здоровій особистості та низьким рівнем стоматологічної культури молодого покоління; між необхідністю формування стоматологічної культури учнів та недостатньою розробкою методичного забезпечення аналізованого процесу.

Протягом останніх років у світовій і вітчизняній медичній науці та практиці зростає інтерес до проблеми формування стоматологічної культури підростаючого покоління. І це не випадково. Серед відхилень у стані здоров'я стоматологічні захворювання школярів посідають провідне місце. Так, за даними статистики, поширеність карієсу серед населення України залишається високою: карієс тимчасових зубів виявлено у 84% 6-річних дітей, каріозні ураження постійних зубів реєструються у 72% 12-річних та 82% 15-річних школярів. Такі показники удвічі перевищують статистичні дані країн Західної Європи та США [1; 2; 3; 4; 5].

Для покращення надання стоматологічної допомоги впродовж останніх років у країні було прийнято багато програм з профілактики та лікування стоматологічних захворювань у населення на рівні областей, районів, міст. Однак запровадження вказаних програм в умовах вкрай обмеженого фінансування не дозволило підвищити рівень стоматологічного здоров'я населення України. З метою пропаганди здорового способу життя, раціонального харчування, догляду за порожниною рота Асоціація стоматологів України під егідою Всесвітньої федерації стоматологів щороку 20 березня проводить день стоматологічного здоров'я.

Водночас недостатнє фінансування стоматологічної служби, невідповідність сучасним вимогам більшості технологій та обладнання, яке використовується у стоматологічних закладах комунальної форми власності, низька заробітна платня лікарів-стоматологів та середнього медичного персоналу у стоматологічних

зкладах комунальної форми власності, відсутність економічної зацікавленості, матеріального і морального стимулювання не сприяють підвищенню якості та продуктивності праці стоматологічного персоналу.

Науковці наголошують, що для поліпшення стоматологічного здоров'я на популяційному рівні необхідно об'єднати зусилля спеціалістів та громади шляхом впровадження програми профілактики, що призведе до стрімкого зниження інтенсивності основних стоматологічних захворювань, а також значного зменшення випадків втрати зубів у молодому віці [6; 7; 8; 9; 10].

Проте силами медиків вирішити цю проблему неможливо. Необхідно включити в систему освіти основних учасників освітнього процесу – учнів, учителів, батьків. Аналіз показує, що у рамках освітніх програм формування культури здоров'я учнів розглядаються питання стоматологічної культури. Однак у цих програмах акцентується увага на гігієнічних та анатомічних питаннях. Водночас поза увагою залишаються терапевтичні, ортодонтичні та ортопедичні питання. Крім того, не враховується онтогенез психофізіологічного розвитку школярів, стоматологічні проблеми певного шкільного віку [11; 12].

У програмах недостатньо враховуються принципи системності, комплексності, безперервності, наступності, послідовності обліку вікових особливостей учнів, вибору змісту навчання. Хоча в багатьох школах реалізуються програми формування в учнів культури здоров'я, проводяться уроки здоров'я та відповідні виховні заходи, стоматологічні проблеми, які впливають не тільки на здоров'я, але і на кар'єру, особисте життя людини, є доволі серйозними. Крім того, у змісті освітніх програм акцент робиться лише на будові та гігієні ротової порожнини. Знання, що отримуються школярами, є поверхневими та фрагментарними. Вчителі відчувають гостру потребу у цілісній програмі формування стоматологічної культури школярів та у її комплексному методичному забезпеченні. Нині питання методичного опрацювання змісту та процесу формування стоматологічної культури школярів

у педагогічній теорії та практиці є актуальним та своєчасним.

Мета дослідження – розкрити соціально-педагогічний аспект проблеми формування стоматологічної культури школярів.

Об'єкт і методи дослідження

У рамках дослідження було проведено анкетне опитування учнів 9–11 класів та вчителів загальноосвітніх шкіл м. Ужгорода. Статистична обробка даних виконувалася на персональному комп'ютері за допомогою ліцензованого програмного забезпечення для операційної системи Windows та стандартного програмного пакету Statsoft. Inc STATISTICA 6.0 2300 East 14th Street Tulsa, OK 74104 США. Достовірність результатів проаналізовано за t-критерієм Стьюдента [13].

Результати дослідження та їх обговорення

В анкетному дослідженні ужгородських школярів, яке проходило у жовтні – грудні 2022 р., взяло участь 418 учнів 8–11 класів. Відгук на опитування становив 99%. Відгук на окремі питання коливався від 93,7 до 98,6%. Аналіз результатів опитування показав, що більшість учнів – 357 опитаних (85,4%) – вважає себе переважно стоматологічно здоровою. Водночас лише третина учнів, тобто 133 опитаних (31,8%), жодного разу не зверталася до лікаря-стоматолога протягом останнього року, майже половина – 188 (45,0%) – відвідувала лікаря 1–2 рази на рік, а 96 учнів (23%) – 3–4 та більше разів. Як показав аналіз самооцінки учнів, 255 (61%) з них вважають, що вони достатньо піклуються про своє стоматологічне здоров'я, 121 – не цілком дбають (28,9%), 37 – недостатньо (8,9%).

Водночас, як свідчать результати досліджень, в обстежених дітей м. Ужгорода виявлено високу частоту поширеності зубощелепних аномалій (62,4%) та дефектів зубних рядів через передчасне видалення зубів (12,8%). Поширеність карієсу постійних зубів серед дітей м. Ужгорода коливається в межах 65–70%. Більшість старшокласників має ознаки ураження тканин пародонту. Стоматологічний статус школярів характеризується недостатньо високим рівнем гігієни порожнини рота та високою поширеністю карієсу [1; 4; 9].

На питання про те, які умови для збереження стоматологічного здоров'я старшокласники вважають найбільш важливими, ми отримали такі відповіді у порядку зменшення: школярі на перше місце поставили гарну спадковість – 298 (71,3%); можливість консультації та лікування у хорошого лікаря-стоматолога – 282 (67,5%); виконання правил гігієни ротової порожнини – 269 (64,4%); знання про те, як дбати про своє стоматологічне здоров'я – 244 (58,4%); достатні матеріальні засоби для гарного харчування – 137 (32,8%); хороші екологічні умови – 121 (28,9%); відсутність фізичних та розумових навантажень – 70 (16,7%).

Серед факторів, що шкодять стоматологічному здоров'ю, найчастіше учні вказували погану гігієну ротової порожнини – 398 (95,2%); тютюнопаління – 282 (67,5%); вживання спиртних напоїв – 193 (46,2%); ігнорування профілактичних оглядів у лікаря-стоматолога – 180 (43,1%).

За результатами опитування ми з'ясували, що більшість школярів – 133 (31,8%) – використовує для чищення зубів зубну пасту для дорослих, меншість – дитячу. За оцінкою самих школярів, більшість із них (224 респонденти, тобто 53,6%) багато дізналася у школі про стоматологічне здоров'я. Лише 34 (8,1%) респонденти вважають, що жодних нових знань у цій сфері вони не набули. Найкраще були засвоєні теми, пов'язані з гігієною порожнини рота (271 учень (64,8%)); друге місце – вивчення органів порожнини рота (236 учнів (56,5%)); третє – вивчення засобів профілактики стоматологічних захворювань (226 учнів (54,1%)); четверте – вивчення теми про харчування та здоров'я порожнини рота (200 учнів (47,8%)).

Наші спостереження за діяльністю вчителів з формування стоматологічної культури школярів дозволяють зробити висновок про недостатню скоординованість загальноосвітніх шкіл та медичних установ, про роз'єднаність дій педагогів та лікарів-стоматологів у контексті, що розглядається. У результаті проведення нашого дослідження виявлено, що понад 70% керівників загальноосвітніх шкіл відзначають розуміння вчителями важливості роботи щодо формування стоматологічної культури школярів, однак вони констатують методичну неготовність педагогів до такого виду діяльності. Цим можна визначити ставлення більшості вчителів до досліджуваної діяльності як пасивне, байдуже, формальне, несерйозне.

Серед найбільш значущих проблем, з якими стикаються керівники шкіл в організації процесу формування стоматологічної культури школярів, називаються такі: відмова вчителів використовувати в практиці роботи нові прийоми, методи та технології навчання, небажання обмінюватися своїм досвідом із колегами, відкрито заявляти про свої методичні труднощі та проблеми. Причинами такого ставлення педагогів до досліджуваної роботи, на думку респондентів, є: недостатня підготовленість керівників загальноосвітніх шкіл та вчителів до взаємодії з медичними працівниками; невміння створити умови для спільної роботи з формування стоматологічної культури школярів і підвищення мотивації до виду діяльності, що розглядається; відсутність чи недостатність у школі необхідної методичної літератури тощо. Більшою мірою результат роботи вчителя характеризується пріоритетністю певного рівня сформованості стоматологічних знань, умінь та навичок учнів, меншою мірою – відповідною мотивацією.

За даними оцінки, у 42,5% вчителів установка на цілісний розвиток стоматологічної культури учнів проявляється у діях фрагментарно, час від часу, під

впливом вимог адміністрації, оцінки колег, учнів, батьків. Потреба вчителя у засвоєнні знань і умінь, необхідних для формування стоматологічної культури, виникає внаслідок управлінського впливу керівника загальноосвітньої школи. Педагоги не мають достатнього досвіду з трансформації нових знань у свою професійну діяльність.

Трохи більше освітян (48,4%) працює на адаптивному рівні. Потреба вчителя у засвоєнні знань і умінь, необхідних для формування стоматологічної культури школярів, проявляється найчастіше у ситуації подолання перешкод, які виникають. У педагогів відсутній узагальнений образ досліджуваної діяльності. Лише 6,2% учителів вийшли на творчий рівень. У роботі вчителів цієї групи досить чітко проявляється установка на цілісний розвиток стоматологічної культури школярів. У вчителів, які працюють на творчому рівні, яскраво виражена потреба в опрацюванні недостатніх стоматологічних знань та умінь. Творчий рівень роботи вчителя щодо формування стоматологічної культури школярів визначений нами як оптимальний.

Водночас 2,9% вчителів, які брали участь у дослідженні, опинилися на недопустимо низькому рівні роботи з питань стоматологічних знань, умінь та навичок учнів. Як правило, у таких педагогів відсутня установка на хороші навички у розвитку стоматологічної культури школярів у процесі навчання. Потреба педагога у розвитку стоматологічних знань і умінь зазвичай

невиражена. Результатом своєї роботи вчитель вважає передачу стоматологічних знань учням.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому комплексному вивченні, дослідженні та впровадженні у повсякденну практику стоматологів, учителів та батьків соціально-педагогічної проблеми формування стоматологічної культури серед усіх верств населення, особливо дитячого, що призведе до зниження стоматологічних захворювань.

Висновки

Аналіз результатів дослідження соціально-педагогічної проблеми формування стоматологічної культури школярів дозволив дійти таких висновків:

1) актуальність формування стоматологічної культури школярів обґрунтована незадовільним станом стоматологічного здоров'я та культури учнів;

2) розвивати в дитини позитивне ставлення до здорового способу життя та збереження стоматологічного здоров'я можна лише спільними зусиллями дитячих стоматологів, педагогів та батьків із застосуванням різних форм санітарно-просвітницької роботи;

3) необхідне обґрунтування методичної системи процесу формування стоматологічної культури школярів на основі онтогенезу психофізіологічного розвитку учнів, а також взаємопов'язана діяльність учителів шкіл та лікарів-стоматологів у вирішенні розглянутої проблеми.

Література

1. Лайош НВ. Аналіз стоматологічного статусу підлітків Закарпатської області. *Art of Medicine*. 2022; 3 (23): 77-81. DOI: 10.21802/artm.2022.3.23.77.
2. Янчук АО, Скиба ВЯ, Катеринчук ІП. Епідеміологічні дослідження та моніторинг стоматологічної захворюваності у дітей України. *Світ медицини та біології*. 2019;2(68):154-8. DOI: 10.26724/2079-8334-2019-2-68-154-158.
3. Годованець ОІ, Котельбан АВ, Мороз ПВ. Оцінка стану стоматологічного здоров'я і якості життя дітей-дошкільнят за результатами анкетування батьків. *Клінічна стоматологія*. 2020;4:86-92. Доступно на: <https://doi.org/10.11603/2311-9624.2020.4.11723>.
4. Клітинська ОВ, Стішковський АВ, Гасюк НВ. Оцінка стоматологічного статусу дітей 6-7 років, які постійно проживають у умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду. *Україна. Здоров'я нації*. 2019;3:43-50.
5. Рейзвіх ОЕ, Шнайдер СА, Анісімова ЛВ. Динаміка зміни рівня поширеності й інтенсивності карієсу та захворювань пародонту в дітей 6-15 років м. Чорноморськ за 9 років спостереження. *Журнал Національної академії медичних наук України*. 2019;25(3):332-6.
6. Каськова ЛФ, Мандзюк ТБ, Уласевич ЛП, Андріянова ОЮ, Янко НВ. Порівняльна характеристика показників карієсу у дітей різного шкільного віку. *Буковинський медичний вісник*. 2019;23(2):10-5. Доступно на: <https://doi.org/10.24061/2413-0737.XXIII.2.90.2019.27>.
7. Kaskova LF, Mandziuk TB, Ulasevych LP, Korovina LD. Correlation relations of caries and socio-hygienic factors. *Проблеми екології та медицини*. 2019;23(3-4):9-12. Доступно на: <https://doi.org/10.31718/mep.2019.23.3-4.03>.
8. Данильців ЛЮ, Рожко ММ. Стоматологічний статус 15-річних школярів Івано-Франківської області. *Клінічна стоматологія*. 2021;4:39-43.
9. Мельник ВС, Горзов ЛФ, Дуганчик ЯІ. Структурний аналіз стоматологічної захворюваності дітей шкільного віку м. Ужгорода. *INTER Medical Journal*. 2017; II(10):52-56. Доступно на: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/16664>.
10. Годованець ОІ, Котельбан АВ. Показники захворюваності карієсом постійних зубів у дітей 12 та 15 років. *Вісник стоматології*. 2020; 2 (111): 80-84. Доступно на: <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2020-36-2-80-84>.
11. Мандзюк ТБ. Формування навичок гігієни ротової порожнини у дітей середнього шкільного віку. *Клінічна стоматологія*. 2016;2:39-42.
12. Авдєєв ОВ, Бойків АВ, Древницька РО. Сучасні напрямки лікування та профілактики карієсу зубів. *Вісник наукових досліджень*. 2019; 4: 26-32. Доступно на: <https://doi.org/10.11603/2415-8798.2018.4.9786>.
13. Москаленко ВФ. Біостатистика: підручник. Київ: Книга плюс; 2009. 184 с.

References

1. Lajosh NV. Analysis of the dental status of teenagers in Zakarpattia region Art of Medicine. 2022; 3 (23): 77-81. doi: 10.21802/artm.2022.3.23.77
2. Yanchuk AO, Skyba VY, Katerynychuk IP. Epidemiological studies and monitoring of dental morbidity in children of Ukraine. The world of medicine and biology. 2019;2(68):154–8. DOI: 10.26724/2079-8334-2019-2-68-154-158.
3. Godovanets OI, Kotelban AV, Moroz PV. Assessment of the state of dental health and quality of life of preschool children based on the results of a parent questionnaire. Clinical dentistry. 2020;4:86-92. DOI: <https://doi.org/10.11603/2311-9624.2020.4.11723>.
4. Klitynska, OV, Stishkovsky AV, Hasyuk NV. Assessment of the dental status of children aged 6–7 years who constantly live in conditions of biogeochemical deficiency of fluorine and iodine. Ukraine. The health of the nation. 2019;3:43-50.
5. Reisvich OE, Schneider SA, Anisimova LV. Dynamics of changes in the prevalence and intensity of caries and periodontal diseases in children aged 6–15 years in Chornomorsk during 9 years of observation. Journal of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine. 2019;25(3):332–6.
6. Kaskova LF, Mandzyuk TB, Ulasevich LP, Andriyanova OJ, Yanko NV. Comparative characteristics of caries indicators in children of different school ages. Bukovyna Medical Herald. 2019;23(2):10-5. doi: <https://doi.org/10.24061/2413-0737.XXIII.2.90.2019.27>.
7. Kaskova LF, Mandziuk TB, Ulasevych LP, Korovina LD. Correlation relations of caries and socio-hygienic factors. Problems of ecology and medicine. 2019;23(3-4):9-12. doi: <https://doi.org/10.31718/mep.2019.23.3-4.03>.
8. Danyltsiv LO, Rozhko MM. Dental status of 15-year-old schoolchildren in the Ivano-Frankivsk region. Clinical dentistry. 2021;4:39-43.
9. Melnyk VS, Gorzov LF, Duganchyk YaI. Structural analysis of dental morbidity among school-age children in Uzhhorod. INTER Medical Journal. 2017; II(10):52-56. Available: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/16664>
10. Godovanets OI, Kotelban AV. Caries incidence rates of permanent teeth in children aged 12 and 15. Journal of dentistry. 2020; 2 (111): 80-84. DOI: <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2020-36-2-80-841>.
11. Mandzyuk TV. Formation of oral hygiene skills in children of secondary school age. Clinical dentistry. 2016;2:39-42.
12. Avdeev OV, Boykiv AB, Drevnytska RO. Modern trends in the treatment and prevention of dental caries. Herald of scientific research. 2019; 4: 26–32. DOI: <https://doi.org/10.11603/2415-8798.2018.4.9786>.
13. Moskalenko VF. Biostatystyka: pidruchnyk. Knyha plius, 2009.184s.

Мета – розкрити соціально-педагогічний аспект проблеми формування стоматологічної культури школярів.

Матеріал та методи. Проведене анкетне опитування учнів 9–11 класів та вчителів загальноосвітніх шкіл м. Ужгорода.

Результати дослідження. Серед факторів, що шкодять стоматологічному здоров'ю, найчастіше учні вказували на погану гігієну ротової порожнини – 398 (95,2%), тютюнопаління – 282 (67,5%), вживання спиртних напоїв – 193 (46,2%), ігнорування профілактичних оглядів у лікаря-стоматолога – 180 (43,1%). Більшість школярів – 133 (31,8%) – використовує для чищення зубів зубну пасту для дорослих, меншість – дитячу. За оцінкою самих школярів, більшість із них (224 респонденти, 53,6%) багато дізналася у школі про стоматологічне здоров'я. Лише 34 (8,1%) респонденти вважають, що жодних нових знань у цій сфері вони не набули. У роботі 6,2% вчителів чітко проявляється установка на цілісний розвиток стоматологічної культури школярів, яскраво виражена потреба в опрацюванні недостатніх стоматологічних знань та умінь. У 42,5% вчителів хороша, а в 48,4% освітян задовільна установка на розвиток стоматологічної культури учнів. 2,9% вчителів опинилися на недопустимо низькому рівні роботи з питань стоматологічних знань, умінь та навичок учнів.

Висновки. Розвивати у дитини позитивне ставлення до здорового способу життя та збереження стоматологічного здоров'я можна лише у разі докладання спільних зусиль дитячих стоматологів, педагогів та батьків із застосуванням різних форм санітарно-просвітницької роботи.

Ключові слова: здоров'я учнів, здоровий спосіб життя, стоматологічна культура, санітарно-просвітницька робота, соціально-педагогічна проблема.

Objective is to reveal the socio-pedagogical aspect of the problem of forming the dental culture of schoolchildren.

Material and methods. Questionnaire survey of students of grades 9-11 and teachers of secondary schools in Uzhhorod.

Research results. Among the factors harmful to dental health, students most often indicated poor oral hygiene – 398 (95.2%), smoking – 282 (67.5%); consumption of alcoholic beverages – 193 (46.2%), ignoring preventive examinations at the dentist – 180 (43.1%). The majority of schoolchildren – 133 (31.8%) use adult toothpaste for brushing their teeth, the minority uses children's toothpaste. According to the schoolchildren themselves, most of them (224 respondents – 53.6%) learned a lot about dental health at school, and only 34 (8.1%) respondents believe that they did not acquire any new knowledge in this area. In the work of 6.2% of teachers, the attitude towards the holistic development of schoolchildren's dental culture is clearly manifested, the need to develop insufficient dental knowledge and skills is clearly expressed, 42.5% of teachers have a good attitude, and 48.4% of educators have a satisfactory attitude towards the development of students' dental culture. 2.9% of teachers found themselves at an unacceptably low level of work on dental knowledge, abilities and skills of students.

Conclusions. It is possible to develop a positive attitude in a child towards a healthy lifestyle and maintaining dental health only through the joint efforts of children's dentists, teachers and parents using various forms of sanitary and educational work.

Key words: health of students, healthy lifestyle, dental culture, sanitary and educational work, socio-pedagogical problem.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Мельник Володимир Семенович – кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри дитячої стоматології Ужгородського національного університету; вул. Університетська, 16А, м. Ужгород, Україна, 88000.

volodymyr.melnyk@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0001-6256-5355

Дячук Едіта Йосипівна – старший викладач кафедри дитячої стоматології Ужгородського національного університету; вул. Університетська, 16А, м. Ужгород, Україна, 88000.

edita.dyachuk@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0009-0003-7251-5732

Горзов Віталія Володимирівна – старший викладач кафедри дитячої стоматології Ужгородського національного університету; вул. Університетська, 16А, м. Ужгород, Україна, 88000.

vitaliya.horzov@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0009-0001-6330-4891

Гриненко Євгенія Михайлівна – старший викладач кафедри дитячої стоматології Ужгородського національного університету; вул. Університетська, 16А, м. Ужгород, Україна, 88000.

yevheniya.hrynenko@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0009-0004-3849-5165

Мельник Софія Володимирівна – аспірант кафедри терапевтичної стоматології Ужгородського національного університету; вул. Університетська, 16А, м. Ужгород, Україна, 88000.

szofia.melnyk@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-9016-3254

Миронюк І.С.¹, Слабкий Г.О.¹, Щербінська О.С.²,
Білак-Лук'янчук В.Й.¹

Наслідки війни з російською федерацією для громадського здоров'я України¹

¹Ужгородський національний університет,
м. Ужгород, Україна

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

Mironiuk I.S.¹, Slabkii G.O.¹, Shcherbinska O.S.²,
Bilak-Lukianchuk V.Y.¹

Consequences of the war with the Russian Federation for the public health of Ukraine

¹Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

²Shupyk National Healthcare University
of Ukraine, Kyiv, Ukraine

ivan.myronyuk@uzhnu.edu.ua, bilak.vika@gmail.com

Вступ

За даними експертів, війна між Україною та росією може стати однією з найбільш кровопролитних у сучасній історії, адже масштаби втрат з обох боків уже значно більші, ніж у типовій війні сучасної доби [1].

Наслідки війни для України нині найчастіше оцінюються через призму економічних збитків, руйнувань інфраструктури та кількості загиблих [2–4]. Однак війна впливає також і на здоров'я громадян. Ідеться не лише про наявні поранення, контузії та травми, а й про довгострокові наслідки. У майбутньому багато українців можуть зіткнутися з психологічними та психічними проблемами, зростанням залежностей та загостренням деяких хвороб [5].

Міністр охорони здоров'я України В. Ляшко зазначає, що війна в Україні матиме критичні наслідки для психічного здоров'я українців. На його думку, постійне перебування в умовах війни може негативно вплинути на психічне здоров'я людей, а професійна допомога може знадобитися близько 15 мільйонам громадян, причому 3–4 мільйонам потрібно буде провести медикаментозне лікування. МОЗ України відмічає, що у 20–30% осіб, які пережили травматичні події, може розвинути посттравматичний стресовий розлад. У МОЗ прогнозують, що через 5–7 років очікується зростання кількості наркотичної, алкогольної та інших залежностей, а в структурі захворювань найчастіше зустрічатимуться захворювання системи кровообігу, діабет, артрит, астма, онкологічні захворювання. Експерти вказують на те, що зростає загроза поширення інфекційних захворювань, таких як холера, COVID-19, кір, поліомієліт, дифтерія та гепатит А [6].

Також через війну українці почали рідше звертатися до лікарів з профілактичною метою і, як результат,

зростає кількість онкологічних хвороб, виявлених на занедбаних стадіях, що негативно впливає на тривалість та ефективність лікування.

МОЗ України констатує, що за 8 місяців війни рашисти пошкодили понад 1000 об'єктів охорони здоров'я, 29 лікарів були вбитими, а понад 100 отримали поранення. Крім того, значна кількість лікарів була мобілізована до лав ЗСУ [7].

Наведене вище зумовило актуальність цього дослідження.

Мета дослідження – визначити наслідки війни з російською федерацією для громадського здоров'я України в регіонах, які тимчасово окуповані російськими військами та які знаходяться в зоні бойових дій.

Матеріали та методи

Базуючись на системному підході в ході проведеного дослідження було використано бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу. Матеріалами дослідження стали дані наукової літератури та особистий практичний досвід з організації охорони здоров'я населення.

Результати дослідження та їх обговорення

Для проведення аналізу та узагальнення наслідків війни з російською федерацією для громадського здоров'я України за територіальним (регіональним) принципом на даному етапі дослідження нами взято дві такі групи територій: території, які тимчасово окуповані російськими військами, та території, які знаходяться в зоні активних бойових дій.

Крім того, наслідки війни з рф нами розділено на такі групи негативного впливу: група медико-демографічних наслідків, група соціально-економічних

1 Передруковано з дозволу авторів. Оригінал надруковано: Репродуктивне здоров'я жінки № 8(63)/2022.

та група поведінково-біологічних, які є прямими детермінантами негативного впливу на стан здоров'я населення вказаних територій.

Узагальнені наслідки війни для громадського здоров'я в регіонах, які є тимчасово окупованими російськими військами, представлено в табл. 1.

Проведений аналіз наведених у табл. 1 узагальнених даних про вплив війни на базові складники формування нормального стану громадського здоров'я населення на тимчасово окупованих територіях вказує на те, що під час окупації значний негативний вплив на стан формування громадського здоров'я мають порушені в ході окупації соціально-економічні детермінанти та детермінанти біологічного та поведінкового характеру. Ці детермінанти характеризуються

комплексним зниженням економічного рівня забезпечення населення, зниженням регулярного доступу до об'єктивної інформації, зниженням якості та санітарно-гігієнічних умов проживання та харчування, трагічною втратою близьких людей, вимушеним розривом сімей із втратою зв'язку з рідними при значному зниженні доступу до медичних послуг та лікарських засобів, а також проживанням у постійному страху через насильницькі дії окупантів та у постійному страху за життя та здоров'я рідних людей при відсутності умов забезпечення відповідального ставлення до здоров'я як до особистого пріоритету.

При цьому негативні медико-демографічні наслідки проявляються зростанням захворюваності населення на соціально значущі хвороби, такі як

Таблиця 1

Наслідки війни для громадського здоров'я в регіонах, які тимчасово окуповані російськими військами

Медико-демографічні	Соціально-економічні	Поведінково-біологічні
Високий рівень вимушеної міграції населення на території, підконтрольні владі України, та в країні Європи	Зниження економічного рівня забезпечення населення	Життя в постійному страху через насильницькі дії окупантів
	Втрата власного житла	Постійний страх за життя та здоров'я рідних людей
Насильницьке переселення людей, в тому числі дітей, в російську федерацію	Втрата роботи	
	Зростання рівня передчасної смертності	Зниження доступу до продуктів харчування
Зростання рівня смертності та інвалідності населення через відсутність відповідної медичної допомоги		Втрата соціального статусу
Зростання захворюваності населення на соціально значущі хвороби, а саме: злоякісні новоутворення, туберкульоз, захворювання системи кровообігу, цукровий діабет, хвороби органів дихання (зі збільшенням частки їх виявлення в занедбаних стадіях або з ускладненнями)	Зниження регулярного доступу до об'єктивної інформації	Обмежена можливість пересування в разі потреби
	Значне пошкодження інфраструктури системи енергопостачання	
	Загроза зростання ризику захворюваності населення на інфекційні та паразитарні хвороби, включаючи туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гострі сезонні вірусні інфекції, в тому числі вакциновані та епідемічні спалахи гострих кишкових захворювань	Зниження якості умов проживання
Відсутність умов для здорового способу життя		Зниження рівня санітарної культури населення
Зростання кількості нарко-, алко- та інших залежностей	Значне пошкодження інфраструктури системи водопостачання	Зниження доступу до питної води та її якості
	Низький рівень мобільного зв'язку або його повна відсутність (вимушена ізоляція)	
Високий рівень розвитку посттравматичного стресового розладу	Практично відсутній доступ до системи Інтернет	Зниження якості харчування
	Відсутність вакцинації населення	Низький рівень поведінки, скерованої на профілактику захворювань
Підвищення рівня саморуйнівної поведінки	Трагічна втрата близьких людей	Зниження рівня відповідального ставлення до здоров'я як до особистого пріоритету
	Вимушений розрив сімей	
Ментальне виснаження із зростанням рівня психологічних та психічних проблем	Втрата зв'язку з рідними	Життя значної частки населення тривалий час без доступу до енергетичних ресурсів забезпечення життєдіяльності
	Значне пошкодження інфраструктури системи охорони здоров'я	
Високий рівень травматизму	Значне зниження доступу до медичних послуг	У холодний період року вимушене життя при низькій температурі для значної частки населення
	Недоступність послуг із профілактики саморуйнівної поведінки та самогубств	У разі виявлення захворювань високий рівень звернення за допомогою до знахарів
Збільшення частки населення, що потребує стороннього догляду	Недоступність послуг психологічної підтримки населення у критичних станах	Високий рівень самолікування, в тому числі при станах, що несуть загрозу життю

злякисні новоутворення, туберкульоз, захворювання системи кровообігу, цукровий діабет, хвороби органів дихання, зі збільшенням частки їх виявлення в занедбаних стадіях або з ускладненнями, ментальним виснаженням населення зі зростанням рівня психологічних та психічних проблем, зростанням кількості нарко-, алко- та інших залежностей, загрозою зростання ризику захворюваності населення на інфекційні та паразитарні хвороби, включаючи туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гострі сезонні вірусні інфекції, в тому числі вакциноковані та епідемічні спалахи гострих кишкових захворювань при зростанні рівня смертності, в тому числі передчасної, та інвалідності населення через відсутність відповідної медичної допомоги, а також високим рівнем вимушеної міграції населення в безпечні зони проживання та насильницьким переселенням людей, в тому числі дітей, у російську федерацію.

Далі вивчалися та аналізувалися наслідки війни для громадського здоров'я в регіонах, які знаходяться в зоні активних бойових дій. Узагальнено вказані наслідки війни в регіонах, які знаходяться в зоні активних бойових дій (див. табл. 2).

Проведений аналіз наведених у табл. 2 узагальнених даних про вплив війни на стан громадського здоров'я населення на територіях, які знаходяться в зоні активних бойових дій, вказує на те, що під час активних бойових дій суттєвий негативний вплив на стан громадського здоров'я мають соціально-економічні детермінанти та детермінанти біологічного та поведінкового характеру, які характеризуються втратою попередніх сталих умов якісного проживання та спілкування зі значним зниженням економічного рівня забезпечення населення при житті в постійному стресі через обстріли, трагічну втрату рідних людей

Таблиця 2

Наслідки війни для громадського здоров'я в регіонах, які знаходяться в зоні активних бойових дій

Медико-демографічні	Соціально-економічні	Поведінково-біологічні
Високий рівень вимушеної міграції населення на території, підконтрольні владі України, та в країні Європи	Зниження економічного рівня забезпечення населення	Життя в постійному стресі через обстріли
Зростання рівня передчасної смертності	Втрата місця роботи	Часте перебування під час повітряних тривог та обстрілів у санітарно несприятливих умовах
Зростання рівня смертності населення без отримання медичної допомоги	Втрата значною часткою населення власного житла	Постійний страх втрати рідних та житла
Зростання захворюваності населення на соціально значущі хвороби, а саме: злякисні новоутворення, туберкульоз, захворювання системи кровообігу, цукровий діабет, хвороби органів дихання, зі збільшенням частки їх виявлення в занедбаних стадіях або з ускладненнями	Втрата значною часткою населення соціального статусу	Зниження якості екологічної обстановки
	Зменшення доступу до продуктів харчування	Зниження доступу до питної води та погіршення її якості
	Зниження якості умов проживання	Зниження якості харчування
	Значне пошкодження інфраструктури системи енергопостачання	Низький рівень вакцинації
Зростання рівня інвалідизації населення	Значне пошкодження інфраструктури системи водопостачання	Зниження рівня ставлення до здоров'я як до особистого пріоритету
	Зниження доступу до регулярної об'єктивної інформації	Низький рівень поведінки, скерованої на профілактику захворювань
Зростання рівня інфекційних захворювань	Значне пошкодження інфраструктури системи охорони здоров'я	Постійний страх за життя та здоров'я рідних людей
Високий рівень розвитку посттравматичного стресового розладу	Вимушений розрив сімей	Зниження рівня санітарної культури населення
Ментальне виснаження зі зростанням рівня психологічних та психічних проблем	Втрата зв'язку з рідними	У холодний період життя при низькій температурі для значної частки населення
	Зниження доступу до медичних послуг, у тому числі екстреної медичної допомоги та послуг з відновного лікування і паліативної допомоги	Високий рівень звернення за допомогою при захворюваннях до знахарів та самолікування, в тому числі при станах, що несуть загрозу життю
Зростання кількості нарко-, алко- та інших залежностей	Низький рівень профілактичної спроможності діяльності закладів охорони здоров'я	
Високий рівень травматизму цивільного населення внаслідок бойових дій	Зниження доступу до лікарських засобів	Життя значної частки населення тривалий час без освітлення
Зниження рівня бажаної вагітності	Низький рівень доступу до системи Інтернет	
Збільшення частки населення старших вікових груп, осіб з особливими потребами та самотніх осіб, які потребують стороннього догляду	Низький рівень мобільного зв'язку	Зниження рівня отриманої інформації санітарно-гігієнічного характеру та профілактичної інформації
	Недоступність послуг із профілактики саморуйнівної поведінки та самогубств і психологічної підтримки у критичних станах	Втрата попередніх сталих умов якісного проживання

або зв'язку з ними, зниження якості екологічної ситуації.

Негативні медико-демографічні наслідки проявляються значним погіршенням стану здоров'я населення прогностично з його подальшим зниженням у разі втрати можливості отримати необхідну медичну допомогу, що є причиною високого рівня передчасної смертності населення і високого рівня вимушеної міграції населення в безпечні зони проживання.

Однією із проблем, яка не дозволить проведення з високим ступенем достовірності детального аналізу впливу війни з рф на стан громадського здоров'я населення в подальшому, є відсутність об'єктивних статистичних даних про стан здоров'я населення.

Висновки

Проведений аналіз наслідків війни з рф для громадського здоров'я в регіонах, які є тимчасово окупованими та знаходяться в зоні активних бойових дій, вказує на те, що вони є комплексними і включають такі групи: медико-демографічні, соціально-економічні та поведінково-біологічні.

До основних негативних медико-демографічних наслідків належать такі: зростання рівня

захворюваності населення на соціально значущі та інфекційні хвороби; ментальне виснаження із зростанням рівня психологічних та психічних проблем при високому рівні розвитку посттравматичного стресового розладу із зростанням рівня загальної та передчасної смертності населення без отримання медичної допомоги та самолікуванням з високим рівнем вимушеної міграції населення.

До основних соціально-економічних наслідків, які негативно впливають на стан громадського здоров'я, належать такі: трагічна втрата рідних, житла та майна, зниження економічного рівня забезпечення населення, втрата значною часткою населення соціального статусу, низький рівень інтернету та мобільного зв'язку або його повна відсутність (вимушена ізоляція), значне пошкодження інфраструктури системи енергозабезпечення життєдіяльності, низький рівень доступу до медичних послуг та лікарських засобів.

До основних поведінково-біологічних наслідків, які негативно впливають на стан громадського здоров'я, належать такі: втрата попередніх сталих умов якісного життя при проживанні в несприятливих санітарно-гігієнічних умовах та в постійному стресі із втратою поведінки, скерованої на відповідальне ставлення до особистого здоров'я.

Література

1. Скільки військових та цивільних загинули в ході конфліктів після Другої світової війни. Доступно на: https://www.slovoidilo.ua/2022/10/31/infografika/suspilstvo/skilky-vijskovykh-ta-cyvilnykh-zahynuly-xodi-konfliktiv-pislya-druhoyi-svitovoyi-vijny?utm_source=gravitec&utm_medium=push&utm_campaign=.
2. Як вижити в умовах блекауту без тепла, води, каналізації: лайфхаки від тренера - «екстремала». Доступно на: <https://tsn.ua/ukrayina/yak-vizhiti-v-umovah-blekautu-bez-tepla-vodi-kanalizatsiyi-layfgaki-vid-trenera-ekstremala-210272.html>.
3. Окупанти воюють проти електрики й тепла. Доступно на: https://tsn.ua/ato/raketi-putina-znayshli-novumishen-v-ukrayini-yaki-naslidki-matimut-udari-po-gazoviy-infrastrukturii2204125.html?utm_medium=referral&utm_source=idealmedia&utm_campaign=tsn.ua&utm_term=1294998&utm_content=10282210.
4. Російські обстріли можуть сильно натиснути на економіку України: як вони вже впливають на ціни. Доступно на: https://www.obozrevatel.com/ukr/topic/vojna-v-ukraine-2022/?_ga=2.161285237.954743355.1669904179-624245905.1642608186&_gl=1*1g7uo20*_ga*NjI0MjQ1OTA1LjE2NDI2MDgxODY.*_ga_JBX3X27G7H*MTY2OTkwNDE3OS45LjAuMTY2OTkwNDE3OS42MC4wLjA.
5. Від істерики до депресії: як не загинути через емоційну нестабільність. Доступно на: <https://tsn.ua/ukrayina/vid-isteriki-do-depresiyi-yak-ne-zagynuti-cherez-emociynu-nestabilnist-2213248.html>.
6. ПТСР та загострення хронічних хвороб: як війна вплине на здоров'я українців. Доступно на: https://www.slovoidilo.ua/2022/11/01/infografika/suspilstvo/ptsr-ta-zahostrennya-xronichnykh-xvorob-yak-vijna-vplyne-zdorovya-ukrayinciv?utm_source=gravitec&utm_medium=push&utm_campaign=.
7. Росіяни цілеспрямовано руйнують лікарні в Україні. URL: <https://socportal.info/ru/news/v-moz-nazvali-chislo-ubitykh-rachei-okkupantami/>.

References

1. Skilky viiskovykh ta tsyvilnykh zahynuly v khodi konfliktiv pislia Druhoyi svitovoyi viiny. Available from: https://www.slovoidilo.ua/2022/10/31/infografika/suspilstvo/skilky-vijskovykh-ta-cyvilnykh-zahynuly-xodi-konfliktiv-pislya-druhoyi-svitovoyi-vijny?utm_source=gravitec&utm_medium=push&utm_campaign=.
2. Yak vyzyhyty v umovakh blekautu bez tepla, vody, kanalizatsiyi: laifhaky vid trenera – “ekstremala”. Available from: <https://tsn.ua/ukrayina/yak-vizhiti-v-umovah-blekautu-bez-tepla-vodi-kanalizatsiyi-layfgaki-vid-trenera-ekstremala-2210272.html>.
3. Okupanty voiuut proty elektryky y tepla. Available from: https://tsn.ua/ato/raketi-putina-znayshli-novumishen-v-ukrayini-yaki-naslidki-matimut-udari-po-gazoviy-infrastrukturii2204125.html?utm_medium=referral&utm_source=idealmedia&utm_campaign=tsn.ua&utm_term=1294998&utm_content=10282210.
4. Rosiiski obrstily mozhut sylny natysnuty na ekonomiku Ukrainy: yak vony vzhe vplyvaiut na tsyny. https://www.obozrevatel.com/ukr/topic/vojna-v-ukraine-2022/?_ga=2.161285237.954743355.1669904179-624245905.1642608186&_gl=1*1g7uo20*_ga*NjI0MjQ1OTA1LjE2NDI2MDgxODY.*_ga_JBX3X27G7H*MTY2OTkwNDE3OS45LjAuMTY2OTkwNDE3OS42MC4wLjA.
5. Vid istryky do depresii: yak ne zahynuty cherez emotsiynu nestabilnist. Available from: <https://tsn.ua/ukrayina/vid-istryki-do-depresiyi-yak-ne-zahynuty-cherez-emociynu-nestabilnist-2213248.html>.

6. PTSR ta zahostrennia khronichnykh khvorob: yak viina vplyne na zdorovia ukrainsiv. Available from: https://www.slovo-idilo.ua/2022/11/01/infografika/suspilstvo/ptsr-ta-zahostrennya-xronichnyx-xvorob-yak-vijna-vplyne-zdorovyua-ukrayincziv?utm_source=gravitec&utm_medium=push&utm_campaign=

7. Rosiiany tsilespryamovano ruiniuoti likarni v Ukraini. Available from: <https://socportal.info/ru/news/v-moz-nazvali-chislo-ubitykh-vrachei-okkupantami/>.

За даними експертів, війна між Україною та росією може стати однією з найбільш кровопролитних у сучасній історії, адже масштаби втрат з обох боків вже значно вищі, ніж у типовій війні сучасної доби.

Метою дослідження є визначення наслідків війни з російською федерацією для громадського здоров'я України в регіонах, які тимчасово окуповані російськими військами та які знаходяться у зоні бойових дій.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження стали дані наукової літератури та особистий практичний досвід з організації охорони здоров'я населення. У дослідженні використано метод системного підходу, бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

Результати. Проведений аналіз наслідків війни з рф для громадського здоров'я у регіонах, які є тимчасово окупованими та знаходяться у зоні активних бойових дій, свідчить про те, що вони комплексні і включають такі групи: медико-демографічні, соціально-економічні та поведінково-біологічні. До основних негативних медико-демографічних наслідків належать такі: зростання рівня захворюваності населення на соціально значущі та інфекційні хвороби, ментальне виснаження зі зростанням рівня психологічних та психічних проблем при високому ризику розвитку посттравматичного стресового розладу зі зростанням рівня загальної та передчасної смертності населення без отримання медичної допомоги та із самолікуванням з високим рівнем вимушеної міграції населення. До основних соціально-економічних наслідків, які негативно впливають на стан громадського здоров'я, належать такі: трагічна втрата рідних, житла та майна, зниження економічного рівня забезпечення населення, втрата значною часткою населення соціального статусу, низький рівень доступу до мережі Інтернет та до мобільного зв'язку або його повна відсутність (вимушена ізоляція), значне пошкодження інфраструктури системи енергозабезпечення життєдіяльності, низький рівень доступу до медичних послуг та лікарських засобів. До основних поведінково-біологічних наслідків, які негативно впливають на стан громадського здоров'я, належать такі: втрата попередніх сталих умов якісного життя, проживання у несприятливих санітарно-гігієнічних умовах та у постійному стресі, втрата мотивації до поведінки, скерованої на відповідальне ставлення до особистого здоров'я.

Висновки. Війна з рф має значний негативний вплив на стан громадського здоров'я в Україні.

Ключові слова: війна з рф, громадське здоров'я, медико-демографічні наслідки, соціально-економічні наслідки, поведінково-біологічні наслідки.

According to experts' data, the war between Ukraine and Russia may become one of the bloodiest in modern history – the scale of losses on both sides is already much higher than in a typical war of the modern era.

The **objective** is to determine the consequences of the war with the Russian Federation for the public health of Ukrainian population in the regions temporarily occupied by Russian army and located in the war zone.

Materials and methods. The research materials were the data from scientific literature and personal practical experience in the organization of public health care. The method of the system approach, the bibliosemantic method and the method of structural and logical analysis were used.

Results. The analysis of the war consequences with the Russian Federation for public health in the regions that are temporarily occupied and are located in the zone of active hostilities shows that they are complex and include medical-demographic, socioeconomic and behavioral-biological groups. The main negative medico-demographic consequences include: an increase in the incidence of socially significant and infectious diseases, mental exhaustion with an increase in the level of psychological and mental problems with a high risk of posttraumatic stress disorder development with an increase in the general and premature mortality of the population without receiving medical help and self-medication and a high level of forced population migration. The main socio-economic consequences that negatively affect the state of public health include: the tragic loss of relative persons, housing and property, a decrease in the economic level of the population, the loss of social status of the large part of the population, a low level of access to the Internet and mobile communications connection or its complete absence (forced isolation), the significant damage of the infrastructure of the energy supply system for life, a low level of access to medical services and medicines. The main behavioral and biological consequences that negatively affect the state of public health include: the loss of previously stable conditions of quality life, living in unfavorable sanitary and hygienic conditions and in constant stress, the loss of motivation for behavior directed at a responsible attitude to personal health.

Conclusions. The war with the Russian Federation has a significant negative impact on the state of public health in Ukraine.

