

**Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації**

МАТЕРІАЛИ
**VII Всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю
«Полтавські дні громадського
здоров'я»
26 травня 2023 року**



**ПОЛТАВА
2023**

УДК 614-027.555(075)

**Редакційна колегія: Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А.,
Ляхова Н.О., Бєлікова І. В., Краснова О. І.**

«Полтавські дні громадського здоров'я»: VII Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2023; Полтава).

Матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», 26 травня 2023 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2023. – 133 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я» містять в собі наукові праці з питань організаційних, правових, клінічних аспектів діяльності системи громадського здоров'я та системи охорони здоров'я в Україні в мирний час та під час військового стану, роботі фахівців різних спеціальностей, питанням покращення організації системи громадського здоров'я та галузі охорони здоров'я та оптимізації роботи лікувальних закладів у період реформування

УДК 614-027.555(075)

©Полтавський державний медичний університет, 2023

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО

**доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України
ректора Полтавського державного медичного університету,
ВЯЧЕСЛАВА ЖДАНА**



Шановні гості, шановні учасники конференції, друзі!

Маю честь привітати Вас на Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я» від імені чисельного колективу Полтавського державного медичного університету.

Безперервний професійний розвиток лікарів – це процес навчання та вдосконалення професійних компетентностей фахівців після здобуття ними вищої освіти у сфері охорони здоров'я та післядипломної освіти в інтернатурі, що дає змогу фахівцю підтримувати або покращувати стандарти професійної діяльності відповідно до потреб сфери охорони здоров'я та триває протягом усього періоду професійної діяльності

Основними задачами наукових конференцій є обмін досвідом та сучасними науковими здобутками серед науковців та практиків, можливість отримати нові знання або вдосконалити існуючі.

Ми раді бачити Вас в нашому Університеті, дозвольте побажати творчого натхнення, плідних дискусій та здобуття нових знань.

З повагою та найкращими побажаннями.

**Ректор Полтавського державного медичного університету,
д.мед.н., заслужений лікар України, професор Вячеслав Ждан**

**Вітальне слово завідувача кафедри громадського здоров'я
з лікарсько-трудовою експертизою, доктор медичних наук, професора
Ірини Голованової**



Вельмишановні учасники конференції!

Дозвольте привітати Вас від імені кафедри громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою та щиро подякувати учасникам за увагу до нашої науково-практичної конференції «Полтавські дні громадського здоров'я».

Організація такої конференції в одному з провідних медичних вишів України, за активної участі не лише науковців, а й фахівців практичної медицини, свідчить як про важливість тематики, так і про інтеграцію академічної науки, управлінського сектору та практичної охорони здоров'я.

Проведення науково-практичної конференції дає можливість обговорити актуальні питання організації та управління системи охорони здоров'я, розглянути шляхи оптимізації та ознайомитися з досвідом інших країн. Незаперечним є необхідність наукового супроводу у вирішенні питань організації охорони здоров'я.

Бажаю всім учасникам конференції розширення професійних і партнерських контактів, активного наукового спілкування та продуктивної творчої дискусії.

**З повагою та найкращими побажаннями.
Завідувач кафедри громадського здоров'я
з лікарсько-трудовою експертизою,
д.мед.н. професор Ірина Голованова**

**БЕЗБАР'ЄРНИЙ ПРОСТІР В УКРАЇНІ: ДІЯЛЬНІСТЬ МОЗ УКРАЇНИ
В РЕАЛІЗАЦІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ СТРАТЕГІЇ**

Ждан В. М., Голованова І. А., Лунін Д. С.,

Ляхова Н. О., Комар А. В., Белікова І. В.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Конституція України забезпечує рівні права та можливості для всіх людей реалізуватись, бути професійно зайнятим, пересуватись, отримувати сервіси, здобувати освіту, спілкуватись, відпочивати та розвиватись. Тому в Україні повинні бути відкриті можливості для самореалізації, пересування, навчання, відпочинку та заробітку. Бар'єри — це ті перепони, які заважають різним людям отримати доступ до можливостей, і через це не дають їм повністю реалізувати свій потенціал. Дуже часто бар'єри створюють самі люди внаслідок незнання, стереотипів та упереджень. Через це виникає неправильний та незручний дизайн, дискримінаційні процедури і негативне ставлення.

Бар'єри можуть проявлятися по-різному. Наприклад, фізичні — це ті, що перешкоджають пересуванню у просторі: круті сходинки, відсутність ліфтів та пандусів як альтернативи, високі пороги й тротуари тощо.

Бувають бар'єри інформаційні. На жаль, сьогодні дуже маленький відсоток інформації подається з урахуванням того, що її сприйматимуть різні люди (наприклад, з порушеннями зору чи слуху).

До психологічних бар'єрів можна зарахувати якраз негативне ставлення, яке часто формується через страхи, упередження та стереотипи. Наприклад, з відкриттям інклюзивних класів серед батьків поширився страх, що більше уваги буде приділятися дитині з особливими освітніми потребами, тоді як інші діти будуть нею обділені. Хоча підстав для таких страхів і не було — вчитель користується спеціальною методикою викладання, яка враховує потреби різних учнів. Психологічні бар'єри бувають і внутрішніми.

Зокрема, вони досить поширені серед літніх людей, які залишили ринок праці. Без звичної роботи, яка була джерелом мотивації та спілкування, людина стикається з низкою психологічних труднощів – відчуття пригніченості, покинутості, самотності, які можуть переходити у депресію та апатію.

Економічні бар'єри стосуються ситуацій, коли людині відмовляють у працевлаштуванні через упереджене ставлення: наприклад, що людина якогось конкретного віку не впорається з певною роботою. Хоча насправді страхи та побоювання працедавця не мають жодного стосунку до компетенцій кандидата. Також економічні бар'єри — це ще й про брак коштів на такі базові речі, як одяг, побутові товари, комунальні послуги чи навіть їжу. З такими бар'єрами може зіткнутися будь-хто, хто опинився в складній фінансовій ситуації або не може знайти роботу, джерело заробітку.

Існують також інституційні бар'єри, коли закони, нормативні документи та послуги не завжди враховують потреби різних людей або ж узагалі обмежують право доступу. Наприклад, до 2017 року для жінок в Україні наказом № 256 МОЗ, який дістався нам у спадок від Радянського Союзу, були заборонені більше 450 професій. Фактично цей наказ забирав у жінок свободу обирати собі будь-яку професію і ставив їх у нерівне становище із чоловіками.

Таким чином, відсутність безбар'єрного середовища не лише створює проблеми для мільйонів громадян, але і призводить до загального погіршення добробуту кожної людини. Проблеми наявні у загальному доступі до інфраструктури (як фізичної, так і цифрової), а також у кожній сфері життя людини, зокрема ускладнений доступ до громадського транспорту та об'єктів фізичного оточення, відсутність адаптації інформації, сайтів та додатків для всіх громадян, суспільне несприйняття, бар'єри у доступі до освіти, роботи. Крім того, недостатній рівень забезпечення статистичними даними не дає змогу точно визначити кількість людей, які щодня стикаються з тими чи

іншими бар'єрами, та, як наслідок, ускладнює процес формування та реалізації державної політики для усунення цих бар'єрів.

Безбар'єрність стосується мільйонів українців, адже вона означає усунення бар'єрів не лише для осіб з інвалідністю, а загалом для маломобільних людей, молоді, жінок, літніх людей, дітей та інших.

Тема безбар'єрності є актуальною для кожного, а тому повинна бути видимою, обговорюваною та підтримуватись тими, хто має політичну вагу. Важливими крокам у цьому напрямку стали запуск ініціативи Першої леді України Олени Зеленської «Без бар'єрів» і розроблення Національної стратегії зі створення безбар'єрного простору в Україні, що стосується освіти, роботи, соціального та культурного життя, для її реалізації.

Слід зазначити, що повномасштабне вторгнення РФ не завадило реалізації у 2021–2022 роках плану заходів із впровадження Національної стратегії зі створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року. Наразі уряд затвердив план заходів із реалізації Стратегії на наступні два роки.

Попередньо схвалений Радою безбар'єрності документ визначає чотири пріоритетні напрями роботи:

- безбар'єрний простір,
- безбар'єрні товари,
- безбар'єрні послуги,
- безбар'єрна інформація.

Відповідно до цього, кожне міністерство реалізовуватиме чіткі завдання, виконання яких наблизить Україну до європейських стандартів безбар'єрності.

В квітні 2023 року МОЗ презентувало дворічний план заходів із реалізації Національної стратегії зі створення безбар'єрного простору в Україні до 2030 року за шістьма основними напрямками:

1. Суспільна та громадянська безбар'єрність, яка передбачає забезпечення рівних можливостей участі всіх людей та суспільних груп у житті громад та держави.

2. Освітня безбар'єрність – створення рівних можливостей та вільного доступу до освіти, включаючи освіту протягом життя.

3. Економічна безбар'єрність – забезпечення умов та можливостей для працевлаштування, заняття підприємництвом молоді, жінок, літніх людей, людей з інвалідністю тощо.

4. Інформаційна безбар'єрність – умови, за яких люди, незалежно від їхніх функціональних порушень чи комунікативних можливостей, мають доступ до інформації в різних форматах та з використанням технологій, що враховують їхні потреби та можливості.

5. Фізична безбар'єрність – створення середовища, в якому громадські споруди та публічні місця, транспорт і послуги є фізично доступними для всіх суспільних груп.

6. Цифрова безбар'єрність – забезпечення доступу до інформації, комунікації, публічних та інших послуг онлайн для всіх суспільних груп, включаючи літніх людей, людей з інвалідністю, людей, які проживають у сільській місцевості та ін.

Міністерство охорони здоров'я України активно залучене в роботу над створення безбар'єрного простору. Так, серед його завдань на 2023-2024 роки, зокрема визначені наступні:

На 2023 рік:

- Запуск стаціонарних та амбулаторних реабілітаційних послуг у пакетах медичних гарантій НСЗУ.
- Запуск електронного документування реабілітаційного процесу.
- Розвиток 77 закладів реабілітаційного маршруту – створення реабілітаційних відділень, кабінетів асистивних технологій.
- Співпраця закладів охорони здоров'я та протезних підприємств.
- Формування бачення реабілітації в громаді та координації послуг.

- Видача допоміжних засобів реабілітації (ДЗР) у процесі реабілітації на базі кабінетів асистивних технологій.
- Посилення закладів високоспеціалізованих послуг у реабілітації (травми спинного мозку, опіки, протезування-ортезування).
- Розробка нормативно-правових актів (НПА) з ліцензування фахівців із реабілітації.
- Прийняття НПА з реабілітації в громаді та координації послуг.
- Розробка удосконалених пакетів у Програмі медичних гарантій із включенням реабілітації в громаді.

На 2024 рік:

- Запуск реабілітації в громаді та інтеграція послуг.
- Формування трирівневої системи реабілітаційної допомоги, в якій наявні центри надання високоспеціалізованої допомоги – на національному рівні, заклади надання неспеціалізованої реабілітаційної допомоги – на рівні областей та заклади для надання реабілітаційної допомоги – на рівні громад.

Крім того, під час розроблення ініціатив було проаналізовано ряд кращих міжнародних практик створення безбар'єрного простору, зокрема країн Європейського Союзу, Канади, Сінгапуру, Японії, Великобританії, США.

Положення Стратегії враховують весь ряд напрацьованих раніше стратегічних документів в Україні, зокрема щодо створення безбар'єрного середовища для осіб з інвалідністю, розвитку молоді, захисту прав людини, подолання нерівності (у тому числі гендерної).

Отже, безбар'єрність є суспільною нормою, в рамках якої кожна людину приймають, поважають і цінують незалежно від походження, статі, віку, фізичних особливостей, трудової зайнятості, а при прийнятті рішень влада, бізнес, громада враховує інтереси всіх суспільних груп, в тому числі малочисельних.

Список використаної літератури.