Key words: war with the Russian Federation, public health, medical and demographic consequences, socio-economic consequences, behavioral and biological consequences.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Миронюк Іван Святославович – доктор медичних наук, професор, проректор з наукової роботи ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна, 88000.
ivan.mironyuk@gmail.com, ORCID ID 0000-0003-4203-4447

Слабкий Геннадій Олексійович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна, 88000.
gennadiy.slabkiy@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0003-2308-7869

Щербінська Олена Станіславівна – доктор медичних наук, доцент, доцент кафедри гінекології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112.
703alena@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-5401-7110

Білак-Лук'янчук Вікторія Йосипівна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна, 88000.
bilak.vika@gmail.com, ORCID ID 0000-0003-3020-3116

Nesterenko V.H.¹, Peresyphkina T.V.², Shevchenko O.S.³,
Sarkhadova I.I.⁴

Palliative and hospice care in the Kharkiv region in the first year of the war

¹Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

²V.N. Karazin Kharkiv National University,
Kharkiv, Ukraine

³Kharkiv Regional Institute of Public Health Services,
Kharkiv, Ukraine

⁴Communal Non-Commercial Enterprise of the Kharkiv
Regional Council "Regional Center of Palliative
Medicine «Hospice»", Kharkiv, Ukraine

Нестеренко В.Г.¹, Пересипкіна Т.В.², Шевченко О.С.³,
Сархадова І.І.⁴

Паліативна та хоспісна допомога в Харківському регіоні в перший рік війни

¹Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна

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

³Харківський регіональний інститут проблем
громадської охорони здоров'я, м. Харків, Україна

⁴Комунальне некомерційне підприємство
Харківської обласної ради «Обласний центр
паліативної медицини «Хоспіс»», м. Харків, Україна

al.shevchenko1976@gmail.com

Introduction

Palliative and hospice care (PHC) is necessary for patients with terminal illnesses and a limited life expectancy. The development of the PHC system in pre-war times in Ukraine was insufficient in comparison with the best world practices, as evidenced by the inclusion of Ukraine by the World Health Organization (WHO) in group 3a according to the modified classification of countries by the PHC development level of according to Wright, Lynch and Clark, 2008/2011 [1], that is, to countries in which separate palliative care centers operate, but whose work does not have signs of systemic integration into the national health care system. According to the number of beds, Ukraine is provided with palliative care by 40.5%, given the practical absence of hospices at home [2]. The PHC system of Ukraine faces a number of traditional problems, including an insufficient list of diseases for which assistance is provided, difficult access to narcotic analgesics for palliative patients with severe pain, lack of palliative services within walking distance for most palliative patients, etc. [1; 2].

The war added to the list of problems in the PHC organization staff shortage, hospitals and ambulances damaged by shelling, roads along which ambulances reach palliative patients. Thus, according to the WHO [3], during the period from the start of the full-scale war in Ukraine (from February 24, 2022 to September 1, 2023), 1,024 buildings of medical facilities, 18 medical warehouses, 302 laboratories and diagnostic centers ("complexes of medical equipment"), and 133 ambulances were damaged in Ukraine as a result of Russia's military aggression. During 1,147 attacks on medical institutions and transport, patients were injured or killed 27 times, and medical staff – 78 times.

At the same time, 151 people were injured and 104 people died. A significant number of qualified medical workers went abroad to escape the war. The Kharkiv city community and a significant number of other territorial communities of the Kharkiv region are included by the Ministry of Reintegration of the Temporarily Occupied Territories of Ukraine in the list of territories where active hostilities have been taking place since the beginning of the war. At the beginning of the war, a large part of the Kharkiv region was occupied. As of the beginning of September, the city of Kharkiv and many settlements in the Kharkiv region are under constant shelling. At the same time, it should be noted that seriously ill, palliative patients often remain in their homes, because their evacuation is technically difficult for both the social services of the state and the patients' relatives. Moving palliative patients to shelter during air raids is difficult. WHO also notes that palliative patients are one of the most vulnerable categories of patients during hostilities due to their health condition and low mobility [4].

In large cities of Ukraine, hospices have been established that partially meet the needs of palliative care patients. Also, palliative wards or beds operate in multidisciplinary hospitals and specialized hospitals, mainly for infectious, neurological and oncological treatment. Funding for hospices, palliative wards, beds and mobile palliative teams is carried out by the National Health Service of Ukraine (NHSU), which hospitals order, usually per year. The movement of palliative patients across the country due to the war does not allow hospitals to simply redirect funding according to the principle "the money follows the patient", but requires an order for funding from the NHSU and the readiness of the hospital that accepted the new palliative patient to organize everything necessary

for palliative care [5–7]. In this way, funding is to some extent tied to hospitals and territorial communities.

The aim of the study

Our study was conducted to analyze the performance indicators of the hospice of the Kharkiv region, which is the main specialized palliative hospital. The analysis took into account the compliance of the needs for PHC of the Kharkiv region's with the results of the hospice's work and adaptability to the conditions of the first year of a full-scale war.

Object and research methods

The object of the study is the indicators of the annual activity (for 2022, the first year of the full-scale war in Ukraine) of the Communal Non-Profit Enterprise of the Kharkiv Regional Council "Regional Center of Palliative Medicine "Hospice"" (hereinafter – "Hospice"). Bibliosemantic and medical-statistical methods, as well as the method of system analysis, were used for the research.

Statistical reports of "Hospice" for the period 2016–2022, databases on the need for PHC of the Ukrainian Center for Public Data, citizens' appeals for PHC to the Kharkiv Regional State Administration (Kharkiv Regional Military Administration), scientific publications on PHC at Google Scholar and PubMed were analyzed.

Research results and their discussion

"Hospice" started its work in 1999. "Hospice" has two departments – neurological (with 50 beds) and oncology (with 30 beds), a clinical laboratory, a food pantry, a laundry, a centralized sterilization department and a disinfection chamber. Thus, the Hospice can accommodate up to 80 patients at the same time, who are served by 92 staff members: 6 doctors, 26 nurses, 28 junior nurses, and 32 employees of the administrative and economic service. A comparison with the staffing schedule (normative)

shows a shortage of doctors in the Hospice (6 rates instead of 13.75), nurses (26 rates instead of 31), junior nurses (28 rates instead of 32.25) and support staff (32 rates instead of 41). Thus, the personnel deficit is 22.0%, and it has increased in comparison with the pre-war year 2021 by approximately two times (from 11.9% to 22.0%). At the same time, the number of bed days spent by palliative patients in 2022, on the contrary, increased by approximately 5% (from 92.96% of the norm in 2021 to 97.70% in 2022). Analysis of feedback from patients and their relatives about the work of the institution (on the website <https://hospis.in.ua/> and according to complaints to the Department of Health Care of the Kharkiv Regional Administration) shows that the quality of PHC in the "Hospice" in 2022 compared to 2021 did not get worse. Accordingly, it can be concluded that the load on the medical and auxiliary staff of the Hospice increased in 2022 compared to the pre-war year 2021.

The analysis of indicators of the implementation of the plan of bed days in the "Hospice" in 2016–2022 (Fig. 1) shows a gradual increase in the bed days spent by palliative patients during the period 2020–2022, while this indicator, on the contrary, decreased in 2016–2018.

During the period 2018–2022, there was a gradual decrease in the number of patients who applied to the "Hospice" for hospitalization: 178, 167, 152, 148 and 109 new patients per year, respectively. This can be explained by the COVID-19 pandemic, a full-scale war, and the increase in hospitals that have a palliative care department under the contract with the NHSU.

About a quarter of Hospice patients live in rural areas. In 2022, there were 28 such patients (25.7%). During the period 2019–2022, 460 residents of the city of Kharkiv (77.2% of the total number of patients), 117 residents of the Kharkiv region (19.7%), 12 residents of other regions (2.0%), were treated at the Hospice. 6 people without a permanent place of residence (1.1% died in the Hospice). Also, in 2022, 11 (8.9%) patients were discharged home, 113 (91.1%) patients died as a result of their stay at the "Hospice". The number of dead patients is the lowest

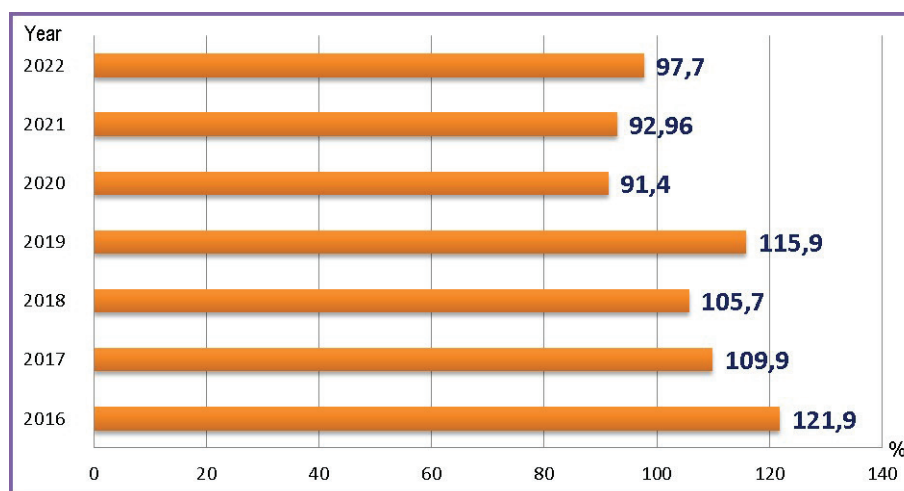


Fig. 1. The indicators of the implementation of bed-day plan in the "Hospice" on 2016–2022

in the last 7 years (the largest number of deaths, 166 patients, was registered in 2016). Over the last 2019–2022, 595 patients were treated at the “Hospice”, of which only 62 (10.4%) were discharged persons, and 533 (89.6%) died, which confirms the fact of treating patients with a severe course of the disease. This confirms the opinion of other researchers that high mortality in hospices is a reflection not of the quality of work of these hospitals, but of the condition of the vast majority of their patients [8; 9].

A comparison of the use of the bed fund in the departments of “Hospice” for 2020–2022 indicates a gradual increase of this indicator (by 7.0% over the last 3 years). However, it should be noted that over the longer previous period of comparison (2016–2020),

on the contrary, it decreased by 33.4%: from 414.3 days in 2016 to 310.6 days in 2020 (Fig. 2). The high length of stay of patients in bed in 2022 compared to the indicators of previous years is due to the presence of severe patients with an unfavorable prognosis for recovery and a long course of the disease. The condition of patients can be more difficult in connection with the stress of war, as well as with the transfer to hospice institutions of difficult patients from the occupied territories [4; 5; 10–12].

An analysis of the age of patients treated at the Hospice for the period 2019–2022 is given in Table 1. The specific weight of patients over 70 years old was 81.7% (486 patients with oncological diseases and degenerative diseases of the nervous system).

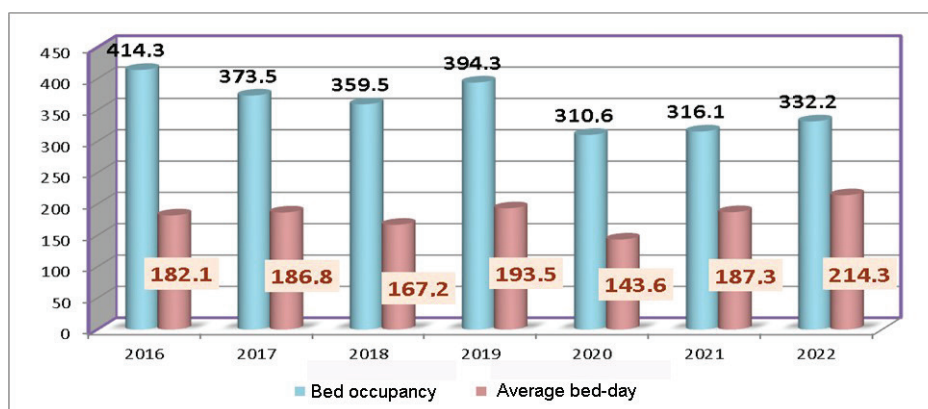


Fig. 2. Indicators of bed occupancy and average bed-day in the “Hospice” on 2016–2022

Table 1

Age composition of “Hospice” patients on the period 2019–2022

Year		Age of patients, years							Total
		30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	90–99	
2019	Discharged	-	-	1	3	3	9	-	16
	Died	-	-	3	14	38	70	22	147
	Treated	-	-	4	17	41	79	22	163
2020	Discharged	-	1	1	4	3	15	4	28
	Died	1	-	7	13	30	74	20	145
	Treated	1	1	8	17	33	89	24	173
2021	Discharged	-	-	1	-	2	4	-	7
	Died	-	5	8	24	28	45	18	128
	Treated	-	5	9	24	30	49	18	135
2022	Discharged	1	-	3	2	5	-	-	11
	Died	-	2	3	12	34	40	22	113
	Treated	1	2	6	14	39	40	22	124
Total treated in 2019–2022		2	8	27	72	143	257	86	595

Out of 595 patients treated in the “Hospice” on 2019–2022, there were 407 (68.4%) female and 188 (31.6%) male. It should be noted that during 2019–2022, the number of female Hospice patients

was always higher compared to the number of male patients (Table 2).

The age and gender composition of “Hospice” patients on the period 2019–2022 roughly corresponds

Table 2

Gender composition of “Hospice” patients on the period 2019–2022

Year \ Sex	Male	Female	Male & Female
2019	59	104	163
2020	45	128	173
2021	48	87	135
2022	36	88	124
2019–2022	188	407	595

to the average Ukrainian indicators for the last decade among palliative patients of neurological and oncological treatment profiles [13]. But it should be understood that the small number of beds of these two treatment profiles compared to the regional need does not allow making reliable judgments. Yes, according to [5; 14] the need for PHC per year among the adult population in the Kharkiv region is 2.6 thousand for neurological and 6.8 thousand for oncological treatment. Therefore, the largest specialized palliative institution of the Kharkiv region provides only approximately 2.0% of the need for PHC for patients of neurological profile and 0.4% of the need for PHC for patients of oncological profile. The question arises about the measures necessary for greater coverage of palliative PHC patients with inpatient and mobile care, moreover, in wartime.

The significant complexity of transporting patients of the specified profiles of palliative treatment [15] in wartime must simultaneously take into account both the need to bring the service closer to patients in remote areas of the Kharkiv region, as well as the safety of patients and medical personnel in conditions of constant shelling. Premises for the inpatient accommodation of palliative patients should be protected to such an extent that during air alarms there is no need to move patients to shelters. Field mobile teams must be provided with protected (armored) transport. Palliative patients from areas of the region where fighting is going on (for example, from the Kupyansk district) must be transferred to the hospice, palliative departments and wards of Kharkiv hospitals. In our opinion, this solution is safer and more realistic compared to providing mobile brigades with armored vehicles.

In our opinion, in the future, regional hospices should be analytical centers that collect data on the needs of PHC in the regions and their provision, create mobile teams to provide PHC needs of patients in the nearest territories according to all profiles of palliative treatment recommended by WHO. Even if the regional hospice itself has only inpatient departments of 1–2 treatment profiles. Thus, according to WHO [1], PHC should be covered:

- among the adult population, patients with malignant neoplasms, cardiovascular diseases, dementia, tuberculosis, diabetes, rheumatoid arthritis, fibrosis and cirrhosis of the liver, chronic obstructive pulmonary disease, HIV/AIDS, kidney diseases;

- among children – with congenital malformations, severe perinatal conditions, cerebral palsy, malignant neoplasms, diabetes, severe and profound mental

retardation, HIV/AIDS, inflammatory diseases of the central nervous system, cardiovascular diseases, tuberculosis, phenylketonuria, cystic fibrosis, chronic hepatitis and mucopolysaccharidoses.

The personnel of mobile teams must be provided with the necessary equipment, means of personal protection against infections, have sufficient qualifications on all issues according to this list of pathology (pass the necessary training and certification).

Prospects for further research

Taking into account the fact that the evaluation of the subjective opinion of patients about the quality of treatment at the “Hospice” was carried out based on reviews on the hospital’s website and complaints (feedback) to the Department of Health Care of the Kharkiv Regional State Administration (Kharkiv Regional Military Administration), we began the evaluation patients’ quality of life according to the standard questionnaire SF-36, recommended by WHO. The first results of the survey of a small group of patients showed the need to modify the questionnaire according to the treatment profile. We are also planning a study to study the need for PHC in patients with different treatment profiles.

Conclusions

Analysis of the work of the largest palliative medical institution of the Kharkiv region “Hospice” allowed to assess the mortality rate, sex-age structure of palliative patients with neurological and oncological treatment profiles. During the period 2019–2022, 96.9% of the patients of the “Hospice” were residents of the Kharkiv region. During this period, women predominated among Hospice patients (407 (68.4%) patients), and 486 (81.7%) palliative patients with oncological diseases and degenerative diseases of the nervous system were older than 70 years, which corresponds to the average Ukrainian indicators.

The work of the “Hospice” provides a small part of the need for PHC of patients with neurological and oncological treatment profiles (2.0% and 0.4% of the estimated need, respectively). However, given the significant size of the Kharkiv region and the need to bring palliative care ambassadors closer to patients, “Hospice” can be an analytical center empowered to analyze the need for PHC and its provision after the war.

The full-scale war had a minor impact on the work of the "Hospice" (objective indicators of work and quality of treatment as assessed by patients and their relatives). Its adaptation was successful due to the fact that Kharkiv was not occupied. For greater coverage of PHC patients in the region (the territories closest to the "Hospice"), it is possible to create more mobile brigades equipped with armored vehicles for wartime, and increase the number

of treatment profiles for palliative patients and, accordingly, the number of beds. Palliative care patients evacuated to Kharkiv from more dangerous areas of the region can be accommodated in the new beds. However, such an organizational measure will require the elimination of the personnel deficit of the "Hospice", which has existed for the past several years both in terms of medical and auxiliary staff of the hospital.

Bibliography

1. Connor S, Morris C, Jaramillo E, Harding R, Cleary J, Haste B, et al. Global Atlas of Palliative Care. 2nd Edition. Ed. Connor SR. London, UK: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; 2020. 120 p. Available at: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf).
2. Нестеренко ВГ. Про порядок надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Медицина сьогодні і завтра. 2021;90(2):57-62. Доступно на: <https://doi.org/10.35339/msz.2021.90.2.nes>.
3. Surveillance system for attacks on health care. WHO [Internet]. Available at: <https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx> [accessed 01 Sep 2023].
4. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. Geneva: World Health Organization; 2016. 93 p. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf>.
5. Нестеренко ВГ. Розрахунок потреби ресурсів системи охорони здоров'я для надання паліативної допомоги населенню України у 2018–2020 роках. Експериментальна і клінічна медицина. 2022;91(2):65-73. Доступно на: <https://doi.org/10.35339/ekm.2022.91.2.nes>.
6. Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям. Вимоги ПМГ (Програм медичних гарантій) 2023. Національна служба здоров'я України. Доступно на: <https://contracting.nszu.gov.ua/kontraktuvannya/kontraktuvannya-2023/vimogi-pmg-2023&https://is.gd/5BoGzd> [доступ отримано 01 вер 2023].
7. Стационарна паліативна медична допомога дорослим та дітям. Вимоги ПМГ (Програм медичних гарантій) 2023. Національна служба здоров'я України. Доступно на: <https://contracting.nszu.gov.ua/kontraktuvannya/kontraktuvannya-2023/vimogi-pmg-2023> & <https://is.gd/qzRqFQ> [доступ отримано 01 вер 2023].
8. Ріга ОО, Пеньков АЮ, Коновалова НМ. Принципи надання паліативної допомоги дітям. Посібник для тренерів з дитячої паліативної допомоги. Харків; 2017. 97 с. Доступно на: <https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/17740/1/2.pdf>.
9. Костенко АМ, Купенко ОВ, Теслик НМ, Сміянова ЮО, Сахно КС. Розбудова системи паліативної допомоги в територіальній громаді: навчальний посібник. Ред. Купенко ОВ. Суми: ФОП «Цьома СП»; 2021. 135 с. Доступно на: https://essuir.sumdu.edu.ua/bit-stream-download/123456789/86890/1/Kostenko_paliativna.pdf.
10. Брич ВВ. Зміцнення реабілітації як стратегії охорони здоров'я: погляд Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2023;(4):31-7. Доступно на: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.4.12853>.
11. Holovanova IA, Shevchenko AS. The issue of patient-oriented organization of palliative and hospice care in Ukraine. Experimental and Clinical Medicine. 2021;90(2):7p. Available at: <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.hos>.
12. Манойленко ТС, Дорохіна АМ, Ревенько ІЛ, Беляєва ТВ, Адарічева ЖГ. Стан здоров'я народу України в умовах війни. Посібник. Ред. Коваленко ВМ, Корнацький ВМ. Київ: ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска», НАМН України; 2022. 220 с. Доступно на: <https://cardiohub.org.ua/wp-content/uploads/2022/12/book-2022-07062022-color.pdf>.
13. Дубич КВ. Механізми державного управління соціальними послугами: зарубіжний досвід та українські реалії. Київ: Вид-во НАДУ; 2015. 386 с.
14. Потреба у паліативній допомозі: оцінка на основі даних 2018 р. Український центр суспільних даних. Доступно на: <https://socialdata.org.ua/palliative/> [доступ отримано 01 вер 2022].
15. Виртосу І, Салахова Я, Заремба-Косович Г, Савчук Ю, Федорович І. 24.02: Евакуація людей з інвалідністю. Аналітичний звіт. Київ-Копенгаген: Програма Розвитку Організації Об'єднаних Націй в Україні, Міністерство закордонних справ Данії; 2022. 67 с. Доступно на: <https://ffr.org.ua/wp-content/uploads/2022/11/zvit-z-pravkamy.pdf>

References

1. Connor S, Morris C, Jaramillo E, Harding R, Cleary J, Haste B, et al. Global Atlas of Palliative Care. 2nd Edition. Ed. Connor SR. London, UK: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; 2020. 120 p. Available at: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf).
2. Nesterenko VG. On the procedure for providing palliative and hospice care in Ukraine. Medicine Today and Tomorrow. 2021;90(2):57-62. Available at: <https://doi.org/10.35339/msz.2021.90.2.nes> [in Ukrainian].
3. Surveillance system for attacks on health care. WHO [Internet]. Available at: <https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx> [accessed 01 Sep 2023].
4. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. Geneva: World Health Organization; 2016. 93 p. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf>.
5. Nesterenko VG. Calculation of the need for resources of the health care system to provide palliative care to the population of Ukraine in 2018–2020. Experimental and Clinical Medicine. 2022;91(2):65-73. Available at: <https://doi.org/10.35339/ekm.2022.91.2.nes> [in Ukrainian].

6. Mobile palliative medical care for adults and children. Requirements of PMG (Program of Medical Guarantees) 2023. National Health Service of Ukraine [Internet]. Available at: <https://contracting.nszu.gov.ua/kontraktuvannya/kontraktuvannya-2023/vimogi-pmg-2023> & <https://is.gd/5BoGzd> [accessed 01 Sep 2023].
7. Inpatient palliative medical care for adults and children. Requirements of PMG (Program of Medical Guarantees) 2023. National Health Service of Ukraine [Internet]. Available at: <https://contracting.nszu.gov.ua/kontraktuvannya/kontraktuvannya-2023/vimogi-pmg-2023> & <https://is.gd/qzRqFQ> [accessed 01 Sep 2023].
8. Riha OO, Penkov AI, Konovalova NM. Principles of providing palliative care to children. Trainer's Guide to Pediatric Palliative Care. Kharkiv; 2017. 97 p. Available at: <https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/17740/1/2.pdf> [in Ukrainian].
9. Kostenko AM, Kupenko OV, Teslyk NM, Smiianova YuO, Sakhno KS. Development of the palliative care system in the territorial community: a study guide. Ed. Kupenko OV. Sumy: IE Tsoma SP; 2021. 135 p. Available at: <https://is.gd/LSmCJW> [in Ukrainian].
10. Brych VV. Strengthening rehabilitation as a health care strategy: A view of the World Health Organization. Bulletin of Social Hygiene and Health Protection Organization of Ukraine. 2023;(4):31-7. Available at: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.4.12853> [in Ukrainian].
11. Holovanova IA, Shevchenko AS. The issue of patient-oriented organization of palliative and hospice care in Ukraine. Experimental and Clinical Medicine. 2021;90(2):7p. Available at: <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.hos>.
12. Manoilenko TS, Dorokhina AM, Revenko IL, Bieliaieva TV, Adaricheva ZhH. The state of health of the people of Ukraine during the war. Manual. Ed. Kovalenko VM, Kornatskyi VM. Kyiv: SE "National Scientific Center "Institute of cardiology n.a. M.D. Strazhesko", NAMSU; 2022. 220 p. Available at: <https://cardiohub.org.ua/wp-content/uploads/2022/12/book-2022-07062022-color.pdf> [In Ukrainian].
13. Dubych KV. Mechanisms of state management of social services: foreign experience and Ukrainian realities. Kyiv: Department of National Academy of Sciences; 2015. 386 p. [In Ukrainian].
14. The need for palliative care: an assessment based on 2018 data. Ukrainian Center for Public Data. [Internet]. Available at: <https://socialdata.org.ua/palliative/> [accessed 1 Sep 2022]. [In Ukrainian].
15. Vyrtosu I, Salakhova Ya, Zarembo-Kosovych H, Savchuk Yu, Fedorovych I. 24.02: Evacuation of people with disabilities. Analytical report. Kyiv-Copenhagen: United Nations Development Program in Ukraine, Ministry of Foreign Affairs of Denmark; 2022. 67 p. Available at: <https://ffr.org.ua/wp-content/uploads/2022/11/zvit-z-pravkamy.pdf> [In Ukrainian].

Palliative and hospice care (PHC) is provided in specialized institutions (hospices), palliative departments and wards of other specialized and multidisciplinary hospitals and mobile teams. In 1999, "Hospice", a communal enterprise of the Kharkiv Regional Council, was established in Kharkiv to provide PHC to patients of the Kharkiv region, which has a neurology and oncology department.

Purpose is analysis of performance indicators of the Kharkiv "Hospice" in the first year of the full-scale war with Russia in comparison with 2016–2021, and assessment of the success of the hospital's adaptation to wartime conditions.

Materials and methods. Bibliosemantic and medical-statistical methods, as well as the method of system analysis, were used for the research.

The results. As a result of the study, it was established that for the period 2019–2022, 96.9% of the patients of the "Hospice" were residents of the Kharkiv region. Among the "Hospice" patients during this period, female predominated (407 (68.4 %) patients), and 486 (81.7 %) palliative patients with oncological diseases and degenerative diseases of the nervous system were older than 70 years. The shortage of personnel of the "Hospice" among medical and auxiliary personnel was revealed (22.0%), which approximately doubled in comparison with the pre-war year 2021 (from 11.9%). At the same time, the number of bed days spent by palliative patients in 2022, on the contrary, increased by approximately 5% (from 92.96% of the norm in 2021 to 97.70% in 2022). In 2022, 113 (91.1%) patients died as a result of their stay in the "Hospice". The mortality rate of "Hospice" patients in the first year of the war slightly exceeded the average for the last 2019–2022 (89.6%).

Conclusions. "Hospice" demonstrated high adaptability to wartime conditions and can increase its contribution to the PCB of the Kharkiv region after the war.

Key words: lethality, need for PHC, staffing, adaptation to wartime conditions.

Паліативна та хоспісна допомога (ПХД) надається у спеціалізованих установах (хоспісах), паліативних відділеннях та палатах інших спеціалізованих та багатoproфільних лікарень та силами мобільних бригад. У 1999 році у Харкові для надання ПХД пацієнтам Харківського регіону був створений «Хоспіс» – комунальне підприємство Харківської обласної ради, що має неврологічне та онкологічне відділення.

Метою є аналіз показників роботи харківського «Хоспісу» у перший рік повномасштабної війни з росією порівняно з 2016–2021 рр. та оцінка успішності адаптації лікарні до умов воєнного часу.

Матеріали та методи. Для дослідження використані бібліосемантичний та медико-статистичний методи, а також метод системного аналізу.

Результати. У результаті дослідження встановлено, що за період 2019–2022 рр. 96,9% пацієнтів «Хоспісу» були мешканцями Харківського регіону. Серед пацієнтів «Хоспісу» за цей період переважали жінки (407 (68,4%) пацієнтів), а 486 (81,7 %) паліативних пацієнтів з онкологічними захворюваннями та дегенеративними хворобами нервової системи були старшими за 70 років. Був виявлений дефіцит кадрів «Хоспісу» серед медичного та допоміжного персоналу (22,0%), який збільшився приблизно удвічі порівняно з довоєнним 2021 роком (з 11,9%). При цьому кількість проведених паліативними пацієнтами ліжко-днів у 2022 році, навпаки, збільшилася приблизно на 5% (з 92,96 % від нормативу в 2021 році до 97,70% у 2022 році). У 2022 році за результатами перебування у «Хоспісі» померло 113 (91,1%) пацієнтів. Летальність пацієнтів «Хоспісу» за перший рік війни незначно перевищувала середній показник за останні 2019–2022 рр. (89,6%).

Висновки. «Хоспіс» продемонстрував високу адаптивність до умов воєнного часу і може збільшити свій внесок у ПХД Харківського регіону після війни.

Ключові слова: летальність, потреба у ПХД, кадрове забезпечення, адаптація до умов воєнного часу.

Conflict of interest: absent.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Information about the authors

Nesterenko Valentyna Hennadiivna – MD, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor at the Department of Public Health and Health Care Management of the Kharkiv National Medical University; Nauki ave., 4, Kharkiv, Ukraine, 61022.

vh.nesterenko@knu.edu.ua, ORCID ID 0000-0002-3773-9525.

Peresykina Tetiana Valentynivna – MD, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor at the Department of General Practice-Family Medicine of V.N. Karazin Kharkiv National University; Svoboda sq., 4, Kharkiv, Ukraine, 61022. social.med@ukr.net, ORCID ID 0000-0003-3408-1091.

Shevchenko Oleksandr Serhiiovych – MD, Master of Medicine, Economics and Pedagogy, Director of the Kharkiv Regional Institute of Public Health Services; Rymarska str., 8, Kharkiv, Ukraine, 61057.

al.shevchenko1976@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-4291-3882.

Sarkhadova Iryna Ivanivna – MD, Doctor-Statistician of the Communal Non-Commercial Enterprise of the Kharkiv Regional Council “Regional Center of Palliative Medicine «Hospice»”; Louis Pasteur str., 4a, Kharkiv, Ukraine, 61075. social.med@ukr.net.

Огнєв В.А., Орел О.В.

Ogniev V.A., Orel O.V.

Деякі показники ускладнень вагітності по Харківській області порівняно з показниками по Україні

Some indicators of pregnancy complications in the Kharkiv region in comparison with the indicators in Ukraine

Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна

Kharkiv National Medical University,
Kharkiv, Ukraine

ov.orel@knmu.edu.ua

Вступ

Військова агресія з боку російської федерації справила ще більш значний негативний вплив на демографічну ситуацію в Україні, яка й до повномасштабного вторгнення мала тенденцію до зменшення кількості населення. У сучасних умовах охорона жінок та дітей набуває ще більшої медико-соціальної значущості.

Чутливим індикатором стану здоров'я населення є демографічні показники. Одним з них є народжуваність. Хоча вагітність є природним станом, у 35–80% вагітних жінок виявляють патологічні симптоми, а 48–60% мають ускладнення [1].

Щодня приблизно 830 жінок помирають від причин, пов'язаних з вагітністю та пологами, які можна попередити. У 2020 р. майже 287 000 жінок померли під час та після вагітності та пологів. Ускладнення вагітності та пологів унаслідок акушерських процедур відбуваються у 20 разів частіше, ніж материнська смерть [4; 5].

Показники народжуваності, малюкової та материнської смертності використовуються для оцінювання стану здоров'я населення. Вони становлять один із найбільш інформативних критеріїв діяльності органів і закладів охорони здоров'я та ефективності проведення лікувальних, профілактичних та інших заходів. Вивчення поширеності захворювань, які були або виникли під час вагітності і ускладнюють перебіг вагітності, має важливе значення для оптимізації моделі їх раннього виявлення та профілактики для збереження здоров'я матерів та майбутніх поколінь.

Мета роботи – вивчити та провести аналіз поширеності захворювань, які були до або виникли під час вагітності і ускладнюють вагітність, у Харківській області.

Матеріал та методи дослідження

Матеріалом були статистичні дані центру громадського здоров'я МОЗ України та «КНП ХОР обласний центр медичної статистики, здорового способу життя

та інформаційно-аналітичної діяльності» (форма № 21 «Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям»). У роботі використано бібліосемантичний та статистичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті дослідження вивчено поширеність захворювань, які були до або виникли під час вагітності і ускладнюють вагітність, пологи і післяпологовий період. Визначено, що серед показників, які вивчались, найвищі рівні поширеності становили такі ускладнення: анемії, хвороби сечостатевої системи, хвороби системи кровообігу, набряки, протеїнурія, гіпертензія. За рівнем поширеності перше місце посідають анемії, друге – хвороби сечостатевої системи, третє – хвороби системи кровообігу, четверте – набряки, протеїнурія, гіпертензія.

Під час вивчення динаміки показників поширеності анемії у вагітних за 2017–2021рр. по Україні визначено, що стійкої тенденції до зниження цього показника не спостерігається. Найвищі рівні анемії зареєстровано у 2018 р. (показник поширеності дорівнює 26,1), найнижчі – у 2020 р. з показником 24,3 на 100 вагітних, які закінчили вагітність. Поширеність ускладнень вагітності, які пов'язані з хворобами сечостатевої системи, хворобами системи кровообігу, набряками, протеїнурією, гіпертензією знаходиться практично на тому самому рівні та не має тенденції до зниження. Найвищий показник зареєстровано у 2019 р. – 14,5, а найнижчий у 2020 – 13,8 на 100 вагітних, які закінчили вагітність. При аналізі показників поширеності інфекцій сечостатевої системи, що ускладнюють вагітність, було зареєстровано деяке підвищення з 14,0 у 2017 р. до 14,2 у 2021р. на 100 вагітних, які закінчили вагітність. Захворювання системи кровообігу, які ускладнюють перебіг вагітності, мають незначну тенденцію до зниження з 7,6 у 2017р. до 6,4 у 2021р. на 100 жінок, які закінчили вагітність. Рівні поширеності набряків, протеїнурій, гіпертензій, які ускладнюють вагітність, мали деяке підвищення з 6,3 у 2017 до 6,8 у 2021р. на 100 жінок, які закінчили вагітність (рис. 1).

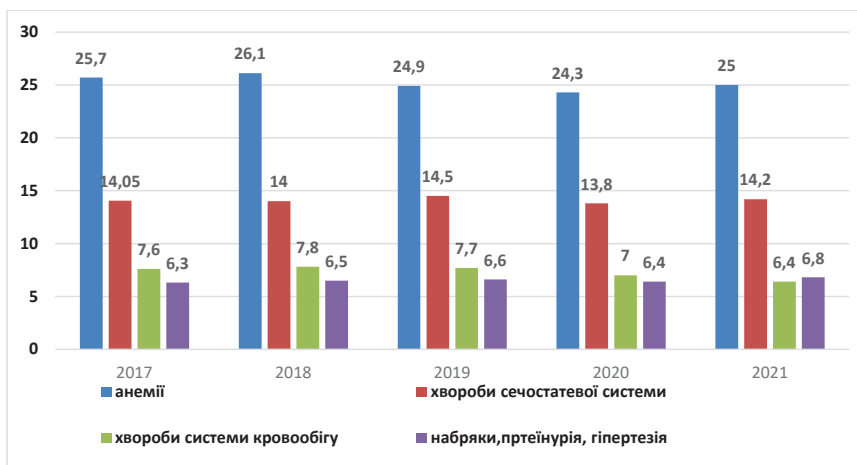


Рис. 1. Динаміка показників поширеності деяких захворювань, які викликали ускладнення вагітності, за 2017–2021рр. по Україні на 100 жінок, які закінчили вагітність

Проведено аналіз рівнів поширеності таких захворювань: анемії, хвороб системи кровообігу, хвороб сечостатевої системи, набряків, протейнурії, гіпертензії, які ускладнюють вагітність, по Харківській області упродовж п'яти років (2017–2021 рр.) При вивченні поширеності анемії було визначено коливання цього показника. У 2017 р. він становив 24,8, у 2021 23,4 на 100 вагітних, які закінчили вагітність. Максимальне значення зареєстровано у 2018 р. – 25,3, мінімальне – у 2021 – 23,4 (на 100 вагітних, які закінчили вагітність). Зареєстровано зростання показників поширеності інфекцій сечостатевої системи з 17,4 у 2017 р. до 19,3 у 2023 р. Найвищий рівень зареєстровано у 2020 р. (19,80), найнижчий у 2017 – 17,4 на 100 жінок, які закінчили вагітність. Захворювання системи кровообігу, які ускладнюють вагітність, мають незначну тенденцію до зниження з 5,2 у 2017р. до 4,0 у 2021 р. на 100 вагітних, які закінчили вагітність. Максимальне значення цього показника зареєстровано у 2019 р. – 5,5, мінімальне – у 2021 – 4,0 (на 100 вагітних, які закінчили вагітність). Несталою є й динаміка поширеності набряків, протейнурії та гіпертензії, які ускладнюють перебіг вагітності. Найвищі показники зафіксовані у 2019 р. (5,5), найнижчі – у 2020 р. (4,9 на 100 вагітних, які закінчили вагітність) (табл. 1).

Під час дослідження був проведений порівняльний аналіз поширеності таких захворювань: анемії, хвороб сечостатевої системи, хвороб системи

кровообігу, набряків, протейнурії, гіпертензії, які ускладнюють вагітність, по Харківській області з середніми по Україні показниками. Виявлено, що при порівнянні в динаміці за 2017–2021 рр. по Харківській області у 2020 р. зареєстровано незначне перевищення порівняно із середньоукраїнськими показниками поширеності анемії, де показник становив 25,1 та 24,3 на 100 жінок, які закінчили вагітність (рис. 2).

Протягом п'яти років по Харківській області зареєстровано перевищення середньоукраїнських показників за поширеністю інфекцій сечостатевої системи, які ускладнюють вагітність, з піковим значенням 21,5 на 100 жінок, які закінчили вагітність у 2019 р. По Україні цей показник склав 14,5.

Був проведений аналіз поширеності показників, які ускладнюють вагітність та перевищили середньоукраїнські значення, таких як анемії та інфекції сечостатевої системи, в динаміці за п'ять років. Висока поширеність анемії, які ускладнюють вагітність, по Харківській області була зареєстрована у 2018 році. Найвищі показники поширеності зареєстровані у таких районах: Дворічанський (64,8), Валківський (62,2), Зачепилівський (50,7), Сахновщинський (50,4) (на 100 жінок, які закінчили вагітність). Максимальний показник перевищив середній по області у 2,6 раза (рис. 3).

За 2017–2021 рр. показники інфекцій сечостатевої системи, що ускладнюють перебіг вагітності, по Харківській області були майже на одному рівні, а протягом

Таблиця 1

Поширеність деяких ускладнень вагітності по Харківській області на 100 вагітних, які закінчили вагітність, за 2017–2021 рр.

Ускладнення	Роки				
	2017	2018	2019	2020	2021
Анемії	24,8	25,3	24,4	25,1	23,4
Інфекції сечостатевої системи	17,5	17,7	21,5	19,8	19,3
Хвороби системи кровообігу	5,2	5,3	5,5	4,6	4,0
Набряки, протейнурії, гіпертензії	5,3	5,2	5,5	4,9	5,0

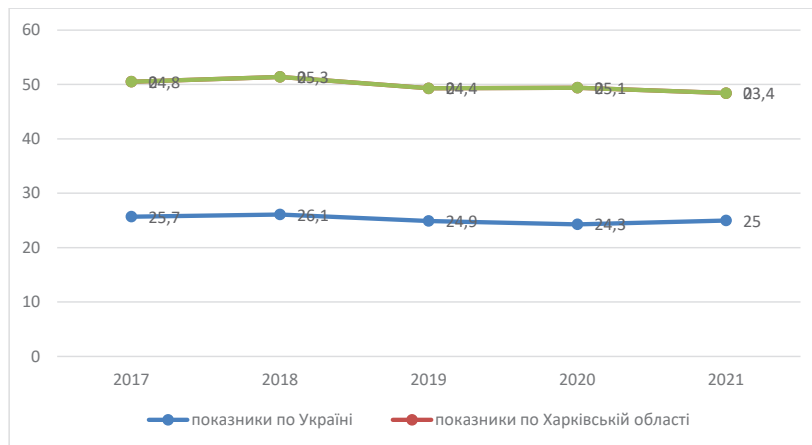


Рис. 2. Динаміка поширеності анемії, які ускладнюють вагітність, по Харківській області порівняно з показниками по Україні за 2017–2021 рр. на 100 жінок, які закінчили вагітність

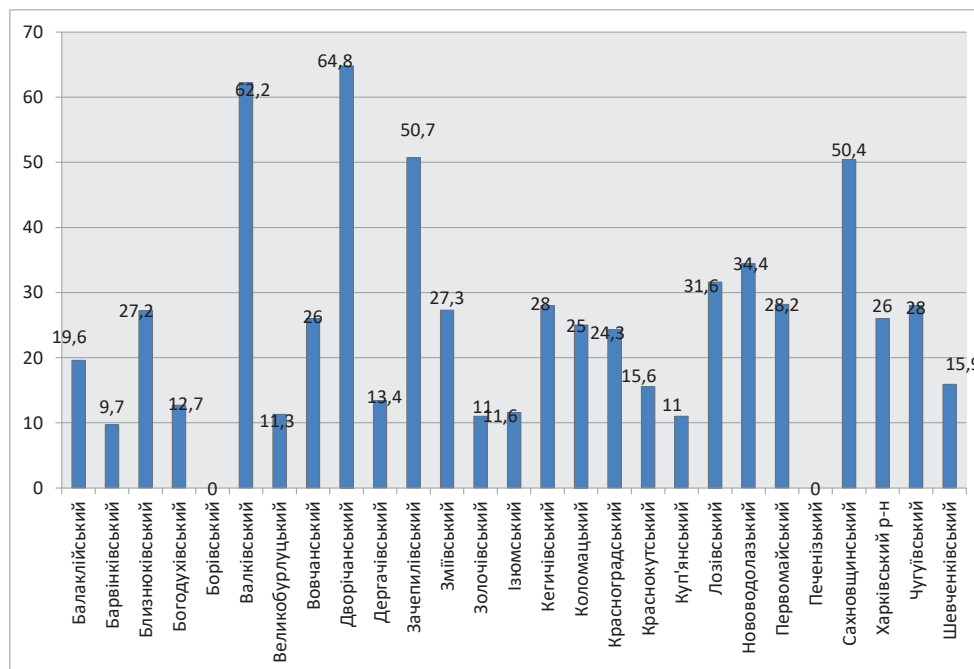


Рис. 3. Поширеність анемії, які ускладнюють вагітність, на 100 жінок, які закінчили вагітність, за 2018 рік в розрізі районів Харківської області

років, які проаналізовано, перевищили середні по Україні з максимальним значенням у 2019 році, який у 1,5 рази вище за середньоукраїнський. Найнижча поширеність зареєстрована у 2018 році. Високі показники цих ускладнень зареєстровані у таких районах: Краснокутському (54,3), Богодухівському (40,6), Лозівському (33,7), Вовчанському (28,4), Зачепилівському (27,8) (на 100 вагітних, які закінчили вагітність) (рис. 4).

Перспективи подальших досліджень

Отримані дані в результаті аналізу поширеності анемії, хвороб сечостатевої системи, хвороб систем кровообігу, набряків, протеїнурії, гіпертензії, які ускладнюють вагітність, у подальшому можуть бути

використані під час обґрунтування моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.

Висновки

У результаті дослідження було виявлено, що поширеність ускладнень вагітності, які вивчались, не має стійкої тенденції до зниження. Найбільш високі рівні поширеності були в анемії та інфекції сечостатевої системи.

У результаті дослідження було визначено, що поширеність ускладнення вагітності інфекціями сечостатевої системи за 2017–2021 рр. по Харківській області дещо перевищила середні показники

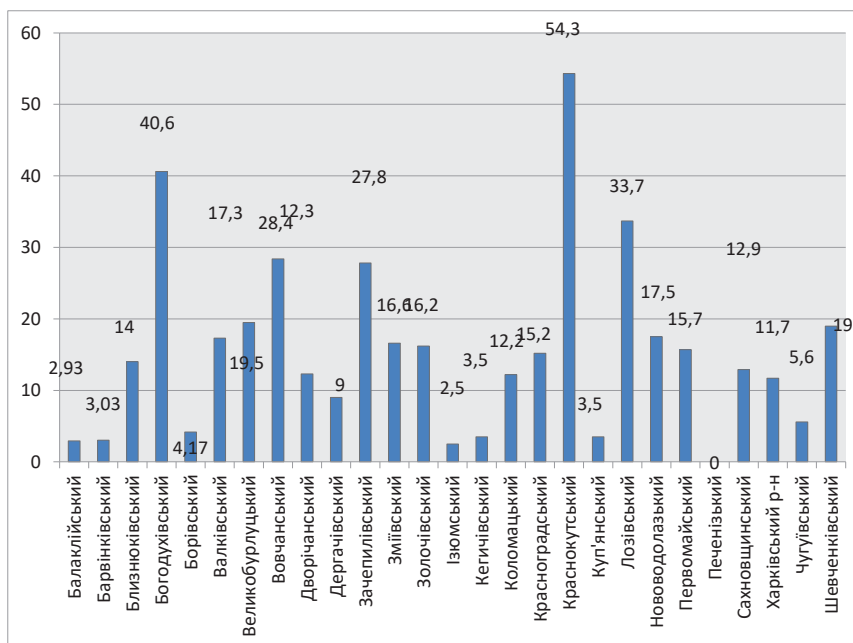


Рис. 4. Поширеність інфекцій сечостатевої системи, які ускладнюють вагітність, на 100 жінок, які закінчили вагітність, по Харківській області за 2019 рік

по Україні з піковим значенням у 2019 році (21,5 на 100 вагітних, які закінчили вагітність). Максимальні показники цього року були зареєстровані у таких районах області: Краснокутському (54,3), Богодухівському (40,6), Лозівському (33,7), Вовчанському

(28,4), Зачепилівському (27,8 на 100 вагітних, які закінчили вагітність).