1. Агеєва Г. М. Проблеми створення безбар'єрного простору у закладах вищої освіти / Г. М. Агеєва // Експлуатація та реконструкція будівель і споруд : IV Міжнародна науково-практична конференція, 9-11 вересня 2021 рік, м.Одеса. - Одеса: ОДАБА, 2021. - С. 173-174.
2. Бочелюк, В. Й., Турубарова, А. В. Психологія людини з обмеженими можливостями. Навчальний посібник. – Київ: Центр учбової літератури. – 2011. – 260 с.
3. Загальна декларація прав людини. Ст. 1. URL: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_015 (дата звернення: 11.05.2023).
4. Зубченко С. О., Каплан Ю. Б., Тищенко Ю. А. Створення безбар'єрного середовища та соціальна інклюзія: світовий досвід для України : аналітична доповідь. Київ : НІСД, 2020. 24 с.
5. Конституція України, 1996, № 30, ст. 141). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення 19.05.2023)
6. Кочубей, Т., Левченко Н. (2021). Загальні засади створення безбар'єрного середовища для людей з інвалідністю. Social Work and Education, Vol. 8, No. 2. pp. 204-214. DOI: 10.25128/2520- 6230.21.2.6.
7. Лещук Г. В. Концепт безбар'єрності в теорії та практиці інклюзії. Інклюзія в дії: стратегії впровадження в Україні та світі : колективна монографія. Тернопіль : Осадца Ю.В., 2022. С. 8–28.
8. МОЗ презентувало дворічний план заходів із реалізації Нацстратегії зі створення безбар'єрного простору в Україні до 2030 року. <https://moz.gov.ua/article/news/moz-prezentovalo-dvorichnij-plan-zahodiv-iz-realizacii-nacstrategii-zi-stvorennja-bezbar%e2%80%99ernogo-prostoru-v-ukraini--do-2030-roku> (дата звернення: 1.05.2023)
9. Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року. (2021). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%80#Text>

- 10.Тюркеджи Н. Національна стратегія зі створення безбар'єрного простору в Україні та документно-інформаційні структури / Н. Тюркеджи // Культурологія та соціальні комунікації: інноваційні стратегії розвитку : матеріали міжнар. наук. конференції, м. Харків, 18–19 листопада 2021 р. – Харків : ХДАК, 2021. – С.134-136.
<http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/15575>
- 11.Чічель О. Архітектурна доступність та безбар'єрність простору як форма реалізації концепції інклюзії у суспільстві. II Всеукраїнська міждисциплінарна науково-практична конференція «Інклюзивна освіта: ідея, стратегія, результат» (20.10.2022 р.). Тернопіль, 2022. – С. 197-199.

**ВИЗНАЧЕННЯ ЧИННИКІВ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА РІВЕНЬ
ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ СЕРЕД ДІТЕЙ ТА
ПІДЛІТКІВ В ЧЕРКАСЬКІЙ ОБЛАСТІ.**

Білоїваненко О. І.¹, Ляхова Н. О.², Краснова О. І.²

¹Головне управління Держпродспоживслужби в Черкаській області,
Золотоноша, Україна

²Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

На даний час ситуація щодо захворювання на туберкульоз серед дітей та підлітків в Україні залишається напруженою. За період останніх декількох років хоча і реєструються деякі зміни у позитивному напрямку по встановленню контролю над даною недугою, але на сьогоднішній день реєструється збільшення захворюваності на туберкульоз по основних епідемічних показниках [3, 4]. В той же час наявність деяких соціальних факторів сприяють подальшому поширенню захворювання на туберкульоз серед дитячого населення [1].

Стан здоров'я дітей та підлітків на даний час залежить від наслідків соціального, екологічного і медичного забезпечення дорослого населення. Завдяки біологічним особливостям адаптація дитячого організму до факторів середовища є обмеженою, в той же час чутливість до екзогенних і

ендогенних факторів є підвищеною [2]. Отже, діти першими реагують на погіршення соціально-економічного благополуччя населення, а стан їх здоров'я є одним із індикаторів епідемічного стану всього суспільства.

З метою покращення санітарно-епідемічної ситуації із захворювання на туберкульоз серед дитячого населення було проведено анкетування батьків дошкільників та школярів закладів освіти м. Золотоноші та Золотоніського району Черкаської області для визначення рівня їх обізнаності щодо вакцинації дітей та підлітків, як специфічної профілактики туберкульозу, яка складалася із 35 питань із запропонованими варіантами відповідей. Всього участь у анкетуванні взяли 915 батьків.

За результатами узагальнення інформації встановлено:

- вікова категорія батьків, які взяли участь у анкетуванні: 21-30 років- 229 батьків; 31-40 років – 486 батьків (сама активна вікова категорія); 41-50 років-164 батьків; 51 рік і старші-36 батьків.
- 40% від опитаних батьків були із вищою або двома та більше вищими освітами, 34 % із середньою спеціальною освітою, 24,4% із середньою освітою та 1,6 % із іншими освітами;
- за посадами 48,2% від анкетованих батьків були робітники, 31,5% не працюючі батьки, 13,1 % службовці та 7,2 % керівники;
- активність спостерігається серед батьків у сільській місцевості (66%), лише 34 % батьків, які пройшли анкетування були жителями міста;
- фінансове забезпечення сім'ї 49,4% батьків вважають задовільним, 39,7% достатнім. В той же час 10,9% батьків вважають фінансове забезпечення своєї сім'ї незадовільним;
- активними учасниками анкетування були батьки дітей віком до 6 років (43,4%), 6-12 років (34,5%), 12-15 років (15,4%) і лише 6,7% пройшли анкетування батьки дітей віком 15-18 років;
- 58,5% батьків оцінюють стан здоров'я своєї дитини як задовільний, 39,9% - відмінний, 1,6% - поганий;

- 65,9% батьків вважають свою санітарно-гігієнічну обізнаність задовільною, 33,9 % високою і 0,2% низькою;
- здорового способу життя дотримуються завжди 59,8% батьків, дотримуються інколи -38,9%, не дотримуються- 1,3% батьків;
- принципам здорового способу життя навчають свою дитину постійно 83,9% батьків, 15,6% - інколи, 0,5% - не навчають взагалі;
- 99 % батьків вважають, що саме вони повинні піклуватися про здоров'я своєї дитини, 1 % вважають, що про здоров'я їх дитини повинні піклуватися держава та лікарі;
- 88,9% батьків вважають, що саме вони впливають на свою дитину у розвитку навиків здорового способу життя, 5, 8% -середа спілкування, 2,7% - школа (дитячий садочок), 2,1%- засоби масової інформації, 0,5% лікарі;
- у 82,2% закладів загальної середньої та дошкільної освіти наявний медичний кабінет, 17,8% медичні кабінети у закладах освіти відсутні. Як свідчать дані, медичні кабінети відсутні у закладах загальної середньої освіти, які розташовані у сільській місцевості Золотоніського району Черкаської області;
- 68% батьків задоволені медичною допомогою у своєму населеному пункті, 29,2 % - не задоволені, 2,8 % - вкрай не задоволені;
- більшість батьків вважають, що спосіб життя і харчування найбільше впливають на формування здоров'я дитини, потім наступним фактором є навколишнє середовище, спадковість і найменш впливовим фактором вважають надання медичної допомоги;
- про необхідність дотримання заходів профілактики інфекційних захворювань (профілактичних щеплень) 81% батьків педіатр інформувала постійно, 16,5% - епізодично, 2,5% - не інформувала жодного разу;
- 89,7% батьків вважають що туберкульоз це інфекційне захворювання, 4,6 % - ні, 5,7% - не знають;

- про існування інших видів туберкульозу, окрім легеневого знають 58,4% батьків, 16,9 % вважають, що не існує інших видів туберкульозу, 24,7% - взагалі не знають відповіді на дане питання;
- 63,8 % батьків вважають, що на туберкульоз хворіють люди усіх вікових категорій, 34,1 % батьків вказали, що на туберкульоз хворіють люди усіх вікових категорій та свійські тварини, 2,1% -хворіють дорослі та люди похилого віку;
- туберкульозом можна заразитись при спілкуванні з людиною, яка кашляє та чхає вважають 88,4% батьків, при споживанні сирого молока, яєць, не провареного м'яса-10,8% батьків, вживанні термічно оброблених продуктів-0,8% ;
- 94,4% вважають повітряно-крапельний шлях зараження, 25,8%- харчовий, 9% - статевий, 53,9% - контактено-побутовий, 27,5% - через кров. –
- симптомами туберкульозу батьки вважають такі, як довготривалий кашель (98,6%), безпричинна втрата ваги тіла (57%), слабкість, підвищена втомлюваність (72%), рясне потовиділення вночі (35,5%), високий тиск, задишка, почервоніння (10,9%), збільшення лімфовузлів (22,8%), висипи на шкірі, свербіж, зуд (4,5%), підвищення температури тіла (53,8%);
- туберкульозом можна заразитись в загальному транспорті вважають 59,9% батьків, на вулиці-20,4%, у лікарні, поліклініці-19,7%;
- вилікуватись від захворювання на туберкульоз можна частково вважають 53,4% батьків, повністю-38%, не можна-8,5%;
- 73,4% батьків вважають, що для вчасного виявлення хвороби дорослим і підліткам з 15 років роблять флюорографію (знімок легенів), 23,3 % вважають, що спеціальний тест (реакція Манту), 2,4% - аналіз крові та сечі, 0,9% ультразвукове обстеження;
- дитина може захворіти на туберкульоз вважають 85,9% батьків, не знають-12,8% батьків, 1,3% батьків вважають, що дитина не може захворіти на туберкульоз;

- 92,5% батьків рахують, що потрібно проводити вакцинацію БЦЖ, 6,3% - не знають, 1,2% - вважають, що не потрібно;
- вірогідність захворювання на туберкульоз на думку батьків знижується при правильному харчуванні, здоровому способі життя (69,3%), обмеженні спілкування з дітьми із неблагополучних сімей (9,3%), обмеженні спілкування із соціально-незахищеними особами (47,1%), обмеженні відвідувань лікарень (11,1%), проведення заходів із зміцнення здоров'я (47,8%), проведенні щеплень (81,1%);
- щодо необхідності проведення проби Манту кожний рік 64,5% батьків вважають, що потрібно, 25,7% - не впевнені, 9,8% вважають, що пробу Манту кожного року не потрібно проводити;
- попередити захворювання на туберкульоз за допомогою щеплення 58,7% батьків вважають, що можна, 35,8% - не завжди, 5,5% батьків - ні;
- небезпека захворіти на туберкульоз батьків та дітей 49,8% батьків вважають маловірогідною, 26,2% вважають, що небезпеки захворіти туберкульозом немає і лише 23,9% вважають, що для їх та дітей є небезпека захворіти на туберкульоз;
- щодо правил, які суттєво знижують ризик захворювання на туберкульоз 61,9% батьків вважають за необхідність кип'ятити сиру воду і молоко, піддавати кулінарній обробці продукти харчування, 61,9% вважають за необхідність раціонально харчуватися з достатньою кількістю продуктів харчування, 35,4% зберігати окремо і нарізати на окремих дощечках продукти харчування, 7,4% відмовлятися від профілактичного щеплення, 62,4% ретельно мити сирі продукти, руки і кухонне начиння, 10,6% вживати алкоголь і палити;
- профілактика туберкульозу на державному рівні на думку батьків передбачає лікування в домашніх умовах (4,4%), щеплення (83,2%), санітарна просвіта (39,1%), обстеження тих, хто працює з дітьми, в лікарнях та інших закладах (65,4%), виявлення і лікування хворих на туберкульоз (72,1%), особиста гігієна (49,3%);

- дізнатися про туберкульоз, його профілактику, БЦЖ та пробу Манту, їх призначення, дію на організм від медичних працівників, а не з інтернету хотіли б 46,2% батьків, 39,9% хотіли б, але через брак часу це не можливо, 9,1 % ні, бо не вважають це за потрібне, 4,8% не хотіли б, тому що працюють у сфері медицини і не потребують підвищення рівня знань;
- 58,6% батьків відвідали б лекційні та тренінгові заняття з теми «Туберкульоз», але через брак часу це не можливо, 18,9% батьків взагалі не відвідували б заняття, бо не вважають це за потрібне, 4,2% не відвідували б заняття, тому що працюють у сфері медицини і не потребують підвищення рівня знань і лише 18,3 % батьків відвідали б лекційні та тренінгові заняття з теми «Туберкульоз».

Згідно до отриманої інформації та підсумкових даних анкетування батьків встановлено, що батьки дуже мало поінформовані про таке захворювання, як туберкульоз, шляхи передачі, симптоми, профілактику тощо. Також не володіють елементарними знаннями щодо поширення туберкульозу.

Результати проведеного дослідження свідчать про те, що батьки негативно або сумнівно ставляться до проведення щеплень та проб Манту, а також про відсутність знань щодо необхідності їх проведення. Також було виявлено, що більша частина батьків із опитаних вважає, що їх дитина проживає у благополучній родині і захворювання на туберкульоз їй не загрожує.