Встановлено, що є потреба подальшого вивчення чинників ризику виникнення вищезазначених ускладнень вагітності.

Література

1. Добрянська ВЮ. Кардіальні прояви недиференційованої дисплазії сполучної тканини та їх вплив на виношування. Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. 2021;1(47):14-22.
2. Вдовиченко СЮ. Профілактика акушерської та перинатальної патології при використанні родинно орієнтованих технологій під час вагітності та пологів. Здоров'я жінки. 2017;3(119):79-81.
3. Леміш НЮ, Бобрик ЮЮ. Екстрагенітальні захворювання у жінок з гестаційним діабетом. Буковинський медичний вісник. 2016;T20;2(78):70-73.
4. World Health Organization: WHO. Available from: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>.
5. World Health Organization: WHO. Available from: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

References

1. Dobrianska VYu. Kardialni proiavy nedyferentsiiovanoi dysplazii spoluchnoi tkanyny ta yikh vplyv na vynoshuvannia. Zbirnyk naukovykh prats asotsiatsii akusheriv-hinekolohiv Ukrainy. 2021;1(47):14-22.
2. Vdovychenko SYu. Profylaktyka akusherskoi ta perynatalnoi patolohii pry vykorystanni rodynno oriientovanykh tekhnolohii pid chas vahitnosti ta polohiv / Vdovychenko S.Yu.// Zdorovia zhinky. 2017;3(119):79-81.
3. Lemish NYu. Ekstrahenitalni zakhvoriuvannia u zhinok z hestatsiinym diabetom /N.Yu. Lemish, Yu.Yu.Bobyk/ Bukovynskiy medychnyi visnyk. 2016;Tom 20;2(78):70-73.
4. World Health Organization: WHO. Available from: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>.
5. World Health Organization: WHO. Available from: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

Мета – вивчити та провести аналіз ускладнень вагітності по Харківській області порівняно з показниками по Україні.

Матеріали і методи: статистичні дані Центру громадського здоров'я МОЗ України та «КНП ХОР «Обласний центр медичної статистики, здорового способу життя та інформаційно-аналітичної діяльності» (форма № 21 «Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям»). У роботі використано бібліосемантичний та статистичний методи.

Результати. За 5-річний період з 2017 по 2021 р. у Харківській області рівні ускладнень вагітності, які вивчались, не мають стійкої тенденції до зниження. У 2018 році по Харківській області зареєстровано перевищення показника за вагітностями, ускладненими анеміями, на 100 вагітних, які закінчили вагітність. Визначено, що у 2019 році по Харківській області перевищено середньоукраїнський показник за вагітностями, ускладненими інфекціями сечостатевої системи. Найвищі показ-

ники реєструвались у Краснокутському (54,3), Богодухівському (40,6), Лозівському (33,7), Вовчанському (28,4), Зачепилівському (27,8) районах на 100 вагітних, які закінчили вагітність.

Висновки. Показники ускладнень вагітності не мають тенденції до зниження, а деякі показники в динаміці за 5 років по Харківській області перевищують середньоукраїнські. Через це виникає необхідність в обґрунтуванні моделі раннього виявлення та профілактики патологічного перебігу вагітності в акушерській практиці.

Ключові слова: вагітність, ускладнення, перебіг.

The aim is to study and to analyze the prevalence of pregnancy complications in the Kharkiv region compared to the indicators in Ukraine.

Materials and methods. Statistical data of the Center for Public Health of the Ministry of Health of Ukraine and “CNEP KRC regional center of medical statistics, healthy lifestyle and information-analytical activity” (form No. 21 Report on medical care for pregnant women, women in labor and women in childbirth). Bibliseomatic and statistical methods were used in the work.

Results. Over the 5-year period from 2017 to 2021, the levels of pregnancy complications studied in the Kharkiv region do not have a steady downward trend. In 2018, in the Kharkiv region, an excess of the rate of pregnancies complicated by anemia per 100 pregnant women who ended their pregnancy was registered. It was determined that in 2019, the average Ukrainian indicator for pregnancies complicated by infections of the genitourinary system was exceeded in the Kharkiv region. The highest rates were registered in Krasnokutskiyi (54.3), Bogodukhivskiyi (40.6), Lozivskiyi (33.7), Vovchanskyi (28.4), Zachepylivskiyi (27.8) per 100 pregnant women who ended their pregnancy.

Conclusions. Indicators of pregnancy complications do not tend to decrease, and some indicators in the dynamics over 5 years in the Kharkiv region exceed the Ukrainian average. Taking this into account, there is a need to substantiate the model of early detection and prevention of the pathological course of pregnancy in obstetric practice.

Key words: pregnancy, complications, course.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Огнєв Віктор Андрійович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету; просп. Науки, 4, м. Харків, Україна, 61022.

va.ohniev@kntmu.edu.ua, ORCID ID 0000-0003-3423-9303

Орел Ольга Володимирівна – аспірантка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету; просп. Науки, 4, м. Харків, Україна, 61022.

orelolga80@ukr.net, ORCID ID 0000-0002-7760-8386

Огнєв В.А., Яременко А.В.

Медико-соціальні особливості охоплення щепленнями дитячого населення Черкаської області проти кору, краснухи та епідемічного паротиту

Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна

Ohniev V.A., Yaremenko A.V.

Medical and social features of coverage vaccinations of children of the Cherkasy region against measles, rubella and epidemic parotitis

Kharkiv National Medical University,
Kharkiv, Ukraine

va.ohniev@kntmu.edu.ua, av.yaremenko@kntmu.edu.ua

Вступ

Інфекційні захворювання – це хвороби, які викликані потраплянням в організм хвороботворних (патогенних) мікробів. Захворювання, викликані інфекцією, займають 20–40% від загального числа відомих науці хвороб людини [2; 5]. Нині науці відомо понад 1200 інфекційних хвороб, їх кількість регулярно збільшується. Інфекційна захворюваність посідає особливе місце в комплексі медико-соціальних показників, адже вона є однією з причин смертності та інвалідності серед дитячого населення [5]. Саме тому є важливим вивчення даного питання. У статті ми розглянемо деякі інфекційні захворювання, а саме кір, краснуху та паротит.

На жаль, противірусної терапії проти цих захворювань сьогодні не існує, тому захистом від можливих ускладнень під час таких захворювань є лише вакцинація, тобто щеплення від кору, краснухи, паротиту (КПК) [2; 5].

Кір – інфекційне захворювання, яке може мати серйозні наслідки, особливо у дітей віком до п'яти років, і є однією з головних причин дитячої смертності у світі. Кір має тяжкий перебіг і часто потребує госпіталізації. Серед ускладнень кору – запалення середнього вуха (отит), запалення дихальних шляхів (бронхіт), пневмонія, діарея, енцефаліт. Захворювання на кір під час вагітності також загрожує здоров'ю жінок – від розвитку ускладнень до передчасних пологів чи мимовільного абортів (викидня) [1; 4].

Краснуха – це системна вірусна інфекція. Типова дитяча хвороба, що спостерігається у дітей віком від 5 до 14 років. Незважаючи на те, що краснуха перебігає у дітей настільки легко, що залишається непоміченою, у підлітків та дорослих це захворювання може спричинити тяжкі ускладнення – артропатію, розлади з боку ЦНС та синдром вродженої краснухи (СВК). СВК призводить до викиднів, мертвонародженості або множинних вроджених вад плода. Найбільший ризик вона становить для дорослих людей і вагітних жінок, у яких немає імунітету до захворювання [3].

Епідемічний паротит – висококонтагіозна генералізована вірусна інфекція. Нині від епідемічного паротиту найчастіше страждають не діти, а підлітки та дорослі люди. У старшій віковій групі його прояви та наслідки можуть бути значно тяжчими і навіть летальними. До ускладнень епідемічного паротиту належать орхіт (запалення яєчок), мастит (запальний процес у молочній залозі), менінгіт (запалення м'якої мозкової оболонки), енцефаліт (запалення головного мозку) та артропатія [3; 5].

На жаль, противірусної терапії проти цих захворювань сьогодні не існує, тому захистом від можливих ускладнень під час таких захворювань є лише вакцинація, тобто щеплення від кору, краснухи, паротиту (КПК) [2]. Вакцинація захищає організм дитини від цих трьох, на перший погляд, не смертельних, але дуже підступних захворювань.

Імунізація є питанням національної безпеки, оскільки здоров'я українців – усіх разом і кожного зокрема – залежить від рівня охоплення щепленнями у країні. Для формування колективного імунітету необхідно, щоби рівень вакцинації досягав 95–98% [2; 5].

Мета роботи – вивчити рівень охоплення вакцинацією проти кору, краснухи та паротиту серед дитячого населення в Черкаській області.

Матеріал і методи дослідження

Матеріалом дослідження слугували статистичні дані центру громадського здоров'я МОЗ України щодо рівня охоплення вакцинацією дитячого населення проти кору, краснухи та паротиту Черкаської області протягом 2018–2022 років. У роботі використано бібліосемантичний та статистичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення

В Україні імунізація вакцинами в рамках національного календаря профілактичних щеплень проти

кору, краснухи та паротиту проводиться дитячому населенню безкоштовно та на добровільній основі у віці 1 рік та ревакцинація у віці 6 років. Вакцини безпечні, ефективні та якісні, прекваліфіковані Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) – найавторитетнішою інституцією світу у сфері охорони здоров'я.

У результаті вивчення інформації щодо вакцинації було встановлено, що показник охоплення щепленнями серед дітей віком 1 рік у Черкаській області у 2018 році склав 87,5% (щеплено 8340 дітей, 9530 заплановано). У 2019 році показник щеплення дітей становив 86,5% (щеплено 8211 дітей, 9494 заплановано). У 2020 році показник щеплення був 82,1% (щеплено 6990 дітей, 8515 заплановано). У 2021 році спостерігався показник щеплення 94,5% (7115 щеплено, 7528 заплановано). Показник щеплення дітей у 2022 році становив 87,3% (6644 щеплено, 7528 заплановано) (рис. 1).

При вивченні динаміки охоплення щепленнями дітей віком 1 рік проти кору, краснухи та паротиту в Черкаській області протягом 2018–2022 років було відмічено найнижчий показник в 2020 році – 82,1% та найвищий показник охоплення щепленням в 2021 році, який становив 94,5%. Але, на жаль, можемо спостерігати зниження охоплення щепленням у дітей в 2022 році, що становить 88,3%.

У результаті вивчення інформації щодо вакцинації було встановлено, що показник охоплення щепленнями дітей віком 6 років у Черкаській області (діти, котрі отримали ревакцинацію проти кору, краснухи та паротиту) у 2018 році склав 95,8% (щеплено 11583 дітей, 12094 заплановано). У 2019 році показник щеплення дітей становив 88,6% (щеплено 11118 дітей, 12552 заплановано). У 2020 році показник щеплення був 87,0% (щеплено 10287 дітей, 11826 заплановано). У 2021 році можемо спостерігати показник щеплення 82,2% (9973 щеплено, 12043 заплановано). Показник щеплення дітей у 2022 році становив 81,2% (9113 щеплено, 11218 заплановано) (рис. 2).

При вивченні динаміки охоплення щепленням дітей віком 6 років проти кору, краснухи та паротиту в Черкаській області протягом 2018–2022 років був відмічений найнижчий показник у 2022 році – 81,2%. Найвищий показник охоплення щепленням був у 2018 році, що становив 95,8%. У 2022 році спостерігалось зниження охоплення щепленням дітей, показник якого становив 81,2%.

При оцінюванні результатів охоплення щепленням проти кору, краснухи та паротиту дітей віком 1 рік та 6 років протягом 2018–2022 років були виявлені найнижчі та найвищі показники, які можна порівняти з показниками охоплення щепленням від цих інфекцій по всій країні. Так, у 2018 році показники щеплення по всій країні становили у дітей 1 року 91,0% та у дітей 6 років 89,5%, коли в Черкаській області цей показник сягав у дітей 1 року 87,5% та у дітей 6 років 95,8%. У 2019 році показники охоплення щепленням у країні становили у дітей 1 року та 6 років 93,2% і 89,5% відповідно, коли в Черкаській області ці показники були 86,5% та 88,6%. У 2020 році були такі показники всіх областей: діти 1 року – 83,3%, діти 6 років – 83,4%, тоді як у Черкаській області цей показник був у дітей 1 року 82,1% та у дітей 6 років 87,0%. У 2021 році в країні було щеплено дітей віком 1 рік 88,5% та віком 6 років 86,8%, а у Черкаській області 94,5% та 82,8%. У 2022 році показники охоплення щепленням у країні у дітей в 1 рік становили 74,1% та у дітей в 6 років 69,1%. У Черкаській області ці показники становили 87,3% та 81,2%.

Можна зробити висновки, що найменший показник охоплення щепленням по своїй країні у дітей 1 року був у 2022 році і становив 74,1% та у дітей 6 років також у 2022 році – 69,1%. Найбільший показник був у дітей 1 року в 2019 році – 93,2% – та у дітей 6 років також у 2019 році – 91,7%, тоді як у Черкаській області найнижчий показник охоплення щепленням у дітей 1 року був у 2020 році – 82,1% – та у дітей 6 років у 2022 році і становив 81,2%.

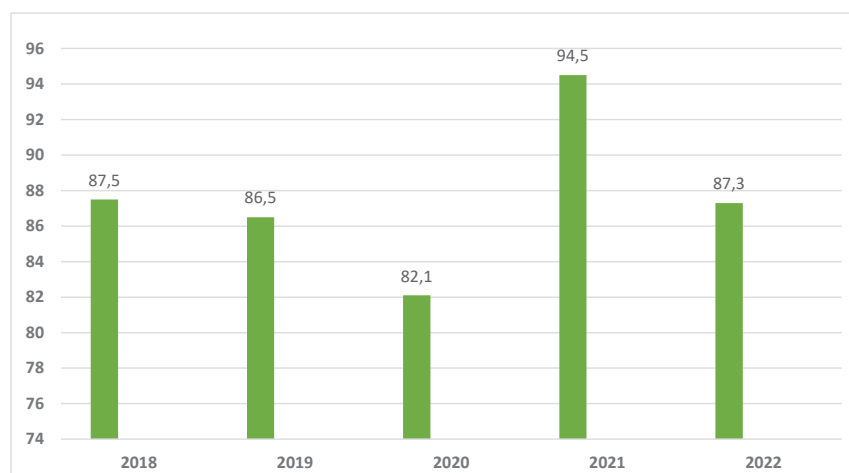


Рис. 1. Динаміка охоплення щепленням дитячого населення віком 1 рік проти кору, краснухи та паротиту в Черкаській області протягом 2018–2022 років

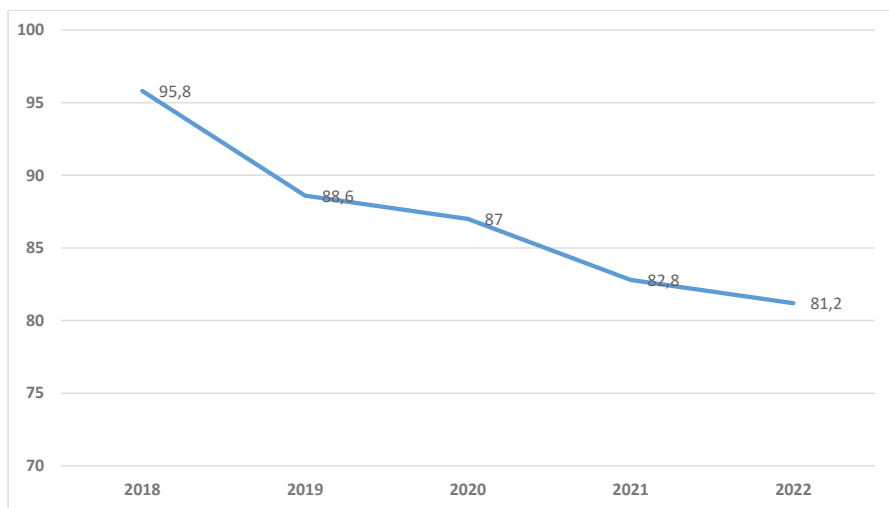


Рис. 2. Динаміка охоплення щепленням дитячого населення віком 6 років від кору, краснухи та паротиту в Черкаській області протягом 2018–2022 років

Перспективи подальших досліджень

Отримані дані щодо показників охоплення щепленням дитячого населення віком 1 року та 6 років у Черкаській області протягом 2018–2022 років у подальшому можуть бути використані при медико-соціальному обґрунтуванні моделі оптимізації вакцинопрофілактики серед дитячого населення на первинному рівні надання медичної допомоги.

Висновки

Аналіз статистичних даних центру громадського здоров'я дозволив виявити найнижчі та найвищі показники охоплення щепленнями проти кору, краснухи та паротиту у дітей в 1 рік та в 6 років у Черкаській області протягом 2018–2022 років.

Найнижчий показник щеплень у дітей віком 1 рік був в 2020 році, який становив 82,1%, та найвищий показник охоплення щепленням в 2021 році, який становив 94,5%. Але, на жаль, можемо спостерігати зниження охоплення щепленням у дітей в 2022 році, що становить 87,3%. При вивченні динаміки охоплення щепленням дітей віком 6 років проти кору, краснухи та паротиту в Черкаській області протягом 2018–2022 років був відмічений найнижчий показник у 2022 році – 81,2% – та найвищий показник охоплення щепленням в 2018 році, який становив 95,8%. У 2022 році спостерігалось зниження охоплення щепленням дітей, яке становило 81,2%. У результаті вивчення даного питання ми дійшли висновку, що спостерігається тенденція до зменшення кількості охоплення вакцинацією дітей проти кору, краснухи та паротиту, що є ще більшим індикатором для вивчення даної теми.

Література

1. Іванова ЛА, Гарас МН, Горбатюк ІБ, Білейчук РЮ, Руда ТД. Кір у дітей, поєднаний з іншими інфекційними захворюваннями. Інфекційні хвороби. 2020;2:84-86.
2. Трущенко ЛВ, Теренда НО, Солтис ІС. Порівняльний аналіз організаційних форм і моделей управління імунізацією населення у світі та в Україні. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2023;1(95):70-74.
3. Центр громадського здоров'я МОЗ України: Available from: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshi-infekciyni-zakhvoryuvannya/krapelni-infekcii/krasnukha>.
4. Рябоконт ОВ, Білокобила СО. Клінічна характеристика перебігу кору у сучасних умовах. Актуальна інфектологія. 2018;Т.6;5:109-110.
5. World Health Organization: WHO. Retrieved from: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).

References

1. Ivanova LA, Haras MN, Horbatiuk IB, Bileichuk RIu, Ruda TD. Kir u ditei, poiednanyi z inshymy infektsiinymy zakhvoriuvanniamy. Infektsiini khvoroby. 2020;2:84-86.
2. Trushchenkova LV, Terenda NO, Soltys IS. Porivnialnyi analiz orhanizatsiinykh form i modelei upravlinnia imunizatsiieiu naselennia u sviti ta v ukraini. Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy. 2023;1(95):S.70-74.
3. Tsent hromadskoho zdorovia MOZ Ukrainy. Available from: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshi-infekciyni-zakhvoryuvannya/krapelni-infekcii/krasnukha>.
4. Riabokon OV, Bilokobyla SO. Klinichna kharakterystyka perebihu koru u suchasnykh umovakh. Aktualna infektolohiia. 2018;Т.6;5:109-110.

5. World Health Organization: WHO. Available from: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).

Метою є аналіз рівня охоплення вакцинацією проти кору, краснухи та паротиту дитячого населення віком 1 року та 6 років у Черкаській області за 2018–2022 роки.

Матеріал та методи. Матеріалом дослідження слугували статистичні дані центру громадського здоров'я МОЗ України щодо рівня охоплення вакцинацією дитячого населення Черкаської області протягом 2018–2022 років. У роботі використано бібліосемантичний та статистичний методи.

Результати та висновки. При вивченні динаміки охоплення щепленнями дітей віком 1 року проти кору, краснухи та паротиту в Черкаській області протягом 2018–2022 років був відмічений найнижчий показник в 2020 році, який становив 82,1%, та найвищий показник охоплення щепленням в 2021 році, який становив 94,5%. Але, на жаль, можемо спостерігати зниження охоплення щепленням дітей у 2022 році, що становить 87,3%.

При вивченні динаміки охоплення щепленням дітей віком 6 років від кору, краснухи та паротиту в Черкаській області протягом 2018–2022 років був відмічений найнижчий показник у 2022 році – 81,2% – та найвищий показник охоплення щепленням в 2018 році, який становив 95,8%. У 2022 році спостерігалось зниження охоплення щепленням дітей, яке становило 81,2%.

Можна зробити висновок, що рівень вакцинації дитячого населення проти кору, краснухи та паротиту у віці 6 років різко знижується. Рівень вакцинації у дітей 1 року приблизно щороку має однаковий показник. Але це недостатній рівень, тому що для формування колективного імунітету необхідно, щоби рівень вакцинації досягав 95–98%. Відмічається тенденція до зменшення кількості охоплення вакцинацією дітей проти кору, краснухи та паротиту, що є ще більшим індикатором для вивчення даної теми.

Ключові слова: щеплення, кір, краснуха, паротит, статистика щеплень.

The aim of research is analysis of the level of vaccination coverage against measles, rubella and mumps among children in the Cherkasy region for 2018–2022 in children aged 1 and 6 years.

Material and methods. Statistical data of the public health center of the Ministry of Health of Ukraine on the level of vaccination coverage of the child population of the Cherkasy region during 2018–2022 served as the material of the study. Bibliosemantic and statistical methods were used in the work.

Results and conclusions. When studying the dynamics of vaccination coverage of children aged 1 against measles, rubella, and epidemic parotitis in the Cherkasy region during 2018–2022, the lowest rate was noted in 2020, which was 82.1%, and the highest rate of vaccination coverage in 2021, which was 94.5%. But, unfortunately, we can observe a decrease in vaccination coverage among children in 2022, which is 87.3%. When studying the dynamics of vaccination coverage of children aged 6 against measles, rubella, and mumps in the Cherkasy region during 2018–2022, the lowest rate was noted in 2022 – 81.2%, and the highest rate of vaccination coverage in 2018, which was 95.8%. In 2022, there is a decrease in vaccination coverage of children, which is 81.2%.

It can be concluded that the level of vaccination among children against measles, rubella and epidemic parotitis at the age of 6 years is sharply decreasing. Yes, when the level of vaccination in 1-year-old children is approximately the same every year. But this is an insufficient level, because for the formation of collective immunity, it is necessary that the level of vaccination reaches 95–98%. There is a tendency to decrease the number of vaccination coverage of children against measles, rubella and mumps, which is an even greater indicator for studying this topic.

Key words: vaccination, measles, rubella, mumps, vaccination statistics.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Огнєв Віктор Андрійович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету; просп. Науки, 4, м. Харків, Україна, 61022.

va.ohniev@knmu.edu.ua, ORCID ID 0000-0003-3423-9303

Яременко Альона Володимирівна – аспірантка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету; просп. Науки, 4, м. Харків, Україна, 61022.

av.yaremenko@knmu.edu.ua, ORCID ID 0009-0005-7295-1715

Орлова Н.М.¹, Ковтун Г.І.^{2,3}, Паламар І.В.¹

Тягар ішемічної хвороби серця в Україні та можливості його скорочення за рахунок контролю над модифікованими факторами ризику

¹Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

²Національний медичний університету імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

³Державна установа «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Orlova N.M.¹, Kovtun G.I.^{2,3}, Palamar I.V.¹

The burden of ischemic heart disease in Ukraine and the possibility of its reduction due to the control of modified risk factors

¹National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

²Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

³Heart Institute of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

nataliaorlova08@gmail.com, gavriil.kovtun@gmail.com, innapalamar65@gmail.com

Вступ

Ішемічна хвороба серця становить вагому проблему громадського здоров'я. В Україні на ішемічну хворобу серця (ІХС) страждає понад 7 млн жителів. Щороку цей діагноз вперше у житті встановлюється понад 450 тисячам осіб. ІХС складає третину (35%) серед усіх вперше діагностованих серед дорослого населення хвороб системи кровообігу (ХСК) та 27% у структурі поширеності ХСК і майже половину (47,2%) у структурі госпіталізацій з приводу ХСК та 33,2% у структурі первинної інвалідності внаслідок ХСК. ІХС є провідною причиною смерті населення України (її питома вага у структурі причин смерті складає 46,1% серед всього населення та 17,5% серед населення працездатного віку (2020 р.) [1; 2].

Обґрунтування можливостей удосконалення контролю над ІХС та запобігання інвалідності та передчасній смертності від ІХС є неможливим без здійснення постійного моніторингу епідеміології ІХС [3; 4].

Методичним підходом, який дозволяє на сучасному науковому рівні здійснювати моніторинг та комплексну узагальнену оцінку тягаря хвороб, є аналіз років здорового життя, втрачених через передчасну смертність та інвалідність за показником DALYs [5; 6; 7; 8; 9].

В умовах розбудови системи громадського здоров'я в Україні використання показника DALYs від ІХС, а також кількісної оцінки факторів ризику, які зумовлюють втрати років здорового життя, замість традиційних показників смертності та інвалідності дозволяє одержати обґрунтовані докази для розробки відповідної політики щодо збереження здоров'я населення і первинної профілактики ІХС [10; 11].

Мета дослідження – здійснити аналіз тягаря ішемічної хвороби серця в Україні за показником

DALYs та обґрунтувати можливості його скорочення за рахунок контролю над модифікованими факторами ризику ІХС.

Матеріали і методи дослідження

У дослідженні використані бібліосемантичний, епідеміологічний, статистичний методи та метод системного підходу та аналізу.

Інформаційним джерелом для дослідження виступили матеріали загальнодоступної статистичної бази даних міжнародного епідеміологічного дослідження, яке координується Інститутом метрики та оцінки здоров'я (Institute for Health Metrics and Evaluation) при Університеті Вашингтону, "Global Burden of Disease (GBD)" (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>), оновленої за 2019 рік [6].

Тягар ІХС в Україні проаналізований за стандартизованим за віком показником DALYs (Disability-Adjusted Life Years), який враховує суму років життя, втрачених унаслідок передчасної смертності (YLLs – Years of Life Lost) та прожитих у стані інвалідності (YLDs – Years Lived with Disability), у динаміці за 1990–2019 рр. і порівняно зі стандартизованими за віком показниками у країнах Європи та Євросоюзу. Стандартизація показників здійснена прямим методом із використанням світового стандарту населення. Визначено також внесок (у %) модифікованих поведінкових та метаболічних факторів ризику у формування тягаря ІХС.

Результати дослідження та їх обговорення

У ході дослідження встановлено, що ІХС є основною причиною тягаря хвороб в Україні, яка зумовлює четверту частину (25,9%) від усіх втрат років здорового життя населенням країни.

У 2019 р. українці втратили внаслідок ІХС 5 582 137 років здорового життя (або 12 674,4 на 100 000 населення). 98,7% цих втрат зумовлені передчасною смертністю, а 1,3% роками, прожитими у стані інвалідності. Проблема передчасної смертності від ІХС в Україні стосується чоловічого населення. Протягом 1990–2019 рр. розрив у DALYs у чоловіків і жінок зріс з 1,7 до 2,2 кратного перевищення (рис. 1).

Україна має один із найвищих у світі показник DALYs внаслідок ІХС. У 2019 р. стандартизований за віком рівень DALYs внаслідок ІХС у розрахунку на 100 000 населення, вищий, ніж в Україні (7 400), був лише в Узбекистані (11 116). Найнижчі у світі показники реєструються у Південній Кореї (517) та Японії (529), серед країн Європи – у Франції (624) (рис. 2).

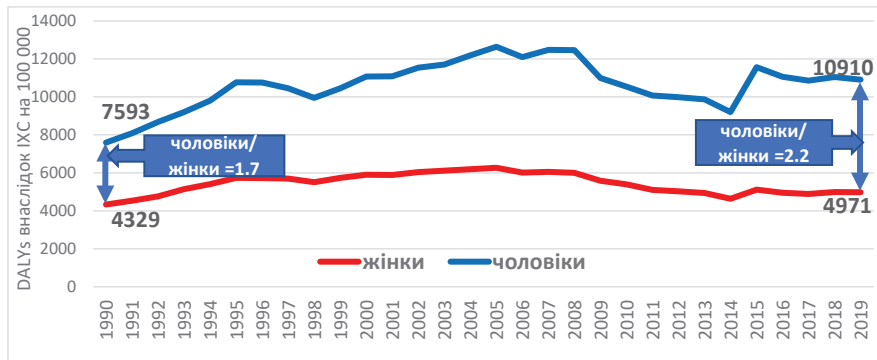


Рис. 1. Стандартизовані за віком показники DALYs внаслідок ІХС серед чоловічого і жіночого населення України у динаміці за 1990–2019 рр. (на 100 000 відповідного населення)

Джерело: розроблено авторами за матеріалами бази даних “Global Burden of Disease (GBD)” (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>)

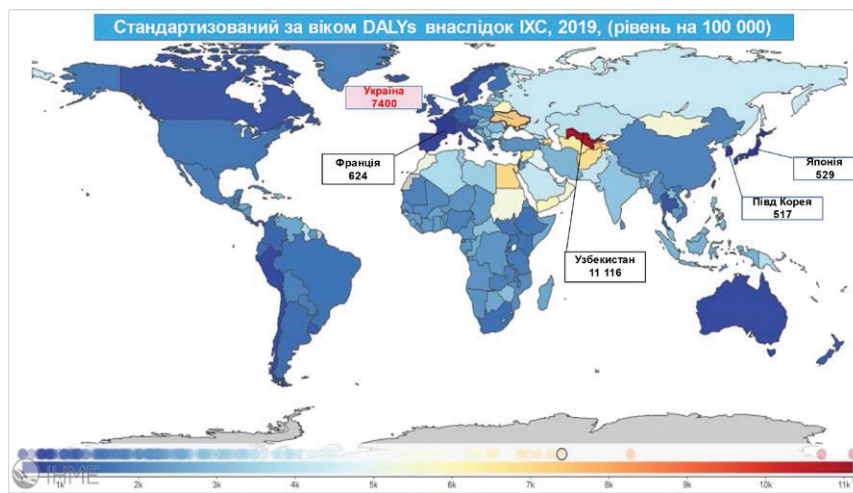


Рис. 2. Стандартизований за віком DALYs внаслідок ІХС, 2019 (рівень на 100 000 населення)

Джерело: модифіковано авторами за матеріалами бази даних “Global Burden of Disease (GBD)” (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>)

Порівняльний аналіз динаміки стандартизованих за віком показників DALYs внаслідок ІХС в Україні та країнах Європи та Євросоюзу, здійснений за 1990–2019 рр., виявив суттєві відмінності у трендах. У Європі впродовж даного періоду DALYs від ІХС знизився у 1,8 раза (з 3 961 до 2 238 на 100 000 населення), у ЄС – у 2,5 раза (з 3 243 до 1 277 на 100 000 населення). А український показник мав хвилюподібну динаміку і коливався на достатньо високих рівнях (у межах від мінімального значення (5606 на 100 000 населення) у 1990 р. до максимального (8 862) у 2005 р.) (рис. 3).

Різностямована динаміка DALYs в Україні та країнах Європи зумовила наростання розриву у порівнюваних показниках. Якщо у 1990 р. DALYs від ІХС в Україні перевищував європейський показник у 1,4 раза, то у 2019 р. вже у 3,3 раза, а розрив із показниками у країнах ЄС зріс за 30 років з 1,7 до 5,8 раза.

Співставлення тягаря ІХС в Україні та Європейських країнах викликає низку запитань. Зокрема, якими причинами зумовлено зниження смертності від ІХС у Європі та чому Україна не має такої позитивної динаміки.

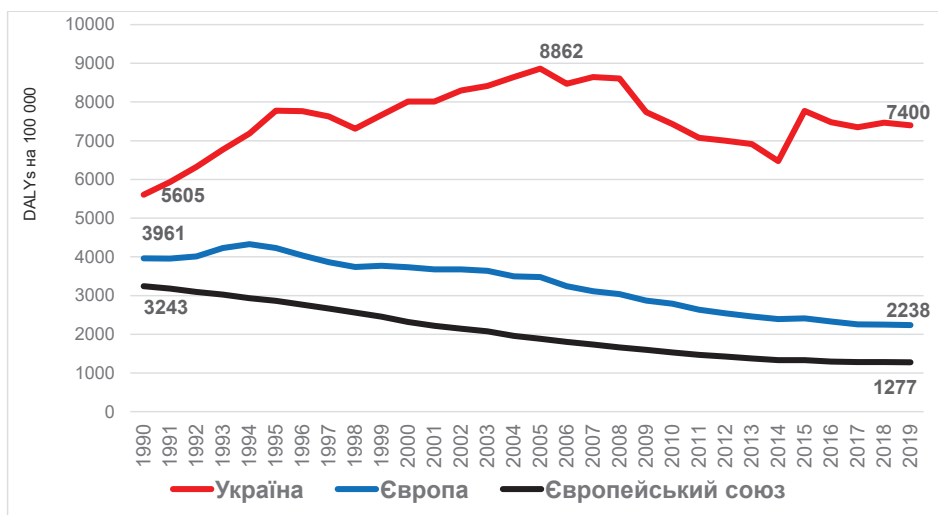


Рис. 3. Динаміка стандартизованого за віком показника DALYs внаслідок ІХС в Україні, Європі та ЄС у 1990–2019 рр. (на 100 000 населення)

Джерело: розроблено авторами за матеріалами бази даних “Global Burden of Disease (GBD)” (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>)

Результати численних наукових досліджень доводять, що успіх економічно розвинутих країн Європи у скороченні смертності від ІХС на 50% зумовлений контролем над модифікованими факторами ризику, на 40% – удосконаленням діагностики та лікування ІХС [7; 12; 13; 14; 15].

Особливо показовим є успіх Фінляндії, яка за рахунок реалізації популяційної стратегії профілактики ІХС, націленої на контроль над трьома модифікованими факторами ризику (артеріальною гіпертензією, гіперхолестеринемією та тютюнопалінням) та впровадженій у Північній Карелії та поширеній на все населення країни, досягла неймовірного результату – скорочення смертності від ІХС на 82% за 30 років [16].

Несприятлива ситуація із смертністю від ІХС в Україні пояснюється затяжною соціально-економічною кризою і соціально-психологічним стресом, ступінь яких в умовах війни лише наростає, а також надзвичайною поширеністю та неефективним контролем над модифікованими факторами ризику ІХС [3; 9; 11].

Згідно з результатами першого в Україні дослідження STEPS [17], яке було організоване Міністерством охорони здоров'я України і ВООЗ в рамках спільного проєкту МОЗ України та Світового банку «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей», проведеного у 2019 році, фактори ризику хронічних неепідемічних захворювань, у т.ч. ІХС, є надзвичайно поширеними серед українців. Зокрема, майже 34% українців палять, а 56% є активними споживачами алкогольних напоїв. 66% опитаних недостатньо споживають овочі та фрукти, а 86,9% надмірно споживають сіль (понад 5 гр. на добу). 59% мають надмірну масу тіла, а 25% страждають на ожиріння. Підвищений артеріальний тиск у ході даного дослідження виявлено у 34,8% опитаних, гіперхолестеринемію – у 40,7%, гіперглюкоземію – у 7,1%. 3–5 факторів ризику одночасно виявлено у третини українців (32,8%).

За результатами даного дослідження можливо зробити принаймні два висновки. Негативний – поширеність факторів ризику є дуже високою серед населення України. Позитивний – ці фактори є модифікованими і удосконалення контролю над ними може суттєво скоротити тягар хронічних неепідемічних захворювань, у т.ч. ІХС, в Україні.

Відповідно до мети нашого дослідження ми за матеріалами бази даних “Global Burden of Disease” оцінили те, наскільки тягар ІХС залежить від модифікованих поведінкових та метаболічних факторів ризику і скільки років здорового життя можна зберегти, якщо усунути дію цих чинників.

Встановлено, що запобігти втраті половини років здорового життя через ІХС в Україні можливо за рахунок нормалізації систолічного артеріального тиску (57,6%), оптимізації дієти (54,7%), зниження рівня холестерину ЛПНЩ (49,7). Нормалізація маси тіла може скоротити DALYs внаслідок ІХС майже на третину (29,3%), відмова від паління – на чверть (26,1%), нормалізація рівня глюкози у плазмі – на 14,8% (табл. 1).

Аналіз чинників ризику DALYs внаслідок ІХС у статевому розрізі виявив вагомій відмінності лише щодо впливу тютюнопаління: у чоловіків цей фактор обумовлює 40,8%, а у жінок 8,6% від усіх років, втрачених внаслідок інвалідності та передчасної смертності від ІХС.

При інтерпретації результатів, представлених у таблиці 1, слід враховувати, що DALYs внаслідок ІХС, який зумовлений впливом кожного окремого фактору ризику, включає індивідуальний внесок кожного фактору ризику, а також його взаємодію з іншими факторами ризику. Наприклад, такий дієтичний фактор, як надмірне вживання солі, може зумовлювати підвищення артеріального тиску, а надмірне споживання твердих жирів гіперхолестеринемію, тому сума впливу окремих факторів перевищує 100%.

Таблиця 1

Внесок окремих модифікованих факторів ризику у формування DALYs внаслідок ІХС, Україна, 2019 р. (у%)*

Чинники ризику	Чоловіки (у %)	Жінки (у %)	Обидві статі (у %)
Високий систолічний тиск	60,8	53,7	57,6
Дієтичні фактори ризику	57,7	51,7	54,7
Високий рівень холестерину ЛПНЩ	52,6	46,3	49,7
Високий індекс маси тіла	29,2	29,3	29,3
Тютюнопаління	40,8	8,6	26,1
Високий рівень глюкози у плазмі крові	14,6	15,1	14,8
Низька фізична активність	2,3	2,5	2,4
Вживання алкоголю	-3,1	-2,2	-2,7

Примітки: *DALYs ІХС, який зумовлений впливом кожного окремого фактору ризику, включає індивідуальний внесок кожного фактору ризику, а також його взаємодію з іншими факторами ризику, тому сума перевищує 100%

Джерело: розроблено авторами за матеріалами бази даних "Global Burden of Disease (GBD)" (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>)

Найефективнішим шляхом зменшення тягаря ІХС є запобігання її розвитку за рахунок контролю над поведінковими факторами ризику ІХС – палінням, недостатньою фізичною активністю, а також нездоровим харчуванням. Оскільки за результатами дослідження найвагоміший вплив на тягар ІХС серед усіх поведінкових факторів мала нераціональна дієта, у подальшому дослідженні ми зосередились на її аналізі.

Встановлено, що українці можуть скоротити на третину втрату здорових років життя через ІХС за рахунок збільшення споживання таких доступних продуктів харчування, як цільнозернові (19,7%) та бобові (15,4%), а також ще майже на 10% за рахунок насіння та горіхів. Що стосується надмірного споживання окремих продуктів, то факторами ризику ІХС є дієта

з високим вмістом трансжирних кислот, червоного м'яса, натрію хлориду (рис. 4).

Ще Гіппократ наголошував, що їжа має бути ліками. Результати нашого дослідження засвідчують необхідність активізації просвітницької роботи серед населення щодо поширення основ здорового харчування та його важливості у запобіганні захворювань ХСК. Провідну роль у реалізації первинної профілактики ІХС повинен відігравати лікар загальної практики-сімейної медицини.

Перспективи наших подальших досліджень полягають у вивченні обізнаності майбутніх лікарів (студентів-медиків та лікарів-інтернів) щодо основних модифікованих факторів ризику ІХС та методів первинної профілактики ІХС.



Рис. 4. Внесок окремих дієтичних факторів ризику у формування DALYs внаслідок ІХС, Україна, 2019 р. (у%)

Джерело: розроблено авторами за матеріалами бази даних "Global Burden of Disease (GBD)" (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>)

Висновки

ІХС є основною причиною тягаря хвороб в Україні, яка зумовлює четверту частину (25,9%) від усіх втрат років здорового життя населенням країни. Стандартизований за віком DALYs внаслідок ІХС в Україні у 3,3 раза вищий, ніж в середньому у країнах Європи, та у 5,8 раза вищий, ніж у ЄС. Протягом 1990–2019 рр. в Україні, на відміну від країн Європи та ЄС, не відбулось позитивних зрушень у кількості років здорового життя, втрачених через ІХС, що засвідчує недостатню ефективність вітчизняних програм її первинної та вторинної профілактики.

Основними модифікованими факторами ризику ІХС в Україні є такі: артеріальна гіпертензія, нераціональна дієта, гіперхолестеринемія, надмірна маса тіла та паління. За рахунок нормалізації АТ, оптимізації дієти,

зниження рівня холестерину ЛПНЩ населення України може запобігти втраті половини років здорового життя через ІХС. Нормалізація маси тіла може скоротити тягар ІХС на третину, а ліквідація паління на чверть.

Українська стратегія, спрямована на зниження тягаря ІХС, повинна бути міжсекторальною, комплексною, враховувати позитивний європейський досвід і поєднувати популяційні та індивідуальні (для груп підвищеного ризику) підходи до контролю над модифікованими факторами ризику.

Програма первинної профілактики ІХС має передбачати модифікацію харчування українців із урахуванням встановленого впливу окремих дієтичних факторів ризику на формування тягаря ІХС.

Важливу роль у реалізації первинної профілактики ІХС повинен відігравати лікар загальної практики-сімейної медицини.

Література

1. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні у 2019–2020 роках: інформаційно-статистичний довідник. Київ: МОЗ України; 2021. 229 с.
2. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні у 2017–2018 роках: інформаційно-статистичний довідник. Київ: МОЗ України; 2019. 223 с.
3. Movsisyan NK, Vinciguerra M, Medina-Inojosa JR et al. Cardiovascular Diseases in Central and Eastern Europe: A Call for More Surveillance and Evidence-Based Health Promotion. *Ann Glob Health*. 2020; 86(1):1-10.
4. Townsend N, Kazakiewicz D, Lucy Wright F et al. Epidemiology of cardiovascular disease in Europe. *Nat Rev Cardiol*. 2022;19(2):133-143.
5. Murray CJL. The Global Burden of Disease Study at 30 years. *Nat Med*; 2022, 28:2019–2026.
6. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> (дата звернення: 01 серпня 2023).
7. Joseph P, Leong D, McKee M et al. Reducing the global burden of cardiovascular disease, part 1: the epidemiology and risk factors. *Circ Res*; 2017;21(6):677-94.
8. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020; 396:1204–1222.
9. Murphy A, Johnson CO, Roth GA et al. Ischaemic heart disease in the former Soviet Union 1990–2015 according to the Global Burden of Disease 2015 Study. *Heart*. 2018;104(1):58-66.
10. Лехан ВМ, Крячкова ЛВ. Система заходів поліпшення здоров'я населення України на основі аналізу глобального тягаря хвороб та факторів його ризику. *Медичні перспективи*. 2019; Т. 24 (3):113-122.
11. Kovtun GI, Orlova NM. Analysis of the burden of cardiovascular diseases in Ukraine in 1990–2019. *Wiadomosci Lekarskie*. 2023;73(4):751-757.
12. Ezzati M, Obermeyer Z, Tzoulaki I et al. Contributions of risk factors and medical care to cardiovascular mortality trends. *Nat Rev Cardiol*. 2015;12:508–530.
13. Kaptoge S, Pennells L, De Bacquer D et al. World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions. *Lancet Glob Health*. 2019;7(10):1332–1345.
14. Mensah GA, Wei GS, Sorlie PD et al. Decline in Cardiovascular Mortality: Possible Causes and Implications. *Circ Res*. 2017;120(2):366-380.
15. Timmis A, Vardas P, Townsend N et al. European Society of Cardiology, on behalf of the Atlas Writing Group, European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics. *European Heart Journal*. 2022;8(21):716–799.
16. Puska P, Jains P. The North Karelia Project: Prevention of Cardiovascular Disease in Finland Through Population-Based Lifestyle Interventions. *American journal of lifestyle medicine*. 2020;14(5): 495-499.
17. Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейське регіональне бюро (2020). STEPS поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань. Україна, 2019. Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейське регіональне бюро. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336643> (дата звернення: 15 серпня 2023).

References

1. Pokaznyky zdorov'ya naselelnya ta vykorystannya resursiv okhorony zdorov'ya v Ukrayini u 2019-2020 rokakh: informatsiyno-statystychnyy dovidnyk. Kyiv: MOZ Ukrayiny, 2021. 229 s.
2. Pokaznyky zdorov'ya naselelnya ta vykorystannya resursiv okhorony zdorov'ya v Ukrayini u 2017-2018 rokakh: informatsiyno-statystychnyy dovidnyk. Kyiv: MOZ Ukrayiny, 2019. 223 s.