Отже, після проведеного дослідження необхідно покращити роботу в першу чергу медичного персоналу як закладів освіти так і закладів охорони здоров'я з питань профілактики туберкульозу, а саме:

- збільшити кількість заходів з питань профілактики захворювання на туберкульоз серед дітей та підлітків;
- проведення анкетування батьків школярів для визначення рівня їх обізнаності щодо вакцинації дітей та підлітків, як специфічної профілактики туберкульозу;

- проведення санітарно-просвітницької роботи (лекції, бесіди) із залученням викладачів закладів освіти, дитячого психолога та медичних фахівців відповідного напрямку;
- проведення тренінгових занять із батьками та дітьми;
- розповсюдження відповідної літератури;
- організація відповідних заходів серед дітей, підлітків та їх батьків із залученням працівників закладів освіти (наприклад «День профілактики захворювань на туберкульоз» та ін.);
- залучення батьків до спільної роботи з дітьми та підлітками шляхом підготовки стендів, плакатів та інших матеріалів, які стосуються здорового способу життя.

Провідна роль у вирішенні даної проблеми належить медичному персоналу закладів освіти, а саме його профілактична направленість при проведенні роботи із здоровим дитячим населенням, їх батьками шляхом збільшення рівня знань про захворювання на туберкульоз, а також доведення до свідомості дітей та батьків того факту, що туберкульоз це не тільки захворюванням, яке стосується соціально-незахищених громадян, але і тих громадян, які є матеріально забезпечені та проживають у благополучних сім'ях.

Отже, враховуючи зазначене, для зменшення захворюваності на туберкульоз серед дітей та підлітків в Україні та в регіонах нашої держави необхідно проводити імунізацію дітей післяродового періоду, проведення туберкулінодіагностики, а також збільшення проведення санітарно-просвітницької роботи серед дітей, підлітків та їхніх батьків, що є однією із головних напрямків роботи медичного персоналу та фахівців громадського здоров'я.

Список літератури:

1. Мельник В. М. Туберкульоз: шляхи зараження і запобігання [Електронний ресурс] / В. М. Мельник // Національний інститут фтизіатрії і пульмонології

ім. Ф. Г. Яновського, 2021- Режим доступу : <http://www.ifp.kiev.ua/doc/people/tubzar.htm>.

2. Пархоменко Л. К. Медико-соціальні проблеми підліткового віку та шляхи їх вирішення SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2017.4(84):16-21; doi 10.15574/SP.2017.84.16 Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна].

3. Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник за 2001 – 2012 роки / Під редакцією О.К. Толстанова. – К., 2013. – 122 с. 26

4. Туберкульоз в Україні: аналітично-статистичний довідник / В.І. Курпіта, І.В. Кузін, Я.С. Терлеєва [та ін.] // ДУ «Центр громад. здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». — Київ, 2017. — 216 с. 27

ОРГАНІЗАЦІЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЦЕНТРУ ЕМД ТА МК В РАМКАХ РЕАЛІЗАЦІЇ КОНЦЕПЦІЇ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Мирошниченко Л.І. Лавренко Д.О.

Комунальне підприємство "Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Полтавської обласної ради",
Полтава, Україна

В Полтавському регіоні службу екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі організовує Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, який був створений у 2012 році відповідно до вимог Закону України «Про екстрену медичну допомогу» та забезпечив удосконалення надання екстреної медичної допомоги мешканцям області шляхом централізації та розвитку бюджетних, кадрових та матеріально-технічних ресурсів.

Старт подальшої трансформації Центру ЕМД та МК визначило схвалення Урядом Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги

[1], яка передбачала два етапи реалізації реформи системи екстреної медичної допомоги в Україні.

На першому етапі реформи (2019-2020 роки) Полтавський регіон був одним з шести регіонів, включених до пілотного проекту, запровадженого Постановою КМУ № 425 від 22.05.2019 [3]. За рахунок додаткового фінансування для впровадження реформ визначені регіони зобов'язані були оновити парк санітарних автомобілів та медичного обладнання, удосконалити диспетчерську службу екстреної медичної допомоги, запровадити протоколи пріоритетності викликів, щоб покращити реагування на екстрені виклики, вдосконалити підготовку та перепідготовку персоналу ЕМД, як диспетчерів, так і медичного персоналу. Крім того, диспетчерські служби цих центрів мали б надавати в режимі реального часу комп'ютеризовані дані про поточну роботу, що дозволило б покращити моніторинг та подальше планування реформ у інших регіонах.

З метою виконання всіх вимог Центром ЕМД та МК розроблено календарний план заходів по реалізації Постанови [3]. Відповідно до зазначеного плану в рамках державного пілотного проекту виконані всі заплановані заходи: проведені закупівлі обладнання для технічного переоснащення та впровадження апаратно-програмного комплексу оперативно-диспетчерської служби та здійснено підключення до Всеукраїнської інформаційно-аналітичної системи «Central-103»; закуплено і введено в експлуатацію сучасне оснащення для демонстрації та тренування у навчально-тренувальних відділах підготовки Центру ЕМД та МК; забезпечено участь у проекті з підготовки інструкторів з надання догоспітальної допомоги на базі Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського; проведено відкриті торги на придбання спеціалізованих автомобілів екстреної медичної допомоги. Для всіх заходів використані кошти державної субвенції та виділені значні кошти для співфінансування проекту з місцевого бюджету.

В результаті впровадження пілотного проекту покращилась

матеріально-технічна база Центру ЕМД та МК та значно збільшився рівень лікувальних можливостей бригад екстреної медичної допомоги. Так повністю оновлено автопарк на 165 спеціалізованих санітарних автомобілів та забезпечено їх паливно-мастильними матеріалами, на всіх встановлені GPS-навігаційні системи, які працюють в цілодобовому режимі для динамічного контролю за роботою санітарного транспорту. Оновлене лікувальне та діагностичне обладнання у відповідності до нормативу за рахунок сучасного оснащення нових санітарних автомобілів. Забезпеченість лікарями та виробами медичного призначення виїзних бригад доведено до 100% вимог універсальних протоколів лікування за рахунок отримання субвенцій з державного бюджету. Переоснащена єдина оперативно-диспетчерська служба забезпечила значне підвищення якості реагування на екстрені виклики та відповідає вимогам європейського рівня. Виїзні бригади забезпечені планшетами з відповідним програмним забезпеченням та на всіх впроваджено дистанційне робоче місце керівника виїзної бригади екстреної медичної допомоги. Створена корпоративна мережа мобільного зв'язку від двох незалежних операторів для взаємодії між структурними підрозділами та забезпечення контролю за роботою всіх служб Центру ЕМД та МК. По всій області запроваджено дистанційну передачу виїзними бригадами електрокардіографічних обстежень від ліжка пацієнта в обласний центр досвідченому лікарю-кардіологу за допомогою телемедичних систем. Створено умови для підвищення професійного рівня особового складу служби екстреної медичної допомоги з відпрацюванням навичок надання екстреної медичної допомоги на сучасних тренувальних манекенах. Проведена реконструкція будівлі Центру та створено належні умови для роботи працівників.

Другий етап впровадження реформи у 2020-2023 роках визначений Розпорядженням КМУ № 111-р від 29.01.2020 [2], яким затверджено план заходів реалізації Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги.

Відповідно до вимог плану Центр ЕМД та МК автономізовано шляхом

перетворення в Комунальне підприємство «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Полтавської обласної ради». Підприємство відповідає вимогам, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення», а також вимогам Закону України «Про державні гарантії медичного обслуговування населення» [2]. Забезпечення структурних підрозділів підприємства в повному обсязі відповідало вимогам наказу МОЗ України від 05.06.2020 р. № 1311 «Про затвердження Примірного таблиця оснащення структурних підрозділів системи екстреної медичної допомоги».

Центр ЕМД та МК був переведений на нову модель фінансування за виконаний обсяг послуг по медичному обслуговуванню населення області за програмою медичних гарантій шляхом укладення договору з Національною службою здоров'я України за пакетом медичних послуг «Екстрена медична допомога» та пакетом медичних послуг «Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів».

Запроваджена нова модель безперервного професійного навчання лікарів з медицини невідкладних станів, створена система навчально-тренувальних заходів, в рамках якої лише за останній рік – рік воєнного стану. сформовано 13 бригад медицини катастроф, проведено тренінги з розширених реанімаційних заходів, з хімічної готовності та реагування, з дій при бактеріологічному та радіаційному забрудненні, курси інструкторів з тактичної медицини та тренінги військовослужбовцям підрозділів ТРО Полтавського регіону та іншим особам.

З кінця 2022 року модель безперервного професійного розвитку впроваджується також для молодших спеціалістів з медичною освітою. Завдяки цим заходам рівень атестації працівників Центру ЕМД та МК попри

рік воєнного стану у 2022 році не зменшився: 98% працівників атестовано (як у 2021 році). З числа лікарів на категорію атестовано 76%, молодших спеціалістів з медичною освітою атестовано 73%. За 2022 рік пройшли курси підвищення кваліфікації 143 медичних працівника, підготовлено 11 лікарів-інтернів та 10 з них працевлаштовано у підприємстві.

Оперативно - диспетчерська служба Центру підключена до Всеукраїнської інформаційно-аналітичної системи «Централь 103», переоснащена новітнім обладнанням та програмним забезпеченням, функціонує у повній відповідності до вимог ст. 8 Закону України «Про екстрену медичну допомогу», інших нормативних документів. Впроваджені стандартні операційні процедури роботи оперативно-диспетчерської служби відповідно до вимог плану реалізації Концепції. Також впроваджено систему реагування диспетчерів на виклики від громадян, чий стан здоров'я потребує психологічної, психіатричної допомоги, консультування по телефону [2]. Для забезпечення цілодобового доступу лінії «103» у випадку аварійної відсутності з'єднання між мобільними та стаціонарними операторами на території Полтавської області для гарантованого отримання дзвінків за єдиним номером «103», організовані три резервні лінії від вузла спецзв'язку АТ «Укртелеком». Поряд з тим для можливості зв'язку між службами екстреного реагування «101», «102», «10», «104» та «112» оперативно-диспетчерською службою використовуються засоби радіозв'язку. Забезпечено функціонування під час повітряної тривоги спеціально обладнаного резервного приміщення ОДС у підземному паркінгу з резервними телефонними лініями, системою супутникового зв'язку «Starlink». Розгорнуті та введені в експлуатацію у підрозділах Центру ЕМД та МК по області ще 10 систем супутникового зв'язку «Starlink» для безперервної роботи при відсутності зв'язку. У закладі створена локальна комп'ютерна мережа на 90 робочих місць, використовується спеціалізоване програмне забезпечення, у т.ч. програмно-апаратний комплекс виробництва ТОВ «НВП «МОНТЕКС», яким забезпечено належний автоматизований

обмін інформацією та документами з ІАС «Централь103» відповідно вимог плану реалізації Концепції.

Реалізацією комунікаційних стратегій, відповідно до плану заходів реалізації Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги на 2020-2023 роки, а саме - проведенням інформаційних компаній з метою зменшення кількості непрофільних викликів бригад екстреної медичної допомоги, популяризації домедичної допомоги серед населення [2] у Полтавській області досягнуто зменшення за 2022 рік кількості звернень за екстреною медичною допомогою на 6.5% та кількості виконаних виїздів екстреної медичної допомоги на 13%. Ця тенденція зберігається другий рік завдяки значній роз'яснювальній роботі та консультуванню населення при зверненні з питань медичної допомоги.

Впроваджено єдиний класифікатор попередніх діагнозів для бригад екстреної медичної допомоги. Як результат, із загального числа кількості екстрених звернень становила 88,8%, критичних – 2,2%, неекстрених (у т.ч. технологічні виїзди) – 9%. При цьому за рахунок доступності екстреної медичної допомоги зросла частка виїздів бригад у сільську місцевість – з 22,1% у 2013 році до 28,6% від загальної кількості виїздів у 2022 році.

Також розпочато впровадження аеромедичної евакуації в регіоні: у 2021 році вперше здійснено транспортування пацієнтки полтавчанки, повітряним шляхом із залученням бригади аеромедичної евакуації та бригади Центру ЕМД та МК із закладу охорони здоров'я четвертого рівня на реабілітацію в заклад охорони здоров'я м. Полтави.

Полтавський Центр ЕМД та МК продовжує удосконалення організації та надання екстреної медичної допомоги для забезпечення стабільної роботи системи в умовах військового стану задля збереження життя і здоров'я українців.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про схвалення Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги р.: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 22 травня 2019 № 383-р.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/383-2019-%D1%80#Text> (дата звернення: 19.05.2023)

2. Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 29 січня 2020 р. № 111-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/111-2020-%D1%80#Text> (дата звернення: 19.05.2023)

3. Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо розвитку системи екстреної медичної допомоги у Вінницькій, Донецькій, Одеській, Полтавській, Тернопільській областях та м. Києві та створення оперативно-диспетчерських служб: Постанова Кабінету Міністрів України від 22 травня 2019 р. № 425. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/deyaki-pitaij-odeskij-poltavskij-ternopilskij-oblastyah-ta-m-kiyevi-ta-stvorennya-operativno-dispetcherskih-sluzhb> (дата звернення: 19.05.2023)

ШЛЯХИ РОЗВИТКУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Плужнікова Т. В., Костріков А. В., Харченко С. В.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Кожна людина, у світі заслуговує на те, щоб прожити довге життя та бути здоровою. Громадське здоров'я направлене на вивчення і розробку стратегічних, тактичних, організаційних і медико-соціальних пропозицій, спрямованих на охорону та підвищення рівня здоров'я населення та якості медичної допомоги. У центрі уваги громадського здоров'я є поліпшення здоров'я та якості життя шляхом профілактики і лікування захворювань та інших фізичних і психічних станів. Система громадського здоров'я представляє собою комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства [1, 2].

Перші спогади про основу громадського здоров'я глибоко переплітаються з розвитком людства та медицини. Задатки розвитку громадського здоров'я відображені ще у вченнях Гіппократа і Авіценни. Гіппократ є першим лікарем свого часу, який відкинув погляди про надприродне походження хвороб, пов'язуючи їх з дією зовнішніх чинників, дієтою та шкідливими звичками і відокремлюючи медицину в окрему науку від релігії.

Понад 40 праць було присвячено проблемам медицини у великого вченого-енциклопедиста, мислителя і медика свого часу Ібн Сіні (Авіценни), який також використовував елементи санітарії і гігієни в профілактиці і лікування.

У 1848 році у Великобританії був виданий перший у світі закон про громадське здоров'я і заснована державна установа з охорони громадського здоров'я. У 1864 році виникла земська медицина, одним із пріоритетних принципів якої став санітарно-профілактичний напрямок допомоги сільському населенню. За період гетьманату у 1918 р. було створено одне з перших у світі Міністерство народного здоров'я, у функції якого входило: організація охорони здоров'я цивільного населення, допомога полоненим, придбання за кордоном лікувальних заходів.

У 30-40 роки ХХ століття утверджується профілактичний напрямок в діяльності охорони здоров'я України, впроваджується диспансерний метод, поєднується медичне обслуговування за місцем проживання з обслуговуванням робітників на промислових підприємствах [10].

В наші дні місія громадського здоров'я полягає в тому, щоб максимально поліпшити здоров'я та добробут людей і громад на національному та глобальному рівнях. Громадське здоров'я – це наука та практика запобігання захворювань, продовження життя та зміцнення здоров'я завдяки узгодженим зусиллям суспільств. У 1992 році була заснована Європейської асоціації громадського здоров'я (EURPHA), яка налічує 80 членів із 47 країн і є найбільшою мережею фахівців у сфері

громадського здоров'я. ЕУРНА несе відповідальність, як провідний голос громадської охорони здоров'я в Європі, підтримувати здоров'я на порядку денному. Як науково обґрунтована організація, що визнана незалежним і надійним голосом громадської охорони здоров'я, вона покликана **зберігати здоров'я в усіх політиках** і зміцнювати науково-обґрунтовану політику та практику громадської охорони здоров'я.

Україна декларує пріоритет на розбудову системи громадського здоров'я як в законодавчому, так і в суспільному просторі. Попередження хвороб і контроль над ними передбачено Угодою про асоціацію між Україною та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і державами-членами. На сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ у вересні 2012 року було прийнято Європейський план дій зі зміцнення потенціалу та покращення послуг системи громадського здоров'я.

У листопаді 2016 р. Кабінет Міністрів України схвалив Концепцію розвитку системи громадського здоров'я, де було прийняте рішення забезпечити громадянам України доступ до гідного європейської держави рівня медичного обслуговування шляхом переходу системи охорони здоров'я України до фінансування на основі моделі обов'язкового державного медичного страхування громадян з використанням для цього коштів, акумульованих у державному бюджеті, впровадження державного гарантованого пакету медичної допомоги, створення єдиного національного замовника медичних послуг, автономізацію постачальників медичної допомоги, нові методи оплати та нову систему управління якістю послуг [8].

У 2018 р. в Україні запроваджено принцип збереження здоров'я населення, за якого всі ухваленні урядом рішення аналізуватимуться з точки зору впливу їх реалізації на громадське здоров'я [7].

Була розроблена Стратегія Європейської асоціації громадського здоров'я на 2020-2025 роки, яка включає:

- забезпечення існування в усіх частинах Європи надійної доказової бази, заснованої на постійних інвестиціях у науково-дослідницьку спроможність, а

також здатність транслювати знання для підтримки політики, що впливає на здоров'я;

- визначення, розробку та відстоювання практичних рекомендацій щодо політики в усіх секторах для покращення здоров'я;
- підтримання розбудови потенціалу та співпрацю, які можуть досягти дій у сфері охорони здоров'я на практиці [9].

За ініціативою Європейської асоціації громадського здоров'я та підтримки Європейського регіонального бюро ВООЗ був створений Європейський тиждень громадського здоров'я (EUPHW), який спрямований на підвищення обізнаності про громадське здоров'я і сприяння взаємодії в цій сфері у Європі. Це щорічна ініціатива, котра була започаткована у 2019 році і продовжує розвиватися у теперішній час.

Цього року Європейський тиждень громадського здоров'я відбудеться 22-26 травня і має на меті:

- відстоювати громадське здоров'я та більш інклюзивне суспільство в Європі;
- підвищити обізнаність і розширити наявні повідомлення щодо п'яти конкретних тем громадського здоров'я відповідно до ключових організацій на європейському рівні;
- створювати довіру та інноваційні способи співпраці між усіма професіоналами, які роблять внесок у громадське здоров'я на місцевому, національному, регіональному та європейському рівнях [3].

На сьогоднішній день Центр Громадського здоров'я МОЗ України у співпраці з проєктов «Підтримки реформи охорони здоров'я» розроблюють і проводять дистанційні он-лайн навчання.

[21 лютого 2023](#) у місті Жешув (Польща) відбулася спільна технічна нарада партнерів для завершення розробки планів дій національного рівня з метою відновлення системи охорони здоров'я України. Зустріч організували Центр контролю та профілактики захворювань США спільно з Урядом України, Центром громадського здоров'я МОЗ України, Центром та партнерами-виконавцями — Міжнародним навчальним та освітнім центром,

Університетом Вашингтона, Колумбійським університетом та офісом ВООЗ.

Учасники зустрічі в малих групах обговорювали:

- поточну і мінливу (непередбачувану) ситуацію у сфері громадського здоров'я в Україні в контексті війни;
- розробили робочі плани для усунення прогалин у здатності реагувати на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, епіднагляду, модернізації даних і лабораторних потреб, визначених на основі швидкого оцінювання для обласних центрів;
- визначили цілі, пріоритети, прогалини, завдання синдромного епіднагляду, епіднагляду на основі подій, епіднагляду за стічними водами;
- оцінили дослідження одномоментного розповсюдження інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги та використанням антимікробних препаратів, що були здійснені в пілотних відділеннях закладів охорони здоров'я України в 2022 році [5].

Базовим документом, який допоможе збудувати сучасну цілісну систему громадського здоров'я, що інтегрована в європейську мережу, став Закон України «Про систему громадського здоров'я». Ключові принципи нового закону: принцип «єдиного здоров'я», системність, Євроінтеграційний вектор розвитку та біологічна безпека.

Закон «Про систему громадського здоров'я» – це черговий крок, який визначає основні засади для розбудови системи громадського здоров'я в Україні. Суспільству в цілому, владі всіх рівнів необхідно спільно долати виклики, які впливають на сферу громадського здоров'я та здоров'я кожного українця. Війна росії з Україною завершиться нашою перемогою. І вже сьогодні ми разом маємо дбати про те, щоб зберегти здоров'я української нації для нинішнього і прийдешніх поколінь [4, 6].

Список літератури:

1. Громадське здоров'я і громадське медсестринство : підручник / Є.Я. Складаров та ін. 3-є вид. Київ : Медицина, 2018. 224 с.

2. Громадське здоров'я : метод. вказ. для самот. роботи студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти, освітня кваліфікація «Магістр медицини», професійна кваліфікація «Лікар», галузь знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальність 222 «Медицина» / упоряд. В. А. Огнєв. Харків : ХНМУ, 2020. 52 с.
3. Європейський тиждень громадського здоров'я. URL: <https://eupha.org/EUPHW> (дата звернення 27.04.2023 р.)
4. Новий етап у розвитку громадського здоров'я в Україні. URL: <https://rpr.org.ua/news/novyuy-etap-u-rozvytku-hromadskoho-zdorov-ia-v-ukraini/> (дата звернення 01.05.2023).
5. Основи громадського здоров'я, теорія і практика : навчально-методичний посібник / О.В. Безпалько та ін. Ужгород: ВАТ «Патент», 2018. 322 с.
6. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06.09.2022 р. № 2573-IX. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T222573?an=1> (дата звернення 01.05.2023).
7. Про затвердження плану заходів з реалізації Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 26.09.2018 р №688-б. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/688-2018-%D1%80#Text> (дата звернення 28.04.2023 р).
8. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#Text> (дата звернення 28.04.2023 р).
9. Стратегія ЕУРНА 2020-2025: аналіз, адвокація, дії. URL: <https://eupha.org/2020-2025> (дата звернення 27.04.2023 р.)
10. Ступак Ф.Я. Історія медицини: підручник. Видання 3-є виправлене. Київ. ТОВ «Книга Плюс», 2017. 176 с.

**РОЛЬ ВИКЛАДАЧА У ФОРМУВАННІ ПРОФЕСІЙНОГО ІМІДЖУ
СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

Ждан В.М., Кітура Є.М., Бабаніна М.Ю., Іваницький І.В.,

Ткаченко М.В., Лебідь В.Г.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Основною задачею підготовки сучасних спеціалістів повинен стати комплексний підхід, який включає високий рівень як професійної, а також іміджевої підготовки. Одним із складових підготовки майбутнього сімейного лікаря є надання сучасної науково обґрунтованої інформації щодо формування та управління професійним іміджем. Це стає актуальним саме на заключному етапі навчання, коли випускники вже мають певний досвід професійного спілкування та гостро відчують необхідність ефективної комунікації з колегами та досягнення комплаєнсу з пацієнтами різного віку. Саме на цьому етапі передача знань, накопиченого соціального досвіду майбутнім лікарям є необхідним та виправданим.

Загальний образ лікаря складається з особистісного та професійного іміджу, що має розмиті межі та чіткі вимоги, недотримання яких призводить до непорозуміння та зневажливого ставлення до фахівця. Лікар первинної ланки, сімейний лікар, одним із перших контактує із сім'єю, і від його міжособистісної адаптації, професійного образу залежить ставлення населення до медицини загалом і якість надання медичної допомоги. На жаль, сьогодні негативне ставлення до лікарів з боку населення в більшості випадків зумовлене у тому числі й складовими професійного іміджу, що включає не лише рівень професійної підготовки, а й зовнішній вигляд фахівця, манеру його етикетної поведінки, спілкування з пацієнтами, колегами, наявність емпатії, тактовності, ввічливості, вміння дотримуватися конфіденційності

Під час створення професійного іміджу лікаря необхідно орієнтуватися на загальні норми, що сформувалися в результаті історичної медичної практики. Передусім це високий рівень професіоналізму, моральність та емпатія, наявність комунікативної компетентності. Професійний імідж лікаря – це образ, який повністю відповідає специфіці професії, це враження про спеціаліста, яке створюється у його пацієнтів, колег, керівників та підлеглих. Основи професійного іміджу майбутні спеціалісти отримують, спостерігаючи за поведінкою викладачів та колег, але цього недостатньо. Досвід спілкування з майбутніми лікарями під час виробничої практики та на заключному етапі навчання свідчить про їх недостатній рівень підготовки з питань формування та управління професійним іміджем. Спостереження за поведінкою майбутніх лікарів висвітило низький рівень володіння етикетними навичками, включаючи дотримання професійного дрес-коду, культури усного та письмового спілкування.

Складовими лікарського іміджу є внутрішній і зовнішній компоненти. Внутрішній компонент представлений психологічним поняттям «Я – концепція», формування якої відбувається протягом усього життя і включає уявлення особистості про себе, уявлення про те, яке враження вона справляє на оточуючих, і реакцію людини на зворотний зв'язок з оточуючими. Внутрішній компонент представлений психологічним поняттям «Я концепція», формування якої відбувається протягом усього життя і включає уявлення особистості про себе, уявлення про те, яке враження вона справляє на оточуючих, і реакцію людини на зворотний зв'язок з оточуючими.