3. Movsisyan NK, Vinciguerra M, Medina-Inojosa JR et al. Cardiovascular Diseases in Central and Eastern Europe: A Call for More Surveillance and Evidence-Based Health Promotion. *Ann Glob Health*. 2020;86(1):1-10.
4. Townsend N, Kazakiewicz D, Lucy Wright F et al. Epidemiology of cardiovascular disease in Europe. *Nat Rev Cardiol*. 2022;19(2):133-143.
5. Murray CJL. The Global Burden of Disease Study at 30 years. *Nat Med*; 2022;28:2019–2026.
6. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> (дата звернення: 01 серпня 2023).
7. Joseph P, Leong D, McKee M et al. Reducing the global burden of cardiovascular disease, part 1: the epidemiology and risk factors. *Circ Res*. 2017;21(6):677–94.
8. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396:1204–1222.
9. Murphy A, Johnson CO, Roth GA et al. Ischaemic heart disease in the former Soviet Union 1990–2015 according to the Global Burden of Disease 2015 Study. *Heart*. 2018;104(1):58-66.
10. Lekhan VM, Kriachkova LV. The system of measures to improve the health of the population of Ukraine based on the analysis of the global burden of diseases and its risk factors. *Medicni perspektivi*. 2019;24,3:113–122.
11. Kovtun GI, Orlova NM. Analysis of the burden of cardiovascular diseases in Ukraine in 1990–2019. *Wiadomosci Lekarskie*. 2023;73(4):751-757.
12. Ezzati M., Obermeyer Z., Tzoulaki I. et al. Contributions of risk factors and medical care to cardiovascular mortality trends. *Nat Rev Cardiol*. 2015; 12: 508–530.
13. Kaptoge S, Pennells L, De Bacquer D et al. World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions. *Lancet Glob Health*. 2019;7(10):1332–1345.
14. Mensah GA, Wei GS, Sorlie PD. et al. Decline in Cardiovascular Mortality: Possible Causes and Implications. *Circ Res*. 2017;120(2):366-380.
15. Timmis A, Vardas P, Townsend N et al. European Society of Cardiology, on behalf of the Atlas Writing Group, European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics. *European Heart Journal*. 2022;8(21):716–799.
16. Puska P, Jaine P. The North Karelia Project: Prevention of Cardiovascular Disease in Finland Through Population-Based Lifestyle Interventions. *American journal of lifestyle medicine*. 2020;14(5):495–499.
17. World Health Organization. Regional Office for Europe. (2020). STEPS prevalence of noncommunicable disease risk factors in Ukraine 2019. World Health Organization. Regional Office for Europe. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336642>.

Мета дослідження – здійснити аналіз тягаря ішемічної хвороби серця (ІХС) в Україні та обґрунтувати можливості його скорочення за рахунок контролю над модифікованими факторами ризику ІХС.

Матеріали та методи. Тягар ІХС оцінювали за показником DALYs (роки життя, втрачені через передчасну смертність та інвалідність). Статистичними методами проаналізовано дані, отримані з бази даних міжнародного епідеміологічного дослідження “Global Burden of Disease”, оновленої за 2019 рік. Аналіз проводився у динаміці за 1990–2019 рр. в Україні порівняно з країнами Європи та ЄС.

Результати. ІХС є основною причиною тягаря захворювань в Україні, на яку припадає четверта частина (25,9%) усіх втрачених населенням років здорового життя. Стандартизований за віком показник DALYs внаслідок ІХС у розрахунку на 100 тис. населення в Україні у 3,3 раза перевищує аналогічний показник у європейських країнах і в 5,8 раза у країнах ЄС. Тягар ІХС серед населення України можна скоротити на 57,6% за рахунок нормалізації систолічного артеріального тиску, на 54,7% – за рахунок оптимізації дієти, на 49,7% – за рахунок зниження рівня холестерину ліпопротеїдів низької щільності, на 29,3% – за рахунок зниження індексу маси тіла, на 26,1% – за рахунок відмови від куріння.

Висновки. Українська стратегія, спрямована на зниження тягаря ІХС, повинна бути міжсекторальною, комплексною, враховувати позитивний європейський досвід і поєднувати популяційні та індивідуальні (для груп підвищеного ризику) підходи до контролю над модифікованими факторами ризику.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, DALYs, фактори ризику, профілактика, Україна.

The aim is to analyze the burden of ischemic heart disease (IHD) and determine the possibility of its reduction due to IHD modified risk factors control.

Materials and methods. The burden of IHD was estimated by DALYs (Disability-Adjusted Life Years). The statistical method was used to analyze the data obtained from the database of the international epidemiological study “Global Burden of Disease”, updated for 2019. The analysis was carried out in the dynamics for 1990-2019 in Ukraine in comparison with European and EU countries.

Results. IHD is the main cause of the disease burden in Ukraine, which accounts for a fourth (25.9%) of all years of healthy life lost. Age-standardized IHD DALYs per 100,000 population in Ukraine is 3.3 times higher than the average in European countries and 5.8 times higher than in the EU. The burden of IHD among population of Ukraine can be reduced on 57.6% by normalizing blood pressure, on 54.7% by improving diet, on 49.7% by lowering low-density lipoprotein cholesterol, on 29.3% by lowering body mass index, and on 26.1% by quitting smoking.

Conclusions. The Ukrainian strategy for reducing the burden of IHD should be interdisciplinary, comprehensive, consider the positive European experience and combine population and individual (for high-risk groups) approaches to modifiable risk factors control.

Key words: ischemic heart disease, DALYs, risk factors, prevention, Ukraine.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Орлова Наталія Михайлівна – доктор медичних наук, професор, професор кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018.

nataliaorlova08@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-8413-5310

Ковтун Гаврило Ігорович – кандидат медичних наук, здобувач Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; вул. Братиславська, 5А, м. Київ, Україна, 02166; завідувач відділення хірургічного лікування патології міокарда та трансплантації органів та тканин людини № 6 Державної установи «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України»; вул. Братиславська, 5А, м. Київ, Україна, 02166.

gavriil.kovtun@gmail.com, ORCID ID 0000-0001-9689-2055

Паламар Інна Володимирівна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018.

innapalamar65@gmail.com, ORCID ID 0009-0000-2889-2459

Пішковці А.-М.М., Пішковці В.М.

Детермінанти негативного впливу формування стоматологічного здоров'я в дитячого населення гірської географічної зони проживання

Ужгородський національний університет,
м. Ужгород, Україна

Pishkovtsi A.-M.M., Pishkovtsi V.M.

Determinants of the negative influence of the formation of dental health in the children of the mountain geographical zone of residence

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

Anna-Mariia.Pishkovtsi@uzhnu.edu.ua, vitalii.pishkovtsi@gmail.com

Вступ

Аналіз інформаційних наукових вітчизняних та закордонних джерел та міжнародних і галузевих статистичних даних вказує на зростання стоматологічної патології і поширеності та інтенсивності карієсу серед дитячого населення [1–4]. Зокрема, це стосується окремих географічних зон проживання дітей зі складними фізичними та соціальними умовами проживання та природним дефіцитом необхідних для формування стоматологічного здоров'я мікротамакроелементів [5; 6]. До вказаних географічних зон належить, зокрема, Закарпатська область, до 75% території якої є гірською місцевістю, що негативно впливає на стан стоматологічного здоров'я дитячого населення, яке є гіршим, ніж у дітей низинної географічної зони проживання [7–9]. При цьому зазначимо, що в країнах із подібними умовами проживання в Європі діють державні цільові профілактичні програми зі значною медичною ефективністю [10–12], які в Україні відсутні.

Враховуючи важливість для якісного життя високого рівня стоматологічного здоров'я [13–15] та проведення реформи системи охорони здоров'я в Україні, зазначимо, що обґрунтування та запровадження заходів із збереження та зміцнення стоматологічного здоров'я у дітей гірської географічної зони проживання, які базуються на доказовій базі, є важливим завданням практичної охорони здоров'я. Цим пояснюється актуальність дослідження.

Мета дослідження – вивчити детермінанти розвитку стоматологічних захворювань у дітей гірської географічної зони проживання як чинники запровадження цільової профілактики розвитку патології порожнини рота та зубів у дітей відповідної категорії.

Матеріали та методи

У ході дослідження були використані такі методи: бібліосемантичний, соціологічний,

медико-статистичний, структурно-логічного аналізу. *Матеріали* – результати соціологічного опитування за спеціально розробленою анкетною 254 батьків із гірської географічної зони основної групи та 98 батьків контрольної групи – низинної зони проживання. Участь у дослідженні була добровільною. Анкети роздавалися батькам під час відвідування ними загальноосвітніх шкіл. Активність респондентів склала 95,9%. Було роздано 270 анкет, заповненими отримано 259 анкет. 5 (1,8%) анкет статистичній обробці не підлягали у зв'язку з неповним заповненням.

Під час проведення зазначеного та інших соціологічних досліджень при виконанні дисертаційної роботи дотримані принципи Гельсінської декларації, прийнятої Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (1964–2000 рр.), Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (1997 р.), Європейської конвенції по використанню хребетних тварин для експериментів (1986 р.), а також відповідні положення ВООЗ, Міжнародної ради медичних наукових товариств, міжнародного кодексу медичної етики (1983 р.) та Законів України.

З використанням методів біостатистики було обреховано наявність та співвідношення шансів ризику розвитку стоматологічних хвороб у визначеної групи населення.

Крім цього, проаналізовано результати хімічного аналізу складу питної води джерел централізованого та індивідуального водопостачання 37 населених пунктів гірської географічної зони проживання.

Результати та їх обговорення

Отримані в ході соціологічного дослідження дані щодо наявності та частоти окремих детермінант формування стоматологічного здоров'я у дітей основної та контрольної групи представлено у табл. 1.

На основі отриманих в ході дослідження даних, які наведено в табл. 1, розраховано вірогідні ризики розвитку захворювань порожнини рота

Наявність та частота окремих детермінант формування стоматологічного здоров'я у дітей

Детермінанти	Основна група		Контрольна група	
	Наявність	Відсутність	Наявність	Відсутність
Сільський житель	74	47	24	72
Неповна сім'я	32	89	11	85
Проживає з дідусем та бабусею	54	67	21	75
Постійна нестача фінансових ресурсів у сім'ї	59	62	17	79
Територіальна недоступність лікаря-стоматолога	68	53	24	72
Не відвідує щорічно лікаря-стоматолога з профілактичною метою	59	62	22	74
Не проводиться санація порожнини рота за рекомендацією лікаря-стоматолога	23	98	7	89
Нераціональне харчування	63	58	24	72
Невикористання зубних паст із збільшеним вмістом фтору	69	52	21	75
Непоінформованість (недостатня інформованість) з питань правил догляду за порожниною рота у дітей	65	56	29	67

та зубів і відношення шансів. При статистичній обробці первинних даних були отримані такі результати: сільський житель гірської географічної зони (ВР – 1,574; ДІ 95% (2,621–8,514), ВШ – 4,723); неповна сім'я (ВР – 0,360; ДІ 95% (1,317–5,863), ВШ – 2,778); проживає з дідусем та бабусею (ВР – 0,806; ДІ 95% (1,576–5,256), ВШ – 2,878); постійна нестача фінансових ресурсів у сім'ї (ВР – 0,952; ДІ 95% (2,346–8,335), ВШ – 4,422); територіальна недоступність лікаря-стоматолога (ВР – 1,283; ДІ 95% (2,144–6,910), ВШ – 3,849); не відвідує щорічно лікаря-стоматолога з профілактичною метою (ВР – 0,952; ДІ 95% (1,766–5,801), ВШ – 3,201); не проводиться санація порожнини рота за рекомендацією лікаря-стоматолога (ВР – 0,235; ДІ 95% (1,221–7,291), ВШ – 2,984); нераціональне харчування (ВР – 1,086;

ДІ 95% (1,818–5,841), ВШ – 3,259); невикористання зубних паст із збільшеним вмістом фтору (ВР – 1,327; ДІ 95% (2,593–8,662), ВШ – 4,739); непоінформованість (недостатня інформованість) з питань правил догляду за порожниною рота у дітей (ВР – 1,161; ДІ 95% (1,526–4,711), ВШ – 2,682).

Наступним кроком дослідження було вивчення та аналіз даних щодо вмісту фтору та загальної жорсткості питної води як природних детермінант формування стоматологічного здоров'я у дітей.

Було вивчено та проаналізовано результати дослідження жорсткості питної води та наявності в ній фтору в 37 населених пунктах гірської географічної зони Закарпатської області при централізованому (16 – 43,2%) та децентралізованому (32 – 86,4%) водопостачанні. Результати дослідження наведено в табл. 2.

Таблиця 2

Вміст фтору та загальна жорсткість питної води

Територія	Вид водопостачання			
	Централізоване		Децентралізоване	
	Заг. жорсткість, моль/дм ³	Вміст фтору, мг/л	Заг. жорсткість, моль/дм ³	Вміст фтору, мг/л
м. Ужгород	5,1	<0,04	6,5	<0,04
м. Берегово	7,3	0,08	-	-
м. Хуст	3,6	<0,04	3,1	<0,04
м. Виноградів	2,5	<0,04	-	-
м. Чоп	2,7	<0,04	3,1	<0,04
м. Іршава	3,0	0,5	-	-
м. Рахів	3,3	<0,04	-	-
м. Перечин	3,3	0,05	3,25	0,04
смт. В. Березний	1,8	0,2	5,6	0,06
смт. Буштино	3,1	<0,04	2,0	<0,04
смт. Ясіня	-	-	7,1	0,2
смт. Дубове	3,6	<0,04	-	-
с. Тарнівці (Ужгородський р-н)	-	-	7,9	<0,04

с. Шишлівці (Ужгородський р-н)	5,3	0,1	5,6	0,05
с. Загаття (Іршавський р-н)	2,7	0,05	1,0	0,05
с. Заріччя (Іршавський р-н)	-	-	0,4	0,09
с. Сільце (Іршавський р-н)	-	-	1,8	0,04
с. Білки (Іршавський р-н)	2,1	0,04	0,7	0,03
с. Собатино (Іршавський р-н)	-	-	1,4	0,02
с. Льниця (Іршавський р-н)	2,7	0,3	2,4	0,5
с. Бронька (Іршавський р-н)	-	-	3,0	0,04
с. Довге (Іршавський р-н)	-	-	2,6	0,02
с. Гребля (Іршавський р-н)	-	-	2,8	0,04
с. В. Раковець (Іршавський р-н)	2,1	<0,04	3,5	<0,04
с. Осій (Іршавський р-н)	-	-	1,8	0,5
с. Лукове (Іршавський р-н)	-	-	1,9	0,03
с. Імстичеве (Іршавський р-н)	-	-	1,6	0,04
с. Іза (Хустський р-н)	-	-	2,3	0,06
с. Кошелево (Хустський р-н)	-	-	5,6	0,05
с. Залом (Хустський р-н)	-	-	3,6	0,07
с. Порошково (Перечинський р-н)	-	-	1,5	0,04
с. Луг (Рахівський р-н)	-	-	3,9	0,4
с. Костилівка (Рахівський р-н)	-	-	2,5	0,2
с. Ділове (Рахівський р-н)	-	-	2,5	<0,04
с. Білин (Рахівський р-н)	-	-	3,7	0,2
с. Косівська Поляна (Рахівський р-н)	-	-	3,1	0,2
сmt. Богдан (Рахівський р-н)	-	-	3,9	0,4

Проведений аналіз наведених у табл. 2 результатів дослідження вказує на те, що в гірській географічній зоні у питній воді незалежно від способу водопостачання (централізоване, децентралізоване) відмічається низький вміст фтору (норма 0,7–1,2 мг/л) та високий рівень загальної жорсткості (норма 3–4 моль/дм³) як негативного природного фактору формування стоматологічного здоров'я дитячого населення.

Перспективи подальших досліджень пов'язані із розробкою та запровадженням заходів цільової профілактики розвитку патології порожнини рота та зубів

у дітей гірської географічної зони проживання та дослідженням їх ефективності.

Висновки

У ході дослідження були встановлені детермінанти розвитку стоматологічних захворювань у дітей гірської географічної зони проживання, які є основою при розробці заходів цільової профілактики розвитку патології порожнини рота та зубів у дітей відповідної категорії.

Література

1. Безвушко ЕВ, Микичак ІВ. Взаємозв'язок карієсу зубів із соматичною патологією у дітей, які проживають у районах, різних за екологічною ситуацією. Український стоматологічний альманах. 2012;4:115-117.
2. Безвушко ЕВ. Структурно-функціональна резистентність емалі у дітей, які проживають у різних умовах навколишнього середовища. Український стоматологічний альманах. 2014;3:9-11.
3. Löe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. International dental journal. 2000;50(3):129-139.
4. Klitynska OV, Kostenko Y, Mukhina YA, Vasko AA, Layosh NV. Efficiency estimation of using phased program of caries prevention in children domiciled in Transcarpathian region. Acta Stomatol Naissi. 2016;32(74):1635-49.
5. Каськова ЛФ, Попик КМ, Уласевич ЛП. Характеристика каріозних уражень постійних зубів у дітей, які навчаються в початковій школі. Вісник проблем біології і медицини. 2018;1(2(144)):366-368.
6. Безвушко ЕВ. Профілактика карієсу зубів у дітей, які проживають у несприятливих умовах довкілля. Вісник проблем біології і медицини. 2014; 2(3):338-342.
7. Карнаух ОВ. Карієс постійних зубів у дітей з кислотозалежними хворобами: прогностичні моделі розвитку та алгоритм оцінки ризику прогресування. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. 2016;16(3(55)),12-15.
8. Деньга ОВ, Світлична ОМ, Ворохта ЮМ. Мікроелементи та стоматологічне здоров'я дитячого населення. Довкілля та здоров'я. 2008;3:53-55.
9. Остапко ОІ. Взаємозв'язок хімічного складу емалі та стану твердих тканин постійних зубів у дітей, які постійно мешкають у умовах низького рівня сумарного забруднення довкілля. Клінічна стоматологія. 2015;1:45-51.
10. Чухрай НЛ, Лещук СС. Оцінка стану твердих тканин зубів у дітей з бронхіальною астмою в світлі нового індексу BOO3 Significant Index of Caries. Вісник стоматології. 2019;107(2):54-57.

11. Смоляр НІ, Леус ПА, Безвужко ЕВ, Лучинський МА, Чухрай НЛ. Визначення основних чинників ризику недостатньої ефективності профілактики карієсу зубів і захворювань пародонта за Європейськими індикаторами стоматологічного здоров'я. *Новини стоматології*. 2014;3:86-91.
12. Кривенко ЛС. Вивчення поширеності некаріозних уражень твердих тканин зубів у дітей 5–18 років, хворих на алергічні захворювання. Інноваційні технології у сучасній стоматології. 20 березня 2015 р.; Івано-Франківськ, Україна; 2015.
13. Видойник ОЯ, Авдєєв ОВ. Частота ускладнених форм та ступінь активності каріозного процесу у дітей, хворих на бронхіальну астму. *Вісник проблем біології і медицини*. 2014;4(4):321-324.
14. Клітинська ОВ, Васько АА. Аналіз якості контролю за індивідуальною гігієною порожнини рота школярів, які проживають в умовах мікроелементозів фтору та йоду. *Молодий вчений*. 2014;5:164-166.
15. Павленко ОВ, Мазур ІП. Стоматологічна допомога в Україні: основні показники діяльності за 2008–2018 роки: довідник. Подіум. 2016.

References

1. Bezvushko EV, Mykychak IV. Vzaiemoviazok kariiesu zubiv iz somatychnoiu patolohiieiv ditei, yaki prozhyvaiut u raionakh, riznykh za ekolohichnoiusytuatsiieiu. *Ukrainskyi stomatolohichniy almanakh*. 2012 [tsytovano 2 zhovtnia 2023]; (4), 115-117.
2. Bezvushko EV. Strukturno-funktsionalna rezystentnist emali u ditei, yaki prozhyvaiut u riznykh umovakh navkolyshnoho seredovyscha. *Ukrainskyi stomatolohichniy almanakh*. 2014 [tsytovano 2 zhovtnia 2023]; (3), 9-11.
3. Loe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *International dental journal*, 2000 [tsytovano 2 zhovtnia 2023]; 50(3), 129-139.
4. Klitynska O V, Kostenko Y, Mukhina YA, Vasko AA, Layosh N V. Efficiency estimation of using phased program of caries prevention in children domiciled in Transcarpathian region. *Acta Stomatol Naissi*. 2016 [tsytovano 2 zhovtnia];32(74):1635–49.
5. Kaskova LF, Popyk KM, Ulasevych LP. Kharakterystyka kariioznykh urazhen postiinykh zubiv u ditei, yaki navchaitusia v pochatkovii shkoli. *Visnyk problem biolohii i medytsyny*. 2018 [tsytovano 2 zhovtnia 2023];1(2 (144)), 366-368.
6. Bezvushko EV. Profilaktyka kariiesu zubiv u ditei, yaki prozhyvaiut u nespriyatlyvykh umovakh dovkillia. *Visnyk problem biolohii i medytsyny*. 2014 [tsytovano 2 zhovtnia 2023]; 2(3), 338-342.
7. Karnaukh OV. Kariies postiinykh zubiv u ditei z kyslotozalezhnymy khvorobamy: prohnostychni modeli rozvytku ta alhorytm otsinky ryzyku prohresuvannia. Aktualni problemy suchasnoi medytsyny: *Visnyk ukraïnskoi medychnoi stomatolohichnoi akademii*. 2016 [tsytovano 2 zhovtnia 2023];16(3 (55)), 12-15.
8. Denha OV, Svitlychna OM, Vorokhta YuM. Mikroelementy ta stomatolohichne zdorovia dytiachoho naseleennia.2008 [tsytovano 2 zhovtnia 2023]; 3, 53-55.
9. Ostapko OI. (2015). Vzaiemoviazok khimichnoho skladu emali ta stanu tverdykh tkanyn postiinykh zubiv u ditei, yaki postiino meshkaiut v umovakh nyzkoho rivnia sumarnoho zabrudnennia dovkillia. *Klinichna stomatolohiia*. 2015 [tsytovano 2 zhovtnia 2023]; (1), 45-51.
10. Chukhrai NL, Leshchuk SE. (2019). Otsinka stanu tverdykh tkanyn zubiv u ditei z bronkhialnoiu astmoiu v svitli novoho indeksu VOOZ–Significant Index of Caries. *Visnyk stomatolohii*. 2019 [tsytovano 2 zhovtnia 2023]; 107(2), 54-57.
11. Smoliar NI, Leus PA, Bezvushko EV, Luchynskyi MA, Chukhrai NL. Vyznachennia osnovnykh chynnykiv ryzyku nedostatnoi efektyvnosti profilaktyky kariiesu zubiv i zakhvoriuvan parodonta za Yevropeiskymy indykatoramy stomatolohichnoho zdorovia. *Novyny stomatolohii*. 2014 [tsytovano 2 zhovtnia 2023]; (3), 86-91.
12. Kryvenko LS. Vyvchennia poshyrenosti nekarioznykh urazhen tverdykh tkanyn zubiv u ditei 5-18 rokiv, khvorykh na alerhichni zakhvoriuvannia. U: *Innovatsiini tekhnolohii u suchasni stomatolohii*; 20 bereznia 2015; Ivano-Frankivsk, Ukraina; 2015
13. Vydoynik OI, Avdeev OV. Chastota uskladnennykh form ta stupin aktyvnosti kariioznoho protsesu u ditei, khvorykh na bronkhialnu astmu. *Visnyk problem biolohii i medytsyny*. 2014 [tsytovano 2 zhovtnia 2023]; 4(4), 321-324.
14. Klitynska OV, Vasko AA. Analiz yakosti kontroliu za indyvidualnoiu hihienoiu porozhnyni rota shkoliariv, yaki prozhyvaiut v umovakh mikroelementoziv fтору ta yodu. *Molodyi vchenyi*. 2014 [tsytovano 2 zhovtnia 2023]; (5), 164-166.
15. Pavlenko OV, Mazur IP. Stomatolohichna dopomoha v Ukraini: osnovni pokaznyky diialnosti za 2008-2018 roky: dovidnyk. Podium. 2016.

Мета дослідження – вивчити детермінанти розвитку стоматологічних захворювань у дітей гірської географічної зони проживання як чинники запровадження цільової профілактики розвитку патології порожнини рота та зубів у дітей відповідної категорії.

Матеріали та методи. Були використані такі *методи*: бібліосемантичний, соціологічний, медико-статистичний, структурно-логічного аналізу. *Матеріали* – результати соціологічного опитування за спеціально розробленою анкетой 254 батьків із гірської географічної зони основної групи та 98 батьків контрольної групи – низинної зони проживання. Результати хімічного аналізу складу питної води джерел централізованого та індивідуального водопостачання 37 населених пунктів гірської географічної зони проживання.

Результати та їх обговорення. У статті наведені детермінанти розвитку стоматологічних захворювань у дітей гірської географічної зони проживання, які мають об'єктивний, суб'єктивний та природний характер. Вони мають різний рівень негативного впливу на формування стоматологічного здоров'я дитячого населення.

Висновки. Встановлено детермінанти розвитку стоматологічних захворювань у дітей гірської географічної зони проживання, які є основою при розробці заходів цільової профілактики розвитку патології порожнини рота та зубів у дітей відповідної категорії.

Ключові слова: діти, гірська географічна зона, стоматологічне здоров'я, детермінанти.

The purpose is to investigate the determinants of the development of dental diseases in children of the mountainous geographical area of residence, as factors in the introduction of targeted prevention of the development of oral cavity and dental pathology in children of the corresponding category.

Materials and methods. Methods: bibliosemantic, sociological, medical-statistical, structural-logical analysis. Materials: the results of a sociological survey based on a specially developed questionnaire of 254 parents from the mountainous geographical area of the main group and 98 parents of the control group – the lowland area of residence. Results of the chemical analysis of the composition of drinking water from the sources of centralized and individual water supply in 37 settlements of the mountainous geographical area of residence

Results and their discussion. The article presents determinants of the development of dental diseases in children living in a mountainous geographical area, which are objective, subjective and natural in nature. They have a different level of negative impact on the formation of the dental health of the children's population.

Conclusions. Determinants of the development of dental diseases in children of the mountainous geographical area of residence have been established, which are the basis for the development of targeted prevention measures for the development of oral cavity and dental pathology in children of the corresponding category.

Key words: children, mountainous geographical area, dental health, determinants.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Пішковці Анна-Марія Михайлівна – доктор філософії зі спеціальності 222 «Медицина», асистент кафедри терапевтичної стоматології стоматологічного факультету Ужгородського національного університету; пл. Народна, 1, м. Ужгород, Україна, 88000.

Anna-Mariia.Pishkovtsi@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0002-6478-1948

Пішковці Віталій Михайлович – аспірант Ужгородського національного університету; пл. Народна, 1, м. Ужгород, Україна, 88000.

vitalii.pishkovtsi@gmail.com, ORCID ID 0009-0001-2279-3190

Подольський Вол.В.^{1,4}, Подольський Вас.В.¹,
Медведовська Н.В.², Рибінський Ю.М.¹, Сопко Я.О.¹,
Стовбан І.В.³, Пономарьова І.Г.¹

Синергічний вплив зловживання алкоголем і захворювань, що передаються статевим шляхом, на мікробіоту кишечника та піхви в жінок фертильного віку

¹Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства
і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової
Національної академії медичних наук України»,
м. Київ, Україна

²Національна академія медичних наук України,
м. Київ, Україна

³Івано-Франківський національний медичний
університет, м. Івано-Франківськ, Україна

⁴Громадська організація «Всеукраїнська асоціація
психосоматичного акушерства та гінекології»,
м. Київ, Україна

Podolskyi Vol.V.^{1,4}, Podolskyi Vas.V.¹,
Medvedovska N.V.², Rybinskyi Yu.M.¹, Sopko Ya.O.¹,
Stovban I.V.³, Ponomaryova I.G.¹

Synergistic effects of alcohol abuse and sexually transmitted diseases on gut and vaginal microbiota in women of childbearing age

¹State Institution "Institute of Pediatrics,
Obstetrics and Gynecology of National Academy
of Medical Sciences of Ukraine of Ukraine",
Kyiv, Ukraine

²National Academy of Medical Sciences of Ukraine,
Kyiv, Ukraine

³Ivano-Frankivsk National Medical University,
Ivano-Frankivsk, Ukraine

⁴Public organization "All-Ukrainian Association
of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology",
Kyiv, Ukraine

podolskiyv@gmail.com, ipag@ukr.net, medvedovsky@ukr.net, ira_stovban@ukr.net

Вступ

Зловживання алкоголем є серйозною проблемою громадського здоров'я, яка може призвести до різноманітних проблем зі здоров'ям, включаючи зміни в імунній системі та підвищений ризик інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСС). Це особливо стосується жінок фертильного віку, порушення стану здоров'я яких впливає на репродуктивну функцію, результати вагітності та репродуктивне здоров'я в цілому [1; 2]. Наукові дослідження демонструють здатність алкоголю здійснювати глибокий вплив на імунну систему людини, внаслідок чого її організм стає більш вразливим до інфекцій. Науковцями доведена здатність алкоголю порушувати функцію імунних клітин та процес вироблення цитокінів, які є критично важливими для здорової імунної відповіді. Алкоголь має вплив на зниження здатності організму боротися з інфекціями та стає причиною сповільнення одужання пацієнта [4].

Зловживання алкоголем збільшує ризик поширення ПСС. По-перше, алкоголь може погіршити судження і призвести до ризикованої сексуальної поведінки, наприклад, незахищеного сексу або сексу з кількома партнерами. По-друге, як згадувалося раніше, алкоголь може послабити імунну систему, що ускладнює боротьбу організму з інфекціями [3; 4].

ПСС у жінок фертильного віку можуть призводити до серйозних проблем з репродуктивним

здоров'ям, таких як запальні захворювання органів малого тазу, безпліддя та ускладнення під час вагітності. Крім того, зловживання алкоголем під час вагітності може призвести до низки проблем для дитини, включаючи фетальний алкогольний синдром [5–7].

За результатами проведених досліджень, більшість населення 18 років і старше певною мірою вживають алкоголь і, на жаль, алкоголізм є основною причиною ранньої смерті в усьому світі. Шкідливі наслідки тривалого зловживання алкоголем мають широкий спектр впливу практично на всі органи і системи людського тіла. Ці наслідки включають проблеми з психічним здоров'ям, недоїдання, хронічний панкреатит, захворювання печінки, рак печінки та хвороби серця. Алкоголізм також підвищує ризик розвитку раку горла та стравоходу [8–10].

Як центральна, так і периферична нервова система особливо чутливі до алкоголю. Дієта є ключовим фактором, який формує спільноту мікробів, що живуть у нашому кишечнику, а алкоголь і продукти його розпаду можуть суттєво змінити мікробіоту кишечника. Крім того, дисбаланс мікробіоти кишечника може призвести до захворювань нервової системи, коли людина піддається впливу алкоголю або переживає абстинентний синдром. Це може сприяти виникненню симптомів психічних захворювань, які спостерігаються при алкоголізмі, що узгоджується з ідеєю про «вісь кишківник – мозок» [11; 12; 14].

Однак більшість досліджень синдрому алкогольної залежності зосереджена на його впливі на нервову систему та інші органи, такі як печінка, тоді як вплив алкогольної залежності на мікробіоту кишківника майже не вивчений. Поодинокі нещодавні дослідження з використанням сучасних методів, які не потребують вирощування мікробів у лабораторії, показали, що вплив алкоголю на мікробіоту кишківника варіюється від людини до людини. Було виявлено, що алкоголь пов'язаний зі зменшенням кількості певних корисних мікробів у кишечнику, включаючи *Roseburia*, *Faecalibacterium*, *Blautia*, *Bacteroides* і *Lachnospiraceae*, що в свою чергу було пов'язано з підвищеною проникністю кишківника та запаленням [13]. Таким чином, наведене доводить актуальність проведення вітчизняних наукових досліджень із вивчення синергічного впливу зловживання алкоголю та ППСШ на стан мікробіоти піхви, кишківника як факторів можливого ризику порушення репродуктивного здоров'я у жінок фертильного віку.

Метою дослідження було вивчення комбінованого впливу факторів зловживання алкоголем та захворювань, що передаються статевим шляхом, на зміну мікробіоти кишечника та піхви у жінок фертильного віку.

Об'єкт і методи дослідження

Для досягнення зазначеної у дослідженні мети були заплановані та проведені бактеріологічні дослідження з оцінкою видового та кількісного складу мікрофлори піхви у жінок з ППСШ. Було обстежено 60 пацієнок, які були поділені на групи: I група – жінки, що вживають алкоголь та мають ППСШ (30 жінок); II група – жінки, що вживають алкоголь без ППСШ (30 жінок). Вивчення мікробіоценозу статевих органів включало визначення видового та кількісного складу мікрофлори. Для висіву слизу використовували такі

диференційно-діагностичні середовища: кров'яний агар, жовточно-сольовий агар, «шоколадний» агар, середовища Єндо, Плоскірева, Сабуро, тіогликолеве середовище, середовище MRS для лактобацил. Посіви здійснювали методом секторного посіву на щільні середовища, що дозволило визначити ступінь мікробного обсіменіння та виявити максимально можливий спектр аеробної та факультативно-анаеробної мікрофлори. Таксономічне положення мікроорганізмів визначали відповідно до «Визначника бактерій Берджі». Ідентифікацію лактобактерій проводили за морфо-тинкторіальними та культуральними властивостями. Кількість мікробних клітин розраховувалось після підрахування колоній та перерахування даних в десятинні логарифми.

Контрольну групу склали 20 здорових жінок. Для оцінки стану мікробіоти товстої кишки вміст кишки обстежуваних мірно поміщали в стерильний фосфатний буфер (рН 6,0) для приготування розведень до концентрації 10–11 і по 0,1 мл розчину відповідного розведення засівали на поверхню щільних середовищ Єндо і Сабуро, жовточно-сольового і кров'яного агару, рідке середовище Блаурокка і МРС. Ідентифікація виділених культур проводилася за тинкторіальними і біохімічними властивостями. Кількість бактерій в 1 г біологічного матеріалу вираховували за кількістю колонієтворюючих одиниць (КУО) при висіві з максимального розведення з урахуванням обсягу посівного матеріалу.

Результати дослідження та їх обговорення

Проведені нами дослідження показали, що мікробіота кишечника жінок, які мають проблеми зі зловживанням алкоголю та діагностовані ППСШ, змінена більш суттєво, ніж у тих, хто має лише проблеми зі зловживанням алкоголю (рис. 1). Поєднання цих двох проблем має синергічний вплив на мікробіоту кишківника, що призводить до більш виражених змін.

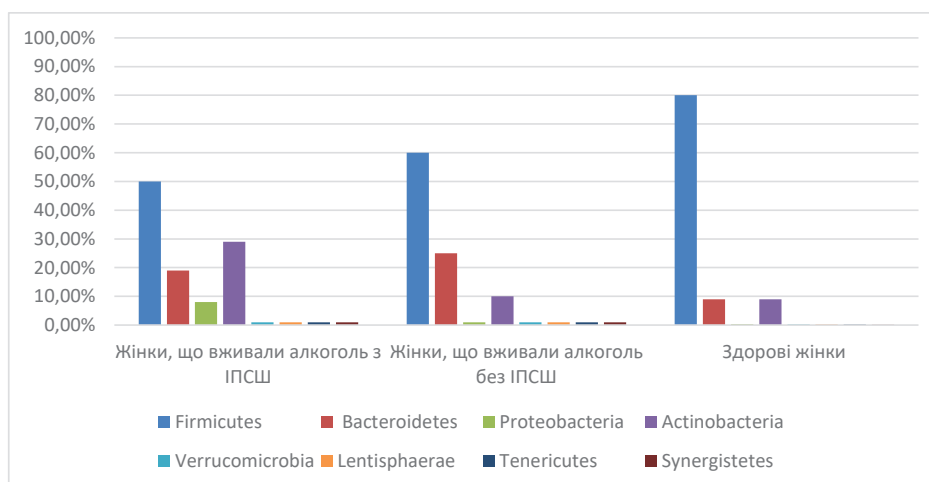


Рисунок 1. Особливості кишкової мікрофлори у жінок, які зловживають алкоголем та мають захворювання, що передаються статевим шляхом, порівняно з жінками, що зловживають алкоголем без інфекцій, що передаються статевим шляхом, та із здоровими жінками, %

Однією з найпомітніших змін, що спостерігаються, є кількість бацил *Fusmicutes*. У жінок, які зловживають алкоголем і мають ІПСШ, кількість цих бактерій нижча, ніж у тих, хто лише зловживає алкоголем. *Fusmicutes* – це велика група бактерій, які відіграють важливу роль у перетравленні складних вуглеводів. Зменшення їхньої кількості потенційно може призвести до проблем з травленням, а також мати ширші наслідки для загального стану здоров'я. І навпаки, кількість паличок актинобактерій вища в мікробіоті кишечника жінок, які зловживають алкоголем і мають ІПСШ, порівняно з тими, хто лише зловживає алкоголем. Актинобактерії відомі своїм високим вмістом амінокислот гуаніну та цитозину у своїй ДНК і є звичайними мешканцями ротової порожнини та кишечника. Хоча деякі актинобактерії є корисними, сприяючи розщепленню складних вуглеводів, їх надмірне розмноження може призвести до дисбактеріозу, дисбалансу мікробіоти кишківника.

При обстеженні жінок з алкогольною залежністю та наявністю ІПСШ (І група) також встановлені порушення мікробіоценозу піхви, які характеризуються зростанням частоти та кількісних показників висіву умовно патогенної мікрофлори порівняно з алкозалежними жінками без ІПСШ та даними здорових жінок (табл. 1).

Як показано в таблиці 1, стафілококи з патогенними властивостями висівались відповідно: *S. aureus* – 20%, *S. epidermidis* з гемолізом – 30%. Ентерококи виявлено в 25% випадків. Серед ентеробактерій найчастіше виявлялись *E. coli* – 40% та *E. coli* з гемолітичними властивостями – 25%. Кандидоз діагностовано у 25% хворих (lg 5,0 КУО/мл). Грампозитивні коки висівались в концентраціях від lg 4,3 КУО/мл до lg 5,2 КУО/мл.

Концентрація ентеробактерій знаходилася в межах від lg 4,6 КУО/мл до lg 5,1 КУО/мл та перевищувала діагностичні значення. Також встановлено зниження рівня висіву лактофлори. Лактобацили висівались у 60% обстежених даної підгрупи в концентраціях lg 3,6 КУО/мл. У 40% хворих лактобацили були взагалі відсутні. Водночас відомо, що одним з головних механізмів захисту статевих шляхів від патогенної мікрофлори є присутність індигенних бактерій, переважно лактобацил. Більшість кисломолочних бактерій виділяє бактеріоцини, а також продукує перекис водню, що пригнічує ріст патогенної флори. Важливим механізмом, спрямованим проти патогенних бактерій, є висока конкурентоздатність нормальної мікрофлори за екологічну нішу.

Мікробіота кишечника – це динамічна і складна спільнота, яка тісно пов'язана з нашим здоров'ям. Розуміння того, як на неї впливають зловживання алкоголем та ІПСШ і як нею можна маніпулювати для покращення стану здоров'я та репродуктивних функцій у жінок, є перспективним напрямком досліджень.

Зміни мікробіоти кишечника, пов'язані зі зловживанням алкоголем і захворюваннями, що передаються статевим шляхом, є не просто побічним ефектом, але й можуть сприяти прогресуванню і тяжкості цих станів. Наприклад, зловживання алкоголем, як відомо, спричиняє дисбактеріоз кишківника і підвищує проникність його клітинної стінки. Це може призвести до того, що бактеріальні продукти, такі як ліпополісахариди, потрапляючи у кров, викликають системне запалення, яке може ще більше посилити пов'язане з алкоголем ураження печінки.

З іншого боку, захворювання, що передаються статевим шляхом, можуть змінити імунну відповідь.

Таблиця 1

Показники мікробіоценозу статевих шляхів жінок, що вживають алкоголь та мають інфекції, що передаються статевим шляхом, lg КУО/мл, (%)

Мікроорганізм	Значення показників мікробіоценозу статевих шляхів у жінок, які вживають алкоголь		Здорові жінки (контроль)
	з ІПСШ (І група)	без ІПСШ (ІІ група)	
<i>S. epidermidis</i>	(4,8±0,04)♦, (15)	(3,5±0,02)□, (16,7)	2,2±0,02, (20,0)
<i>S. epidermidis</i> з гемолізом	(4,5±0,03)♦, (30)	4,3±0,04, (26,7)	2,5±0,02, (6,6)
<i>S. aureus</i>	(4,6±0,03)♦, (20)	4,0±0,02, (16,7)	2,0±0,03, (3,3)
<i>S. agalactiae</i>	(4,3±0,02)♦, (15)	4,0±0,02, (10)	2,5±0,03, (6,7)
<i>S. pyogenes</i>	(5,1±0,04)•, (10)	4,2±0,04, (6,7)	-
<i>S. faecalis</i>	(5,2±0,05)♦, (25)	4,3±0,04, (23,3)	3,3±0,02, (10)
<i>E. coli</i>	(5,0±0,04)♦, (40,0)	4,6±0,04, (36,7)	3,5±0,02, (13,3)
<i>E. coli</i> з гемолізом	5,1±0,04, (25,0)	4,5±0,03, (20,0)	-
<i>Klebsiella</i> spp.	(4,8±0,03)♦, (15,0)	4,0±0,02, (10,0)	3,0±0,02, (6,6)
<i>Proteus</i> spp.	4,6±0,03, (10,0)	4,2±0,04, (6,7)	-
Гриби роду <i>Candida</i>	(5,0±0,04)♦, (25,0)	4,7±0,05, (23,3)	3,6±0,03, (10,0)
<i>Lactobacillus</i> spp.	(3,6±0,02)•, ♦, (60,0)	4,2±0,03, (63,3)	6,8±0,04, (100,0)

Примітка. ♦ – різниця статистично вірогідна між показниками жінок ІІІ групи та здоровими жінками, ($p > 0,05$); □ – різниця статистично вірогідна між показниками жінок ІІІІ групи та здоровими жінками, ($p > 0,05$); • – різниця статистично вірогідна між показниками жінок ІІІ та ІІІІ групи, ($p > 0,05$)

Це впливає на формування мікробіоти кишківника. Наприклад, ВІЛ-інфекція пов'язана зі зменшенням різноманітності мікробіоти кишківника, що може сприяти хронічному запаленню та імунній активації, які часто спостерігаються у людей з ВІЛ.

Зменшення кількості баціл *Fusmicutes* і збільшення кількості баціл *Actinobacteria*, що спостерігається у жінок, які зловживають алкоголем і мають ППСШ, може потенційно сприяти цим ефектам. Наприклад, зменшення кількості *Fusmicutes* може посилити вплив алкоголю на кишковий бар'єр, тоді як надмірний ріст актинобактерій може сприяти активації запалення.

Перспективи подальших досліджень

Важливо зазначити, що для достеменного розуміння причинно-наслідкових зв'язків та механізмів, що лежать в основі виявлених нами зв'язків, необхідні подальші дослідження. Однак ці висновки підкреслюють важливість наукових досліджень в обраному напрямі.

Висновки

Наведені результати дослідження підкреслюють необхідність комплексного підходу до лікування та нагляду за формуванням репродуктивного здоров'я у жінок фертильного віку. Зокрема, має значення

врахування наявності індивідуальних факторів ризику, включаючи змінений стан мікробіоти кишківника, наявність ППСШ, шкідливих звичок, зокрема зловживання алкоголем.

За умов синергічного впливу наведених факторів на організм жінки, обґрунтованими стають призначення, спрямовані на відновлення здорової мікробіоти кишківника, із використанням пробіотиків та/або трансплантації фекальної мікробіоти, які доповнюють традиційні методи лікування при зловживанні алкоголем та ППСШ у жінок фертильного віку. Для таких жінок потрібними стають додаткові обстеження для підтвердження наявності пов'язаних змін мікробіоти піхви та мікробіоти кишківника, а також для розуміння патогенетичних механізмів, які причетні до ініціації цих змін в подальшому. Крім того, будь-які втручання, спрямовані на корекцію мікробіоти кишківника, повинні бути ретельно виваженими, зокрема щодо безпечності та ефективності їх тривалого застосування.

Попри те, що вивчення стану мікробіоти кишківника є перспективним напрямом для покращення діагностики, лікування та посилення профілактичної складової частини медичного супроводу жінок фертильного віку із факторами зловживання алкоголем та ППСШ, для повного розуміння складного і динамічного процесу її формування, покращення ефективності діагностики та лікування таких жінок необхідно продовжити наукові дослідження в цьому напрямі.

Література

1. Подольський ВЛВ, Подольський ВВ, Бугро ВВ. Клінічна та ультразвукова характеристика стану здоров'я жінок фертильного віку, які палять і мають метаболічний синдром. *Репродуктивна ендокринологія*. 2022;4(66):72-86.
2. Подольський ВВ, Антипкін ЮГ, Подольський ВЛВ, Уманець ТР, Камінська ТМ, Лівшиць ЛА, Руденко СА. Медико-соціальні чинники можливості поширення коронавірусної інфекції серед жінок фертильного віку. *Репродуктивна ендокринологія*, 2021;5(61):8-15.
3. Подольський ВЛВ, Подольський ВВ. Сучасні підходи до лікування мастопатій та корекції гіперестрогенних станів у жінок фертильного віку. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2021;3(48):65-70.
4. Подольський ВЛВ, Подольський ВВ. Перинатальні та акушерські наслідки перенесених хронічних захворювань статевих органів у жінок фертильного віку. *Здоров'я України*. 2018;4:30-2.
5. Seitz HK, Stickel F. Molecular mechanisms of alcohol-mediated carcinogenesis. *Nat Rev Cancer*. 2007;7:599-612.
6. Salaspuro M. Microbial metabolism of ethanol and acetaldehyde and clinical consequences. *Addiction Biol*. 1997;2:35-46.
7. Das SK, Vasudevan DM. Alcohol-induced oxidative stress. *Life Sci*. 2007;81:177-187.
8. Wu D, Cederbaum AI. Alcohol, oxidative stress, and free radical damage. *Alcohol Res Health*. 2003;27:277-284.
9. Kryston TB, Georgiev AB, Pissis P, Georgakila AG. Role of oxidative stress and DNA damage in human carcinogenesis. *Mutation Res*. 2011;711:193-201.
10. Jokelainen K, Roine RP, Vaananen H, Farkkila M, Salaspuro M. In vitro acetaldehyde formation by human colonic bacteria. *Gut*. 1994;35:1271-1274.
11. Visapää JP, Tillonen J, Salaspuro M. Microbes and mucosa in the regulation of intracolonic acetaldehyde concentration during ethanol challenge. *Alcohol Alcohol*. 2002;37:322-326.
12. Salaspuro V et al. Ethanol oxidation and acetaldehyde production in vitro by human intestinal strains of *Escherichia coli* under aerobic, microaerobic, and anaerobic conditions. *Scand J Gastroenterol*. 1999;34:967-973.
13. David LA. et al. Diet rapidly and reproducibly alters the human gut microbiome. *Nature*. 2014;505:559-563.
14. Faith JJ et al. The long-term stability of the human gut microbiota. *Science*. 2013;341:123-743.

References

1. Podolskyi VIV, Podolskyi VV, Buhro VV. (2022). Klinichna ta ultrazvukova kharakterystyka stanu zdorovia zhinok fertylnoho viku, yaki paliat i maiut metabolichniy syndrom. *Reproduktyvnaia endokrynolohyia*, 4 (66), 72-76.
2. Podolskyi VV, Antypkin YuH, Podolskyi VIV, Umanets TR, Kaminska TM, Livshyts LA, Rudenko SA (2021). Medyko-sotzialni chynnyky mozhlyvosti poshyrennia koronavirusnoi infektsii sered zhinok fertylnoho viku. *Reproduktyvna endokrynolohyia*, 5(61), 8-15.

3. Podolskyi VIV, Podolskyi VV (2021). Suchasni pidkhody do likuvannia mastopatii ta korektsii hiperestrohennykh staniv u zhinok fertileho viku. *Reproduktyvne zdorovia zhinky*, 3(48), 65–70.
4. Podolskyi VIV, Podolskyi VV. (2018). Perynatalni ta akusherski naslidky perenesenykh khronichnykh zakhvoriuvan statev-ykh orhaniv u zhinok fertileho viku. *Zdorovia Ukrainy*, 4, 30–32.
5. Seitz HK & Stickel F (2007). Molecular mechanisms of alcohol-mediated carcinogenesis. *Nat Rev Cancer*, 7, 599–612.
6. Salaspuro M (1997). Microbial metabolism of ethanol and acetaldehyde and clinical consequences. *Addiction Biol*, 2, 35–46.
7. Das SK, Vasudevan DM (2007). Alcohol-induced oxidative stress. *Life Sci*, 81, 177–187.
8. Wu D, Cederbaum A I (2003). Alcohol, oxidative stress, and free radical damage. *Alcohol Res Health*, 27, 277–284.
9. Kryston TB, Georgiev AB, Pissis P, Georgakila AG (2011). Role of oxidative stress and DNA damage in human carcinogenesis. *Mutation Res*, 711, 193–201.
10. Jokelainen K, Roine RP, Vaananen H, Farkkila M, Salaspuro M. (1994). In vitro acetaldehyde formation by human colonic bacteria. *Gut*, 35, 1271–1274.
11. Visapää JP, Tillonen J, Salaspuro M. (2002). Microbes and mucosa in the regulation of intracolonic acetaldehyde concentration during ethanol challenge. *Alcohol Alcohol*, 37, 322–326.
12. Salaspuro V et al. (1999). Ethanol oxidation and acetaldehyde production in vitro by human intestinal strains of *Escherichia coli* under aerobic, microaerobic, and anaerobic conditions. *Scand J Gastroenterol*, 34, 967–973.
13. David LA et al. (2014). Diet rapidly and reproducibly alters the human gut microbiome. *Nature*, 505, 559–563.
14. Faith JJ et al. (2013). The long-term stability of the human gut microbiota. *Science*, 341, 1237439.

Метою дослідження є вивчення комбінованого впливу факторів зловживання алкоголем та захворювань, що передаються статевим шляхом, на зміну мікробіоти кишківника та піхви у жінок фертильного віку.

Матеріалами для дослідження слугували результати бактеріологічних досліджень мікрофлори піхви та товстої кишки (обстежено 80 пацієток, 30 жінок віднесені до основної групи I, 30 – до основної групи II та 20 – до контрольної групи). Посіви на щільні середовища здійснювали секторним методом. Ідентифікацію лактобактерій проводили за морфо-тинкторіальними та культуральними властивостями. Кількість мікробних клітин розраховувалась після підрахування колоній та перерахування даних в десятинні логарифми, кількість бактерій в 1 г біологічного матеріалу мікробіоти товстої кишки вираховували за кількістю колонієутворюючих одиниць при висіві з максимального розведення з урахуванням обсягу посівного матеріалу.

Результати дослідження переконують у наявності більш значних змін в мікробіоті кишківника жінок, які зловживають алкоголем та мають інфекції, що передаються статевим шляхом, порівняно з жінками, які мають лише фактор зловживання алкоголем. Так, встановлене зменшення кількості паличок *Fusmicutes* потенційно може призводити до проблем з травленням. Крім того, у жінок як з алкогольною залежністю, так і з інфекціями, що передаються статевим шляхом, спостерігалися порушення мікробіоценозу піхви, що характеризувалися збільшенням частоти і кількісних показників умовно патогенних мікроорганізмів. Частіше виявляли патогенні стафілококи, ентерококи та ентеробактерії, такі як кишкова паличка, при одночасному зниженні рівня висівання лактофлори. Кандида діагностувалася практично у кожній четвертій жінки (25% пацієнтів).

Висновки. Отримані результати дослідження доводять важливість синергічного впливу зловживання алкоголем та інфекцій, що передаються статевим шляхом, на здоров'я жінок фертильного віку, що підкреслює доцільність цілеспрямованих втручань для відновлення мікробіоти кишківника та піхви у таких пацієток.

Ключові слова: зловживання алкоголем, захворювання, що передаються статевим шляхом, мікробіота кишківника, вагінальна мікробіота, жінки фертильного віку.

The aim of the study is to investigate the combined effects of alcohol abuse factors and sexually transmitted diseases on gut and vaginal microbiota changes in women of fertile age.

The materials for the study were the results of bacteriological studies of vaginal and colon microflora (80 patients were examined, 30 women were assigned to the main group I, 30 to the main group II and 20 to the control group). Sowing for dense media was carried out by a sector method. Lactobacteria were identified by morpho-tinctorial and culture properties. The number of microbial cells was calculated after counting the colonies and listing the data into tithe logarithms, the number of bacteria in 1 g of biological material of the microbiota of the colon was calculated by the number of colony-forming units when seeding from the maximum dilution taking into account the volume of inoculum.

Results of the study convince that there are more significant changes in the gut microbiota of women who abuse alcohol and have sexually transmitted infections, compared to women who had only an alcohol abuse factor. So, the established reduction in the number of *Fusmicutes* sticks can potentially lead to digestive problems. In addition, in women with both alcohol dependence and sexually transmitted infections, disorders of vaginal microbiocenosis were observed, characterized by an increase in the frequency and quantitative indicators of conditional pathogens. Pathogenic staphylococci, enterococci and enterobacteria, such as *E. coli*, were more commonly detected while reducing the level of lactoflora seeding. *Candida* was diagnosed in almost one in four women (25% of patients).

Conclusions. The findings prove the importance of synergistic effects of alcohol abuse and sexually transmitted infections on the health of women of fertile age, highlighting the appropriateness of targeted interventions to restore gut and vaginal microbiota in such patients.

Key words: alcohol abuse, sexually transmitted diseases, gut microbiota, vaginal microbiota, women of fertile age.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Подольський Володимир Васильович – доктор медичних наук, головний науковий співробітник, заслужений лікар України, завідувач відділення проблем здоров'я жінки фертильного віку Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України»; вул. П. Майбороди, 8, м. Київ, Україна, 04050; президент Громадської організації «Всеукраїнська асоціація психосоматичного акушерства та гінекології»; вул. П. Майбороди, 8, м. Київ, Україна, 04050.

podolskiyv@gmail.com, ORCID ID 0000-0003-2875-6195

Подольський Василь Васильович – доктор медичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України, завідувач відділення проблем здоров'я жінок фертильного віку, заступник директора з науково-організаційної роботи Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України»; вул. П. Майбороди, 8, м. Київ, Україна, 04050.

ipag@ukr.net, ORCID ID 0000-0002-5480-7825

Медведовська Наталія Володимирівна – доктор медичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України, начальник науково-координаційного управління апарату президії Національної академії медичних наук України; вул. Герцена, 12, м. Київ, Україна, 04050.

medvedovsky@ukr.net, ORCID ID 0000-0003-3061-6079

Рибінський Юрій Миколайович – очний аспірант відділення проблем здоров'я жінки фертильного віку Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України»; вул. П. Майбороди, 8, м. Київ, Україна, 04050.

dr.tibe@gmail.com, ORCID ID 0009-0006-3507-3949

Сопко Яніна Олександрівна – кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділення проблем здоров'я жінки фертильного віку Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України»; вул. П. Майбороди, 8, м. Київ, Україна, 04050.

ORCID ID 0009-0004-8037-6274

Стовбан Ірина Василівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я Івано-Франківського Національного медичного університету; вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76000.

ira_stovban@ukr.net, ORCID ID 0000-0002-8020-5676

Пономарьова Інна Георгіївна – кандидат біологічних наук, завідувач лабораторії мікробіології Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України»; вул. П. Майбороди, 8, м. Київ, Україна, 04050.

microbiki@gmail.com, ORCID ID 0000-0003-0416-0004

Сабодош М.В., Русин Л.П., Дуткевич-Іванська Ю.В.

Застосування сенсорної інтеграційної терапії в лікуванні дітей із церебральним паралічем

Ужгородський національний університет,
м. Ужгород, Україна

sabadosh.marjana777@gmail.com, [ljударусyn@gmail.com](mailto:ljudarusyn@gmail.com), yuliya101010@ukr.net

Sabadosh M.V., Rusyn L.P., Dutkevych-Ivanska Yu.V.

Application of sensory integration therapy in the treatment of children with cerebral palsy

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

Вступ

Церебральний параліч (далі – ЦП) є найпоширенішою причиною фізичних вад, що стосуються дітей у більшості розвинених країн. Його поширеність становить приблизно 2 на 1000 новонароджених. Хоча ці клінічні синдроми часто не є чіткими, визначення домінуючих рухових типів і топографія мають важливе значення для досліджень причинно-наслідкових шляхів та можливої профілактики, кореляції з візуалізацією мозку та для встановлення цілей і стратегій під час вибору засобів фізичної терапії, ерготерапії. Це може також ініціювати пошук пов'язаних проблем, таких як епілепсія, когнітивні та комунікативні труднощі, що можуть суттєво вплинути на самопочуття та розвиток цих дітей [1].

Найбільш корисна розробка в класифікації ЦП в останні роки була пов'язана з Системою класифікації великих моторних функцій (GMFCS). GMFCS – це п'ятирівневий порядковий номер системи оцінювання, заснований на оцінці самовпевненого руху з акцентом на функції під час сидіння, стояння та ходьби [5; 6].

Реабілітаційні підходи до роботи з дітьми з ДЦП мають комплексний та всебічний характер. Програми доповнюються медичними і хірургічними процедурами, фізичною терапією, ерготерапією, мовною терапією, розважальними заходами, адаптацією до школи і навчання, психосоціальною підтримкою, застосуванням ортезів та іншого адаптивного обладнання [2; 3].

Мета дослідження – провести порівняльну оцінку традиційної та фізичної терапії з використанням сенсорної інтеграції для дітей з церебральним паралічем.

Об'єкт і методи дослідження

У ході аналізу нами були використані дані дітей (n=24), що проходили лікування на базі Центру медико-соціальної реабілітації дітей ім. Святого Михайла. Щоб виявити певні характеристики, анкету було виконано для кожної дитини за допомогою батьків. Ця анкета включала вік та стать дитини,

медичний стан здоров'я та початковий вік реабілітаційної програми. Крім того, були зібрані проблеми та інформація за шкалою Ашфорта та GMFCS, які були отримані терапевтами під час безпосереднього обстеження.

У наших пацієнтів з ЦП також були інші порушення нервового розвитку, які могли вплинути на адаптивне функціонування, сенсорну функцію, навчання, спілкування та поведінку, а також могли спричинити судому. Причиною є обмеження руху та постави, обмеження діяльності, що часто супроводжуються порушенням відчуття, проблемами сприйняття на основі зору, спілкування. У зв'язку з цим ми проводили анкетування для визначення додаткових розладів у дітей з церебральним паралічем. Кожний із батьків отримав бланк, де відмічав, чи є в його дитини супутні захворювання, такі як проблеми із зором та слухом, порушення мови, епілептичні розлади.

Результати дослідження та їх обговорення

У дослідженні взяли участь 24 дитини з церебральним паралічем, які були поділені на контрольну (n=10) та експериментальну (n=14) групи. Контрольна група проходила терапію за традиційною програмою закладу, а експериментальна за запропонованою нами програмою, що включала в себе додатково сенсорну інтеграційну терапію.

У результаті проведеного дослідження були виявлені статистично значущі відмінності в показниках контрольної групи. Встановлено статистично значуще поліпшення показників шкали Ашворта для верхніх та нижніх кінцівок після лікування порівняно з показниками до лікування. Результати дослідження представлені в таблиці 1. Відповідно до таблиці середня кількість балів після терапії відповідає помірній (3,12±0,10 бала) спастичності верхніх та нижніх кінцівок.

Результати експериментальної групи за шкалою спастичності Ашворта для кінцівок після експерименту також стали статистично достовірно кращими, ніж до експерименту.

Таблиця 1

Порівняння показників шкали Ашворта для верхніх та нижніх кінцівок у контрольній та експериментальній групах ($\bar{x} \pm Sx$)

Етапи дослідження	КГ (n=10)	ЕГ (n=14)
До терапії	3,52±0,10	3,51±0,10
Після терапії	3,12±0,08	2,32±0,12
	p<0,001	p<0,001

Однак, як випливає з таблиці, якщо середня кількість балів до терапії відповідала помірній спастичності верхніх та нижніх кінцівок (3,51±0,10 бала), то після терапії вона відповідала незначній спастичності (2,32±0,10 бала).

Як критерій успішності терапії була використана шкала GMFCS, що характеризує здатність до самостійних пересувань (табл. 2).

У контрольній групі відзначено статистично достовірне поліпшення даного показника, що відображено в таблиці 2. Як випливає з таблиці, середня кількість балів до та після терапії відповідає пересуванню з використанням допоміжних пристосувань (від 2 до 3 балів). Отже, істотних змін щодо прогнозу здатності самостійного пересуватися у пацієнтів контрольної групи не відбулося.

Таблиця 2

Порівняння показників шкали GMFCS у контрольній та експериментальній групах ($\bar{x} \pm Sx$)

Етапи дослідження	КГ (n=10)	ЕГ (n=14)
До терапії	2,48±0,4	2,31±0,1
Після терапії	2,36±0,2	1,92±0,1
	P>0,05	p<0,001

Динаміка шкали GMFCS в експериментальній групі відобразила достовірне поліпшення, що представлено в таблиці 2. Однак, як випливає з таблиці, у дітей експериментальної групи поліпшення показника за моторною шкалою GMFCS супроводжувалося також і покращенням прогнозу (від 1 до 2 балів), що відповідає самостійному пересуванню з обмеженнями.

Наступним етапом експерименту стало порівняння традиційної терапії з розробленою нами програмою в пацієнтів контрольної та експериментальної груп. Вихідні показники за даними шкали у вказаних груп статистично не відрізнялись (p> 0,05).

Динаміка показників, що характеризують лікувальні ефекти, представлена в таблиці 3. Як показано в даній таблиці, результати терапії в експериментальній групі були достовірно кращими, ніж у контрольній групі.

Таким чином, запропонована нами програма із застосуванням сенсорної інтеграції має достовірно більше виражений лікувальний ефект за обома шкалами, ніж традиційна програма.

Перспективи подальших досліджень

Викладені в роботі практики застосування фізичної терапії з використанням сенсорної інтеграції для дітей з церебральним паралічем дають підставу для створення авторської методики роботи з такими дітьми.

Висновки

Таким чином, обидві застосовані програми реабілітації мають достовірно значущий лікувальний ефект як за шкалою спастичності Ашворта для верхніх та нижніх кінцівок, так і за моторною шкалою GMFCS. При цьому за показником спастичності кінцівок за шкалою Ашворта у пацієнтів експериментальної групи відбувся перехід з помірної до незначної спастичності, а в контрольній групі цей показник залишився в межах помірної спастичності.

Крім того, у дітей експериментальної групи відбулося поліпшення показника за моторною шкалою GMFCS, яке супроводжувалося також і покращенням прогнозу, що відповідало можливості самостійного

Таблиця 3

Порівняння лікувальних ефектів у групах пацієнтів після експерименту

Показники	N	Групи	($\bar{x} \pm Sx$)	
Шкала Ашворта	10	КГ	3,12±0,1	p<0,05
	14	ЕГ	2,84±0,1	
Моторна шкала GMFS	10	КГ	2,36±0,2	p<0,05
	14	ЕГ	1,92±0,1	

пересування з обмеженнями, в той час як у контрольній групі істотних змін прогнозу здатності самостійно пересуватися не відбулося.

Розроблена програма із застосуванням сенсорної інтеграції має достовірно більше виражений лікувальний ефект за обома шкалами, ніж традиційна програма.

Література

1. Коваль ЛВ, Мороз ВС. Впровадження новітніх інформаційних технологій в умовах інклюзивної освіти. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. 2010;1:223-228.
2. Чеботарьова ОВ, Коваль ЛВ, Данілавічюте ЕА. Дитина із церебральним паралічем. Харків: Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру»; 2018: 40 с.
3. Delgado M, Albright A. Movement disorders in children: Definitions, classifications and grading systems. *Child Neurol.* 2003;18:1–8.
4. Sanger TD, Delgado MR, Gaebler-Spira D, Hallett M, Mink JW. Classification and definition of disorders causing hypertonia in childhood. *Pediatrics.* 2003;111:89–97.
5. Soleimani F, Vameghi R, Rassafiani M, Fahimi N. Cerebral Palsy: Motor Types, Gross Motor Function and Associated Disorders. *Iranian Rehabilitation Journal.* 2011;9:21–31.

References

1. LV Kovalj, VS Moroz. (2010) Vprovadzhennja novitnikh informacijnykh tekhnologij v umovakh inkljuzyvnoji osvity [Implementation of the latest information technologies in the conditions of inclusive education]. *Osvita osib z osoblyvymy potrebamy: shljakhy rozbudovy.* Vol. 1. pp. 223–228.
2. Chebotarjova OV, Kovalj LV, Danilavichjutje EA (2018). *Dytyna iz cerebral'nym paralichem* [A child with cerebral palsy]. Kharkiv: Vyd-vo "Ranok", VGh "Kenghuru". 40 pp.
3. Delgado M, Albright A. Movement disorders in children: Definitions, classifications and grading systems. *J. Child Neurol.* 2003; 18: P. 1–8.
4. Sanger TD, Delgado MR, Gaebler-Spira D, Hallett M, Mink JW. Classification and definition of disorders causing hypertonia in childhood. *Pediatrics.* 2003; 111: P. 89–97.
5. Soleimani F, Vameghi R, Rassafiani M, Fahimi N Cerebral Palsy: Motor Types, Gross Motor Function and Associated Disorders. *Iranian Rehabilitation Journal.* 2011; Vol. 9: P. 21–31.

Мета дослідження – провести порівняльну оцінку традиційної та фізичної терапії з використанням сенсорної інтеграції для дітей з церебральним паралічем.

Матеріали і методи дослідження. У ході аналізу нами були використані дані дітей (n=24), що проходили лікування на базі Центру медико-соціальної реабілітації дітей ім. Святого Михайла. Щоб виявити певні характеристики, анкету було виконано для кожної дитини за допомогою батьків. Ця анкета включала вік та стать дитини, медичний стан здоров'я та початковий вік реабілітаційної програми. Крім того, були зібрані проблеми та інформація за шкалою Ашворта та GMFCS, які були отримані терапевтами з безпосереднім обстеженням.

Результати дослідження. У дослідженні взяли участь 24 дитини з церебральним паралічем, які були поділені на контрольну (n=10) та експериментальну (n=14) групи. Контрольна група проходила терапію за традиційною програмою закладу, а експериментальна за розробленою нами програмою, що включала в себе додатково сенсорну інтеграційну терапію.

У результаті проведеного дослідження були виявлені статистично значущі відмінності в показниках контрольної групи. Встановлено статистично значуще поліпшення показників шкали Ашворта для верхніх та нижніх кінцівок після лікування порівняно з показниками до лікування. Середня кількість балів після терапії відповідає помірній (3,12±0,10 бала) спастичності верхніх та нижніх кінцівок. Результати експериментальної групи за шкалою спастичності Ашворта для кінцівок після експерименту також стали статистично достовірно кращими, ніж до експерименту. Як показано в таблиці, результати терапії в експериментальній групі були достовірно кращими, ніж у контрольній групі.

Таким чином, розроблена програма із застосуванням сенсорної інтеграції має достовірно більше виражений лікувальний ефект за обома шкалами, ніж традиційна програма.

Висновки. Обидві застосовані програми реабілітації мають достовірно значущий лікувальний ефект як за шкалою спастичності Ашворта для верхніх та нижніх кінцівок, так і за моторною шкалою GMFCS. При цьому за показником спастичності кінцівок за шкалою Ашворта у пацієнтів експериментальної групи відбувся перехід з помірної до незначної спастичності, а в контрольній групі цей показник залишився в межах помірної спастичності. Крім того, у дітей експериментальної групи відбулося поліпшення показника за моторною шкалою GMFCS, яке супроводжувалося також і покращенням прогнозу, що відповідало можливості самостійного пересування з обмеженнями, в той час як у контрольній групі істотних змін прогнозу здатності самостійно пересуватися не відбулося.

Ключові слова: сенсорна інтеграційна терапія, церебральний параліч, діти.

The purpose is to conduct a comparative assessment of traditional therapy and physical therapy using sensory integration for children with cerebral palsy.

Materials and methods. In the course of the analysis, we used the data of children (n=24) who underwent treatment at the Center for Medical and Social Rehabilitation of Children named after St. Michael. In order to identify certain characteristics, a questionnaire was completed for each child, with the help of parents. This questionnaire included the child's age and sex, medical status, and the

starting age of the rehabilitation program. In addition, problems and information on the Ashworth scale and the GMFCS, which were obtained by therapists with direct examination, were collected.

Results. 24 children with cerebral palsy took part in the study, who in turn were divided into control (n=10) and experimental (n=14) groups. The control group underwent therapy according to the institution's traditional program, and the experimental group, respectively, according to the program developed by us (which additionally included sensory integration therapy).

As a result of the research, statistically significant differences in the indicators of the control group were found. A statistically significant improvement of the Ashworth scale indicators for the upper and lower extremities after treatment compared to the indicators before treatment was established.

The average number of points after therapy corresponds to moderate (3.12 ± 0.10 points) spasticity of the upper and lower limbs. The results of the experimental group on the Ashworth limb spasticity scale after the experiment also became statistically significantly better than before the experiment. Dynamics of indicators characterizing therapeutic effects. As shown in this table, the results of therapy in the experimental group were significantly better than in the control group.

Thus, the developed program with the use of sensory integration has a significantly more pronounced therapeutic effect on both scales than the traditional program.

Conclusions. Both applied rehabilitation programs have a reliably significant therapeutic effect both on the Ashworth spasticity scale for the upper and lower limbs, and on the GMFCS motor scale. At the same time, the index of spasticity of the limbs according to the Ashworth scale in patients of the experimental group underwent a transition from moderate to slight spasticity, while in the control group it remained within the range of moderate spasticity.

In addition, in the children of the experimental group, there was an improvement in the GMFCS motor scale indicator, which was also accompanied by an improvement in the prognosis, which corresponded to the ability to move independently with restrictions, while in the control group, there were no significant changes in the prognosis of the ability to move independently.

Key words: sensory integration therapy, cerebral palsy, children.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Сабодш Мар'яна Володимирівна – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації, спеціальної та інклюзивної освіти факультету здоров'я та фізичного виховання Ужгородського національного університету; вул. Митна, 29, м. Ужгород, Україна, 88000.
sabadosh.marjana777@gmail.com, ORCID ID 0000-0001-9755-9107

Русин Людмила Петрівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри основ медицини факультету здоров'я та фізичного виховання Ужгородського національного університету; вул. Митна, 29, м. Ужгород, Україна, 88000.
ljudarusyn@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-0839-1072

Дуткевич-Іванська Юлія Василівна – старший викладач кафедри основ медицини факультету здоров'я та фізичного виховання Ужгородського національного університету; вул. Митна, 29, м. Ужгород, Україна, 88000.
yuliya101010@ukr.net, ORCID ID 0000-0003-4306-4234

Слабкий Г.О.¹, Миронюк І.С.¹, Рябінчук М.В.²

До питання підготовки магістрів за спеціальністю «Громадське здоров'я» в Україні

¹Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

²Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ, Україна

Slabkiy G.O.¹, Mironyuk I.S.¹, Riabinchuk M.V.²

On the issue of master's degree training in specialty "Public Health" in Ukraine

¹Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

²Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

g.slabkiy@ukr.net, ivan.mironyuk@gmail.com, m.rabinchuk@gmail.com

Вступ

В Україні активно розвивається система громадського здоров'я. 6 вересня 2022 року Верховна Рада України прийняла Закон України «Про систему громадського здоров'я» № 2573-IX [1]. 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, регулює суспільні відносини у сфері громадського здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя населення, визначає відповідні права й обов'язки державних органів 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.

Однією із основних оперативних функцій громадського здоров'я є забезпечення сфери громадського здоров'я достатньою кількістю кваліфікованих кадрів [2]. Підготовка фахівців за спеціальністю «Громадське здоров'я» передбачає формування нової генерації професіоналів для органів державного управління, місцевого самоврядування, суб'єктів господарювання різних форм власності, у т. ч. недержавних організацій у сфері громадського здоров'я, які б сприяли удосконаленню та впровадженню державної політики, спрямованої на вирішення проблем, пов'язаних із погіршенням медико-демографічної ситуації в країні, нерівністю доступу до здоров'язберігаючих та здоров'яформуючих технологій та послуг, незадоволенням значної частини громадян станом медичної допомоги та захистом прав пацієнтів, необхідністю розвитку міжгалузевої та міжсекторальної співпраці з охорони громадського здоров'я в Україні за загальнонаціональним принципом «охорона здоров'я в усіх політиках держави» [3].

У 2018 році в Україні здійснено перший набір студентів для підготовки в бакалавраті, а в 2019 році для

підготовки в магістратурі. Підготовку магістрів громадського здоров'я здійснюють ДВНЗ «Ужгородський національний університет», ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», Харківський національний медичний університет, Полтавський державний медичний університет МОЗ України, КВНЗ «Житомирський медичний інститут» Житомирської обласної ради [4].

МОН України своїм наказом від 12.12.2018 року № 1383 затвердило Стандарт вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для другого (магістерського) рівня вищої освіти [5].

Мета роботи – дослідити та проаналізувати відповідність освітньо-навчальних (освітньо-наукових) програм підготовки магістрів за спеціальністю «Громадське здоров'я» державному стандарту вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для другого (магістерського) рівня вищої освіти.

Матеріали та методи

Матеріалом дослідження послужили освітні програми підготовки магістрів за спеціальністю «Громадське здоров'я» у таких державних вищих навчальних закладах: Житомирський медичний інститут, Полтавський медичний університет, Тернопільський національний медичний університет, Харківський національний медичний університет, Ужгородський національний університет, а також Державний стандарт вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для другого (магістерського) рівня вищої освіти. Були використані такі *методи*: бібліосемантичний, контент-аналіз, структурно-логічного аналізу.

Результати та їх обговорення

На першому етапі дослідження було вивчено та проаналізовано структуру освітніх програм у визначених вищих навчальних закладах. Під час проведення дослідження ми керувалися тим, що

освітньо-навчальні (освітньо-наукові) програми (ОНП) мають бути орієнтовані на державний стандарт і складені відповідно до національних вимог до складання відповідних програм.

Результати дослідження представлено в табл. 1.

Аналіз наведених у табл. 1 даних вказує на таке. Загальний навчальний обсяг усіх програм відповідає державним вимогам до їх розробки. Усі програми включають такі форми підготовки магістрів, як лекції, практичні (лабораторні) заняття, практика, виконання магістерської роботи. У частині ОНП передбачена індивідуальна робота студентів під керівництвом викладача. Усі ОНП включають самостійну роботу студентів. ОНП передбачені як обов'язкові компоненти, так і компоненти за вибором, але в усіх ОНП їх співвідношення різне.

Крім того, необхідно зазначити, що всі проаналізовані ОНП є оригінальними. Вони не повторюються. Дані ОНП розроблені на основі науково-педагогічного та практичного досвіду їх авторів, а також з урахуванням розробниками наявного у світі досвіду, актуальних питань та проблем з організації і підготовки кадрів для системи громадського здоров'я. Необхідно звернути увагу гарантів ОНП на необхідність оптимізації програм з урахуванням наявних глобальних викликів для системи громадського здоров'я України і пов'язаних із війною проти російської агресії та шляхів їх подолання.

В цілому можна зробити висновок, що всі проаналізовані освітньо-навчальні (наукові) програми орієнтовані на державний стандарт і складені відповідно до

національних вимог до складання відповідних освітньо-навчальних (освітньо-наукових) програм.

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу відповідності загальних компетенцій визначених ОНП загальним компетенціям державного стандарту. Отримані результати наведено в табл. 2.

Аналіз наведених у табл. 2 даних показав, що загальні компетенції магістрів громадського здоров'я, які затверджені державним стандартом України, внесені до ОНП повністю в усіх вищих навчальних закладах.

Далі вивчалось питання щодо відповідності фахових компетенцій визначених ОНП фаховим компетенціям державного стандарту. Отримані результати наведено в табл. 3.

Аналіз наведених у табл. 3 даних вказує на таке. У Житомирському медичному інституті та Тернопільському національному медичному університеті фахові компетенції ОНП повністю відповідають державному стандарту. У ХНМУ ОНП включає 15 фахових компетенцій, дві з яких є додатковими, але одна компетенція (здатність ефективно й компетентно брати участь у різних формах наукової комунікації (конференції, круглі столи, дискусії, наукові публікації) в галузі громадського здоров'я) із державного стандарту в даний перелік не включена. В УжНУ до даного переліку включено сім додаткових компетенцій, але дві із державного стандарту до переліку не включено (здатність створювати команду для діяльності у сфері громадського здоров'я і забезпечувати

Таблиця 1

Структура освітніх програм

Показники	Житомирський медичний інститут	Полтавський медичний університет	Тернопільський національний медичний університет	Харківський національний медичний університет	Ужгородський національний університет	
Обсяг у кредитах ЄКТС	120	120	107	120	120	
Обсяг у годинах	3600	3600	3210	3600	3360	
Лекції	438	86	142	530	372	
Семінарські	-	-	60	-	-	
Лабораторні	-	-	564	-	121	
Практичні	1074	364	-	968	364	
Індивідуальна робота під керівництвом викладача	-	1950	-	-	120	
Самостійна робота	Годин	1488	1950	2386	1697	1903
	% (від загальної кількості годин)	41,3	54,2	74,3	47,1	56,6
Практика	6 кредитів	5 кредитів	8 кредитів	4,5 кредита	6 кредитів	
Виконання магістерської роботи	13 кредитів	15 кредитів	30 кредитів	9 кредитів	21 кредит	
Структура за обсягом компонентів ОПП						
Обов'язкові компоненти	11 предметів, 72 кредити	15 предметів 70 кредитів	10 предметів 32 кредити	16 предметів 76,5 кредита	15 предметів 56,5 кредита	
Вибіркові компоненти	8 предметів 24 кредити	12 предметів 30 кредитів	10 предметів 48 кредитів	8 предметів 30 кредитів	7 предметів 33,5 кредита	

Таблиця 2

Відповідність загальних компетенцій ОНП загальним компетенціям державного стандарту

Показники	Житомирський медичний інститут	Полтавський медичний університет	Тернопільський національний медичний університет	Харківський національний медичний університет	Ужгородський національний університет
1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу	+	+	+	+	+
2. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях	+	+	+	+	+
3. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово	+	+	+	+	+
4. Здатність спілкуватися іноземною мовою	+	+	+	+	+
5. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій	+	+	+	+	+
6. Здатність проведення досліджень на відповідному рівні	+	+	+	+	+
7. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями	+	+	+	+	+
8. Здатність спілкуватися з представниками інших професійних груп різного рівня (з експертами з інших галузей знань/видів економічної діяльності)	+	+	+	+	+
9. Здатність працювати в міжнародному контексті	+	+	+	+	+
10. Здатність приймати обґрунтовані рішення	+	+	+	+	+
11. Здатність розробляти та управляти проєктами	+	+	+	+	+
12. Здатність діяти соціально відповідально та свідомо	+	+	+	+	+
13. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів)	+	+	+	+	+
14. Здатність усвідомлювати рівні можливості та гендерні проблеми	+	+	+	+	+
% відповідності державному стандарту	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблиця 3

Відповідність фахових компетенцій ОПП фаховим компетенціям державного стандарту

Показники	Житомирський медичний інститут	Полтавський медичний університет	ТНМУ	ХНМУ	УжНУ
1. Здатність оцінювати, інтерпретувати, порівнювати та прогнозувати основні показники громадського здоров'я	+	+	+	+	+
2. Здатність визначати пріоритети і проводити оцінку потреб сфери громадського здоров'я у конкретній ситуації	+	-	+	+	+
3. Здатність розробляти варіанти стратегій, політик та визначати окремі інтервенції, спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я населення, та оцінювати їх ефективність	+	-	+	+	+
4. Здатність аналізувати вплив різних детермінант на здоров'я населення та обґрунтовувати відповідні заходи з їх попередження	+	-	+	+	+
5. Здатність оцінювати ризики та обґрунтовувати доцільні дії у відповідь на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я	+	-	+	+	+
6. Здатність аналізувати стратегії, політики та інтервенції у сфері громадського здоров'я та пропонувати заходи щодо підвищення ефективності використання наявних коштів	+	-	+	+	+
7. Здатність створювати команду для діяльності у сфері громадського здоров'я і забезпечувати її ефективну роботу	+	-	+	+	-
8. Здатність розробляти проекти надання послуг громадського здоров'я та профілактики (первинної, вторинної та третинної) захворювань, промоції здоров'я та забезпечувати їх реалізацію	+	+	+	+	+
9. Здатність розробляти заходи з адвокації, комунікації та соціальної мобілізації у сфері громадського здоров'я	+	+	+	+	+
10. Здатність використовувати етичні принципи та норми права під час планування досліджень, збирання інформації та її використання	+	-	+	+	+
11. Здатність застосовувати різні методики, стратегії та моделі викладання громадського здоров'я	+	+	+	+	+
12. Здатність застосовувати наукові підходи щодо планування дизайну досліджень, збору даних, розповсюдження та використання результатів наукових досліджень у сфері громадського здоров'я. <i>Додатково для освітньо-наукових програм</i>	+	+	+	+	+
13. Здатність здійснювати, презентувати, організовувати наукові дослідження та обирати для цього відповідні дизайни досліджень	+	+	+	+	+
14. Здатність ефективно й компетентно брати участь у різних формах наукової комунікації (конференції, круглі столи, дискусії, наукові публікації) в галузі громадського здоров'я	+	-	+	-	-
% відповідності державному стандарту	100,0	35,7	100,0	92,9	85,7

її ефективну роботу та здатність ефективно й компетентно брати участь у різних формах наукової комунікації (конференції, круглі столи, дискусії, наукові публікації) в галузі громадського здоров'я). Найнижчий рівень відповідності встановлено в ОНП Полтавського медичного університету.

Відповідно до вимог з розробки освітніх програм МОН України рекомендовано, що набуття студентами компетенцій, які визначені відповідним освітнім стандартом, має бути забезпечене обов'язковими освітніми компонентами, а освітні компоненти за вибором студента мають забезпечувати набуття додаткових освітніх компонентів.

Тому наступним кроком було дослідження забезпеченості загальних та фахових компетенцій державного стандарту освітніми програмами вищих навчальних закладів обов'язковими компонентами. Отримані результати наведено в табл. 4 та 5.

Аналіз отриманих у ході дослідження та наведених у таблицях даних вказує на те, що освітні програми у всіх ВНЗ, які підлягали аналізу, дозволяють забезпечити набуття студентами загальних та фахових компетенцій, що визначені національним освітнім стандартом.

Перспективи подальших досліджень пов'язані із вивченням здатності забезпечити студентів інформацією щодо основних оперативних функцій громадського здоров'я за обов'язковими та вибірконими компонентами освітніх програм вказаних вищих навчальних закладів.

Висновки

В цілому проаналізовані ОНП скеровані на підготовку магістрів громадського здоров'я відповідно до Державного стандарту вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для другого (магістерського) рівня вищої освіти.

Необхідно, враховуючи регулярний перегляд освітніх програм, підготувати для ВНЗ методичні рекомендації із розробки (удосконалення) освітніх програм за спеціальністю «Громадське здоров'я» та провести тренінг для гарантів та керівників груп розробки освітніх програм з методології розробки освітніх програм з урахуванням глобальних викликів громадському здоров'ю в Україні та з оптимізації підготовки спеціалістів, які будуть здатними забезпечити подолання (мінімізації) негативних наслідків наявних глобальних викликів.

Таблиця 4

Забезпеченість загальних компетенцій державного стандарту обов'язковими компонентами освітніх програм вищих навчальних закладів

Показники	Житомирський медичний інститут	Полтавський медичний університет	Тернопільський національний медичний університет	Харківський національний медичний університет	Ужгородський національний університет
1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу	+	+	+	+	+
2. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях					+
3. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово	+	+	+	+	+
4. Здатність спілкуватися іноземною мовою	+	+	-	+	+
5. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій	+	+	+	+	+
6. Здатність проведення досліджень на відповідному рівні	+	+	+	+	+
7. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями	+	+	+	+	+
8. Здатність спілкуватися з представниками інших професійних груп різного рівня (з експертами з інших галузей знань/ видів економічної діяльності)	+	+	+	+	+
9. Здатність працювати в міжнародному контексті	+	+	-	+	+
10. Здатність приймати обґрунтовані рішення	+	+	+	+	+
11. Здатність розробляти проекти та керувати ними	+	+	+	+	+
12. Здатність діяти соціально відповідально та свідомо	+	+	+	+	+
13. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів)	+	+	+	+	+
14. Здатність усвідомлювати рівні можливості та гендерні проблеми	+	+	+	+	+

Таблиця 5
Забезпеченість фахових компетенцій державного стандарту обов'язковими компонентами освітніх програм вищих навчальних закладів

Показники	Житомирський медичний інститут	Полтавський медичний університет	Тернопільський національний медичний університет	Харківський національний медичний університет	Ужгородський національний університет
1. Здатність оцінювати, інтерпретувати, порівнювати та прогнозувати основні показники громадського здоров'я	Громадське здоров'я. Вступ; Моніторинг та оцінка в системі ГЗ; Біостатистика. Організація медико-соціологічного наукового дослідження. Епідеміологія неінфекційних та розладів психіки та поведінки	Оцінка та забезпечення безпечного навколишнього середовища, праці та харчування; Епіднагляд, профілактика і організація протиепідемічних заходів; біобезпека і біозахист; Сучасні методи наукового дослідження	Основи ГЗ; Основи епідеміології; Здоров'я населення і його основні детермінанти; Навколишнє середовище і здоров'я	Основи ГЗ; Соціально значимі та особливо небезпечні інфекційні хвороби; Епіднагляд та оцінка стану здоров'я і благополуччя населення; Біостатистика	Вступ до спеціальності ГЗ; Основи епідеміології, Епідеміологія неінфекційних захворювань; епідеміологія інфекційних захворювань; Організація і презентація наукових досліджень; Моніторинг та оцінка в системі ГЗ
2. Здатність визначати пріоритети і проводити оцінку потреб сфери громадського здоров'я у конкретній ситуації	Моніторинг та оцінка в системі ГЗ. Організація охорони здоров'я України. Епідеміологія неінфекційних та інфекційних хвороб, розладів психіки та поведінки. Біостатистика	Оцінка та забезпечення безпечного навколишнього середовища, праці та харчування; Епіднагляд, профілактика і організація протиепідемічних заходів; біобезпека і біозахист	Основи ГЗ; Основи епідеміології; Здоров'я населення і його основні детермінанти; Навколишнє середовище і здоров'я	Основи ГЗ; Соціально значимі та особливо небезпечні інфекційні хвороби; Епіднагляд та оцінка стану здоров'я і благополуччя населення; Біостатистика. Організація протиепідемічних заходів	Вступ до спеціальності ГЗ; Основи епідеміології, Епідеміологія неінфекційних захворювань; епідеміологія інфекційних захворювань; Біостатистика; Моніторинг та оцінка в системі ГЗ. Організація охорони здоров'я
3. Здатність розробляти варіанти стратегій, політик та визначати окремі інтервенції, спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я населення, та оцінювати їх ефективність	Політика, етика, управління та лідерство в системі охорони ГЗ; Управління якістю життя, Моніторинг та оцінка в системі ГЗ	Оцінка та забезпечення безпечного навколишнього середовища, праці та харчування; Епіднагляд, профілактика і організація протиепідемічних заходів; біобезпека і біозахист	Програмний менеджмент в ГЗ; Економіка ГЗ; Здоров'я населення і його основні детермінанти; Навколишнє середовище і здоров'я	Менеджмент охорони ГЗ; Економіка і фінансування ОЗ; профілактика, валеологія; психологія праці; Клінічна медицина і навколишнє середовище	Програмний менеджмент в ГЗ; Політика, етика і лідерство; Управління якістю життя/ Профілактика в системі ГЗ
4. Здатність аналізувати вплив різних детермінант на здоров'я населення та обґрунтовувати відповідні заходи з їх попередження	Моніторинг та оцінка в системі ГЗ. Епідеміологія неінфекційних та інфекційних хвороб, розладів психіки та поведінки. Біостатистика. Організація медико-соціологічного дослідження	Оцінка та забезпечення безпечного навколишнього середовища, праці та харчування; Епіднагляд, профілактика і організація протиепідемічних заходів; біобезпека і біозахист; основні імунопрофілактики	Здоров'я населення і його основні детермінанти; Навколишнє середовище і здоров'я	Соціально значимі та особливо небезпечні інфекційні хвороби; Епіднагляд та оцінка стану здоров'я і благополуччя населення; Біостатистика. Організація протиепідемічних заходів. Організація медико-соціального наукового дослідження	Моніторинг та оцінка в системі ГЗ. Основи епідеміології, Епідеміологія неінфекційних захворювань; епідеміологія інфекційних захворювань; Біостатистика

Продовження таблиці 5

5. Здатність оцінювати ризики та обґрунтовувати доцільні дії у відповідь на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я	Моніторинг та оцінка в системі ГЗ. Епідеміологія неінфекційних хвороб, розладів психіки та поведінки. Біостатистика	Медицина катастроф і надзвичайних станів; Епідеміологія, профілактика і організація протиепідемічних заходів; біобезпека і біозахист; основи імунопрофілактики	Основи епідеміології, Здоров'я населення і його основні детермінанти; Навколишнє середовище і здоров'я	Соціально значимі та особливо небезпечні інфекційні хвороби; Епідеміологія та оцінка стану здоров'я і благополуччя населення; Біостатистика. Організація протиепідемічних заходів. Організація медико-соціального наукового дослідження	Моніторинг та оцінка в системі ГЗ. Основи епідеміології, Епідеміологія неінфекційних хвороб, епідеміологія інфекційних захворювань, Біостатистика
6. Здатність аналізувати стратегії, політики та інтервенції у сфері громадського здоров'я та пропонувати заходи щодо підвищення ефективності використання наявних коштів	Політика, етика, управління та лідерство в системі охорони ГЗ; Управління якістю життя	Менеджмент і лідерство в системі ГЗ, Економіка ОЗ; епідеміологія, профілактика і організація протиепідемічних заходів; біобезпека і біозахист; основи імунопрофілактики; правове забезпечення ГЗ	Програмний менеджмент у ГЗ; Економіка ГЗ	Менеджмент охорони ГЗ; Економіка і фінансування ОЗ; Психологія праці	Програмний менеджмент у ГЗ; Політика, етика і лідерство; Управління якістю життя
7. Здатність створювати команду для діяльності у сфері громадського здоров'я і забезпечувати її ефективну роботу	Політика, етика, управління та лідерство в системі охорони ГЗ	Менеджмент і лідерство в системі ГЗ	Програмний менеджмент у ГЗ	Менеджмент охорони ГЗ	Програмний менеджмент у ГЗ; Політика, етика і лідерство
8. Здатність розробляти проекти надання послуг громадського здоров'я та профілактики (первинної, вторинної та третинної) захворювань, промоції здоров'я та забезпечувати їх реалізацію	Політика, етика, управління та лідерство в системі охорони ГЗ; Управління якістю життя; Моніторинг та оцінка в системі ГЗ. Епідеміологія неінфекційних та інфекційних хвороб, розладів психіки та поведінки	Менеджмент і лідерство в системі ГЗ, епідеміологія, профілактика і організація протиепідемічних заходів; біобезпека і біозахист; основи імунопрофілактики; правове забезпечення ГЗ	Програмний менеджмент у ГЗ; Здоров'я населення і його основні детермінанти; Навколишнє середовище і здоров'я	Менеджмент охорони ГЗ; Профілактика, валеологія; Організація протиепідемічних заходів	Програмний менеджмент в ГЗ; Політика, етика і лідерство; Управління якістю життя; Профілактика в системі ГЗ, інформатизація та комунікації в ОЗ
9. Здатність розробляти заходи з адвокації, комунікації та соціальної мобілізації у сфері громадського здоров'я	Інформатизація в охороні ГЗ та комунікації в системі ГЗ	Інформатизація в системі ГЗ	Програмний менеджмент у ГЗ	Інформатизація у сфері ГЗ; Комунікації у сфері ГЗ	Інформатизація та комунікації в ОЗ
10. Здатність використовувати етичні принципи та норми права при плануванні досліджень, збірні інформації та її використанні	Організація медико-соціологічного дослідження	Сучасні методи наукових досліджень у ГЗ, Біостатистика, Філософія і методологія науки	Біостатистика	Організація медико-соціологічного дослідження	Організація і презентація наукових досліджень; Наукові комунікації в галузі ГЗ
11. Здатність застосовувати різні методики, стратегії та моделі викладання громадського здоров'я	Основи педагогіки вищої школи	-	-	-	Інформатизація та комунікації в ОЗ. Наукові комунікації в галузі ГЗ

Продовження таблиці 5

12. Здатність застосовувати наукові підходи щодо планування дизайну досліджень, збору даних, розповсюдження та використання результатів наукових досліджень у сфері громадського здоров'я	Організація медико-соціологічного дослідження, Біостатистика	Сучасні методи наукових досліджень у ГЗ, Біостатистика, Філософія і методологія науки	Біостатистика	Організація медико-соціологічного дослідження, Біостатистика	Організація і презентація наукових досліджень; Наукові комунікації в галузі ГЗ
Додатково для освітньо-наукових програм					
13. Здатність здійснювати презентувати, організовувати наукові дослідження та обирати для цього відповідні дизайнні досліджень	Організація медико-соціологічного дослідження, Біостатистика	Сучасні методи наукових досліджень в ГЗ, Біостатистика, Філософія і методологія науки	Біостатистика	Організація медико-соціологічного дослідження, Біостатистика	Організація і презентація наукових досліджень; Наукові комунікації в галузі ГЗ
14. Здатність ефективно й компетентно брати участь у різних формах наукової комунікації (конференції, круглі столи, дискусії, наукові публікації) в галузі громадського здоров'я	Організація медико-соціологічного дослідження	Сучасні методи наукових досліджень в ГЗ, Біостатистика, Філософія і методологія науки	Біостатистика	Організація медико-соціологічного дослідження, Біостатистика. Комунікації у сфері ГЗ	Організація і презентація наукових досліджень; Наукові комунікації у галузі ГЗ

Література

1. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 6 вересня 2022 року № 2573-IX. Доступно на: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>.
2. European action plan for strengthening public health capacities and services. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. 2012. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf.
3. Слабкий ГО, Шафранський ВВ, Миронюк ІС. Питання підготовки фахівців для сфери громадського здоров'я України. *Здоров'я нації*. 2017;3(44):32-55.
4. Миронюк ІС, Слабкий ГО, Білак-Лук'ячук ВЙ, Кручаниця ВВ. Готуємо магістрів громадського здоров'я. Сучасні медичні технології. 2020;45(2):32-39.
5. Стандарт вищої освіти України за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для другого (магістерського) рівня вищої освіти. Доступно на: <https://mon.gov.ua/ua/osvita/vishaosvita/naukovo-metodichna-rada-ministerstva-osvitii-nauki-ukrayini/zatverdzenistandarti-vishoyi-osviti>.