Зовнішній компонент іміджу складається з габітарного, кінетичного, ментального, комунікативного та середовищного іміджу, що значно впливає на професійну успішність. Складовими габітарного іміджу є зовнішній вигляд та фізична конституція. Лікар має бути таким або як мінімум справляти таке враження.

Кінетичний імідж лікаря визначається якістю невербальної комунікації. Жести, міміка та рухи є частиною професійного іміджу, і з точки зору

ефективності медичної комунікації вони мають бути стриманими, відкритими, доброзичливими та викликати довіру. Для досягнення певної мети в ході спілкування слід бути уважним до пацієнта та вміти самому використовувати під час бесіди жести, рухи, які допоможуть повернути до себе, викликати пацієнта на відверту розмову, залишити сприятливе враження.

У рамках своєї професійної діяльності ефективність дій лікаря багато в чому визначається комунікативним іміджем – умінням спілкуватися. Комунікативна компетентність лікаря – це мистецтво, яке починає формуватися ще на етапі навчання в медичному закладі з подальшим розвитком у процесі самовиховання, самовдосконалення та щоденного професійного спілкування з хворими, які мають відмінні психологічні якості, вік, рівень освіти. Щоб продемонструвати повагу, необхідно спілкуватися з пацієнтом як з особою, а не тільки як з носієм певної патології. Важливу роль у формуванні іміджу лікаря відіграє стиль спілкування у професійному світі, незважаючи на чини та звання. Шанобливе звернення до колег, так само як і білий колір медичного халату, підкреслює чистоту та високий зміст професії. Дотримання принципу коректності у відносинах між колегами особливо важливе у присутності пацієнта.

Однією із важливих складових професійного іміджу є здатність до передачі досвіду і знань колегам-початківцям. З погляду захисту прав пацієнта участь студентів, початківців лікарів у діагностичних та лікувальних маніпуляціях не завжди доставляє хворому позитивні емоції, особливо якщо ці дії дещо невмілі, повільні та болючі. Однак відмовитися від практики навчання в процесі спілкування з пацієнтом неможливо, тому що заняття на трупах і фантомах не в змозі забезпечити належний рівень підготовки фахівця.

Універсальним засобом комунікації та знаковою системою для передачі є мова. Основним завданням мовного етикету у спілкуванні лікаря та пацієнта є встановлення контакту та підтримання офіційно ввічливих

відносин. Серед професійних якостей, що характеризують вербальну поведінку лікаря, найбільш значущі: володіння літературною мовою, загальна ерудиція, кругозір, уміння чітко формулювати свою думку. Природною та єдиною поважною формою звернення до пацієнта незалежно від статі, віку, соціального статусу є звернення до «ви».

Ментальний імідж лікаря в основному визначається морально етичними установками та цінностями, світоглядом, широтою інтересів, ставленням до справи. Ментальний імідж – це внутрішній світ людини, що проявляється під час взаємодії з іншими людьми. Людина поводить певним чином не тому, що вона законослухняна і побоюється покарання, а тому, що вона не може надійти інакше через свої внутрішні переконання і накопичені моральні цінності.

Першим етапом формування професійного іміджу лікаря має стати визначення та аналіз стартових умов формування іміджу спеціаліста, насамперед особистісних. Для представника медичної еліти гарні манери, тактовність, доброзичливість, коректність у відносинах із колегами, володіння навичками ділового та світського етикету, ефективної комунікації є необхідними.

Другий етап – це відображення внутрішнього світу особистості у зовнішньому образі з урахуванням професійних вимог шляхом удосконалення всіх складових габітарного, кінетичного, ментального, комунікативного та середовищного іміджу майбутнього лікаря.

Третій етап – приведення сформованого загального образу людини у відповідність із соціальним та професійним середовищем шляхом відпрацювання стереотипу поведінки в умовах професійної діяльності з метою гармонізації інтересів системи надання медичної допомоги, співробітників та пацієнтів.

На наше переконання в формуванні професійного іміджу майбутнього лікаря можна виділити наступні етапи: самоаналіз та оцінка свого теперішнього стартового потенціалу; створення зовнішнього образу (стиль

одягу, зачіски, косметики); поліпшення комунікативних навичок; культура поведінки та знання правил етикету; удосконалення професіоналізму (самоосвіта, участь у семінарах, конференціях тощо).

Отже, імідж спеціаліста є одним із головних атрибутів його професійної діяльності. Завдання створення професійного іміджу лікаря має бути усвідомленим вибором та бути орієнтованою на загальні канони, що сформувалися в результаті історичної медичної практики.

ОСОБЛИВОСТІ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ

В.М. Ждан, В.Г. Лебідь, М.Ю. Бабаніна, О.А. Кир'ян,

Є.М. Кітура, Т.О. Жукова

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

В умовах стану невизначеності в Україні, використання інформаційних технологій у навчальному процесі виводить освіту на новий етап розвитку. Різноманітність сучасних технічних засобів навчання призвела до більшої доступності освіти. Останні досягнення сучасної науки і техніки використовуються для створення нових удосконалених форм і методів навчання. Одним з останніх розробок є дистанційне навчання. Вимушений режим самоізоляції та примусовий перехід закладів освіти до дистанційного навчання спонукали багатьох викладачів ґрунтовно вникнути в процес його впровадження та організації.

Дистанційна освіта – це формат навчання, який набирає популярності в останні роки та безсумнівно має ряд переваг, таких як навчання в комфортних умовах, можливість навчатися з будь-якої точки світу за допомогою інтернету і гаджета, безперервність навчання під час пандемій та бойових дій. Крім своїх переваг дистанційне навчання в післядипломній медичній освіті має й недоліки, серед яких велике навантаження на органи зору, відсутність безпосереднього контакту між викладачем і слухачами та

достовірної гарантії самостійного виконання навчального завдання, неможливість отримання освіти за відсутності інтернету і гаджету.

Також багато залежить від ставлення викладачів і самих лікарів до навчального процесу, яке потребує відповідальної підготовки до занять, своєчасного якісного виконання завдань, вміння раціонально розподіляти навчальний час.

Найбільш ефективним засобом післядипломного онлайн-навчання є освітні платформи. На сьогоднішній день розроблено багато платформ та веб-сервісів для проведення онлайн-занять. Найпопулярнішими Microsoft Teams, Moodle, Zoom, Cisco Webex Meeting та Google Classroom.

Microsoft Teams – це хмарна платформа, яка дозволяє організувати онлайн-навчання, співпрацю і взаємодію між слухачами та викладачами. Програму можна завантажити на комп'ютер або смартфон, та після реєстрації отримати доступ до її можливостей. Сервіс надає великі можливості для організації онлайн-навчання та дозволяє:

- створити групи для проведення навчальних занять;
- організовувати вебінари, відеолекції, практичні заняття, онлайн семінари;
- створити віртуальні класи, надаючи можливість робити різноманітні презентації або ділитися цифровою дошкою;
- викладачам та слухачам взаємодіяти за допомогою тексту, аудіо або відеотехнологій;
- забезпечити доступ до навчальних матеріалів і файлів;
- перевірити індивідуальні та групові завдання, відстежити їх своєчасне виконання.

Серед всіх інноваційних веб-програм, на нашу думку в післядипломному медичному навчанні безсумнівним лідером є платформа Zoom. Сьогодні, ця програма має найбагатший потенціал, в т.ч. її базова версія. Zoom – це сервіс для відеоконференцій, онлайн-зустрічей та

дистанційного навчання. Крім того дана платформа надає можливість проводити великі інтерактивні заходи (участь до 100 учасників у безкоштовній версії програми) з трансляцією навчальних та наукових матеріалів. Особливості сервісу включають:

- демонстрацію презентацій, зображень, графіків, документів для всіх учасників освітнього процесу;

- спілкування між учасниками, як голосом, так і в форматі обміну повідомленнями або функцією підняття руки;

- викладач і слухач можуть писати на інтерактивній дошці та спілкуватися через дошку повідомлень, який знаходиться в розділі «екранний доступ»;

- проведення опитування з різною кількістю відповідей, можливість зробити його анонімним;

- проведення сеансів при низькій швидкості Інтернет-з'єднання.

Серед платформ, які також можна використати у післядипломному навчанні є служба онлайн-конференцій Cisco Webex Meetings, яка працює на персональних комп'ютерах, смартфонах і планшетах як веб-додаток, дозволяючи створити конференції до 1000 осіб. В даній службі доступна вкладка, в якій можна запланувати відеоконференції заздалегідь і миттєво створити список розсилки через месенджери або посилення на електронну пошту на зустріч. Для проведення семінарських занять слухачі післядипломної медичної освіти можуть об'єднуватися в групи за допомогою посилення надісланого раніше, в призначений час. Під час відео конференції, модератором якої виступає викладач, на екрані виводиться зображення всіх присутніх у вигляді віконних панелей та проводиться подання навчального матеріалу або опитування, яке можливо провести у вигляді традиційного опитування або дискусійній формі, в чому допомагає функція «підняти свою руку». У Cisco Webex Meetings також можливо використовувати згадані раніше послуги, створювати навчальні кімнати, обмінюватися презентаціями, текстовими файлами та додатками. Крім того, присутня можливість запису

заняття, проведеного викладачем. Для відгуків слухачів і викладачів, сервіс має додатковий чат.

Серед навчальних закладів післядипломної медичної освіти, особливою популярністю користується безкоштовних веб-сервіс Google Classroom, який дозволяє створювати курси, проводити вебінари та тестування лікарів-інтернів і лікарів-слухачів. Даний сервіс дає можливість створити до 30 курсів на день і має відкритий доступ до них для 200 осіб, що є безперечною перевагою даного сервісу.

На платформі викладач може організувати власний курс з реєстрацією учасників, поділитися необхідними матеріалами до тренінгу, запропонувати завдання для виконання та оцінити відповідну роботу.

Серед корисних функцій веб-сервісу Google Classroom:

- курс можна розділити на теоретичну і практичну частину;
- можливість комбінувати готові текстові документи, відео, презентації та зображення в курсі;
- використання завдань різних типів з вибором одного або більше правильних відповідей, написання твору, створення малюнка;
- встановлення критеріїв оцінювання та термінів виконання завдань;
- можливість проведення відеозустрічей тривалістю до 60 хвилин.

Інформаційні технології допомагають оптимізувати процес навчання, звільняючи викладачів від рутинних операцій для розробки та підтримки навчальних матеріалів, спростити процедуру контролю та інші процеси, які можуть бути автоматизовані .

Дистанційне навчання є однією з найефективніших систем підготовки спеціалістів високого рівня, яке дає змогу реалізувати принципи «освіта для всіх», при обмеженому контакті з викладачем та необхідністю зробити наголос на самостійну роботу.

Таким чином, для покращення онлайн-занять і засвоєння навчальних медичних дисциплін на рівні післядипломної освіти, необхідно

використовувати стандартні функції інформаційних технологій у повному обсязі із залученням різноманітних типів навчальних завдань та матеріалів.

ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНІ ОСОБИ ПІД ЧАС ВІЙНИ: АНАЛІЗ ПОТРЕБ ТА СУБ'ЄКТИВНА ОЦІНКА ВІЗИТІВ ДО ЛІКАРЯ

Власик Л.Й., Сухолотюк А.Л., Топорівська Є.М.

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

За даними Міністерства соціальної політики на кінець 2022 року в Україні офіційно перебувало близько 5 млн. внутрішньо переміщених осіб (ВПО). За іншими даними людей, які покинули постійне місце проживання, фактично було більше 8 млн. ВПО, згідно із законодавством, підпадають під визначення вимушених переселенців, які залишаються в країні своєї громадянської належності та можуть користуватися захистом держави. Дана категорія людей є особливо вразливою до будь-яких несприятливих подій. ВПО особливо чутливі до безпекових питань, медичного обслуговування та процесів адаптації до нових умов перебування.

Нами проведений аналіз потреб ВПО в т.ч. щодо медичного обслуговування та суб'єктивної оцінки результатів візитів до лікаря (у некомерційні заклади та приватну клініку). Використовувалися спеціально розроблені анкети в Google формі, перша містила відкриті запитання щодо труднощів, з якими зустрілися ВПО після приїзду в Чернівецьку область та які залишалися актуальними на момент опитування (листопад 2022 року), (140 осіб), друга – відгуки ВПО-пацієнтів однієї з приватних клінік м. Чернівці (квітень-травень 2023 року) за результатами профілактичного огляду (74 пацієнти).

Аналіз результатів опитування свідчить, що першочерговими питаннями після прибуття ВПО у нові райони проживання були забезпечення житлом (48%), грошима (18%), ліками (9%). Після піврічного терміну перебування потреба житла зменшилася у 3,5 рази, проте у 52% респондентів збереглася незадоволеність умовами проживання, зросла потреба у

забезпеченні гігієнічними засобами (12%), теплими речами взимку (16%), їжею (20%).