References

1. Pro systemu hromadskoho zdorovia: Zakon Ukrainy vid 6 veresnia 2022 roku № 2573-IX. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>.
2. European action plan for strengthening public health capacities and services. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. 2012. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf.
3. Slabkyi HO, Shafranskiy VV, Myroniuk IS. Pytannia pidhotovky fakhivtsiv dlia sfery hromadskoho zdorovia Ukraina. *Zdorovia natsii*. 2017;3(44):32-55.
4. Myroniuk IS, Slabkyi HO, Bilak-Lukianchuk VI, Kruchanytsia VV. Hotuiemo mahistriv hromadskoho zdorovia. *Suchasni medychni tekhnolohii*. 2020;5(2):32-39.
5. Standart vyshchoi osvity Ukrainy za spetsialnistiu 229 "Hromadske zdorovia" dlia druhoho (mahisterskoho) rivnia vyshchoi osvity. Available from: <https://mon.gov.ua/ua/osvita/vishaosvita/naukovo-metodichna-rada-ministerstva-osvitii-nauki-ukrayini/zatverdzenistandarti-vishoyi-osviti>.

Мета роботи – дослідити та проаналізувати відповідність освітньо-навчальних (освітньо-наукових) програм підготовки магістрів за спеціальністю «Громадське здоров'я» державному стандарту вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для другого (магістерського) рівня вищої освіти.

Матеріали та методи. *Матеріали* – освітні програми підготовки магістрів за спеціальністю «Громадське здоров'я» у таких державних вищих навчальних закладах: Житомирський медичний інститут, Полтавський медичний університет, Тернопільський національний медичний університет, Харківський національний медичний університет, Ужгородський національний університет, а також Державний стандарт вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для другого (магістерського) рівня вищої освіти. Використані такі *методи*: бібліосемантичний, контент-аналізу, структурно-логічного аналізу.

Результати та їх обговорення. В цілому проаналізовані ОНП скеровані на підготовку магістрів громадського здоров'я відповідно до Державного стандарту вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для другого (магістерського) рівня вищої освіти.

Висновки. Враховуючи регулярний перегляд освітніх програм, необхідно підготувати для ВНЗ методичні рекомендації із розробки (удосконалення) освітніх програм за спеціальністю «Громадське здоров'я» та провести тренінг для гарантів та керівників груп розробки освітніх програм з методології розробки освітніх програм і глобальних викликів громадському здоров'ю в Україні та з підготовки спеціалістів, які будуть здатними забезпечити подолання (мінімізацію) негативних наслідків наявних глобальних викликів.

Ключові слова: громадське здоров'я, магістри, підготовка, Державний стандарт вищої освіти, освітні програми, відповідність.

Goal of research is to study and analyze the compliance of educational (educational-and-scientific) master's degree training programs in specialty "public health" with the State Standard of Higher Education in the specialty 229 "Public Health" for the second (master's) level of higher education.

Materials and methods. *Materials:* educational programs for master's degree in public health in the following state higher educational institutions: Zhytomyr Medical Institute, Poltava Medical University, Ternopil National Medical University, Kharkiv National Medical University, Uzhhorod National University and the State Standard of Higher Education in the specialty 229 "Public Health" for the second (master's) level of higher education. *Methods:* bibliosemantic, of content analysis, of structural-and-logical analysis.

Results and their discussion. In general, the analyzed educational programs are aimed at training masters of public health in accordance with the State Standard of Higher Education in the specialty 229 "Public Health" for the second (master's) level of higher education.

Conclusions. Taking into account the regular review of educational programs, to prepare methodological recommendations for Higher Educational Institutions on the development (improvement) of educational programs in specialty "public health" and to conduct training for guarantors and leaders of groups for the development of educational programs on the methodology of developing educational programs and global challenges to public health in Ukraine and on training specialists who will be able to overcome (minimize) the negative consequences of existing global challenges.

Key words: public health, masters, training, State Standard of Higher Education, educational programs, accordance.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Слабкий Геннадій Олексійович – доктор медичних наук, професор, в.о. завідувача кафедри громадського здоров'я Ужгородського національного університету; пл. Народна, 1, м. Ужгород, Україна, 88000.
g.slabkiy@ukr.net, ORCID ID 0000-0003-2308-7869

Миронюк Іван Святославович – доктор медичних наук, професор, професор кафедри наук про здоров'я, про-ректор з наукової роботи Ужгородського національного університету; пл. Народна, 1, м. Ужгород, Україна, 88000.
ivan.mironyuk@gmail.com, ORCID ID 0000-0003-4203-4447

Рябінчук Михайло Валентинович – головний фахівець з розвитку професійних компетентностей відділу розвитку професійних компетентностей Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України; вул. Ярославська, 41, м. Київ, Україна, 04071.
m.rabinchuk@gmail.com, ORCID ID 0009-0005-1085-6851

Таранов В.В.¹, Теренда Н.О.²

Стан та проблеми сучасної онкології (за даними огляду літератури)

¹Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя, Україна

²Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України, м. Тернопіль, Україна

Taranov V.V.¹, Terenda N.O.²

The state and challenges of modern oncology (based on literature review)

¹Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Zaporizhzhia, Ukraine

²Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Вступ

Рак (онкозахворювання, злоякісні пухлини, новоутворення) – це збірне поняття, що охоплює широку групу захворювань, які можуть вражати будь-які органи та системи організму людини. Рак є актуальною та широкомасштабною медичною та соціально-економічною проблемою в Україні, яка для свого вирішення потребує об'єднання зусиль державної влади, органів місцевої влади, медичної спільноти, ЗМІ, громадських організацій та громадськості загалом. Запобігання онкологічних захворювань та боротьба з ними є пріоритетом державної політики охорони здоров'я [42]. За останнє десятиліття світ зазнав суттєвих змін у діагностиці та лікуванні онкологічних захворювань [6; 19; 29]. Розвиток молекулярної біології, генетики та імунології дав новий поштовх у розумінні причин і механізмів раку, а також сприяв розробці більш ефективних методів діагностики та лікування. Проте разом з цими досягненнями виникають і нові виклики, які потребують детального вивчення та пошуку ефективних рішень.

Метою дослідження є аналіз наукових публікацій щодо стану епідеміологічної ситуації, організації онкологічної допомоги та основних проблем сучасної онкології.

Матеріали та методи

Для аналізу літератури були використані наукометричні бази даних (Google Scholar, PubMed та Scopus, Web of Science), сайти наукових фахових видань, репозиторії закладів вищої освіти. За результатами пошуку були опрацьовані публікації за останні 10 років. Після огляду анотацій та ознайомлення з повним текстом статей, було відібрано 43 джерела. У статті наведено огляд та аналіз статей щодо досліджуваної проблеми.

Результати досліджень та їх обговорення

За темою проаналізованих публікацій можна зробити висновок, що більшість із них стосувалася

епідеміології онкозахворюваності різних локалізацій, в тому числі й серед дитячого населення [2–4; 9–12; 15; 17; 18; 24–28; 41; 30; 33; 36; 38], профілактики та ранньої діагностики раку [13; 14; 16; 20; 22; 23; 37], а також організації онкологічної допомоги [1; 31; 32; 40; 42].

Злоякісні новоутворення займають друге місце після серцево-судинних захворювань серед основних причин смерті, вони є причиною майже кожної шостої смерті у світі (у 2020 р. від різних онкозахворювань померло майже 10 млн людей). 53,0% усіх випадків захворювань на рак і 70% смертей від онкопатології припадає на країни з низьким і середнім рівнем економічного розвитку, до яких відносять і Україну [42]. Серед онкологічних захворювань найпоширенішими у світі є рак молочної залози та рак легень, частка яких становить 12,5% та 12,2% від загальної кількості випадків [2; 4; 36], та рак передміхурової залози [9; 12]. Найбільш розповсюдженими видами раку в Україні є також рак молочної залози [36; 38; 41], легень, товстої та прямої кишок [24] і передміхурової залози.

За даними публікацій [7; 21; 39], злоякісні новоутворення залишаються одним із найтяжчих захворювань дитячого віку. Щороку рак розвивається приблизно у 400 тис дітей. Незважаючи на відносно невисоку частоту цієї патології, у розвинених країнах ЗН займають 2 місце у структурі смертності дітей, поступаючись тільки травмам і нещасним випадкам. Крім того, особам, яких вилікували від раку в дитячому віці, притаманний цілий спектр віддалених наслідків терапії, у тому числі специфічна органна токсичність, порушення інтелектуального розвитку і репродуктивної функції.

Встановлено, що захворюваність на ЗН дитячого населення зберігає сталу тенденцію до зростання при помірному зниженні рівня смертності. Найвищий рівень захворюваності реєструють у дітей першого року життя, в подальшому спостерігається незначне зниження показника захворюваності у дітей віком 1–14 років, й у віці 15–19 років рівень захворюваності починає зростати. Захворюваність на ЗН дитячого населення формується, зокрема, за рахунок лейкемії,

лімфом, пухлин ЦНС, епітеліальних новоутворень, злоякісних пухлин кісток та саркоми м'яких тканин [39].

Основна проблема протиракової боротьби на сьогодні – це низький рівень ранньої діагностики пухлинних захворювань, що, з одного боку, зумовлює підвищення вартості лікування, а з іншого, – не дозволяє провести радикальне лікування та забезпечити стійке одужання хворого. Так, в Україні частка пацієнтів, які не прожили одного року з моменту встановлення діагнозу, сьогодні становить більше 27% (у Європейському Союзі – 16%). Аналогічна тенденція спостерігається і щодо 5-річної виживаності хворих: в Україні цей показник становить близько 41,4%, у ЄС – 59,3%. Пов'язано це з тим, що на ранніх стадіях онкологічне захворювання виявляється лише у 47,4% пацієнтів, які вперше звернулися до лікаря. На жаль, 20,5% осіб мають вже IV стадію захворювання [43].

Важливим у боротьбі з онкозахворюваннями є проходження населенням профілактичних медичних оглядів. Ситуація за останні роки в Україні свідчить як про низький рівень поінформованості населення щодо мети профілактичних оглядів, так і про низький рівень онкологічної настороги не лише у сімейних лікарів, але й у фахівців спеціалізованої медичної допомоги [37].

Наразі близько 30–50% ракових захворювань піддаються профілактиці за умови виключення факторів ризику та втілення низки науково обґрунтованих стратегій профілактики.

Приблизно третина випадків смерті від раку є наслідком вживання алкоголю, тютюнових виробів, високого індексу маси тіла, низького рівня вживання фруктів та овочів, а також відсутності фізичної активності. У 2018 р. приблизно 13% випадків раку, діагностованих у всьому світі, були асоційовані з канцерогенними інфекціями, такими як *Helicobacter pylori*, вірус папіломи людини (ВПЛ), гепатит В, гепатит С та вірус Епштейна-Барра [5; 35]. Доведено й вплив радіації на виникнення злоякісних новоутворень [15; 33].

За даними ВООЗ [34] та інших міжнародних організацій [13; 14; 16; 20; 30], до заходів з профілактики раку належать такі: відмова від вживання тютюну;

підтримка здорової маси тіла; здоровий раціон харчування, що включає фрукти та овочі; регулярна фізична активність; припинення чи обмеження вживання алкоголю; вакцинація представників певних груп населення проти ВПЛ та гепатиту В; виключення ультрафіолетового опромінення (зокрема, внаслідок впливу сонячних променів або апаратів для штучної засмаги) та/або використання засобів захисту від сонячних променів; забезпечення дотримання нормативних вимог до безпечного та доцільного використання іонізуючого опромінення в медицині (з метою діагностики чи терапії); зниження впливу іонізуючого опромінення у контексті професійної діяльності; зниження впливу таких факторів, як забруднення атмосферного повітря та повітря всередині приміщень.

На сьогодні, крім проблеми раннього діагностування онкозахворювань, існують й інші проблеми, пов'язані з низьким рівнем оснащення діагностичною апаратурою лікувально-профілактичних закладів, високою вартістю і складністю лікування, низькою ефективністю лікування дитячих онкологічних захворювань, низькою якістю надання паліативної медичної допомоги та низьким рівнем якості життя пацієнтів онкологічного профілю [31; 32; 40]. Враховуючи напружену онкологічну ситуацію в Україні, в систему протиракової боротьби повинні бути включені не тільки онкологічні заклади, а й усі лікувально-профілактичні установи, а також заклади науки, освіти та культури [1; 3; 40].

Перспективи подальших досліджень стосуються розробки та формування оптимізованої системи надання онкологічної допомоги населенню України.

Висновки

Проаналізовано 43 наукові публікації вітчизняних та закордонних вчених з 2014 по 2023 роки. За результатами проведеного аналізу можна констатувати, що онкозахворюваність є важливою медико-соціальною проблемою сьогодення, яка вивчається багатьма вченими світу, які можуть забезпечити прогрес та вирішення даної проблеми на сучасному етапі існування проблем у галузі охорони здоров'я.

Література

- Mariotto AB, Enewold L, Zhao J, Zeruto CA, Yabroff KR. Medical Care Costs Associated with Cancer Survivorship in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2020; 29(7): 1034-1312.
- Bade BC, Dela Cruz CS. Lung Cancer. *Clinics in Chest Medicine.* 2020; 41(1): 1-24.
- Bashtan VP et al. Epidemiology of malignant tumors of the oral mucous members according to statistical data of the national cancer register (poltava region 2019-21). *Bulletin of problems biology and medicine.* 2022; 1(1): 103.
- Chaitanya Thandra K, Barsouk A, Saginala K, Sukumar Aluru J, Barsouk A. Epidemiology of lung cancer. *Contemporary Oncology/Współczesna Onkologia.* 2021; 25(1): 45-52.
- Chronic disease fact sheet: cancer | CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Available from: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/factsheets/cancer>.
- Furukawa F. The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2018 was awarded to Cancer Therapy by Inhibition of Negative Immune Regulation. *EnPress Publisher. Trends in immunotherapy.* 2018; 2(1).
- Georgakis MK, Karalexi MA, Agius D et al. Incidence and time trends of childhood lymphomas: findings from 14 Southern and Eastern European cancer registries and the Surveillance, Epidemiology and End Results, USA. *Cancer Causes & Control.* 2016; 27(11): 1381–1394.
- Georgakis MK, Karalexi MA, Kalogirou EI et al. Incidence, time trends and survival patterns of childhood pilocytic astrocytomas in Southern–Eastern Europe and SEER, US. *J. Neur. Oncol.* 2017; 131(1): 163-175.

9. Giorgio Gandaglia, Riccardo Leni, Freddie Bray, Neil Fleshner, Stephen J. Freedland, Adam Kibel, Pär Stattin, Hendrick Van Poppel, Carlo La Vecchia. *Epidemiology and Prevention of Prostate Cancer. European Urology Oncology.* 2021; 6: 877-892.
10. Ilic M, Ilic I. *Epidemiology of stomach cancer. World J Gastroenterol.* 2022; Mar 28; 28(12): 1187-1203.
11. Klein AP. *Pancreatic cancer epidemiology: understanding the role of lifestyle and inherited risk factors. Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2021; 18: 493-502.
12. Mattiuzzi C, Lippi G. *Current Cancer Epidemiology. Journal of Epidemiology and Global Health.* 2019; 9(4): 217.
13. McTiernan A, Friedenreich CM, Katzmarzyk PT, Powell KE, Macko R et al. *Physical activity guidelines advisory committee. Physical Activity in Cancer Prevention and Survival: A Systematic Review. Med Sci Sports Exerc.* 2019; 51(6): 1252-1261.
14. Patel AV, Friedenreich CM, Moore SC, Hayes SC, Silver JK et al. *American College of Sports Medicine Roundtable Report on Physical Activity, Sedentary Behavior, and Cancer Prevention and Control. Med Sci Sports Exerc.* 2019; 51(11): 2391-2402.
15. Prsyazhniuk AY et al. *Cancer incidence in the population of Ukraine in remote period after the Chornobyl accident. Environment & Health.* 2022; 2(103): 16-24.
16. Rock CL, Thomson C, Gansler T et al. *American Cancer Society guideline for diet and physical activity for cancer prevention. CA Cancer J Clin.* 2020; 70: 245-271.
17. Saginala K, Barsouk A, Aluru JS, Rawla P, Padala SA, Barsouk A. *Epidemiology of Bladder Cancer. Medical Sciences.* 2020. Vol. 8(1). P. 15.
18. Shcherbynina MB, Soloviova NE. *Epidemiological Pattern of Esophageal Cancer based on the Database Analysis of National Cancer Registry of Ukraine. Український радіологічний та онкологічний журнал.* 2021; 29: 159-170.
19. Smyth MJ, Teng MW. *Nobel Prize in physiology or medicine. Clin Transl Immunology.* 2018; 7(10): 1041.
20. Soerjomataram I, Bray F. *Planning for tomorrow: global cancer incidence and the role of prevention 2020–2070. Nat Rev Clin Oncol.* 2021; 18: 663–672.
21. Steliarova-Foucher E, Colombet M, Ries LAG, Hesselting P, Moreno F, Shin HY, Stiller CA eds. *International Agency for Research on Cancer. International Incidence of Childhood Cancer, Volume III. Lyon, France.* 2017.
22. Wei W, Zeng H, Zheng R, Zhang S, An L, Chen R et al. *Cancer registration in China and its role in cancer prevention and control. Lancet Oncol.* 2020; 21(7): 342-349.
23. Варивончик ДВ, Еджибія ОМ. Удосконалення профілактики та ранньої діагностики злоякісних новоутворень шкіри у працівників канцерогенно небезпечних виробництв України. *Dynamics of the development of world science. Abstracts of the 13th International scientific and practical conference. Perfect Publishing. Vancouver, Canada.* 2020: 108-113.
24. Вдовиченко ВІ, Кульчицький ВВ. Сучасні погляди на епідеміологію та основні фактори розвитку колоректального раку. *Медичний форум.* 2021; 24: 54–56.
25. Вінтонів ОР, Гродзінський ВІ. Вплив епідеміологічних факторів та показників спеціалізованої допомоги хворим. *Медичний форум.* 2022; 25: 8–13.
26. Євстаф'єва АД, Щербак ОВ, Нестеренко ВГ. Структура захворюваності на злоякісні новоутворення сечових органів за статтю та регіонами України за 2018–2022 роки. *Technologies, innovative and modern theories of scientists: XX International scientific and practical conference, м. Graz, 23–26 трав. 2023 р.* 2023: 240–243.
27. Івашук О, Малишевський І, Мишковський Ю. Динаміка регіональної захворюваності на злоякісні новоутворення органів черевної порожнини з урахуванням окремих чинників. *Буковинський медичний вісник.* 2021; Т.25; 1(97): 37–45.
28. Івашук О, Малишевський І, Мишковський Ю. Порівняльна характеристика регіональної захворюваності на злоякісні новоутворення органів черевної порожнини та іншої локалізації з урахуванням окремих детермінантних чинників. *Буковинський медичний вісник.* 2021; Т.25; 2(98): 55–61.
29. Комісаренко СВ, Романюк СІ. Нова стратегія боротьби з раком, або Як працюють «гальма» системи імунітету (Нобелівська премія з фізіології та медицини 2018 року). *Вісник Національної академії наук України.* 2019; 2: 44–57.
30. Лукач Е, Самбур М. Злоякісні пухлини глотки: етіологічні чинники та епідеміологічні показники в Україні. *Оториноларингологія.* 2019; 4-5(2): 58-66.
31. Максимюк ІВ. Генезис системи надання онкологічної допомоги населенню України. *Державне управління.* 2022; 9-10: 116–121.
32. Місяк С. Організація реабілітаційної і медико-соціальної допомоги хворим онкологічного профілю в Україні. *Погляд на проблему.* 2014; Т.16; 2: 154–159.
33. Присяжнюк АС та ін. Захворюваність на злоякісні новоутворення мешканців малих забруднених радіонуклідами територіальних одиниць чорнобильського регіону у віддаленому післяаварійному періоді. *Проблеми радіаційної медицини та радіобіології.* 2020; 25: 265-284.
34. *Рак. World Health Organization (WHO). Available from: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cancer> [дата цитування: 16.09.2023].*
35. *Рак: що варто знати і як уберегтися | Центр громадського здоров'я. Центр громадського здоров'я України | МОЗ. Available from: <https://phc.org.ua/news/rak-scho-varto-znati-i-yak-uberegitsya> [дата звернення: 16.09.2023].*
36. Рафальська ЯД, Косяченко КЛ. Сучасний стан епідеміології раку молочної залози в Україні та місті Києві. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2023: зб. тез доп. 83 Всеукр. науково-практ. конф. молодих вчен. та студентів з міжнар. участю, м. Запоріжжя, 26 трав. 2023 р. Запоріжжя.* 2023: 93-94.
37. Слабкий Г. О., Шень А. Ю. До питання виявлення візуальних форм злоякісних новоутворень в занедбаних стадіях та під час профілактичних оглядів. *Матеріали 77-ої підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, 27–28 лют. 2023 р. Ужгород.* 2023: 49-54.
38. Слабкий Г. О., Шень Ю. М. Епідеміологія злоякісних новоутворень молочної залози у жінок Чернігівської області. *General regularities and models of science development: Proceedings of the II International Scientific and Practical Conference, м. Zagreb, 10–11 січ. 2023 р. Zagreb.* 2023: 121-126.

39. Федоренко ЗП, Гулак ЛЮ, Горох ЄЛ, Рижов АЮ, Сумкіна ОВ, Куценко Л.Б. Злоякісні новоутворення в дитячій популяції України — досвід застосування міжнародної класифікації ІССС-3. *Клінічна онкологія*. 2017; (28): 4-9.
40. Федоренко ЗП, Гулак ЛЮ, Михайлович ЮЙ та ін. Рак в Україні, 2021-2022. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. *Бюлетень Національного канцер-реєстру України № 24*. Available from: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_24/index.htm [date of access: 16.09.2023].
41. Феськова АО, Стукалкіна ДС, Монакова ОС. Аналіз динаміки показників виявлення злоякісного новоутворення шийки матки, тіла матки та яєчників в Україні за 2018–2020 роки. *Scientific research in the modern world: Proceedings of II International Scientific and Practical Conference*, м. Toronto, 7–9 груд. 2022 р. Toronto. 2022: 159-164.
42. Черкасско ЛВ. Сучасні проблеми щодо реалізації державної політики у сфері профілактики та диспансеризації онкологічних захворювань. *Публічне управління XXI століття: портал можливостей*. Зб. тез XX міжнар. наук. конгр., м. Харків. Харків. 2020: 369-371.
43. Чехун ВФ, Думанський ЮВ, Бучинська ЛГ. Онкологія в Україні: на шляху до якості та досконалості. *Охорона здоров'я*. Погляд фахівця. 2022; 5(78): 16-17.

References

1. Mariotto AB, Enewold L, Zhao J, Zeruto CA, Yabroff KR. Medical Care Costs Associated with Cancer Survivorship in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2020;29(7):1034-1312.
2. Bade BC, Dela Cruz CS. Lung Cancer. *Clinics in Chest Medicine*. 2020;41(1):1–24.
3. Bashtan VP et al. Epidemiology of malignant tumors of the oral mucous members according to statistical data of the national cancer register (Poltava region 2019-21). *Bulletin of Problems in Biology and Medicine*. 2022;1(1):103.
4. Thandra K Chaitanya, Barsouk A, Saginala K, Aluru JS, Barsouk A. Epidemiology of lung cancer. *Contemporary Oncology/Współczesna Onkologia*. 2021;25(1):45-52.
5. Chronic disease fact sheet: cancer | CDC. Centers for Disease Control and Prevention. URL: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/factsheets/cancer>.
6. Furukawa F. The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2018 was awarded to Cancer Therapy by Inhibition of Negative Immune Regulation. *EnPress Publisher. Trends in Immunotherapy*. 2018;2(1).
7. Georgakis MK, Karalexi MA, Agius D, et al. Incidence and time trends of childhood lymphomas: findings from 14 Southern and Eastern European cancer registries and the Surveillance, Epidemiology and End Results, USA. *Cancer Causes & Control*. 2016;27(11):1381–1394.
8. Georgakis MK, Karalexi MA, Kalogirou EI, et al. Incidence, time trends and survival patterns of childhood pilocytic astrocytomas in Southern–Eastern Europe and SEER, US. *J. Neur. Oncol*. 2017;131(1):163–175.
9. Gandaglia G, Leni R, Bray F, Fleshner N, Freedland SJ, Kibel A, Stattin P, Van Poppel H, La Vecchia C. Epidemiology and Prevention of Prostate Cancer. *European Urology Oncology*. 2021;4(6):877-892.
10. Ilic M, Ilic I. Epidemiology of stomach cancer. *World J Gastroenterol*. 2022 Mar 28;28(12):1187-1203.
11. Klein AP. Pancreatic cancer epidemiology: understanding the role of lifestyle and inherited risk factors. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2021; 18:493–502.
12. Mattiuzzi C, Lippi G. Current Cancer Epidemiology. *Journal of Epidemiology and Global Health*. 2019;9(4):217.
13. McTiernan A, Friedenreich CM, Katzmarzyk PT, Powell KE, Macko R, et al. Physical activity guidelines advisory committee. Physical Activity in Cancer Prevention and Survival: A Systematic Review. *Med Sci Sports Exerc*. 2019;51(6):1252-1261.
14. Patel AV, Friedenreich CM, Moore SC, Hayes SC, Silver JK, et al. American College of Sports Medicine Roundtable Report on Physical Activity, Sedentary Behavior, and Cancer Prevention and Control. *Med Sci Sports Exerc*. 2019;51(11):2391-2402.
15. Prisyazhniuk AY et al. Cancer incidence in the population of Ukraine in the remote period after the Chernobyl accident. *Environment & Health*. 2022;2(103):16–24.
16. Rock CL, Thomson C, Gansler T, et al. American Cancer Society guideline for diet and physical activity for cancer prevention. *CA Cancer J Clin*. 2020; 70:245-271.
17. Saginala K, Barsouk A, Aluru JS, Rawla P, Padala SA, Barsouk A. Epidemiology of Bladder Cancer. *Medical Sciences*. 2020;8(1):15.
18. Shcherbynina MB, Soloviova NE. Epidemiological Pattern of Esophageal Cancer based on the Database Analysis of National Cancer Registry of Ukraine. *Ukrainian Radiological and Oncological Journal*. 2021;29(2):159–170.
19. Smyth MJ, Teng MW. Nobel Prize in physiology or medicine. *Clin Transl Immunology*. 2018;7(10):1041.
20. Soerjomataram I, Bray F. Planning for tomorrow: global cancer incidence and the role of prevention 2020–2070. *Nat Rev Clin Oncol*. 2021; 18:663–672.
21. Steliarova-Foucher E, Colombet M, Ries LAG, Hesseling P, Moreno F, Shin HY, Stiller CA, eds. International Agency for Research on Cancer. *International Incidence of Childhood Cancer, Volume III*. Lyon, France. 2017.
22. Wei W, Zeng H, Zheng R, Zhang S, An L, Chen R, et al. Cancer registration in China and its role in cancer prevention and control. *Lancet Oncol*. 2020;21(7):342-349.
23. Varyvonchik DV, Udosiuk OM. Improvement of Prevention and Early Diagnosis of Skin Cancer in Workers of Cancer-Causing and Hazardous Industries in Ukraine. *Dynamics of the Development of World Science: Abstracts of the 13th International Scientific and Practical Conference*. Perfect Publishing. Vancouver, Canada. 2020;108-113.
24. Vdovychenko VI, Kulchytskyi VV. Modern views on the epidemiology and main factors of colorectal cancer development. *Medical Forum*. 2021; 24:54–56.
25. Vintoniv AR, Grodzinsky VI. Influence of epidemiological factors and specialized care indicators on patients. *Medical Forum*. 2022;25(25):8–13.

26. Yevstafieva AD, Shcherbak OV, Nesterenko VG. Structure of the incidence of malignant tumors of the urinary organs by sex and regions of Ukraine for 2018-2022. Technologies, Innovative and Modern Theories of Scientists: XX International Scientific and Practical Conference, Graz, May 23-26, 2023;240-243.
27. Ivashchuk O, Malyshevsky I, Myshkovsky Y. Dynamics of regional morbidity with malignant neoplasms of the abdominal cavity taking into account certain determinant factors. Bukovinian Medical Herald. 2021;25(1):37-45.
28. Ivashchuk O, Malyshevsky I, Myshkovsky Y. Comparative characteristics of regional morbidity with malignant neoplasms of the abdominal cavity organs and other localizations taking into account certain determinant factors. Bukovinian Medical Herald. 2021;25(2):55-61.
29. Komisarenko SV, Romaniuk SI. A new strategy for fighting cancer or how the "brakes" of the immune system work (Nobel Prize in Physiology and Medicine 2018). Bulletin of the National Academy of Sciences of Ukraine. 2019; 2:44-57.
30. Lukach E, Sambur M. Malignant tumors of the pharynx: etiological factors and epidemiological indicators in Ukraine. Otorhinolaryngology. 2019;4-5(2):58-66.
31. Maksymyuk IV. Genesis of the cancer care system for the population of Ukraine. State Management. 2022;9-10:116-121.
32. Misiak SO. The organization of rehabilitation and medical and social care for cancer patients in Ukraine. View of the problem. 2014;16(2):154-159.
33. Prysiazhniuk AE et al. Incidence of malignant tumors in the population of small radioactively contaminated territorial units of the Chernobyl region in the remote post-accident period. Problems of Radiation Medicine and Radiobiology. 2020; 25:265-284.
34. Cancer. World Health Organization (WHO). URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cancer> (accessed on September 16, 2023).
35. Cancer: What to Know and How to Protect Yourself. Center for Public Health of Ukraine. URL: <https://phc.org.ua/news/rak-scho-varto-znati-i-yak-uberegtisya> (accessed on September 16, 2023).
36. Rafalska YA, Kosyachenko KL. Current State of Breast Cancer Epidemiology in Ukraine and Kyiv City. Actual Problems of Modern Medicine and Pharmacy - 2023: Abstracts of the 83rd All-Ukrainian Scientific and Practical Conference of Young Scientists and Students with International Participation, Zaporizhzhia, May 26, 2023;93-94.
37. Slabkyi GO, Shen AY. On the issue of detecting visual forms of malignant tumors in advanced stages and during preventive examinations. Materials of the 77th final scientific conference of the teaching staff of the Faculty of Health and Physical Education of the Uzhhorod National University, Uzhgorod, February 27-28, 2023;49-54.
38. Slabkyi GO, Shen YM. Epidemiology of malignant breast tumors in women in Chernihiv region. General Regularities and Models of Science Development: Proceedings of the II International Scientific and Practical Conference, Zagreb, January 10-11, 2023;121-126.
39. Fedorenko ZP, Gulak LO, Gorokh YE, Ryzhov AY, Sumkina OV, Kutsenko LB. Malignant tumors in the child population of Ukraine - experience of ICCC-3 international classification application. Clinical Oncology. 2017;4(28):4-9.
40. Fedorenko ZP, Gulak LO, Mykhailovych YY, et al. Cancer in Ukraine, 2021-2022. Incidence, Mortality, Indicators of Oncological Service Activities. Bulletin of the National Cancer Registry of Ukraine No. 24. URL: http://www.ncr.uinf.ua/publications/BULL_24/index.htm (accessed on September 16, 2023).
41. Feskova AY, Stukalkina DS, Monakova OS. Analysis of the dynamics of detection rates of cervical, uterine body, and ovarian malignant neoplasms in Ukraine for 2018-2020. Scientific Research in the Modern World: Proceedings of II International Scientific and Practical Conference, Toronto, December 7-9, 2022;159-164.
42. Cherkassko LV. Modern problems of implementing state policy in the field of prevention and dispensary examination of oncological diseases. Public Management of the 21st Century: Portal of Opportunities: Abstracts of the XX International Scientific Congress, Kharkiv. 2020;369-371.
43. Chekhun VF, Dumanskyi YV, Buchynska LG. Oncology in Ukraine: towards quality and excellence. Healthcare. Expert's view. 2022;5(78):16-17.

Метою статті є аналіз наукових публікацій закордонних та вітчизняних вчених за 2014–2023 роки щодо стану епідеміологічної ситуації, організації онкологічної допомоги та основних проблем сучасної онкології.

Матеріали та методи. Для аналізу літератури були використані наукометричні бази даних (Google Scholar, PubMed та Scopus, Web of Science), сайти наукових фахових видань, репозиторії закладів вищої освіти.

Результати. Проаналізовано 43 наукові праці, що були опубліковані з 2014 по 2023 рік, і встановлено, що основними напрямками публікацій були такі: епідеміологія онкозахворюваності різних локалізацій, в тому числі й серед дитячого населення; профілактика та рання діагностика раку; організація онкологічної допомоги.

Висновки. За результатами проведеного аналізу можна констатувати, що онкозахворюваність є важливою медико-соціальною проблемою сьогодення, яка вивчається багатьма вченими світу, які можуть забезпечити прогрес та вирішення даної проблеми на сучасному етапі існування проблем галузі охорони здоров'я.

Ключові слова: злоякісні новоутворення, епідеміологія, захворюваність, смертність, рання діагностика, профілактика, організація медичної допомоги.

Aim is analysis of scientific publications by foreign and domestic researchers from 2014 to 2023 on the epidemiological situation, organization of oncological care, and key issues in contemporary oncology.

Materials and methods. For literature analysis, bibliometric databases (Google Scholar, PubMed, Scopus, Web of Science), websites of scientific professional publications, and repositories of higher education institutions were utilized.

Results. A total of 43 scientific papers published from 2014 to 2023 were analyzed, revealing that the main focus of publications included epidemiology of various types of cancer, including among pediatric populations, cancer prevention, early diagnosis, and the organization of oncological care.

Conclusions. Based on the analysis conducted, it can be concluded that cancer incidence is a significant medical and social problem of today, extensively studied by numerous researchers worldwide who can contribute to progress and resolution of this issue in the modern era of healthcare.

Key words: malignant neoplasms, epidemiology, incidence, mortality, early diagnosis, prevention, healthcare organization.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Таранов Володимир Володимирович – кандидат медичних наук, доцент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, медичного та фармацевтичного права Запорізького державного медико-фармацевтичного університету; просп. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, Україна, 69035.

taranov2v@gmail.com, ORCID ID 0000-0003-0053-5550

Теренда Наталія Олександрівна – доктор медичних наук, професор, професор кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України; майдан Волі, 1, м. Тернопіль, Україна, 46001.

lisovska@tdmu.edu.ua, ORCID ID 0000-0001-5655-4326

Трущенко Л.В., Скобляк П.І.

Інституціональні європейські моделі виконання основних функцій щодо забезпечення громадського здоров'я: досвід для України

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України, м. Тернопіль, Україна

Trushchenkova L.V., Skoblyak P.I.

Institutional European models of the performance of the main functions for the provision of public health: experience for Ukraine

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

lyshtabalv@tdmu.edu.ua, skoblyakpp@gmail.com

Вступ

Органи державного управління європейських країн все частіше визнають необхідність зміцнення основних функцій охорони громадського здоров'я, щоб максимально збільшити їхній внесок у здоров'я, благополуччя та соціальний добробут населення. У даній статті зібрано найсучасніші фактичні дані про практику охорони громадського здоров'я в Європі, визначено галузі, в яких найбільш гостро необхідні поліпшення, та представлено способи та шляхи їх досягнення.

У європейському регіоні основні виклики, з якими стикається охорона громадського здоров'я, причому всі вони посилюються економічною кризою, включають нерівність, глобалізацію, старіння населення, міграцію та урбанізацію, а також погіршення стану навколишнього середовища та зміни клімату. Усі ці фактори впливають на здоров'я населення Європи, що знаходить відображення у зміні характеру захворюваності в регіоні, що призводить до зміни способу життя та поведінки та підвищення поширеності неінфекційних захворювань, виникнення та повторної появи інфекційних хвороб, а також надзвичайних ситуацій у галузі охорони здоров'я.

Мета дослідження – дослідити способи забезпечення зміцнення послуг громадської охорони здоров'я для реагування на наявні та виникаючі виклики в галузі громадської охорони здоров'я в європейському регіоні, пов'язані з постійними змінами у суспільстві та країнах у ХХІ столітті. Завдання інституцій, що надають послуги з охорони громадського здоров'я, полягає в тому, щоб бути готовими до адаптації та реагування на ці зміни та відображати основні наявні та майбутні загрози та ризики для здоров'я населення відповідно до різних умов.

Об'єкт і методи дослідження

Об'єктом дослідження є система охорони громадського здоров'я. У статті вивчаються питання

визначення європейських моделей надання основних послуг у сфері громадського здоров'я. Завдання статті – на підставі аналізу європейського досвіду визначити моделі надання послуг у сфері громадського здоров'я, наголосити на можливостях використання даного досвіду для покращення вітчизняної системи сфери громадського здоров'я.

Для досягнення поставленої мети у статті використано порівняльно-історичний метод, метод системного аналізу, метод контент-аналізу, ситуативний метод.

Обробка даних здійснювалася за аксіологічним, структурно-функціональним, системним підходами.

Результати дослідження та їх обговорення

Зміст охорони громадського здоров'я у Європі за останні десятиліття поступово розвивався від санітарного нагляду та боротьби з інфекційними хворобами до «нової» охорони громадського здоров'я: тут увага все більше зосереджується на серйозних загрозах здоров'ю населення, роботі зі зміцнення здоров'я, профілактиці хвороб та міжсекторальних діях, у тому числі втручанні, що виходить за межі системи охорони здоров'я. Однак важливо відзначити, що охорона громадського здоров'я як концепція, як і раніше, характеризується значною різноманітністю термінології та інтерпретацій. У Європі немає єдиної думки щодо того, що входить у поняття охорони громадського здоров'я, а також щодо того, чим вона має займатися, тому європейські країни по-різному розуміють завдання та обмеження послуг охорони громадського здоров'я. Існують значні відмінності у пріоритетності місця, яке займає охорона громадського здоров'я у порядку денному країн.

З урахуванням відмінностей у характері та способах організації послуг охорони громадського здоров'я у країнах Європи Європейський план дій щодо зміцнення потенціалу та послуг охорони громадського здоров'я містить набір із 10 горизонтальних основних

функцій охорони громадського здоров'я, які можуть стати об'єднавчою та спрямовальною основою для керівних органів охорони здоров'я всіх європейських країн щодо встановлення, моніторингу та оцінки заходів політики, стратегій та дій щодо зміцнення охорони громадського здоров'я.

Нині низка країн реформує свої системи надання послуг охорони громадського здоров'я або здійснення його оперативних функцій. Хоча реформи у сфері послуг охорони громадського здоров'я у Центральній та Східній Європі відстали від реформ в інших структурах системи охорони здоров'я, особливо у низці незалежних держав колишнього СРСР, слід зазначити, що за останні десятиліття у цій частині Європи спостерігалася низка найбільш значних змін в організації послуг охорони громадського здоров'я.

У період існування соціалістичної системи служби охорони здоров'я в Центральній та Східній Європі були організовані відповідно до моделі санітарно-епідеміологічної служби (санепід) в СРСР. Ці служби характеризувалися високим ступенем централізації та ієрархічності структури та були представлені на всіх адміністративних рівнях. Їм було доручено займатися охороною здоров'я – переважно питаннями боротьби з інфекційними хворобами та епідаглядом, моніторингом за станом навколишнього середовища та контролем за дотриманням санітарно-гігієнічних нормативів.

Ситуація у країнах Південно-Східної Європи дещо інша, оскільки там існувала давня традиція охорони громадського здоров'я в рамках Школи громадської охорони здоров'я під керівництвом Andrija Štampar. Там існують заклади охорони громадського здоров'я, що історично склалися у вигляді інститутів охорони громадського здоров'я, а також традиційно налагоджена робота всебічної та високоякісної мережі лабораторій громадської охорони здоров'я. Однак у багатьох випадках структури охорони здоров'я дещо втратили свою силу, постраждавши від збитків, завданих у ході різних воєн у період 1990-х років, недостатнього інвестування коштів та нездатності скоригувати свою роботу для реагування на нові загрози громадському здоров'ю.