Відомо, що на рівні первинної медичної допомоги жодних перешкод для ВПО не повинно було бути. Серед наших респондентів знали до кого звертатися за медичною допомогою 74%, з них – 89% осіб зверталися на момент опитування. Проте для 32% осіб нелегко було знайти необхідного фахівця. З тих, хто звертався за медичною допомогою у некомерційні заклади незадоволеними рівнем обслуговування залишилися 21%. Серед причин були невиправдані очікування, не допомогли (5 осіб), непрофесійність лікарів (4 особи), байдужість (1 особа) або відношення як до людей "другого ґатунку" (2 особи), все дорого (3 особи) і т.п.

Інші результати були отримані від ВПО, які упродовж 1,5 місяця проходили комплексний огляд в рамках благодійного проєкту на базі однієї з приватних клінік м. Чернівці. Хоча абсолютна більшість респондентів (73%) на той час мали сімейного лікаря; кожний п'ятий втратив з ними зв'язок (20%), а решта (7%) – лише планували підписати декларації щодо обслуговування. Професійність лікарів, ввічливість персоналу клініки виправдали, а той перевищили, очікування ВПО. Поодинокі невдоволення стосувалися затримки видачі результатів обстеження, що було оперативно вирішено; неможливості проходження повторних безкоштовних обстежень із-за завершення проєкту та відсутності окремих фахівців (до прикладу, дитячого пульмонолога). Загалом, дорослі пацієнти потребували та пройшли консультації ендокринолога (31%), невролога (31%), кардіолога (20%), гастроентеролога (18%). Лабораторне та УЗД обстеження призначалося індивідуально. Кожному пацієнту терапевт дав роз'яснення щодо стану їхнього здоров'я та ознайомив з результатами обстеження. Більше того, шляхом спільного прийняття рішень (у переважній більшості випадків) з кожним було намічено план конкретних дій на найближчий час щодо оздоровлення або лікування.

Висновки. ВПО потребують, поряд з базовими речами (житло, матеріальне забезпечення), якісного медичного обслуговування. Надважливим завданням є створення безпечного доброзичливого середовища у закладах охорони здоров'я, незалежно від їхнього підпорядкування/власника. Бажано залучати до комплексних оглядів ВПО фахівців різних спеціальностей, відпрацьовувати зручні маршрути пацієнтів. Зворотній зв'язок, отриманий після проведених заходів, оглядів, інтервенцій, слід використовувати для виявлення проблемних питань, які потребують вирішення.

ДЕНТАЛЬНА ІДЕНТИФІКАЦІЯ ОСІБ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

*Гаджула Н. Г., Шінкарук-Диковицька М. М., Повшенюк А. В.,
Перебитюк А. М., Квірікашвілі А. М.*

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

В період війни, в умовах масової загибелі людей, нагальною проблемою сьогодення є ідентифікація тіл за відсутності будь-яких первинних даних про особу загиблого у місцях, де ведуться бойові дії, на деокупованих територіях, численних захороненнях людських жертв, після ракетних обстрілів. Завдяки наданих Україні Заходом мобільних ДНК-лабораторій, стало можливим ідентифікувати тіла загиблих за досить короткий період часу із подальшим збереженням виділеного ДНК-профілю у національній базі даних генетичних ознак людини. Проте, близько третини загиблих залишається не впізнаними через відсутність порівняльного ДНК-матеріалу. При знаходженні сильно понівечених тіл, коли інші засоби ідентифікації відсутні (порівняльна ДНК, знищені відбитки пальців і риси обличчя), різні методи судової стоматології допомагають ідентифікувати людські останки, так як зуби є найтвердішими і добре захищеними структурами в організмі, що можуть зберігатися досить тривалий час. *Саме*

тому, серед комплексу ідентифікаційних заходів особливого значення набуває вивчення стоматологічного статусу, який є унікальним для кожної людини. Стоматологічні особливості, такі як морфологія зуба, варіації форми, розміру, кольору та положення зубів, реставрації, стоматологічна патологія, відсутність зуба, характер стирання твердих тканин зубів, скупченість зубів та інші специфічні зубощелепні аномалії надають кожній людині індивідуальність.

Проведенню судово-медичної ідентифікації загиблих полегшує наявність стоматологічної документації, записів, повнота фіксації стану стоматологічного статусу за розробленими вимогами МОЗ України. Введення в дію реєстру медичної інформації українців у національній електронній системі охорони здоров'я сприятиме збереженню, архівуванню та відновленню (за необхідності) стоматологічного профілю. Незважаючи на прогрес у провідних методах ідентифікації, таких як молекулярно-генетична експертиза, дактилоскопія, антропометрія та судово-медична реконструкція обличчя, значну роль відіграє порівняння стоматологічної карти пацієнта та рентгенограм при аналізі прижиттєвих і посмертних досліджень у встановленні невпізнаних тіл загиблих. Ідентифікаційними ознаками є особливості одонтологічної карти, так званого «дентального паспорта» / дентальної діаграми пацієнта. Судово-стоматологічне порівняння із передсмертними записами передбачає аналіз певних важливих ознак зубів, які можна назвати індивідуальними характеристиками, такі як пломби, відсутність зубів, структура поверхні/конфігурація кореня, наявність діастем і трем, аномалії форми, числа та положення зубів, надкомплектні зуби, додаткові горбики на оклюзійній поверхні зубів, інші аномалії зубів і порушення розвитку щелепно-лицевої ділянки. Для дентальної ідентифікації невідомих тіл при вивченні стоматологічного статусу можуть бути використані рентгенологічні дослідження: рентгенографічні знімки з протезами чи імплантами, які були виготовлені та припасовані під час лікування шляхом порівняння з посмертними; цифрові ортопантомограми,

здійсненні за допомогою комп'ютерних скануючих методик тощо. Якщо передсмертні стоматологічні карти недоступні для порівняння, тоді судово-медичний антрополог або одонтолог може надати інформацію щодо віку, раси та статі померлого.

На сьогодні існують міжнародні комп'ютерні програми запису результатів стоматологічного обстеження та лікування: NDIR (національне сховище дентальних знімків), ADIS (автоматична система дентальної ідентифікації), Disaster Victim Identification (ідентифікація загиблих унаслідок надзвичайних ситуацій, DVI-система), яка запропонована Інтерполом (Interpol/ICPO) для порівнянні передсмертних та посмертних даних і багато інших. За міжнародними стандартами та рекомендаціями Інтерполу, процедура DVI, крім визначення профілю ДНК та інших не менш важливих даних, передбачає опис стоматологічної карти, в якій зазначається загальний стан щелеп і зубів (форма F1), а також клінічний стан кожної складової стоматологічного статусу посмертно (форма F2).

Таким чином, враховуючи світовий досвід, у надзвичайних ситуаціях для встановлення осіб, доставлених із місць їх масової загибелі за неможливості проведення молекулярно-генетичної експертизи, доцільним є поглиблене вивчення стоматологічного статусу загиблих із залученням до ідентифікаційної експертизи судових стоматологів. Створення уніфікованої бази ідентифікуючих ознак за даними клінічних і рентгенологічних стоматологічних досліджень в сукупності з внесенням зразків ДНК, антропометричних параметрів, дактилоскопічних даних для категорії населення з підвищеним ризиком під час війни (військовослужбовці, пожежники, розмінувальники) має бути якнайшвидше впроваджено в національну експертну судово-медичну практику.

НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ У ПОЄДНАННІ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ

Голованова І.А., Краснова О.І.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Однією з важливих складових епідеміологічного нагляду за поширеністю ВІЛ інфекції в світі є моніторинг кількості людей, які живуть з ВІЛ. Аналіз даних моніторингу дає можливість визначити вплив епідемії ВІЛ на населення, дати оцінку ефективності заходів щодо профілактики ВІЛ та визначити напрямки боротьби з ВІЛ інфекцією на майбутнє.

Згідно статистичних даних, в 2022 році в Україні налічувалося 242,0 тис. ВІЛ-позитивних людей від 15 років і старше. На обліку в медичних закладах, що надають послуги ВІЛ-позитивним особам, перебувало 148,0 тисяч громадян України віком 15 років і старше. Слід зазначити, що через військові дії на території Донецької та Луганської області та анексованих АР Крим і м. Севастополь, чверть від загальної кількості ВІЛ-інфікованих не перебуває під медичним наглядом в закладах охорони здоров'я.

Статистика захворюваності по регіонам України різниться. На території України в 2021 році високі показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію зареєстровано в Дніпропетровській, Миколаївській, Одеській та у Київській областях. Найнижчі рівні захворюваності на ВІЛ-інфекцію зареєстровані в Закарпатській, Івано-Франківській, Тернопільській, Хмельницькій та Чернівецькій областях.

Численні дослідження показують, що у ВІЛ-інфікованих ймовірність розвитку туберкульозу зростає в рази більше. Кожна четверта смерть у ВІЛ-інфікованих пов'язана з туберкульозом. Туберкульоз сприяє розвитку СНІД-інфекції в організмі. ВІЛ ускладнює діагностику та лікування туберкульозу. Дуже часто у ВІЛ-інфікованих людей зустрічається позалегеневий туберкульоз. Негативні наслідки поєднання двох інфекцій вимагає від закладів охорони здоров'я розробки ефективних заходів щодо боротьби з туберкульозом серед ВІЛ-інфікованих.

Тривалість лікування туберкульозу у людей, які живуть з ВІЛ, вимагає більше часу, ніж у хворих без ВІЛ-інфекції. Тому такі хворі повинні мати доступ до якісної медичної допомоги. Адже вчасне проходження профілактичних заходів, виявлення та проходження всіх етапів лікування туберкульозу сприяють запобіганню поширення ВІЛ-інфекції. Перш за все, хворі на туберкульоз потребують скринінгу на інфекції, що передаються статевим шляхом. Тестування на ВІЛ має особливе значення для населення у районах з високою поширеністю ВІЛ-інфекції. Враховуючи тяжкі наслідки у ВІЛ-інфікованих хворих на туберкульоз, необхідним є комплексний підхід при розробці профілактичних заходів. Доцільним буде поєднання протитуберкульозних заходів з програмами громадського здоров'я.

Людям, які живуть з ВІЛ, і які мають ознаки, що свідчать про наявність туберкульозу в людини, рекомендована антиретровірусна терапія, яку необхідно розпочати протягом перших двох тижнів від початку лікування туберкульозу. Антиретровірусну терапію здійснюють відповідно до галузевих стандартів в сфері охорони здоров'я. Всі люди, які живуть з ВІЛ, при кожному відвідуванні лікаря, або при наявності скарг, мають пройти скринінгове дослідження на туберкульоз. Також люди, які живуть з ВІЛ мають пройти курс профілактичного лікування туберкульозної інфекції незалежно від ступеню імуносупресії.

Одним з факторів, що негативно впливає на лікування туберкульозу є вживання алкогольних напоїв. Розлади у людей хворих на туберкульоз, які виникли через вживання алкоголю, визначають за допомогою спеціальних скринінгових досліджень (тест AUDIT – оцінка рівня споживання алкоголю). Пацієнтам які мають алкогольну, або нарко- залежності слід призначити консультацію у лікаря психіатра-нарколога. Якщо лікування туберкульозу постійно переривають через вживання пацієнтом алкоголю, то необхідно провести бесіди та наголосити на негативних наслідках, які можуть виникнути в разі недотримання процедури лікування .

ВІЙСЬКОВО-ЛІКАРСЬКА ЕКСПЕРТИЗА В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ВИМОГИ СЬОГОДЕННЯ

Голованова І. А., Лунін Д. С., Комар А. В., Ляхова Н. О., Белікова І. В.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Триває повномасштабна війна і щодня зростає кількість поранених, яким необхідно здійснювати військово-лікарську експертизу. У зв'язку з цим суттєво зросло і навантаження на працівників військово-лікарських комісій (ВЛК).

МОЗ активно долучається до того, щоби допомогти розв'язати цю проблему і забезпечити нашим захисникам, що отримали поранення, зручні умови проходження ВЛК.

Уряд ухвалив важливе рішення про впровадження нового пакету «Медичний огляд осіб, який організовується територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки» у межах Програми медичних гарантій. Цей пакет має на меті забезпечити оплату медоглядів командами лікарів у цивільних медзакладах для оцінювання придатності до військової служби.

Кількість та перелік цивільних медзакладів, на базі яких функціонуватимуть позаштатні ВЛК при центрах комплектування та соціальної підтримки, визначає керівництво військових адміністрацій з урахуванням поточного навантаження. Своєю чергою, Національна служба здоров'я укладає договори з цими закладами та забезпечує оплату наданих послуг.

Загалом очікується, що в межах пакету буде законтрактовано близько 500 медзакладів.

Усі послуги, які входять до пакета, безоплатні для військовозобов'язаних, які проходять ВЛК. Зокрема, коштом держави покривається:

- проведення лабораторних та інструментальних досліджень;

- направлення особи за наявності показань в інші медзаклади для проведення необхідних консультацій та обстежень, а також для надання спеціалізованої медичної допомоги (у разі потреби);
- оформлення проєктів довідок та формування медичних висновків щодо стану здоров'я особи.

Окрім того, цивільні медзаклади залучаються, аби розвантажити чинну мережу гарнізонних та госпітальних військово-лікарських комісій. Мова йде саме про проходження ВЛК захисниками після отриманих поранень, травм чи захворювань під час військової служби, або продовження лікування (надання відпустки).

Багато процесів цивільної медицини є автоматизованими, цей досвід хочуть імплементувати у військовій медицині. Наразі процес проходження ВЛК забюрократизований та потребує великої кількості різноманітних паперових довідок.

Наразі МОЗ допомагає впровадити електронний документообіг між закладами охорони здоров'я, військовими частинами та територіальними центрами соціальної підтримки. Це дозволить не лише спростити процедуру проходження ВЛК, а й скоротить час її проходження.

Також впроваджується електронна черга на ВЛК. Онлайн-запис до спеціалістів під час проходження військово-лікарських комісій уже працює у тестовому режимі в тих містах, де її проходять найбільше людей. Йдеться про Львів, Київ, Харків, Вінницю та Одесу. Далі планується перевести на електронну чергу усі комісії.

Окрім того, залучаємо медзаклади системи Міноборони до роботи з електронною системою охорони здоров'я, це надасть їм доступ до анамнезу поранених бійців, що проходять ВЛК. Ведеться робота і з забезпечення їх комп'ютерною технікою.

Українські захисники повинні проходити ВЛК у комфортних умовах. Тому наразі втілюється ряд рішень, аби проходження ВЛК у цивільних медзакладах відбувалося максимально зручно для поранених.

Зокрема, всі медзаклади, на базі яких працюватимуть ВЛК, повинні бути оснащені:

- зручними меблями;
- санітарно-гігієнічними кімнатами;
- засобами для інформування та навігації.

Ухвалено зміни до законів України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та «Статут внутрішньої Служби Збройних Сил України», які передбачають спрощення процедури відправлення пораненого військовослужбовця на лікування та оформлення відповідних документів.

Окрім цього, врегульовано можливість розширення мережі ВЛК через залучення цивільних закладів охорони здоров'я.

Таким чином, процес удосконалення роботи ВЛК – це спільна робота численних відомств. Збройні Сили України, Міністерство оборони України, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство у справах ветеранів України, Міністерство цифрової трансформації України та ГО «Принцип» працюють над тим, щоби проходження військово-лікарської комісії відбувалося швидко і зручно для наших захисників.

ВПЛИВ ОТРИМАНИХ У ДИТИНСТВІ ПСИХОТРАВМ НА ВИНИКНЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В ЗОНІ ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ

*Голованова І. А.¹, Ляхова Н. О.¹, Белікова І. В.,¹
Плужнікова Т. В.¹, Краснова О. І.¹, Калатур Г. В.²*

¹Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

²Комунальне підприємство "Центр первинної медико-санітарної допомоги
№2 Полтавської міської ради", Полтава, Україна

Вступ. Психотравма - це результат переживання сильного стресу або вчиненого по відношенню до людини насильства. Вона може порушити організацію психіки і привести до прикордонних або клінічних станів, неврозів, психосоматичних захворювань. Останні буває складно розпізнати

без участі психіатра, тому що вони виявляються на фізіологічному рівні. Найчастіше жертвами фізичного або психологічного насильства стають діти, тому що вони залежать від дорослих і не здатні захистити себе, тому саме в дитячому віці відбуваються найскладніші психотравми. Дослідження показують, що діти, які зазнали насильства, в майбутньому страждають від тривоги, депресії, низької самооцінки, симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та суїцидальних нахилів, причому наслідки емоційного насильства по впливу рівні наслідкам фізичного і сексуального чи навіть перевищують його.

Дитячі труднощі, що характеризуються жорстокістю, нехтуванням та побутові страждання, є проблемою, яка має значний вплив на людей, сім'ї та суспільство.

Негативний дитячий досвід (АСЕ) – не єдиний фактор, що визначає розвиток хвороб, але він достатньо збільшує шанси їх розвинення. Будь-яке захворювання викликане багатьма причинами. Це може бути генетика, вплив токсинів та інфекції, які також відіграють певну роль. Дослідження негативного дитячого досвіду дуже споріднені з дослідженнями посттравматичного стресового розладу або ПТСР.

Метою дослідження було вивчення факторів ризику, які могли б впливати на виникнення психологічних проявів у учасників АТО, проводилось.

Матеріали і методи. В ході дослідження було проведено опитування учасників АТО, які мали психологічні відхилення, та здорових за анкетною АСЕ (489 респондентів).

Результати. ПТСР може виникнути після травматичної події, наприклад бойового опромінення, серйозної аварії та жорстокого особистого нападу. Однак не у всіх людей, які переживають важкотравмуючу подію, розвивається ПТСР. Деякі фактори можуть призвести до того, що окремі особи стають більш вразливими до розвитку ПТСР, ніж інші. У нашому дослідженні більшу частину стаціонарних хворих з числа учасників АТО з

різними психічними розладами комплексно оцінювали на предмет АСЕ та симптомів ПТСР, дисоціації та депресії (незалежно від їх первинного діагнозу).

Несприятливий досвід дитинства (АСЕ), включаючи сексуальне, фізичне та емоційне насильство; фізична та емоційна занедбаність; та сімейні проблеми також були задокументовані як фактори ризику ПТСР серед військовослужбовців. У метааналізі факторів ризику ПТСР тяжкість травми, відсутність соціальної підтримки та несприятливі дитячі фактори (за винятком жорстокого поводження) були одними з найсильніших прогностичних показників ПТСР серед військовослужбовців.

В ході дослідження було проведено опитування учасників АТО, які мали психологічні відхилення, та здорових за анкетною АСЕ. Всі питання АСЕ відносяться до перших 18 років життя. Питання з Шкали конфліктної тактики використовувалися для визначення емоційного, фізичного і домашнього насильства. Було отримано дані щодо того, що шанси мати психологічні скарги зростають у тих бійців, які скаржилися на:

- емоційне насильство – в 5 разів, у вигляді відчуття приниження (ВШ 5,400 [95% ДІ 2,753-10,593]) $p = 0,000$;
- фізичне насильство - в 6 разів (ВШ 6,041 [95% ДІ 3,102-11,767]) $p = 0,000$ у тих хто зазнав побоїв;
- домашнє насильство проявлялося в тому, що били матір – в 6 разів (ВШ 5,958 [95% ДІ 4,136-8,583]) $p = 0,000$.
- неблагополучні родини, де хтось з членів сім'ї вживав наркотики в 2 рази (ВШ 2,101 [95% ДІ 1,129-3,909]) $p = 0,013$;
- депресію у батьків – в 8 разів (ВШ 8,047 [95% ДІ 2,832-22,867]) $p = 0,000$.

Висновки. Таким чином, в ході дослідження встановлено, що учасники АТО, які переживали несприятливий досвід дитинства, зокрема емоційне насильство (приниження), фізичне насильство (побої), домашнє насильство (побої матері), вживання наркотиків членом сім'ї, депресія у батьків, мають

підвищені ризики розвитку симптомів посттравматичного стресового розладу.

Ключові слова: психотравма, посттравматичний стресовий розлад, негативний дитячий досвід.

Key words: psychotrauma, post-traumatic stress disorder, negative childhood experience.

ПИТАННЯ КАДРОВОГО, НАУКОВОГО ТА ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Голованова І. А., Харченко С. В., Ляхова Н. О., Плужнікова Т. В.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

У центрі уваги громадського здоров'я є поліпшення здоров'я та якості життя шляхом профілактики і лікування захворювань та інших фізичних і психічних станів. Це робиться завдяки епідеміологічному нагляду за випадками та індикаторами здоров'я і шляхом пропаганди здорового способу життя.

Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» – це заклад охорони здоров'я, що відповідає за збереження і зміцнення здоров'я населення, соціально-гігієнічний моніторинг захворювань, епідеміологічний нагляд і біологічну безпеку, групову та популяційну профілактику захворюваності, боротьбу з епідеміями та стратегічне управління у сфері громадського здоров'я.

Місія (ціль)

Стоїть на варті зміцнення, збереження та захисту здоров'я населення України і працює для:

- **професійної спільноти** – розробляє професійні та освітні стандарти, створює умови для безперервного професійного розвитку та покращення якості освіти, розробляє освітні продукти;

- **населення України** – надає достовірні дані щодо захворювань та епідемій; займається промоцією здорового способу життя для населення різних вікових категорій; ефективно реагує на надзвичайні ситуації та загрози здоров'ю населення;
- **державних органів** – формує доказову базу для підготовки управлінських рішень, нормативно-правових актів та галузевих програм;
- **органів місцевого самоврядування** – надає експертні висновки, профільні рекомендації та прогнози на місцевому рівні.

Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» **реалізує з міжнародними партнерами проєкти**, спрямовані на протидію ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, розробку нових програм моніторингу та оцінювання і фармацевтичного менеджменту.

Care & Treatment

Повна назва проєкту: Посилення спроможності лікування ВІЛ/СНІД в Україні в рамках Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR).

Донор: Центри контролю та профілактики захворювань США (CDC) Департаменту охорони здоров'я та соціального забезпечення США (DHHS).

Бюджет проєкту: \$3 500 000. **Термін реалізації:** 2017 – 2022 рр.

SILab

Повна назва проєкту: Підтримка системи епідеміологічного нагляду за ВІЛ і системи управління/поліпшення якості лабораторій Міністерства охорони здоров'я України, покращення використання стратегічної інформації та розбудова потенціалу охорони громадського здоров'я в рамках Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR), що впроваджується Державною установою «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».

Донор: Центри контролю та профілактики захворювань США (CDC).

Бюджет проєкту: \$4 000 000. **Термін реалізації:** 29.09.2016 – 30.09.2021.

Проекти Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (ГФ):

Проект ГФ 2018 – 2020

Повна назва проекту: Прискорення прогресу України в забезпеченні сталої відповіді сфери охорони здоров'я на туберкульоз і ВІЛ-інфекцію.

Донор: Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

Бюджет проекту: \$119 482 103 (основний), \$39 191 922 (додатковий).

Термін реалізації: 01.01.2018 – 31.12.2020.

Проект ГФ 2021 – 2023

Повна назва проекту: Прискорення прогресу у зменшенні тягаря туберкульозу та ВІЛ-інфекції в Україні.

Донор: Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

Бюджет проекту: \$36 617 850. **Термін реалізації:** 01.01.2021 – 31.12.2023.

GFA/THL

Повна назва проекту: Надання підтримки Україні в розвитку сучасної системи громадського здоров'я.

Донор: ЄС.

Бюджет проекту: €3 999 000. **Термін реалізації:** 10.06.2019 – 12.05.2023.

FNH

Повна назва проекту: Співпраця з Україною у сфері охорони здоров'я.

Донор: Міністерство закордонних справ Норвегії (МЗС).

Бюджет проекту: 3 000 000 норвезьких крон. **Термін реалізації:** 01.01.2020 – 31.07.2022.

The Union

Повна назва проєкту: Посилення реалізації Рамкової конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну в Україні.

Донор: Міжнародний союз із боротьби з туберкульозом та захворюваннями легень (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease – The Union).

Бюджет проєкту: \$197 428. **Термін реалізації:** 01.08.2019 – 31.07.2021.

Рівні реалізації: Національний та регіональний (Херсонська та Рівненська області).

Згідно з повідомленням Центру громадського здоров'я МОЗ України, створення багатосекторальної системи громадського здоров'я є одним з напрямів реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я.

Протягом 2018 – 2020 років в Україні створено мережу з 22 регіональних центрів громадського здоров'я, які функціонують у формі комунальних некомерційних підприємств.

У 2018 році створено рішеннями обласних рад 8 обласних центрів громадського здоров'я – у Волинській, Житомирській, Кіровоградській, Львівській, Рівненській, Тернопільській, Хмельницькій областях та м. Київ.