У країнах Центральної та Східної Європи за радянських часів сфера зміцнення здоров'я була розвита недостатньо. Парадоксально, але профілактична медицина вважалася найсильнішим аспектом системи охорони здоров'я Семашка в радянський період. І хоча в цілому вона була адекватна щодо боротьби з інфекційними хворобами, цей підхід переважно покладався на вторинну профілактику неінфекційних захворювань, метою якої було виявлення хвороб за допомогою великої кількості часто неефективних скринінгових ініціатив, а не первинної профілактики. У низці країн регіону, таких як Білорусь, цей підхід зберігся, і зміцнення здоров'я, як видається, є однією з найменш розвинених і найменш фінансованих сфер охорони здоров'я.

Слід також зазначити, що у низці країн Західної Європи служби охорони громадського здоров'я також

протягом тривалого часу обмежувалися санітарним наглядом і боротьбою з інфекційними хворобами. Лише останнім часом було вжито заходів щодо посилення значення зміцнення здоров'я та профілактики хвороб. Частково це можна пояснити історичним контекстом охорони громадського здоров'я у деяких із цих країн.

У низці країн Західної Європи, відображаючи історичні, культурні чи політичні чинники, зусилля вийти за рамки медичної моделі охорони громадського здоров'я за допомогою таких ініціатив, як Оттавська хартія зі зміцнення здоров'я 1986 р. або програма ВООЗ «Здоров'я для всіх», укорінюються дуже повільно, а часом багато аспектів охорони здоров'я все ще отримують недостатньо уваги. У Західній Європі системи соціального медичного страхування все більшою мірою беруть участь у наданні послуг охорони здоров'я, частково компенсуючи недостатню увагу, яку раніше отримувала сфера зміцнення здоров'я. Низка країн, таких як Австрія та Швейцарія, створили нові засади для зміцнення громадського здоров'я.

В Австрії тепер існує національний центр зміцнення здоров'я, Фонд за здорову Австрію. Проте зазвичай діяльність зі зміцнення громадського здоров'я передається у відання зовнішніх установ, таких як недержавні організації або фонди. У Швейцарії існує цілий діапазон маломасштабних програм зміцнення здоров'я, багато з яких здійснюються недержавними організаціями та фондами.

Низку найуспішніших заходів щодо зміцнення громадського здоров'я вжито у Скандинавських країнах. У Фінляндії протягом десятиліть діяльність зі зміцнення громадського здоров'я та профілактики хвороб знаходиться в центрі уваги політики охорони здоров'я, одним з прикладів якої є Північно-Карельський проект. Разом з тим у Данії до останнього часу не здійснювалося достатньо серйозних дій щодо боротьби з тютюнопалінням та ожирінням, хоча ситуація тут змінюється, свідченням чого є заходи, вжиті проти споживання продуктів харчування, що містять трансжири, тоді як споживання алкоголю залишається на високому рівні.

Майже у всіх європейських країнах існують національні інформаційні системи охорони громадського здоров'я, які збирають, аналізують та сполучають дані щодо здоров'я населення. Проте характер цих інформаційних систем охорони громадського здоров'я та наявність даних і показників значно різняться. Певною мірою це відбувається у зв'язку зі специфічним, історичним та культурним контекстом, у якому вони розвиваються, різними пріоритетами політики та відмінностями у наявності ресурсів у різних країнах. Загалом можна сказати, що бідніші країни часто мають бідніші інформаційні системи охорони громадського здоров'я. Організація та функціонування інформаційних систем охорони громадського здоров'я також багато в чому залежать від того, чи є системи охорони здоров'я централізованими чи децентралізованими.

У Бельгії (яка є федеральною державою), наприклад, збирання деяких даних здійснюється на федеральному рівні, тоді як збирання низки інших даних відбувається на рівні місцевих спільнот. Аналогічну ситуацію можна спостерігати в Іспанії, де за збір даних відповідають самостійні (автономні) регіони. Ця проблема розрізної причетності до збору даних також стосується низки нефедеральних держав, таких як Нідерланди.

Охоронні служби у масштабах усієї Європи відрізняються також за своїм адміністративним підпорядкуванням. У низці країн, таких як Нідерланди або Німеччина, багато основних служб охорони громадського здоров'я перебувають у підпорядкуванні місцевого уряду. В інших країнах, таких як Сполучене Королівство, вони існують як окремі структури, що знаходяться в підпорядкуванні місцевих органів охорони здоров'я, хоча в Англії функції охорони громадського здоров'я (що є питанням, що викликає безліч суперечок) поділені між центральним урядовим агентством, місцевим урядом та Національною службою охорони здоров'я.

У країнах Південно-Східної Європи національні та регіональні інститути охорони здоров'я відіграють ключову роль у плануванні та здійсненні основних функцій охорони громадського здоров'я.

Що стосується джерел фінансування, то розбивка видатків на цілі охорони громадського здоров'я по секторах – державному та приватному – виявляє той факт, що у багатьох країнах основним джерелом фінансування є державні структури, але при цьому у низці країн приватні витрати мають суттєві масштаби, досягаючи 2,3% від загальних витрат на охорону здоров'я у Нідерландах та 2,7% у Словаччині. У деяких країнах підвищення ролі приватних джерел фінансування було навмисною політикою, у тому числі в деяких країнах Центральної та Східної Європи, Південно-Східної Європи та СНД, де лабораторії отримували додатковий дохід від комерційної діяльності. Наприклад, у Словенії інститути з охорони громадського здоров'я наразі отримують частину свого фінансування за рахунок гонорарів за послуги, що призводить до ринкової орієнтації та, як вважається, скорочує їхню орієнтацію на громадську охорону здоров'я. У низці країн, серед яких є Вірменія та Киргизстан, запровадження плати за перевірки у сфері охорони здоров'я призвело до непропорційно високої кількості таких перевірок.

Що стосується державного фінансування тих аспектів заходів з охорони громадського здоров'я, які пов'язані з системою охорони здоров'я, то можна сказати, що країни розрізняються за джерелами фінансування (з основним поділом на фінансування за рахунок оподаткування та фінансування на основі соціального страхування) та (у разі фінансування на основі оподаткування) має значення той адміністративний рівень, на якому оплачуються заходи громадської охорони здоров'я. Висловлюється припущення про те, що країни з моделями фінансування, що ґрунтуються

на соціальному медичному страхуванні, проводять не настільки всеосяжні національні заходи з охорони здоров'я порівняно з країнами, де фінансування ґрунтується на оподаткуванні за рахунок підходу, більшою мірою орієнтованого на населення.

Проте механізми фінансування насправді набагато складніші, ніж два варіанти, що наведені тут, і також різняться залежно від виду заходу з охорони громадського здоров'я.

Перспективи подальших досліджень

Одним з основних висновків цього огляду є широке розмаїття організації основних функцій охорони громадського здоров'я у масштабах європейського регіону, що впливає на керівництво, здійснення функцій та фінансування. Наприклад, дані огляду дозволяють припустити, що низка федеральних чи децентралізованих систем охорони громадського здоров'я стикається з проблемами забезпечення соціальної справедливості на різних територіях країн. Але водночас децентралізація також може допомогти службам охорони громадського здоров'я оперативніше реагувати на місцеві потреби. Необхідне проведення більш систематичного порівняння та аналізу структур охорони громадського здоров'я у Європі для того, щоб встановити, які організаційні структури та фінансові механізми стануть найбільш ефективними та результативними у разі впровадження їх в Україні.

Щоб концепції охорони здоров'я були відображені у вітчизняній політиці, що виробляється, важливо, щоб представники цієї сфери брали безпосередню участь у цьому процесі. Багато країн у європейському регіоні мають можливість ввести до штатного розпису міністерства охорони здоров'я пост високопоставленого представника з питань охорони громадського здоров'я (наприклад, шляхом створення посади заступника міністра охорони здоров'я з відповідних питань чи головного лікаря). Оскільки багато важливих рішень також приймається на місцевому рівні, посаду такого представника необхідно буде доповнити наявністю спеціалістів охорони громадського здоров'я на субнаціональному рівні. Оскільки всі країни перебувають на різних стартових позиціях, корисно буде провести огляд наявних інституційних механізмів та потенціалу як вихідного орієнтуру для цього процесу.

Висновки

Підсумовуючи вищевикладене, зазначимо, що необхідно забезпечити стійке та довгострокове фінансування послуг охорони громадського здоров'я, у тому числі й використання фінансових стимулів та оподаткування для досягнення цілей охорони громадського здоров'я. Крім того, необхідне вдосконалення організаційної моделі надання послуг охорони громадського здоров'я, що передбачає більш ефективну інтеграцію основних функцій охорони громадського здоров'я та має потенціал для підвищення економічної ефективності.

Література

1. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: матеріали III науково-практичної конференції з міжнародною участю, 05 листопада 2020 р. Харків; 2020: 122 с.
2. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. Доступно на: https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf [цитовано 12.08.2023].
3. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Доступно на: https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1-2_2020-43-52.pdf [цитовано 12.08.2023].
4. Constitution of the World Health Organization. Available from: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/constitution_of_health_en.pdf (цитовано 12.08.2023).
5. Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019: Monitoring report of World Health Organization. Available from: https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf?ua=1 [цитовано 12.08.2023].
6. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [cited 12.08.2023].

References

1. Public health in Ukraine: problems and ways to solve them: materials of the III scientific-practical conference with international participation, November 5, 2020. Kharkiv; 2020: 122 p.
2. The experience of European countries in financing the health care sector: lessons for Ukraine. Available from: https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf.
3. Mulyar H. Foreign experience of the functioning of the health care system in the context of ensuring the implementation of the right to health care. Available from: https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1-2_2020-43-52.pdf.
4. Constitution of the World Health Organization. Available from: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/constitution_of_health_en.pdf.
5. Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019: Monitoring report of World Health Organization. Available from: https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf?ua=1.
6. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf>.

Мета. У статті розглядаються інституційні моделі, що функціонують, виконання основних оперативних функцій охорони громадського здоров'я у масштабах усієї Європи. Завданням статті було обґрунтування та дослідження Європейського плану дій щодо зміцнення потенціалу та послуг охорони громадського здоров'я.

Матеріали та методи. Під час дослідження використано порівняльно-історичний метод, метод системного аналізу, аксіологічний підхід, структурно-функціональний підхід, системний підхід.

Результати. У статті в короткому вигляді подано наявну інформацію щодо різних інституційних моделей здійснення оперативних функцій охорони громадського здоров'я. Наводяться попередні висновки щодо їх сильних і слабких сторін та рекомендації щодо зміцнення таких моделей. Проведено тривимірне вивчення проблеми: характеру організації послуг та заходів громадської охорони здоров'я, чинних механізмів їх фінансування та структури керівництва громадською охороною здоров'я. У ході проведення огляду спостерігалися найрізноманітніші форми організації виконання оперативних функцій охорони громадського здоров'я у різних країнах Європи, що впливає на керівництво, здійснення функцій та фінансування. І хоча базова інфраструктура для надання послуг охорони громадського здоров'я на національному, регіональному та місцевому рівнях існує певною мірою в усіх країнах, відмінність полягає у розподілі відповідальності між рівнями, що значною мірою відображає наявні керівні адміністративні структури.

Висновки. Попри відмінності між країнами, зміст поняття охорони громадського здоров'я у Європі за останні десятиліття поступово еволюціонував від зосередженості на санітарному нагляді і боротьбі з інфекційними хворобами до «нової» охорони громадського здоров'я, де увага приділяється зміцненню здоров'я, профілактиці та міжсекторальним діям, включаючи заходи, що виходять за межі системи охорони здоров'я. У країнах посткомуністичного простору Центральної, Східної та Південно-Східної Європи в багатьох випадках служби охорони громадського здоров'я занепали, при цьому не відбулося заміни на адекватні альтернативні служби. В цілому в цих країнах охорона громадського здоров'я все ще відстає від того, що в даний час зазвичай вкладається в це поняття, й існує очевидна необхідність у зміцненні інфраструктури охорони здоров'я у стратегічно продуманий і послідовний спосіб.

Ключові слова: громадське здоров'я, європейська модель, оперативні функції, моніторинг, структура.

Purpose. The article examines the functioning institutional models of the implementation of the main operational functions of public health protection on the scale of the whole of Europe. The task of the article was to substantiate and investigate the European action plan for strengthening the potential and services of public health protection.

Materials and methods: comparative-historical method; system analysis method; axiological approach, structural-functional approach, systemic approach

Results. The article briefly presents available information on various institutional models for the implementation of operational functions of public health protection, as well as preliminary conclusions on their strengths and weaknesses and recommendations for strengthening such models. A three-dimensional study of the problem was carried out: the nature of the organization of public health care services and measures, the current mechanisms of their financing and the structure of public health care management. During the

review, the most diverse forms of organization of operational functions of public health protection were observed in different European countries, which affects management, implementation of functions and financing. And while the basic infrastructure for the provision of public health services at the national, regional and local levels exists to some extent in all countries, the difference lies in the division of responsibilities between the levels, which largely reflects existing prevailing administrative structures.

Conclusions. Despite the observed differences between the countries, the content of the concept of public health protection in Europe over the past decades has gradually evolved from a focus on sanitary surveillance and the fight against infectious diseases to a "new" public health protection, where ever-increasing attention is paid to health promotion I, prevention and intersectoral actions, including measures that go beyond the boundaries of the health care system. In the countries of the post-communist space of Central, Eastern and South-Eastern Europe, in many cases, public health services have collapsed, while there has been no replacement with adequate alternative services. Overall, public health in these countries still lags behind what is currently commonly thought of, and there is a clear need to strengthen the health infrastructure in a strategic and consistent manner.

Key words: public health, European model, operational functions, monitoring, structure.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Трущенко Людмила Вікторівна – кандидат економічних наук, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України; вул. Словацького, 2, м. Тернопіль, Україна, 46001.

lyshtabalv@tdmu.edu.ua, ORCID ID 0000-0002-5396-3973

Скобляк Петро Ігорович – асистент кафедри фізичної терапії, ерготерапії та фізичного виховання Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України; вул. Клінічна, 2, м. Тернопіль, Україна, 46001.

skoblyakpp@gmail.com, ORCID ID 0009-0002-6324-323X

Фейса С.В., Пушкаренко О.А.

Роль еластографії та стеатометрії в діагностиці метаболічно асоційованої жирової хвороби печінки

Ужгородський національний університет,
м. Ужгород, Україна

Feysa S.V., Pushkarenko O.A.

The role of elastography and steatometry in the diagnosis of metabolic associated fatty liver disease

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

snizhana.feysa@uzhnu.edu.ua, olga.pushkarenko@uzhnu.edu.ua

Вступ

Неалкогольна жирова хвороба печінки (далі – НАЖХП) – поширене захворювання, яке починається із надмірного накопичення в гепатоцитах ліпідів, переважно тригліцеридів (стадія гепатостеатозу) [2], прогресує до стеатогепатиту [4] та часто супроводжується наявністю предикторів (ожиріння, цукровий діабет другого типу (далі – ЦД-2), дисліпідемія, генетична схильність) [5]. Через те, що НАЖХП переважно асоціюється із розладами обміну речовин та метаболічними порушеннями, її ще називають метаболічно асоційованою жировою хворобою печінки (далі – МАЖХП), розглядаючи печінкові зміни в нерозривному зв'язку із іншими коморбідними станами – складовими частинами метаболічного синдрому [7]. Оскільки перша стадія МАЖХП (стеатоз) є зворотною, а на другій (стадії стеатогепатиту) вже з'являються незворотні зміни, то актуальним є пошук ефективних методів діагностики, які б дозволяли лікарю-клініцисту виявити саме ранні прояви хвороби, а не діагностувати її вже на запущених стадіях.

Відомо, що золотим стандартом діагностики захворювань печінки вважається метод пункційної біопсії органу із наступним патогістологічним дослідженням біоптату [3]. Проте з огляду на інвазивність та обмежене застосування цього методу не припиняється активний пошук інших, переважно неінвазивних, методів діагностики, ефективність яких не поступалася б золотому стандарту. Описано цілий низку неінвазивних методів діагностики стеатозу та фіброзу печінки [1–5], які ґрунтуються на розрахунках діагностичних індексів та співвідношень між окремими лабораторними та антропометричними показниками. Не поступаються за ефективністю і неінвазивні методи, що ґрунтуються на застосуванні ультразвукових хвиль [1; 3; 4]. Ультразвукове дослідження печінки, що включає в себе сірошкальну ехокартину (В-режим), доплерографію судин печінки, еластографію та стеатометрію, називають мультипараметричним обстеженням печінки. Таке дослідження є надзвичайно інформативним, проте

ефективність діагностики напряду залежить не тільки від компетентності лікаря, а і від виду еластографії, що застосовується при мультипараметричному ультразвуковому дослідженні.

Першою (історично) почала застосовуватися компресійна еластографія (далі – КЕГ), яка ґрунтується на тому, що через різне значення модуля Юнга при надавлюванні датчиком на м'яку тканину вона стискається, а жорстка тканина пружинить і не стискається. Різниця у здавлюванні картується приладом у вигляді кольорової картограми (рис. 1).

Під час проведення КЕГ вираховується відносне вкорочення/подовження тканини після деформації під датчиком, але залишається невідомою сила тиску датчика на тканини, адже це суб'єктивний фактор, який залежить від дослідника. Цей суттєвий недолік (відносна суб'єктивність) притаманний КЕГ, проте він відсутній в інших, тобто більш нових, видах еластографії – зсувно-хвильовій та двовимірній еластографії зсувної хвилі. Відносно застарілим методом еластографії нині вважають транзйентну еластографію (ТЕГ), при якій у товщі печінкової паренхіми на глибині близько 4 см запускається ультразвукова хвиля і вимірюється її швидкість поширення у тканині органу. Більш удосконаленим методом вважається метод еластографії зсувної хвилі, або зсувно-хвильової еластографії (ARFI). Ще кращим та більш інформативним є метод двовимірної еластографії зсувної хвилі (2D SWE) (рис. 2). Принцип методу полягає в тому, що в жорстких тканинах ультразвукові хвилі деформуються і проходять швидше, ніж у м'яких. Метод еластографії дозволяє не тільки виявити фіброз печінки, а й визначити його ступінь та запідозрити розвиток цирозу.

Крім виявлення ознак фіброзу у тканині печінки, ще одним актуальним завданням діагностики метаболічно асоційованої жирової хвороби є виявлення стеатозу, оскільки саме стеатоз є основним критерієм МАЖХП. У той час, як звичайне ультразвукове дослідження (УЗД) печінки здатне виявити стеатоз у разі наявності жирових включень в 30% гепатоцитів, метод стеатометрії виявляє його значно раніше, коли жирова

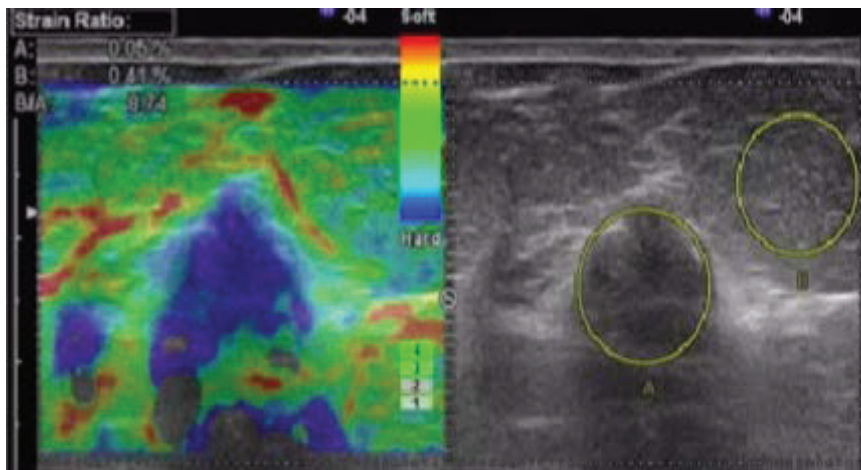


Рис. 1. Кольорова картограма, отримана при компресійній еластографії печінки (КЕП)

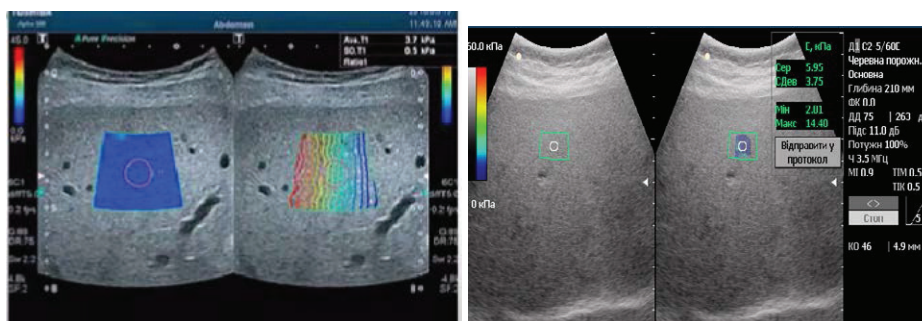


Рис. 2. Ультразвуковий метод двовимірної еластографії зсувної хвилі (2D SWE)

інфільтрація наявна в щонайменше 5% гепатоцитів. Стеатометрія ґрунтується на вимірюванні коефіцієнту затухання ультразвукової хвилі під час її проходження через печінкову тканину: виявляється, що вона є різною під час проходження через ділянку із запаленням, через жир чи через фібротичну тканину. Стеатометрія показує, на скільки децибел затухає сигнал, проходячи кожен сантиметр печінкової тканини (коефіцієнт затухання вимірюється в дБ/см). Метод дозволяє виміряти кількість жирових включень у печінковій паренхімі і на основі цього визначити стадію стеатозу (рис. 3, 4, 5).

Мета роботи – проаналізувати частоту виявлення фіброзу та стеатозу печінки серед пацієнтів із надлишковою масою тіла (далі – НМТ) та ожирінням.

Матеріали та методи

Обстежено 136 пацієнтів гастроентерологічного профілю, що мали супутні надлишкову масу тіла (85 осіб) та ожиріння (51 особа), та 30 осіб з НМТ без ознак патології шлунково-кишкового тракту (далі – ШКТ). Кожному із пацієнтів проводилося ультразвукове мультипараметричне дослідження печінки зі стеатометрією та двовимірною еластографією зсувної хвилі. Також всім включеним у дослідження особам виконано загальноклінічне обстеження, що включало визначення індексу маси тіла (далі – ІМТ), ЗАК, деяких біохімічних параметрів

крові (АЛТ, АСТ, ЛФ, ГГТП, білірубін та його фракції, загальний білок, холестерин, тригліцериди, глюкоза, глікозильований гемоглобін, тиреотропний гормон), обчислення коефіцієнту атерогенності та коефіцієнту інсулінорезистентності. Мультипараметричне ультразвукове дослідження печінки проводилося за допомогою зареєстрованого в Україні ультразвукового апарату “Soneus P7” фірми “Ultrasign” (м. Харків, Україна) конвексним датчиком С1-5 з частотами 1–5 МГц. Використовувалися програмні модулі стеатометрії та еластографії.

Наявність фіброзу у печінковій тканині оцінювали за допомогою двовимірної еластографії зсувної хвилі, вимірюючи модуль Юнга печінки в кілопаскалях (кПа) та швидкість зсувної хвилі при проходженні ультразвуку через тканину печінки в м/с. Стадіювання фіброзу проводилося за такими критеріями:

- стадія F1 – відсутність фіброзу, норма: модуль Юнга 6,6–6,9 кПа; швидкість зсувної хвилі 1,48–1,52 м/с;
- стадія F2 – фіброз без утворення септи: модуль Юнга 6,9–7,5 кПа; швидкість зсувної хвилі 1,52–1,58 м/с;
- стадія F3 – фіброз із поодинокими септами: модуль Юнга 7,5–8,2 кПа; швидкість зсувної хвилі 1,58–1,65 м/с;
- стадія F4 – фіброз із множинними септами без цирозу: модуль Юнга 8,2–9,3 кПа; швидкість зсувної хвилі 1,65–1,76 м/с; з цирозом: модуль Юнга більше 9,3 кПа; швидкість зсувної хвилі більше 1,76 м/с.

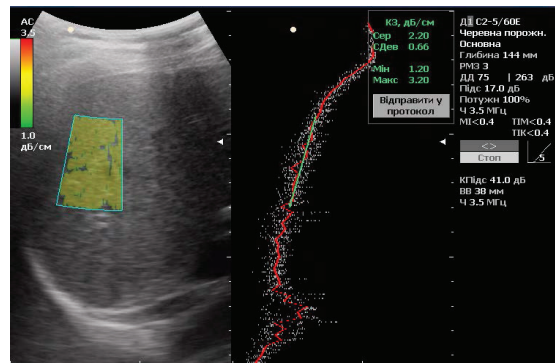


Рис. 3. Ультразвукова стеатометрія печінки. Мінімальний стеатоз (стадія S1)

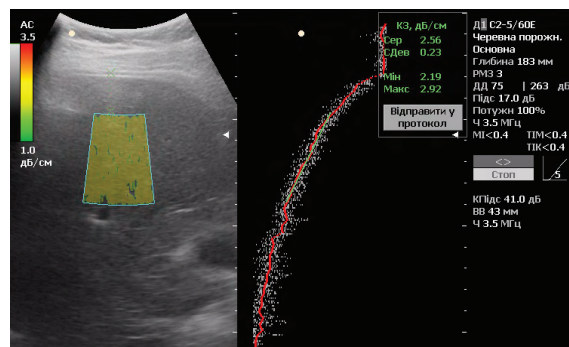


Рис. 4. Ультразвукова стеатометрія печінки. Помірний стеатоз (стадія S2)

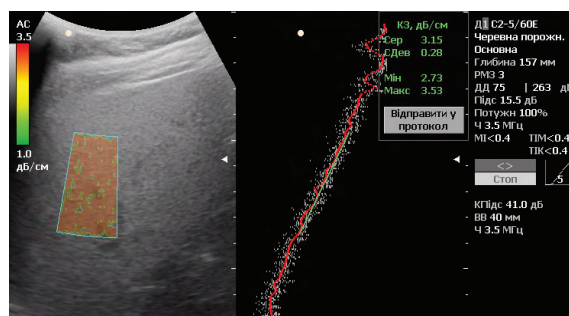


Рис. 5. Ультразвукова стеатометрія печінки. Виражений стеатоз (стадія S3)

Сонографічна (ультразвукова) стеатометрія печінки проводилася для оцінки ступеню стеатозу. Для цього оцінювався коефіцієнт затування хвилі (КЗ) в дБ/см, відповідно до якого визначалася стадія стеатозу:

- стадія S0 при КЗ менше 2,2 дБ/см (стеатозу немає, норма);
- стадія S1 при КЗ 2,20–2,25 дБ/см (легкий стеатоз, жирова інфільтрація в 5–33% клітин печінки);
- стадія S2 при КЗ 2,3–2,90 дБ/см (помірний стеатоз, жирові включення в 33–66% клітин печінки);
- стадія S3 при КЗ більше 2,9 дБ/см (важкий стеатоз, жир займає понад 66% клітин печінки).

Це проспективне відкрите клінічне дослідження було проведено в Ужгородському національному університеті протягом грудня 2022 – лютого 2023 року. Дослідження не суперечить принципам біоетики та відповідає вимогам нормативно-правових директивних

документів щодо етичних принципів у медицині. Дослідження є частиною наукової теми кафедри терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти Ужгородського національного університету 36А-2021 «Інноваційні методи діагностики та лікування патології внутрішніх органів у хворих з ожирінням», номер державної реєстрації 0121U111773.

Статистичне оброблення матеріалів здійснено за допомогою пакету прикладних програм “Statistica 10.0”.

Результати дослідження

Усі 136 обстежених пацієнти (середній вік 49,3±4,7 років, 82 (60,3%) з них – чоловіки) проходили амбулаторне лікування гастроентерологічної патології: у 45 (33,1%) з них діагностовано гастро-езофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ), у 78

(57,4%) – функціональну диспепсію чи гастрит та/або дуоденіт. 102 особи (75%) мали прояви синдрому подразненого кишківника, 88 (64,7%) – різноманітні біліарні дисфункції, причому у 75 пацієнтів (55,1%) діагностовано поєднання щонайменше 2 гастроентерологічних нозологій, а в 38 (27,9%) одночасне поєднання трьох та більше проблем шлунково-кишкового тракту. Із числа всіх обстежених 85 пацієнтів (62,5%) мали надлишкову масу тіла (ІМТ 25–30), а в 51 особи (37,5%) діагностовано ожиріння. Крім того, обстежено 30 осіб з надлишковою масою тіла, що не мали симптомів з боку шлунково-кишкового тракту. Таким чином, загальна кількість обстежених складала 166 осіб, серед яких пацієнтів із НМТ було 115, а з ожирінням 51 (з них 3 особи мали морбідне ожиріння, ІМТ \geq 40). Усі пацієнти мали негативні результати лабораторного тестування на вірусні гепатити В і С.

Лабораторне обстеження пацієнтів демонструвало наявність відхилень в вуглеводному та/або ліпідному обміні. Порушення вуглеводного обміну виявлено в 62 осіб (45,6%), з яких 38 (27,9%) пацієнтів страждали на цукровий діабет 2 типу: 24 особи (17,6%) мали компенсований ЦД, 14 (10,3%) – субкомпенсований, декомпенсованого цукрового діабету серед обстежених не було. Більшість включених у дослідження пацієнтів мала розлади ліпідного обміну. Ліпідограми пацієнтів здебільшого демонстрували наявність атерогенної дисліпідемії, яка характеризувалася ізольованим зменшенням рівня ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) (14 осіб, 10,3%), ізольованим підвищенням рівня ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) (17 осіб, 12,5%), комбінованим розладом (зниження ЛПВЩ + підвищення ЛПНЩ і/або ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) (67 осіб, 49,3%), гіпертригліцеридемією (34 особи, 25%) та підвищенням коефіцієнту атерогенності (82 пацієнти, 60,3%).

У 42 пацієнтів (30,9% із всіх 136 обстежених) виявлено підвищення активності печінкових трансаміназ (АЛТ та АСТ) за відсутності інших симптомів, що вказували б на наявність запального синдрому в паренхімі печінки. Такі лабораторні зміни розцінено нами як верифіковану МАЖХП у стадії стеатогепатиту. Більшість випадків стеатогепатиту (32 із 42, 76,2%) була з мінімальною активністю запального процесу, оскільки показник АЛТ у них не перевищував 3 норм. У 36 осіб (26,5%) були ознаки холестазу, що виражались незначно підвищеним рівнем лужної фосфатази і/або гамма-глутаматтранспептидази.

Мультипараметричне ультразвукове обстеження печінки при стеатометрії виявило ознаки стеатозу у 126 (92,6%) із 136 обстежених хворих гастроентерологічного профілю, що мали НМТ чи ожиріння. Слід сказати, що просте УЗД конвексним датчиком без використання програмного модулю стеатометрії виявляло стеатоз лише у 75 із 136 вказаних пацієнтів (55,1%). Серед 30 осіб із НМТ без захворювань ШКТ стеатометрією виявлено стеатоз у 28 пацієнтів (93,3%), простим УЗД – лише в 17 із вказаних осіб

(56,7%). Виявлення стеатозу стало підставою для підтвердження діагнозу МАЖХП у цієї когорти хворих, оскільки саме наявність стеатозу в печінці є діагностичним критерієм МАЖХП. Не отримано достовірної різниці частоти виявлення стеатозу в пацієнтів із супутньою гастроентерологічною патологією та без неї (92,6% та 93,3%), що, ймовірно, вказує на те, що наявність такої коморбідності не підвищує ризику виникнення стеатозу в печінці. Стадію стеатозу S0 виявлено в 10 пацієнтів з гастроентерологічною патологією та в 2 без неї. Серед тих, що мали гастроентерологічну коморбідність, стадія S1 діагностована в 58 пацієнтів (46%), стадія S2 – в 56 осіб (44,4%), а решта – 12 хворих (9,5%) – мала стадію стеатозу S3. Незалежними предикторами стеатозу були старший вік (відношення шансів (ВШ) 1,43 (95%), довірчий інтервал (ДІ) 1.13-1.78, більший ІМТ (ВШ 1,30; 95% ДІ 1,19–1,40) та вищий рівень тригліцеридів (ВШ 1,46; 95% ДІ 1,10–2,19). Пацієнти зі стадією стеатозу S2 – S3 були старшими за віком ($p < 0,01$) і частіше чоловіками ($p < 0,01$), ніж ті, що мали стадію стеатозу S1. Крім того, особи з S2 – S3 частіше мали метаболічний синдром, діабетичний анамнез ($p < 0,01$) та частіше вживали антигіпертензивні, цукрознижувальні чи холестеринознижувальні ліки. ІМТ був вищим в осіб зі стадією стеатозу S2, але ці зміни не були достовірними.

Рівень тиреотропного гормону визначався в межах норми у більшості пацієнтів, проте у 25 із усіх пацієнтів (15,1%) цей показник незначно перевищував норму, демонструючи наявність супутнього субклінічного гіпотиреозу. Клінічно вираженого (маніфестного) гіпотиреозу не виявлено в жодного з обстежених.

Проведено двовимірну еластографію зсувної хвилі всім 166 особам, включеним у дослідження (136 пацієнтів із гастроентерологічною коморбідністю (126 із них з МАЖХП) та 30 із НМТ без ознак патології ШКТ (у 28 з них є МАЖХП)). Це дослідження дало можливість виявити фіброз у 96 із 154 пацієнтів з МАЖХП (62,3%), з яких 80 (51,9%) – на стадії F1, решта 16 (10,4%) – на F2. Не виявлено жодного випадку F3. У 58 пацієнтів із МАЖХП (37,7%) ознак фіброзу не виявлено (стадія фіброзу F0).

Перспективи подальших досліджень

МАЖХП становить інтерес для клініцистів через підвищений ризик розвитку в таких пацієнтів не тільки дисліпідемії, стеатогепатиту, артеріальної гіпертензії, гіперглікемії, що є компонентами метаболічного синдрому, а й підвищений кардіо-васкулярний ризик. Така своєрідна «карусель» через свою коморбідність веде до взаємного поглиблення кожного із перерахованих розладів, створюючи «вадове коло». І тільки шляхом його розірвання можемо запобігти круговерті небажаних наслідків метаболічного синдрому. Саме тому проведення скринінгу осіб із НМТ та ожирінням може суттєво покращити профілактику ускладнень

метаболічного синдрому в цілому та його окремих компонентів, що відіграватиме позитивну роль у зміцненні здоров'я української нації. Мультипараметричне дослідження печінки з використанням ультразвукової еластографії та стеатометрії, безсумнівно, заслуговує на увагу як ідеальний інструмент для скринінгу МАЖХП.

На сьогодні залишається дискусійним питання щодо терапевтичного підходу при стеатозі печінки: активно втручатися призначенням ліків чи динамічно спостерігати за такими пацієнтами [6; 7]. Проте це питання набуває значно ширшого змісту, якщо взяти до уваги інсулінорезистентність як спільну ланку патогенезу перерахованих патологічних станів. Подальшим кроком у цьому напрямі буде дослідження клінічної ефективності різноманітних чинників щодо ступеню вираженості стеатозу печінки в описаній когорти пацієнтів.

Висновки

Отже, більшість осіб із надлишковою масою тіла та ожирінням має метаболічно асоційовану жирову хворобу печінки, основним діагностичним критерієм якої є наявність стеатозу печінки. Виявлення МАЖХП у групах ризику, який становить надлишкова маса тіла та ожиріння, є важливим з огляду на те, що вчасно розпізнаний стеатоз може піддатися зворотному розвитку і не трансформуватися в глибші стадії. Для виявлення та стадіювання стеатозу краще використовувати метод ультразвукової стеатометрії, ніж просте УЗД печінки. Висока чутливість методу та його неінвазивність поряд із простотою виконання та доступністю дозволяють рекомендувати його широке впровадження в практичну роботу закладів охорони здоров'я задля раннього виявлення та своєчасного лікування метаболічно асоційованої хвороби печінки.

Література

1. Bamber J, Cosgrove D, Dietrich CF et al. EFSUMB Guidelines and recommendations on the clinical use of liver ultrasound elastography. Part 1: Basic principles and terminology. *Ultrasound Med Biol.* 2015; 41: 1126-1147.
2. Byrne CD, Target G. NAFLD: a multisystem disease. *J Hepatol.* 2015; 62(1 Suppl): S47-64.
3. Chalasani N, Younossi Z, Lavine JE, et al. The diagnosis and management of nonalcoholic fatty liver disease: practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology.* 2018; 67(1): 328-357.
4. Cotter TG, Rinella M. Nonalcoholic Fatty Liver Disease 2020: The State of the Disease. *Gastroenterology.* 2020 May; 158(7): 1851-1864. Doi: 10.1053/j.gastro.2020.01.052. Epub 2020 Feb 13. PMID: 32061595.
5. European Association for the study of the L, European Association for the study of D, European Association for the study of O. EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. *J Hepatol.* 2016; 64(6): 1388-402.
6. Shen K, Singh AD, Modaresi Esfeh J, Wakim-Fleming J. Therapies for non-alcoholic fatty liver disease: A 2022 update. *World J Hepatol.* 2022 Sep 27; 14(9): 1718-1729. Doi: 10.4254/wjh.v14.i9.1718. PMID: 36185717; PMCID: PMC9521452.
7. Younossi Z, Anstee QM, Marietti M, Hardy T, Henry L, Eslam M, George J, Bugianesi E. Global burden of NAFLD and NASH: trends, predictions, risk factors and prevention. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2018 Jan; 15(1): 11-20. Doi: 10.1038/rgastro.2017.109. Epub 2017 Sep 20. PMID: 28930295.

References

1. Bamber J, Cosgrove D, Dietrich CF et al. EFSUMB Guidelines and recommendations on the clinical use of liver ultrasound elastography. Part 1: Basic principles and terminology. *Ultrasound Med Biol* 2015; 41: 1126-1147.
2. Byrne CD, Target G (2015) NAFLD: a multisystem disease. *J Hepatol* 62(1 Suppl): S47-64
3. Chalasani N, Younossi Z, Lavine JE, et al (2018) The diagnosis and management of nonalcoholic fatty liver disease: practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology* 67(1):328-357
4. Cotter TG, Rinella M. Nonalcoholic Fatty Liver Disease 2020: The State of the Disease. *Gastroenterology.* 2020 May;158(7):1851-1864. doi: 10.1053/j.gastro.2020.01.052. Epub 2020 Feb 13. PMID: 32061595.
5. European Association for the study of the L, European Association for the study of D, European Association for the study of O (2016) EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. *J Hepatol* 64(6);1388-402
6. Shen K, Singh AD, Modaresi Esfeh J, Wakim-Fleming J. Therapies for non-alcoholic fatty liver disease: A 2022 update. *World J Hepatol.* 2022 Sep 27;14(9):1718-1729. doi: 10.4254/wjh.v14.i9.1718. PMID: 36185717; PMCID: PMC9521452.
7. Younossi Z, Anstee QM, Marietti M, Hardy T, Henry L, Eslam M, George J, Bugianesi E. Global burden of NAFLD and NASH: trends, predictions, risk factors and prevention. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2018 Jan;15(1):11-20. doi: 10.1038/rgastro.2017.109. Epub 2017 Sep 20. PMID: 28930295.

Мета – проаналізувати частоту виявлення фіброзу та стеатозу печінки серед пацієнтів із надлишковою масою тіла та ожирінням.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 166 осіб із надлишковою масою тіла (НМТ) та ожирінням. Серед них – 136 осіб із супутньою патологією шлунково-кишкового тракту та 30 без неї. Кожному із пацієнтів проводилося ультразвукове мультипараметричне дослідження печінки із стеатометрією та двовимірною еластографією зсувної хвилі із використанням зареєстрованого в Україні ультразвукового апарату “Soneus P7” фірми “Ultrasign” конвексним датчиком С1-5 з частотами 1–5 МГц. Використовувалися програмні модулі стеатометрії та еластографії.

Результати. За допомогою стеатометрії виявлено ознаки стеатозу в 92,6% осіб з НМТ та ожирінням, що мали супутню гастроентерологічну патологію, та в 93,3% таких пацієнтів без супутньої коморбідності. Серед тих, що мали гастроентерологічну коморбідність, стадія S1 діагностована в 46% пацієнтів, стадія S2 – в 44,4% осіб, решта 9,5% хворих мали стадію стеатозу S3. За допомогою двовимірної еластографії зсувної хвилі виявлено фіброз печінки у 62,3% пацієнтів із МАЖХП, з яких 51,9% – на стадії F1, решта 10,4% – F2.

Висновки. Більшість осіб із НМТ та ожирінням має МАЖХП, основним діагностичним критерієм якої є наявність стеатозу печінки. Для виявлення та стадіювання стеатозу необхідно використовувати метод сонографії з модулем стеатометрії. Висока чутливість методу та його неінвазивність дозволяють його впровадження в практику задля раннього виявлення та своєчасного лікування метаболічно асоційованої хвороби печінки.

Ключові слова: метаболічно асоційована жирова хвороба печінки, стеатоз, фіброз, сонографія, ультразвукова діагностика, стеатометрія, двовимірна еластографія зсувної хвилі, надлишкова маса тіла, ожиріння, скринінг.

The goal is to analyze the frequency of liver fibrosis and steatosis among overweight and obese patients.

Materials and methods. 166 overweight and obese persons were examined. Among them, there were 136 patients with gastrointestinal (GI) comorbidity and 30 without it. Each of the patients underwent a multiparametric ultrasound examination of the liver with steatometry and two-dimensional shear wave elastography using the Soneus P7 ultrasound device registered in Ukraine by the Ultrason company, with a C1-5 convex sensor with frequencies of 1-5 MHz. Software modules of steatometry and elastography were used.

The results. According to steatometry, signs of steatosis were detected in 92.6% of people with overweight and obesity who had GI comorbidity, and in 93.3% of such patients without GI comorbidity. Among those who had GI comorbidity, stage S1 was diagnosed in 46% of patients, stage S2 - in 44.4% of persons, the only 9.5% of patients had stage S3. By the two-dimensional shear wave elastography, liver fibrosis was detected in 62.3% of patients with overweight. Among them 51.9% patients were in the F1 stage, and 10.4% were in the F2 stage.

Conclusions. The vast majority of persons with overweight and obesity have MAFLD, the main diagnostic sign of which is the presence of liver steatosis. To detect and stage steatosis, it is necessary to use the sonography with a steatometry module. The high sensitivity of the method and its non-invasiveness allow its implementation in practice for early detection and timely treatment of metabolic associated fatty liver disease.

Key words: metabolic-associated fatty liver disease, steatosis, fibrosis, sonography, ultrasound, steatometry, two-dimensional shear wave elastography, overweight, obesity, screening.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Фейса Сніжана Василівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету; вул. Собранецька, 148, м. Ужгород, Україна, 88017.

snizhana.feysa@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0002-5064-8222

Пушкаренко Ольга Анатоліївна – кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії медичного факультету Ужгородського національного університету; пл. Народна, 5, м. Ужгород, Україна, 88008.

olga.pushkarenko@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0002-7143-029X

Філак Я.Ф., Філак Ф.Г.

**Особливості
санаторно-курортної реабілітації
хворих із захворюваннями хребта
після оперативного втручання
у зв'язку з виразковою хворобою
дванадцятипалої кишки**

Ужгородський національний університет,
м. Ужгород, Україна

Filak Ya.F., Filak F.G.

**Peculiarities
of sanatorium-resort rehabilitation
of patients with spine disease
after surgical intervention
in connection with duodenal
ulcer diseases**

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

yaroslav.filak@uzhnu.edu.ua, felix.filak@uzhnu.edu.ua

Вступ

Остеохондроз хребта є важливою проблемою сучасності, тому багато науковців ставлять його на перше місце серед усіх хронічних захворювань. Зазначена хвороба трапляється найчастіше в осіб працездатного віку, тому вона є не тільки важливою медичною проблемою, а й серйозним соціально-економічним питанням. Питома вага клінічних неврологічних проявів остеохондрозу серед захворювань периферійної нервової системи становить 67–95% [1].

Болі у спині різної інтенсивності спостерігаються у 80–100% населення. У сучасному світі у зв'язку зі зміненними умовами життя остеохондрозом хворіють від 50 до 80% жителів планети. В Україні за даними різних авторів на остеохондроз хребта страждає 60–95% населення і найбільш поширеним є біль у ділянці попереку. Численні дані статистики свідчать не тільки про значну частоту захворювань остеохондрозом, а й про відсутність тенденції до зменшення. Хвороби хребта виявляються у жінок та чоловіків приблизно однаково з більш вираженим проявом в осіб віком понад 40 років [2; 5].

Інтерес до проблеми виразкової хвороби 12-палої кишки зумовлений тим, що дане захворювання займає одне з провідних місць серед хвороб травної системи і є однією з розповсюджених форм гастроентерологічної патології у лікарській практиці. Протягом всього життя виразковою хворобою страждає до 20% дорослого населення. Ця хвороба вражає людей у найбільш працездатному віці. Попри велику різноманітність консервативних методів лікування, кількість хворих, які перенесли операцію на шлунку і 12-палій кишці у зв'язку з виразковою хворобою, не зменшується. Такі ускладнення виразкової хвороби, як кровотечі, рецидиви виразки, пенетрація, перфорація, стеноз, переродження їх, вимагають негайного хірургічного лікування. У зв'язку з характером захворювання у системі лікувально-профілактичних заходів велике значення має профілактика рецидивів [4; 6].

Патофізіологічні механізми при поперековому остеохондрозі визначаються вертебральним та судинно-корінцевими синдромами, що на рівні ураженого хребетного сегмента може призвести до негативних наслідків у вигляді порушень роботи органів травлення, зниження м'язової сили в нижніх кінцівках. Коморбідна патологія істотно посилює біль, погіршує фізичну функціональну діяльність організму. На формування коморбідності у разі поєднання захворювань органів травлення та загальносоматичних захворювань можуть впливати одні й ті ж фактори. Фактором ускладнення перебігу захворювання, як показують наші спостереження, є дегенеративно-дистрофічні та запальні зміни поперекового відділу хребта, що вражають периферійні відділи нервової системи і потенціюють негативний перебіг захворювання гостродуоденальної ділянки. Загострення захворювання хребта може бути наслідком постійних диспептичних проявів та виникнення рецидивів у осіб, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки [3; 5].

Аналіз низки літературних джерел з даного питання виявив, що існує мало досліджень, пов'язаних з упровадженням у комплекс санаторного лікування хворих з остеохондрозом поперекового відділу хребта, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, методик комплексної санаторно-курортної терапії. У наукових працях багатьох авторів доведено ефективність санаторно-курортного відновного лікування хворих на остеохондроз хребта. Водночас недостатньо вивчені підходи до комплексної реабілітації поєднаних патологій, яка б мала позитивний вплив на відновлення як стану хребта, так і травної системи. З огляду на це актуальним є пошук найбільш ефективних методів комплексного впровадження санаторно-курортної терапії для хворих, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки і які страждають на дегенеративно-дистрофічні зміни поперекового відділу хребта [7; 8; 10].

Мета – теоретично обґрунтувати та удосконалити засоби санаторно-курортної терапії для хворих, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки і які страждають на остеохондроз поперекового відділу хребта.

У **завданні** дослідження входило: 1) вивчення літературних джерел, присвячених методам реабілітації хворих на остеохондроз поперекового відділу хребта і які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки; 2) аналіз методик санаторно-курортної реабілітації хворих з поєднаною патологією.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження були проведені у 30 хворих на остеохондроз поперекового відділу хребта, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки та перебували на санаторно-курортному лікуванні в санаторії «Орлине гніздо». Вік пацієнтів становив від 45 до 55 років, з них – 25 чоловіків і 5 жінок. Контрольну групу становили 15 хворих з коморбідною патологією, які отримали стандартний курс санаторно-курортного лікування. Під час поступлення на відновне лікування в санаторій пацієнти були детально обстежені. Діагноз базувався на даних клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження.

Дослідження проводили на початку і в кінці курсу санаторно-курортної терапії. Для оцінки функціонального стану хребта проводились тести:

а) визначення гнучкості хребта в поперековому відділі при нахилі тулуба вперед з висхідного положення стоячи (основна стійка). При цьому пацієнт повинен нахилити тулуб і доторкнутися підлоги пальцями, а краще долонями, не згинаючи ніг у колінах. Якщо пальці не досягають підлоги, то рухливість (гнучкість) недостатня. Відстань від підлоги до пальців вимірюється сантиметровою стрічкою (для порівняння з наступними вимірюваннями (рис. 1);

б) тест Шобера характеризує рухливість хребта в поперековому відділі у сагітальній площині при нахилі вперед. Спочатку відзначають рівень остистого відростка L5 хребця на лінії, що з'єднує остисті відростки хребців. Верхній пункт вимірювання розташовується на 10 см вище цієї точки, нижній – на 5 см нижче. Обстежуваний робить нахил тулуба вперед з випрямленими колінами, після чого проводять другий вимір. Різниця у здорових осіб становить у середньому $7,45 \pm 0,24$ см;

в) витривалість м'язів черевного преса. Ефективність впливу на моторну, секреторну функцію органів шлунково-кишкового тракту й шлунка оцінювалася за зміною витривалості сили м'язів черевного преса. Для цього з вихідного положення – лежачи на спині, руки уздовж тулуба, ноги прямі – хворим для даної вікової категорії пропонувалося підняти прямі ноги

під кутом 45° відносно опори і втримувати в цьому положенні максимально можливий час (min 10 с, max 35 с). Результат оцінювався так: 30–35 с – відмінно; 25–30 с – добре; 20–25 с – задовільно; 15–20 с – незадовільно;

г) функціональний стан шлунка вивчався інтрагастральною рН-метрією;

д) психологічне обстеження проводилось з використанням психодіагностичної шкали – опитувальної анкети для визначення нейротизму Г. Айзенка /варіант ЕРІ/ та скороченого варіанту Бека шкали самооцінки депресії. Тест спрямований на оцінку основних властивостей особистості.

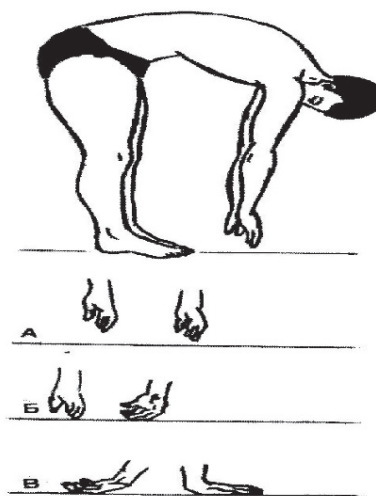


Рис. 1. Визначення рухливості хребта при нахилі вперед: А – гіпорухливість; Б – нормальна рухливість; В – гіперрухливість

Результати дослідження та їх обговорення

Згідно з даними опитування практично всі хворі скаржилися на дискомфорт, ниючі болі в поперековому відділі хребта. Обмеження рухливості в попереку відзначали 90% пацієнтів. Ниючий біль в епігастрії, який поступово посилюється під час ходьби, відзначали 63,3% опитаних. Здуття живота, бурчання по ходу кишківника відзначали 83,3%. Порушення загального стану у вигляді погіршення сну, загальної слабості, дратівливості відзначали 56,7% хворих з поєднаною патологією. Під час дослідження рухливості хребта з вихідного положення стоячи нахилом тулуба вперед виявлено, що у 93,3% хворих спостерігалось обмеження гнучкості хребта в попереку. Серед них – у 47,7% пацієнтів відстань від кінця III пальця до початку вимірювальної лінійки становила до 5 см, у 53,3% пацієнтів – до 10 см. При нахилі тулуба у сагітальній площині (проба Шобера) рухливість поперекового відділу хребта між відповідними лініями відносно L5 хребця становила $5,25 \pm 0,18$ см (норма $7,5 \pm 0,24$ см). Витривалість м'язів черевного преса

для хворих становила відповідно $19,2 \pm 1,6$ с (незадовільний результат). За показниками рН у хворих, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою 12-палої кишки, відзначається гіпоацидний стан в тілі і антральному відділі шлунка. Середній показник рівня рН тіла шлунка хворих становив $2,99 \pm 0,40$, антрального відділу – $5,24 \pm 0,46$. За даними опитувальної анкети Г. Айзенка у хворих виявлені дещо знижені оцінки за шкалою екстраверсії-інтроверсії ($11,3 \pm 0,39$ бала) і високі за шкалою нейротизму ($17,2 \pm 0,49$ бала). Підвищена активність вегетативної нервової системи, як правило, пов'язана зі схильністю до інтроверсії, яка, на думку Г. Айзенка, є основою для виникнення страху. За даними шкали самооцінки Бека, рівень депресії хворих після перенесеного оперативного втручання складав $19,3 \pm 1,12$ бала. Найбільш високі оцінки виявлені за такими симптомами шкали, як підвищена дратівливість, втрата задоволення, знижений настрій, низька працездатність та порушення сну.

Таким чином, у більшості хворих з остеохондрозом поперекового відділу хребта, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою 12-палої кишки, відзначається знижена секреторна функція тіла і антрального відділу шлунка, розлади моторно-евакуаторної функції кишківника та обмеження амплітуди рухів і гнучкості хребта. Такі хворі відзначались підвищеною тривожністю, емоційною нестійкістю, зниженням працездатності, поганим настроєм, почуттям невдоволення собою у зв'язку зі станом свого здоров'я.

Комплексна програма реабілітації включала: лікувальну гімнастику, внутрішній прийом мінеральної води Поляна Квасова, масаж, бішофітні ванни, ампліпульстерапію на ділянку епігастрію, озокерит на попереки, вправи на профілакторі Євмінова, підводний душ, масаж спини, живота. Комплекс вправ лікувальної гімнастики спрямований на зміцнення м'язового та зв'язкового апаратів поперекового відділу хребта, покращення трофіки ушкодженої ділянки, збільшення висоти міжхребцевих дисків та міжхребцевих отворів. Також фізичні вправи спрямовані на покращення моторно-евакуаторної функції пілодуоденального відділу, нейрогуморальної регуляції органів травлення, крово- і лімфообігу в органах черевної порожнини, нормалізацію тонуусу жовчного міхура, підвищення секреторної функції підшлункової залози, а також зміцнення м'язів живота і тазового дна з підвищенням внутрішньочеревного тиску в чергуванні з вправами на розслаблення. Тривалість занять лікувальної гімнастики становила 40 – 45 хвилин. Мінеральну воду Поляна Квасова внутрішньо призначали температури 42°C за 45 хвилин до прийому їжі по 200 мл три рази на день і через 60 хвилин після їжі по 100 мл 3 рази на день. Це сприяло нормалізації моторно-евакуаторної функції травної системи. Лікувальний масаж застосовували для нормалізації тонуусу напружених м'язів спини, покращення

трофіки, обмінних процесів у змінених спинномозкових сегментах, підвищення рухливості хребта. Підводний душ, масаж спини, черевної порожнини призначали з метою покращення кровообігу у всьому організмі, усунення невралгічних проявів остеохондрозу, підтримання рухливості хребта, активізації обмінних процесів, прискорення регенеративних процесів, нормалізації моторно-евакуаторної функції травної системи, поліпшення загального стану організму.

Усі хворі пройшли повний курс відновного санаторно-курортного лікування, спрямованого на усунення болю, диспептичних явищ, нормалізацію секреторної, моторно-евакуаторної функції органів травної системи, усунення дискомфорту в попереку, покращення гнучкості хребта, стабілізацію нервової системи. У результаті проведеного курсу реабілітаційних заходів у 86,7% хворих з поєднаною патологією відзначалося покращення клінічних та функціональних показників. Болі в поперековому відділі хребта у хворих з коморбідною патологією зменшилися зі 100% до 16,7%, обмеження рухливості в попереку – з 90% до 23,3%. Ниючий біль в епігастрії після курсу санаторно-курортної реабілітації відзначали 13,3% пацієнтів. Здуття живота, бурчання по ходу кишківника зменшилося з 83,3% до 20%. Порушення загального стану у вигляді погіршення сну, загальної слабкості, дратівливості після курсу реабілітаційних заходів відзначали 16,7% хворих з поєднаною патологією. Під час повторного дослідження рухливості хребта з вихідного положення стоячи нахилом тулуба вперед було визначено, що у 57,6% пацієнтів нормалізувались показники гнучкості хребта. Обмеження згинання, а саме відстань від кінця III пальця до 5 см на початку вимірювальної лінійки в кінці курсу реабілітаційних заходів відзначали 43,3% пацієнтів. Обмеження рухливості до 10 см після курсу санаторно-курортної реабілітації пацієнти не відзначали. При повторно проведеній пробі Шобера гнучкість хребта в поперековому відділі між відповідними лініями відносно L5 хребця збільшилась з $5,25 \pm 0,18$ см до $7,09 \pm 0,14$ см ($P < 0,05$), що становить нижню межу норми.

Вправи для м'язів черевного преса використовувалися з метою нормалізації секреторної та моторної функцій шлунка, а також для підвищення або нормалізації рівня внутрішньочеревного тиску, поліпшення кровопостачання і трофічних процесів в органах шлунково-кишкового тракту, зокрема шлунка. У ході контрольного тестування пацієнти виконували тест з утримання прямих ніг під кутом 45° градусів з в.п. лежачи на спині, руки вздовж тулуба можливу кількість часу. Після проведеного курсу санаторно-курортної реабілітації в обстежених пацієнтів цей час дорівнював $29,3 \pm 1,4$ с, а покращення результатів становило 10,1 с. Застосування комплексної санаторної терапії також вплинуло і на функціональний стан шлунка та дванадцятипалої кишки. Рівень рН тіла шлунка у хворих достовірно знизився з $2,99 \pm 0,40$ до $2,07 \pm$

0,42 ($P < 0,01$), в антральному відділі шлунка рівень рН знизився з $5,24 \pm 0,46$ до $4,42 \pm 0,51$ ($P < 0,05$). За даними опитувальної анкети Г. Айзенка у хворих знижені оцінки за шкалою екстраверсії-інтроверсії ($11,3 \pm 0,39$ бала) дещо підвищились. Початково високі показники за шкалою нейротизму ($17,2 \pm 0,49$ бала) достовірно знизились і становили $14,5 \pm 0,41$ бала ($P < 0,05$). За даними шкали самооцінки Бека рівень депресії хворих з коморбідною патологією після комплексу реабілітаційних санаторно-курортних заходів знизився з $19,3 \pm 1,12$ бала до $13,5 \pm 1,14$ бала ($P < 0,05$). Проведені дослідження свідчать, що після комплексу реабілітаційних заходів у хворих з коморбідною патологією покращується самопочуття, нормалізується психоемоційний стан, підвищується працездатність, нормалізується сон.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з подальшим удосконаленням комплексної санаторно-курортної реабілітації, підвищенням якості життя хворих з поєднаною патологією.

Висновки

Проведені дослідження окремих клінічних і функціональних показників стану хребта у хворих з остеохондрозом поперекового відділу хребта, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою 12-палої кишки, показали, що найбільш характерним є зниження амплітуди рухів у поперековому відділі хребта, який відзначали 100% хворих, зниження секреторної функції шлунка, розлади моторно-евакуаторної функції травної системи. Такі хворі відзначались підвищеною тривожністю, емоційною нестійкістю, зниженим настроєм, почуттям невдоволення собою у зв'язку зі станом свого здоров'я.

Розроблена нами комплексна програма санаторно-курортної реабілітації спрямована на одночасне покращення клінічних показників, функціонального стану хребта, травної системи у хворих з коморбідною патологією. Водночас нормалізується психоемоційний стан, підвищується працездатність пацієнтів.

Література

1. Андрійчук ОЯ. Методичні основи фізичної терапії хворих на дегенеративно-дистрофічні захворювання опорно-рухового апарату. Art of medicine. 2018; 3: 174-177.
2. Афанасьев СМ. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації осіб з функціональними порушеннями і дегенеративно-дистрофічними захворюваннями опорно-рухового апарату: автореф. дис. ... д-ра наук з фіз. виховання та спорту: 24.00.03; МОНУ, НУФВСУ. Київ. 2018: 44 с.
3. Баннікова Р, Кормильцев В, Брушко В, Балаж М. Фактори, що визначають спрямованість процесу фізичної реабілітації чоловіків з остеохондрозом поперекового відділу хребта в стадії ремісії. Слобожанський науково-спортивний вісник. 2019; 1(69): 43-47.
4. Свінціцький АС, Абрагамович ОО, Боднар ПМ та ін.; за ред. АС. Свінціцького. Внутрішня медицина: poradnik лікарю загальної практики: навчальний посібник. Київ: ВСВ «Медицина»; 2014. 1272 с.
5. Григус ІМ, Нестерчук НС, Крук ІМ, Кособуцький ЮФ, Петрук ЛА. Теоретичне обґрунтування засобів фізичної терапії хворих на остеохондроз поперекового відділу хребта. Art of Medicine. 2022; 1 (21): 144-148.
6. Соколов ІВ, Іванов ВП, Яковенко ОІ та ін. Лікування та реабілітація хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки: методичні рекомендації. Київ: Український науково-медичний центр гастроентерології МОЗ України; 2013. 57 с.
7. Михайловська НС, Лісова ОО, Стецюк Ю. Реабілітація пацієнтів із захворюваннями органів травлення в практиці сімейного лікаря: навчальний посібник для студентів VI курсу медичного факультету за програмою навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина», спеціальності «Медицина» і «Педіатрія». Запоріжжя: ЗДМУ; 2021. 158 с.
8. Михайловська НС, Лісова ОО, Антипенко ОО. Основні принципи діагностики та лікування найбільш поширених захворювань шлунково-кишкового тракту в клініці внутрішніх хвороб: навчальний посібник для здобувачів ступеня доктора філософії за третім освітньо-науковим рівнем за програмою навчальної дисципліни «Сучасні аспекти вивчення внутрішніх хвороб». Запоріжжя: ЗДМУ; 2020. 163 с.
9. Попадюха ЮА. Сучасні комплекси, системи та пристрої у реабілітаційних технологіях: навчальний посібник. Київ. Центр учбової літератури; 2018: 656 с.
10. Філак ЯФ., Філак ФГ. Фізична терапія хворих після хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки. Вісник Прикарпатського університету. Серія: «Фізична культура». 2019; 33: 102–107.
11. Яковенко НП, Самойленко ВБ. Фізіотерапія: підручник для студентів. 2-е вид. Київ: Медицина; 2018. 256 с.

References

1. Andriyчук O. Metodichni osnovy fizichnoi terapii hovorih na degeneratyvno-dystrofični zahvoriuvannya oporno-ruhovogo aparatu. Art of medicine. 2018; 3(7):174-177. [in Ukrainian].
2. Afanasyev SM. Teoretyko-metodychni osnovy fizichnoyi rehabilitatsiyi osib z funktsional'nymy porushennyamy i deheneryatyvno-dystrofičnymy zakhvoryuvannyamy opornorukhovoho aparatu. Kvalifikatsiyina naukova pratsya. Kyiv. 2018. P.44. [in Ukrainian].
3. Bannikova R, Kormiltsev V, Brushko V, Balaz M. Faktory scho viznachayut spryamovanist protsesy fizichnoi rehabilitatsii cholovikiv z osteohondrozom poperekovoho viddily hrebta v stadii remisii. Slobozanskiy naykoviy visnyk. 2019; 1(69):43-47. [in Ukrainian].
4. Medicina interna: Consiliario generali medico: studio rector / A.S. Svintsitskyi, O.O. Abrahamovych, P.M. Bodnar [et alii]; sub editorship A.S. Svintsitsky - K.: VSV "Medicinae", 2014. 1272 p. [in Ukrainian].
5. IM. Nesterchuk, IM. Kruk, YF. Kosobutskyi, LA. Petruk Theorica justificationis physicae therapiae pro aegris osteochondrosis lumborum spiniae. Ars medica, 2022. 1 (21). P. 144-148. [in Ukrainian].

6. Curatio et rehabilitatio aegrotorum cum morbo ventriculi et duodeni ulceris peptici: emendatiorem commendationem / I. V. Sokolov, V. P. Ivanov, O. I. Yakovenko et alios. - Kyiv: centrum scientificum et medicinae Ucrainae gastroenterologiae Ministerii Salutis Ucrainae, 2013. 57 p. [in Ukrainian].

7. Mykhailovska NS. Reabilitatsiia patsiientiv iz zakhvoriuvanniamy orhaniv travlennia v praktytsi simeinoho likaria: navchalnyi posibnyk dlia studentiv VI kursu medychnoho fakultetu za prohramoiu navchalnoi dystsypliny «Zahalna praktyka – simeina medytsyna», spetsialnosti «Medytsyna» i «Pediatriia» /N.S. Mykhailovska, O.O. Lisova, I.O. Stetsiuk. – Zaporizhzhia: ZDMU, 2021. – 158 s. [in Ukrainian].

8. Praecipua principia diagnosis et curationis morborum frequentissimi tractus gastrointestinalis in medicina interna clinica: doctrina. manual pro PhD gradum tenentes in tertio gradu scholastico et scientifico secundum rationem disciplinae studiorum "Modern aspectus studiorum morborum internorum" / NS. Mykhaylovskaya, OO. Lisova, .O. Antipenko. – Zaporizhzhia: ZDMU, 2020. 163 p. [in Ukrainian].

9. Popadiukha YuA. Suchasni komplekxy, systemy ta prystroi u reabilitatsiinykh tekhnolohiakh: Navch. posib. / Yu.A. Popadiukha. - K.: Tsentr uchbovoi literatury, 2018. - 656 s. [in Ukrainian].

10. Filak YF., Filak FG. Curatio corporis aegrorum post chirurgicam curationem ulceris peptici ventriculi et duodeni morbi / Bulletin of the University of Carpathian. Series: Physical cultura. Ivano-Frankivsk, 2019. P. 102 – 107. [in Ukrainian].

11. Yakovenko, NP. Physiotherapy: artem. pro alumnis / N. P. Yakovenko, V. B. Samoilenko. - 2nd ed., ed. – Kyiv : Medicina, 2018. – 256 p. [in Ukrainian].

Мета – теоретично обґрунтувати та удосконалити засоби санаторно-курортної терапії для хворих, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки і які страждають на остеохондроз поперекового відділу хребта.

Матеріали та методи. Дослідження проведені у 30 хворих, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки і страждають на остеохондроз поперекового відділу хребта, які перебували на лікуванні в санаторії «Орлине гніздо». Вік пацієнтів становив від 45 до 55 років. Для оцінки функціонального стану хребта проводились такі тести: визначення гнучкості хребта в поперековому відділі при нахилі тулуба вперед, тест Шобера, витривалість м'язів черевного преса. Функціональний стан шлунка вивчався інтрагастральною рН-метрією.

Результати. У результаті проведених комплексних реабілітаційних заходів поряд з покращенням клінічної картини відзначається покращення показників лабораторних методів дослідження, а саме: показників рухливості хребта з вихідного положення стоячи нахилом тулуба вперед, показників за тестом Шобера, рН-метрії. Рухливості хребта з вихідного положення стоячи нахилом тулуба вперед нормалізувались у 57,6% пацієнтів. Витривалість м'язів черевного пресу збільшилось на 10,1 с. Рівень рН тіла та антрального відділу шлунка вірогідно знизився.

Висновки. Розроблена комплексна програма санаторно-курортної реабілітації спрямована на одночасне покращення клінічних показників, функціонального стану хребта, травної системи у хворих з коморбідною патологією. Водночас нормалізується психоемоційний стан, підвищується працездатність пацієнтів.

Ключові слова: остеохондроз поперекового відділу хребта, коморбідна патологія, санаторно-курортна реабілітація.

The aim is to theoretically substantiate and improve the means of sanatorium-resort therapy for patients who underwent surgery in connection with duodenal ulcer and who suffer from osteochondrosis of the lumbar spine.

Materials and methods. The research was conducted in 30 patients who underwent surgical intervention because of duodenal ulcer disease and who suffer from degenerative-dystrophic changes in the lumbar spine, who were undergoing sanatorium-resort treatment in the "Orlyne hnyzdo" sanatorium. The age of the patients was from 45 to 55 years. To assess the functional state of the spine, tests were performed: determining the spine flexibility in the lumbar region when the body is bent forward, the Schober test, and the endurance of the abdominal muscles. The stomach functional state was studied by intragastric pH-metry. A psychological examination was conducted using a questionnaire for determining neuroticism by H. Eysenck and a shortened version of Beck's depression self-assessment scale. The comprehensive rehabilitation program included: therapeutic gymnastics, internal intake of Polyana Kvasova mineral water, rehabilitation massage, bischofite baths. amplipulstherapy on the epigastrium, ozokerite on the lower back, exercises on the Yevminov prophylactic, underwater shower, massage of the back and abdomen.

The results. As a result of the comprehensive rehabilitation measures, along with the improvement of the clinical picture, there was an improvement in the modility of the spine from laboratory methods of research, namely: indicators of the mobility of the spine from the starting position while standing with the trunk bent forward, Schober's test, PH-metry. Mobility of the spine from the starting position while standing with the body bent forward was normalized in 57.6% of patients. The spine flexibility in the lumbar region when the Shober test was repeated increased from 5.25 ± 0.18 cm to 7.09 ± 0.14 cm, which is the lower limit of normal. Improvement of the results of abdominal muscles endurance increased by 10.1 seconds. The pH level of the stomach body and antrum credibly decreased.

Conclusions. The developed complex program of sanatorium-resort rehabilitation is aimed at simultaneously improving clinical indicators, the functional state of the spine, and the digestive system in patients with comorbid pathology, at the same time normalizing the psycho-emotional state and increasing the working capacity of patients.

Key words: osteochondrosis of the lumbar spine, comorbid pathology, sanatorium-resort rehabilitation.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Філак Ярослав Феліксович – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, завідувач кафедри фізичної реабілітації Ужгородського національного університету; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна, 88000.
yaroslav.filak@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0002-7510-263X

Філак Фелікс Георгійович – кандидат медичних наук, доцент кафедри основ медицини Ужгородського національного університету; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна, 88000.
felix.filak@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0001-7595-5416

Мазур П.Є.¹, Горошко Є.Л.¹,
Мазур О.П.², Новак-Мазепа Х.О.³

**Лікар Арсен Річинський
(до 105-ї річниці
отримання диплома)**

¹ Кременецький медичний фаховий коледж імені
Арсена Річинського

² КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР

³ КЗВО «Волинський медичний інститут»
Волинської обласної ради

Mazur P.Ye.¹, Goroshko Ye.L.¹,
Mazur O.P.², Novak-Mazepa Kh.O.³

**Doctor Arsen Richynskiy
(on the occasion of the 105th
anniversary of his graduation)**

¹ Kremenets Medical Vocational College named after
Arsen Richynskiy

² MNE "Ternopil Regional Clinical Hospital" TOR

³ Volyn Medical Institute of the Volyn Regional Council

kremed@ukr.net, mazur@tdmu.edu.ua

Вступ

У вересні 2023 року минуло 105 років з часу, коли отримав диплом про закінчення Імператорського університету Святого Володимира у Києві Арсен Річинський – лікар, громадський, церковний і політичний діяч, етнолог релігії, композитор, краєзнавець, педагог, фотограф. 24 травня 1999 року Постановою № 683 кабінет Міністрів України присвоїв Кременецькому медичному училищу (тепер фаховий медичний коледж) ім'я Арсена Річинського. Але про самого просвітителя, його життя і діяльність до цього часу мало відомо медичній громадськості.

Мета дослідження – ознайомлення молодших спеціалістів з медичною освітою, які складають більшість медичної громадськості країни, з основними віхами життя і діяльності лікаря.

Арсен Річинський народився 12 червня 1892 року. Він був єдиним сином у свого батька Василя, який служив дяконом в с. Тетилківці Кременецького повіту Волинської губернії (тепер Кременецький район Тернопільської області), пізніше – священником у Поліській єпархії.

Початкову освіту здобув у сільській церковнопарафіяльній школі, далі в Кременецькій гімназії, Кременецькому духовному училищі, Житомирській духовній семінарії, після закінчення якої у 1911 році став учителем церковнопарафіяльної школи села Сіднярки Луцького повіту. Восени 1911 року Арсен Річинський вступив на медичний факультет Варшавського університету, а з початком Першої світової війни перевівся до Імператорського університету Святого Володимира у Києві. Під час навчання в Університеті водночас працював викладачем у фельдшерській школі.

З 1915 р. працював дільничним лікарем в с. Хролин на Хмельниччині, а після виїзду в евакуацію – в селах Саратовської, Курської, Полтавської губерній. У 1917 році повернувся до університету, де 20 вересня

1918 року отримав диплом лікаря. З 31 травня 1917 по 9 квітня 1920 року працював лікарем Ізяславської повітової лікарні на Хмельниччині. В Ізяславі був обраний головою повітового земства. У 1918 р. став редактором часопису «Нова дорога». Активний діяч повітової «Просвіти». Організував вчительський хор. На базі Острозької жіночої гімназії графині Блудової проводив курси «українізації».

А. Річинський викладав гігієну в Ізяславській вищій початковій школі. Тут він зіткнувся з проблемою відсутності підручників українською мовою. «...Тепер, пориваючи зі спадщиною дореволюційних часів, пора припинити старе обмосковлення наших дітей, що призводило їх тільки до жорстокого рецидиву безграмотності і занепаду нашої національної культури», – писала з цього приводу газета «Нова дорога» [1].

Враховуючи ці обставини, А. Річинський видав підручник «Матерьяли до навчання гігієни (науки про здоров'я)». Підручник був розроблений відповідно до програм для 7-8 класів гімназії, ухваленої Міністерством народної освіти і складався з двох частин. Перша частина має наступний зміст: «Передмова; Завдання гігієни. Розділ перший. Наші вороги в природі: Фізіологія бактерій; Роль бактерій в життю чоловіка; Як передається зараза від хворого здоровому і якими шляхами вона входить у здорове тіло: Боротьба тіла з заразою; Невразливість (імунітет): Дезинфекція. Санітарні заходи; Короткий огляд заразних хороб; Заразні хороби черевні; Ще про заразні хороби; Паразити; Громадський лад і вдача людини; Старість».

Друга частина зі змістом: «Розділ другий. Спеціальна фізіологія й гігієна: Загальний погляд на природу людини; Значінне шкури й догляд за нею; Одежа; Житло; Опал; Провітрювання; Соняшне проміння в життю природи й людини; Штучне світло; Становище ґрунту і нищення покиді; Травлення; Пожива; Постачання води; Анатомія й фізіологія дихання;

Дихальна руханка; Атмосфера; Фізична праця; Гігієна дитячого віку» [2].

У 1920 році, рятуючись від більшовиків, виїхав в с. Тростянець Ківерцівського району Волинської області, де 11 липня 1921р. обвінчався з вчителькою Ніною Павлівною Прокопович, з якою познайомився в Ізяславі. З квітня 1922 р. працював головним лікарем Володимирської лікарні.

Арсен Річинський виступав за українізацію православ'я на Волині. 1924 року у Володимирі почав видавати незалежний орган українського і церковного відродження «На варті», який був спрямований на боротьбу за розмосковлення Православної Церкви. В другій половині 20-х на початку 30-х років Арсен Річинський публікує в українській пресі чимало статей та випускає ряд брошур, присвячених церковним питанням: «Критичний розгляд постанови Св. Синоду про заборону українського церковного з'їзду» (Варшава, 1927), «Сучасний стан церковно-релігійного життя української людності в Польщі» (Варшава, 1927), «Два плебісцити на Волині в справі богослужбової мови» (Володимир, 1927), «Моя сповідь Св. Синодові Православної Церкви в Польщі» (1929), «На манівцях» (1932). Арсен Річинський автор і упорядник ряду музичних творів на релігійну тематику, виданих у Володимирі-Волинському: «Всенародні співи в Українській Церкві» (1925), «Українські колядки на мішаний хор» (1927), «Скорбна мати. Збірник українських церковно-народних пісень» (1929), «Українська відправа вечірня і рання на мішаний хор (1929).

А. Річинський приймав участь у з'їзді українських культурно-освітніх організацій у м. Рівне, який відбувся 26 вересня 1926 року, де добився включення до порядку денного питання про церковні справи. 5-6 червня 1927 року у Луцьку відбувся церковний з'їзд, на якому найважливіші доповіді про сучасний стан церковно-релігійного життя українського православного населення зроби

Іван Власовський писав: «Провід національно-церковного українського руху, який (рух) так голосно заявив про себе на шостому році після Почаївського Єпархіяльного З'їзду 1921р. в акції Луцького церковного З'їзду 1927 р., був в руках церковно-громадських і культурно-освітніх діячів Волині на чолі з д-ром Арсеном Річинським» [3].

Святий Синод Православної церкви у Польщі постановою № 14 від 15 квітня 1929 року прийняв рішення «Об отлучении от церкви и анафематствовании проживающего в гор. Владимире лекаря Арсения Речинского за его враждебную и вредную для Православной Церкви в Польше деятельность» [4], про що було оголошено у пресі та церковних парафіях. Дізнавшись про це, Річинський звернувся до слідчих та суду з питанням перевірити відомості про порушення ним церковних канонів. Призначена для розслідування комісія повністю виправдала Арсена Річинського, не виявивши жодних порушень з його боку. Синод 22 березня 1930 року доручив митрополитові Деонісію

прийняти А.Річинського у лоно Православної Церкви згідно з його проханням.

В 1933 році А. Річинський видав свою книгу про релігійні справи «Проблеми української релігійної свідомості». У передмові до «Проблем української релігійної свідомості» А.Річинський так обґрунтував актуальність цього твору: «Книжка про релігійні справи в добі масового поширення атеїзму або зовсім не на часі, або дуже на часі. Аналіз українського народнього світогляду доводить, що безрелігійність у нас – явище впливове, з народним світоглядом незгідне; це – симптом духовного полону, небезпечного для самого існування нації. Духовна самостійність, створення власної релігійно-національної ідеології завжди додає народові певності своїх сил і свого достоїнства, віри в свою правоту і в свою будучину. Навпаки, рабське перейняття чужих ідей і чужих поглядів підриває духовні сили і відпорність народу, затягує його на службу чужим божкам: тоді надходить смерть нації» [5].

Працюючи у Володимирі, А.Річинський долучився до роботи Галицького осередку Українського Лікарського Товариства у Львові і брав активну участь у розв'язанні медичних проблем. У 1925 році організував «Пласт» на Волині.

За діяльність Арсена Річинського пильно стежила польська поліція. Всі його дії та контакти фіксувалися. З 12.05.1935 по 25.07.1935 р. А. Річинський був ув'язнений в сумнозвісний концтабір Береза-Картузька. Другий раз у Береза-Картузькій А. Річинський опинився на початку вересня 1939 р. і пробув там до 18 вересня. Проте на волі він був не довго. 20 жовтня 1939 року його заарештували енкаведисти і ув'язнили у Володимирській тюрмі.

Оскільки Арсен Річинський не належав до жодної політичної партії, слідство затяглося. Лікаря вивезли разом з іншими політичними в'язнями у тюрму селища Сухобезводне Горьковської області, де кілька років тримали без суду. Лише 5 травня 1942 р. т.з. «особий совет» при НКВС СРСР виніс вирок, засудивши А. Річинського на 10 років позбавлення волі. Також репресована була сім'я А. Річинського – його дружини та дві дочки. Старший Мирославі тоді було 15 років, а молодшій Людмилі – всього 6 тижнів.

А. Річинський покарання відбував в Укклазі. В 1949 році А. Річинського звільнили. Але влада не дала повернутися на батьківщину. Дозволили поселитися в Казахстані у м. Казалінськ. В концентраційному таборі і на спецпоселенні Арсен Річинський займався лікарською практикою, писав наукові статті з акушерства. 13 квітня 1956 р. А. Річинський помер у результаті крововиливу. Поховали його на цвинтарі станції Джусали Кизил-Ординської області.

Ім'я та діяльність Арсена Річинського довго залишались невідомими його землякам. Радянська влада зробила все для того, щоб так було.

Повернення на Батьківщину імені Арсена Річинського розпочалося 22 квітня 1998 року. У цей день у Кременецькому медичному училищі (фаховому коледжі)

відбулися перші Річинські читання. З тих пір було проведено одинадцять Річинських читань. Проводились вони у Кременці, Тернополі, Києві, Ізяславі. У читаннях приймали участь представники влади, священнослужителі, науковці та краєзнавці з Кременця, Києва, Тернополя, Рівного, Луцька, Острога, Володимира-Волинського, Білорусії, Росії, а також дочка Арсена Річинського Людмила, син Віктор, похресник Юрій Паєвський.

14 жовтня 2006 року на Покрову Пречистої Богородиці труну з прахом Арсена Річинського зустрів найстаріший храм (1600 року) Різдва Христового УАПЦ м. Тернополя. Похоронили його прах на цвинтарі с. Підгородне біля м. Тернополя. 26 серпня 2009 року Богословська комісія з канонізації святих Української Автокефальної Православної Церкви причислила Арсена Річинського до лику святих сповідників Українського православ'я.

В медичному коледжі його імені відкрито музей Арсена Річинського, на території коледжу – пам'ятний знак, меморіальні дошки на стіні коледжу, в містах Володимирі та Ізяславі, в с. Тетильківці. Ім'я А. Річинського носять вулиці в містах Кременці, Ізяславі та Володимирі. Перевидано праці просвітителя, про його життя і творчість видруковано ряд наукових збірників.

Отже, отримавши диплом лікаря у вересні 1918 року Арсен Річинський крім основної роботи, займався активною громадсько-політичною та просвітницькою роботою, займаючи активну проукраїнську позицію. Зазнав переслідувань з боку польської та радянської окупаційних влад. Підданий забуттю, лише зі здобуттям Україною державної Незалежності ім'я Арсена Річинського отримало гідне пошанування.

Література

1. Нова дорога. 1918; 1–2:3.
2. Річинський А. Матерьяли до навчання гігієни: (науки про здоровля) в середніх класах гімназій та вищих початкових школах / А.Річинський.- Ізяславль на Волині, додаток до «Нової дороги» – Вістника Ізяславської Повітової Народної Ради. 1918; ч. I-II:227-228.
3. Власовський І. Нарис історії Української Православної Церкви. Нью-Йорк, 1966 р. К.: Либідь, 1988;Т.4.Ч. 2:45.
4. Державний архів Тернопільської області. Ф. 258. Оп.3. Спр.545. Арк.42.
5. Річинський А. Проблеми української релігійної свідомості. Тернопіль, «Терно-граф». 2009:12.

References

1. Iziaslavskiy visnyk Nova doroha [Izyaslav newspaper Nova doroga]. Iziaslav – Izyaslav, 1918;1-2:3.
2. Richynskiy, A. Materialy do navchannia hihiieny: (nauky pro zdorovlia) v serednikh klasakh himnazii ta vyshchyykh pochatkovyykh shkolakh [Materialy do navchannia hihiieny: (nauky pro zdorovlia) v serednikh klasakh himnazii ta vyshchyykh pochatkovyykh shkolakh]. *Iziaslavl na Volyni, dod. do Novoi dorohy Vistnyka Iziaslavskoi Povitovoi Narodnoi Rady – Iziaslavl na Volyni, dod. do Novoi dorohy Vistnyka Iziaslavskoi Povitovoi Narodnoi Rady*, 1918;I/II:227-228.
3. Vlasovskiy, I. Narys istorii Ukrainskoi Pravoslavnoi Tserkvy [Essay on the history of the Ukrainian Orthodox Church]. Kyiv, Lybid, 1998;4(2):45.
4. Rishennia pro vidluchennia vid tserkvy A. Richynskoho [The decision to excommunicate A. Richinsky]. *Derzhavnyi arkhiv Ternopilskoi oblasti – State archive of the Ternopil region*, 1929. F. 258, Op.3, Spr. 545, Ark. 42.
5. Richynskiy A. Problemy ukrainskoi relihiinoi svidomosti [Richynskiy A. Problems of Ukrainian religious consciousness]. Uporiad. – edited by Hudyma, A. *Ternopil. Terno-hraf – Ternopil. Terno-graf*, 2009;4:12.

Стаття про життя і громадсько-політичну діяльність Арсена Річинського – випускника 1918 року Університету Святого Володимира у Києві, громадського, церковного і політичного діяча, етнолога релігії, композитора, краєзнавця, педагога, фотографа та його пошанування в Україні за часів Незалежності.

Ключові слова: Арсен Річинський, громадсько-політична діяльність, пошанування.

The article is about the life, social and political activities of Arsen Richynskiy and his honouring in Ukraine since independence. He graduated from St Volodymyr's University in Kyiv in 1918 and was a public, religious and political figure, ethnologist of religion, composer, local historian, teacher and photographer.

Key words: Arsen Rychynskiy, social and political activity, honouring.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Мазур Петро Євстахійович – директор Кременецького медичного фахового коледжу імені Арсена Річинського; вул. Юліуша Словацького, 12, м. Кременець, Тернопільська обл., Україна, 47004.

kreumed@ukr.net

Горошко Євгенія Луківна – викладач Кременецького медичного фахового коледжу імені Арсена Річинського; вул. Юліуша Словацького, 12, м. Кременець, Тернопільська обл., Україна, 47004.

kreumed@ukr.net

Мазур Олена Петрівна – кандидат медичних наук, лікар-кардіолог КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР; вул. Громницького, 9, м. Тернопіль, 46000.

mazur@tdmu.edu.ua

Новак-Мазепа Христина Олегівна – доктор філософії за спеціальністю 223 «Медсестринство», старший викладач кафедри медсестринства та екстреної медицини КЗВО «Волинський медичний інститут» Волинської обласної ради; вул. Лесі Українки, 2, м. Луцьк, Україна, 43016.

ORCID ID 0000-0003-3476-9611.

ДО ВІДОМА АВТОРІВ

Редакція журналу «Україна. Здоров'я нації» запрошує до активної співпраці!

Тематична спрямованість журналу: здоров'я населення та його перспективи; проблеми демографічного розвитку; організація медичної допомоги; боротьба із соціально небезпечними хворобами; правове забезпечення охорони здоров'я; права та захист пацієнта і лікаря; управління охороною здоров'я; розвиток національної системи охорони здоров'я; сільська медицина; розвиток приватного сектору; розвиток стандартизації медичної допомоги; економіка охорони здоров'я; соціальні проблеми охорони здоров'я; доказова медицина; медичні кадри; проблеми медичної освіти; формування здорового способу життя; проблеми екології та охорони здоров'я; міжнародний досвід розвитку охорони здоров'я; історія медицини; фармація: на шляху до міжнародних стандартів; наукова дискусія; ювілей науково-дослідної установи; офіційна інформація; корпоративна інформація.

До друку приймаються наукові статті українською та англійською мовами, які містять такі **необхідні елементи:**

Шифр УДК.

Українською та англійською мовами:

Прізвища, ініціали авторів, місце роботи, місто, контактний e-mail.

Назва публікації.

Мета дослідження: 2-3 речення, у яких сформульовано, яку проблему або гіпотезу вирішує автор і з якою метою.

Об'єкт і методи дослідження: докладний виклад об'єкта, обсягів, терміну, методик дослідження. Цей розділ повинен містити максимальну інформацію, оскільки це необхідно для подальшого можливого відтворення результатів іншими дослідниками, порівняння результатів аналогічних досліджень та можливого включення даних статті в метааналіз. Вказується дотримання етичних принципів під час проведення дослідження.

Обробка даних: вказується, якими методами обробки даних користувався автор.

Результати дослідження та їх обговорення: основні результати проведеного дослідження необхідно представляти в логічній послідовності без літературних посилань. Дані наводяться чітко у вигляді коротких описів із графіками, таблицями та рисунками. Слід виділити нові і важливі аспекти результатів проведеного дослідження, проаналізувати можливі механізми або тлумачення цих даних, за можливості зіставити їх із даними інших дослідників. Не варто повторювати відомості, що вже були вказані в розділі «Вступ». В обговорення можна включити обґрунтовані рекомендації для практики та можливе застосування отриманих результатів у майбутніх дослідженнях.

Перспективи подальших досліджень: 2-3 речення, у яких вказується напрям подальших наукових пошуків, які планує провести автор за темою статті.

Висновки: підсумок виконаної роботи: що отримано, про що це може свідчити або що може означати, чому служитиме і які розкриває можливості. Відобразити перспективи використання результатів.

Література. Список літератури оформлюється без скорочень мовою оригіналу. Автори подаються в порядку згадування згідно з вимогами Ванкуверського стилю. Посилання в тексті вказуються цифрами у квадратних дужках. Список має включати не менше ніж 5 джерел за останні 10 років.

References. Для активного включення статей наукового фахового видання в обіг наукової інформації та коректного індексування публікацій наукометричними системами необхідно після наведення списку використаних джерел у кожній публікації наводити блок References, який повторює список джерел із латинським алфавітом та наводить список кирилических джерел у транслітерованому вигляді. Цитування у блоці References повинні бути оформлені за Ванкуверським стилем.

Заборона використання наукових праць країни-окупанта

Забороняється цитування в тексті та внесення до бібліографічних списків тих джерел, які опубліковані російською мовою в будь-якій країні, а також джерел іншими мовами, якщо вони опубліковані на території росії та білорусі.

Анотація (*українською та англійською мовами*). Обсяг 200–250 слів, повинна включати такі пункти:

Мета наукового дослідження

Матеріали та методи дослідження

Результати дослідження

Висновки

Ключові слова: 3–8 слів.

На останній сторінці тексту повинні бути вказані дані про авторів: прізвище, ім'я та по батькові автора, науковий ступінь, наукове звання, місце роботи та посада, поштова адреса, електронна адреса, ORCID. Вказуються дані про конфлікт інтересів авторів.

Текст друкується в редакторі MICROSOFT WORD шрифтом Times New Roman 14 розміру через 1,5 інтервали, без переносів. Відступ абзацу – 1,25 см. Поля: ліворуч – 3 см, вгорі, внизу – 2 см, праворуч – 1,5 см.

Статті, не оформлені належним чином, не приймаються до публікації. Редакція залишає за собою право проводити редакційну правку.

Редакційна рада