У 2019 році створено рішеннями обласних рад 9 обласних центрів громадського здоров'я – у Херсонській, Черкаській, Сумській (у процесі реорганізації), Івано-Франківській, Полтавській, Дніпропетровській, Київській, Луганській і Закарпатській областях.

У 2020 році (станом на 01.09.2020) створено рішеннями обласних рад 5 обласних центрів громадського здоров'я – у Чернівецькій, Одеській, Миколаївській, Чернігівській і Харківській областях.

БЛОКЧЕЙН У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Вікторія Горошко

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»,
Полтава, Україна

Технологія блокчейн (БТ) поступово змінює світ, інтерес до неї зростає з кожним днем, і в найближчому майбутньому всі галузі на землі будуть змушені використовувати технологію, пов'язану з блокчейном. В даний час основне застосування БТ в медицині – це електронні медичні записи (ЕМЗ). Розроблювана система зберігання ЕМЗ заснована на принципах БТ. Вона персоналізована і зберігає дані в повній безпеці, оскільки ключі персональні. Передбачається, що пацієнти самі вирішують, з ким ділитися своєю медичною інформацією. Це стосується вибору медичного закладу та лікуючого лікаря. Кілька компаній у всьому світі розробляють технологію зберігання та доступу до медичних записів пацієнтів.

Мета. Розглянути особливості технології БТ як інструменту діджиталізації у медицині, визначити переваги порівняно з традиційним програмним забезпеченням та організаційні зміни в роботі закладів охорони здоров'я, пов'язані зі зниженням затрат праці на окремі види діяльності.

Під час початкового пошуку статей на досліджувану тему було виявлено 83 статті в базі даних PubMed. 50 публікацій виявилися повнотекстовими журнальними статтями. Зазначимо, щодня з'являються нові роботи, які повідомляють про організацію стартапів, формування дослідницьких груп для вивчення можливостей використання БТ у медицині. Різноманітні БТ-проекти в галузі медицини сьогодні показують, що багато команд у всьому світі намагаються вдосконалити певні аспекти цієї технології.

Стартап-проект Medicalchain пропонує унікальне рішення для оцифрування медичних записів і їх безпечного зберігання в блокчейн-реєстрі. За задумом її творців, така система дозволить лікарям, клінікам, лабораторіям і страховим компаніям отримувати доступ до єдиної,

актуальної версії медичних записів, запобігаючи втраті або навмисній зміні даних пацієнтів. Подібне рішення пропонує БТ-стартап VigeVD. VigeVD розробляє єдину децентралізовану систему обробки, зберігання та передачі даних про стан здоров'я користувачів і відповідних процедур. Окрім надання таких послуг, як Medicalchain, для ведення індивідуальних медичних записів, платформа VigeTh дозволяє отримувати великі обсяги даних, які є особливо цінними для страхових компаній і медичних досліджень. Подібну мету уніфікації особистих облікових записів і всієї інформації про здоров'я переслідує модель OmniPHR.

На основі БТ компанія Guardtime створила систему ідентифікації пацієнтів. Платформа MedRec пропонує децентралізований підхід до керування дозволами доступу, авторизацією та обміном даними між системами охорони здоров'я. Технологія БТ у цій програмі розроблена як автоматизований підхід до обміну даними під час клінічних випробувань. Творці концепції заявляють, що біомедичні дослідження можуть отримати значну користь від використання блокчейну як швидкого та безпечного способу доступу до даних досліджень.

Наукові публікації доводять переваги БТ у клінічних дослідженнях. За допомогою БТ клінічні випробування можна безпечно автоматизувати за допомогою розумних контрактів. Водночас ця технологія забезпечує ретельне управління і безпеку даних, дотримання загальних вимог як окремих пацієнтів, так і всіх учасників клінічних випробувань. Використовуючи технологію БТ для відстеження якості інгредієнтів, що використовуються у виробництві ліків, виявлення розповсюдження ліків і створення офіційного реєстру для перевірки автентичності рецептів, керівництво також може оптимізувати та підвищити ефективність лікування.

Аналіз літератури дозволяє говорити про великий потенціал використання БТ у системах охорони здоров'я.

1). Децентралізація. БТ став основою для децентралізованого управління даними про здоров'я, дозволяючи всім зацікавленим сторонам

контролювати доступ до тих самих медичних записів, у той час як ніхто не бере на себе роль центрального органу управління глобальною інформацією про здоров'я.

2). Покращена безпека та конфіденційність даних. Незмінність БТ значно підвищує безпеку даних, що зберігаються в БТ, оскільки інформація, що зберігається в БТ, не може бути пошкоджена, змінена або відновлена. Усі медичні протоколи в БТ зашифровані, мають мітку часу та додаються в хронологічному порядку. Крім того, інформація про здоров'я захищена в БТ за допомогою криптографічних ключів, які допомагають захистити особову конфіденційність.

3). Особиста власність на медичні дані. Пацієнти повинні володіти своїми даними та контролювати, як вони використовуються. Пацієнтам потрібна впевненість, що інформація про їхнє здоров'я не використовується іншими зацікавленими сторонами, їм потрібні засоби для виявлення такого зловживання. БТ може допомогти задовольнити ці вимоги за допомогою надійних криптографічних протоколів і чітко визначених смарт-контрактів.

4). Доступність і надійність. Записи в БТ реплікуються на кількох вузлах, забезпечуючи доступність медичних даних, що зберігаються тут. Система також є надійною та стійкою до втрати даних, пошкодження даних і деяких атак на сховище інформаційних блоків.

5). Прозорість і довіра. БТ створює атмосферу довіри навколо БТ - додатків для охорони здоров'я завдяки своїй відкритості та прозорості. Цілісність і автентичність відкритих текстових записів, що зберігаються в БТ, можна перевірити без доступу. Ця можливість дуже корисна в системах охорони здоров'я, які вимагають перевірки записів. Водночас також відомо, що використання БТ в медицині має певні обмеження. Ці обмеження включають:

1) Збереження конфіденційності інформації – як зберігати всі транзакції в загальній базі даних, не розголошуючи особисту інформацію.

2) Ефективність – як надійно обробляти великі потоки транзакцій.

3) Керування – як приймаються рішення щодо оновлень протоколу в розподіленому середовищі.

4) Обсяг зберігання – як зберігати лише мінімально необхідні дані, щоб заощадити місце на БТ.

5) Відповідальність – як визначити винного у випадку конфлікту чи помилки.

Також є проблеми з розмежуванням та фіксацією рівнів доступу до інформації. Аналіз також свідчить про те, що використання БТ у медицині має відповідати ряду складних умов.

1) Оцифрування всіх даних і процесів.

2) Наявність достатньої кількості експертів з криптографії.

3) Узгодження правил для всіх учасників.

4) Досягнення прозорості в прийнятті рішень.

БТ як технологія не підлягає регулюванню, лише окремі проекти (наприклад, зберігання та обробка персональних даних пацієнтів або медичних даних). Рішення проблем контролю якості при наданні медичних послуг недостатньо розроблені на БТ. Однак, незважаючи на всі свої обмеження, БТ стає все більш поширеним у медицині. Особливо цікавим напрямком подальшого розвитку БТ у системах охорони здоров'я видається спільне використання штучного інтелекту (ШІ) та технології БТ. Охорона здоров'я вже накопичила великий досвід використання ШІ в різних сферах. Децентралізована база даних БТ може генерувати величезну кількість індивідуальних даних, які можна обробляти за допомогою ШІ. Інтелектуальна система підтримки прийняття рішень, заснована на БТ, з високою точністю ставить діагноз пацієнту на основі результатів аналізу даних. З точки зору безпеки, штучний інтелект полегшує роботу БТ. Нейронні мережі можуть безпосередньо обробляти приватну інформацію про пацієнта в зашифрованому стані.

Висновок. Технологія БТ стає все більш популярною в галузі медицини та охорони здоров'я. З ними можна перенести свою роботу в цифрове

середовище, оцифрувати всі свої дані та працювати з усіма своїми документами в одній глобальній системі публічної інформації. Однак більшість проектів ще на стадії розробки. Результати їх реалізації з'являться найближчим часом. Мультидисциплінарний підхід і співпраця між лікарями та експертами з БТ дозволять медицині наздогнати інші наукові дисципліни та повною мірою скористатися перевагами швидко зростаючих цифрових технологічних досягнень.

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ НА РІВНІ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ

Запара С.Г.¹, Краснова О.І.²

¹КНП «Жовтоводська міська лікарня», м. Жовті Води

²Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Комунальне некомерційне підприємство «Жовтоводська міська лікарня» надає медичну допомогу місцевим жителям, а також мешканцям навколишніх населених пунктів. У структурі лікарні працює консультативна поліклініка, стаціонарні відділення (терапевтичне, педіатричне, інфекційне, хірургічне, акушерсько-гінекологічне, відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії) та допоміжні лікувально-діагностичні підрозділи.

Інфекційне відділення надає екстрену і планову медичну допомогу дорослим і дітям при інфекційних хворобах або підозри на них: при загостренні хронічних захворювань (вірусний гепатит, вірус імунодефіциту людини) і при гострих повітряно – крапельних, кишкових та паразитарних хворобах, менінгококкової інфекції, ботулізму, лептоспірози та інше.

Щорічно у відділенні отримують медичну допомогу понад 1000 хворих. У діагностиці використовуються всі види клініко – лабораторних досліджень, вірусологічні, бактеріологічні, рентгенологічні та ультразвукові обстеження. Впроваджуються нові методи терапії, в т.ч. небулайзерної терапія бронхолітиками і кортикостероїдами, імуномодулююча та противірусна, антибактеріальна і протизапальна терапія медикаментами

нового покоління. Колектив має високий рівень знань інфекційних хвороб у дітей і у дорослих, достатній клінічний досвід в проведенні диференціальної діагностики з соматичною патологією, працює організовано і стабільно, велике значення і увагу приділяє питанням безпеки перебування пацієнтів у відділенні та профілактики внутрішньолікарняних інфекцій.

За 6 місяців 2022р. по Жовтоводській ОТГ зареєстровано 7407 випадків інфекційних захворювань, або 31722,30 на 100 тис. нас., що на 40,4 % більше ніж в 2021р. (5265 випадки, або 21664,95 на 100 тис. нас.). 98,1% від всієї захворюваності складає ГРВІ та коронавірусна хвороба COVID-19 (2020р. – 98,1%).

У 2022 році ріст інфекційної захворюваності зареєстровано по наступним нозологічним одиницям: сальмонельоз +1 вип. (1 випадок, або 4,39 тис. нас., у 2021р. – 0 вип.), показник по області 6,09 на 100 тис. нас.; коронавірусна хвороба COVID-19 + 67,9% (2533 випадки, або 10862,85 на 100 тис. нас.,проти 1508 випадків, або 6214,71 на 100 тис. нас. у 2021р.); хвороба Лайма +2 випадки (2 вип. , або 8,58 на 100 тис.нас., у 2021р. -0 вип.). Показник по області 2,95 на 100 тис. нас.

Захворюваність туберкульозом, ВІЛ-інфекцією, вірусними гепатитами залишилась на рівні минулого року. Стосовно туберкульозу, то в 2022р.(за 6 міс.) зареєстровано 7 випадків, або 28,60 на 100 тис. нас. вперше виявленого туберкульозу органів дихання, що на 22,2% менше ніж у 2021р. (9 вип., або 35,23 на 100 тис. нас.) . Показник по області - 97,09 на 100 тис. нас.). Захворюваність по місту не перевищує середньообласні показники. Екстрені повідомлення отримані на всі випадки. В усіх вогнищах бацилярного туберкульозу проведено епідрозслідування з виходом у вогнище , складено карти епідобстеження (форма 357/о), надано рекомендації по локалізації даних вогнищ. Всі випадки зареєстровано серед дорослого населення. Серед дітей і підлітків, як і минулому році, випадків не зареєстровано. Серед непрацюючого населення у віці 18-59 років (2021р. – 7 чол.) зареєстровано 6 випадків, 1 випадок - серед пенсіонерів у віці старше 60 років (2021р. – 0

вип.). Серед декретованих контингентів, медичних працівників та тимчасово переміщених осіб випадків не зареєстровано. Хворих з бактеріовиділенням (бацилярних) виявлено 7 осіб, або 28,60 на 100 тис. нас., що перевищує рівень минулого року на 16,6% (6 чол.). Зниження захворюваності на території міста, при тому, що в області відмічається ріст даного захворювання у 2,5 рази у порівнянні з минулим роком, частково пов'язано з тим, що у місті з початку воєнних дій призупинена робота фтизіатрів (дорослого та дитячого) тубкабінету, які знаходяться на простой. По цій причині хворі з підозрою на туберкульоз даними спеціалістами практично не консультуються. Низький рівень захворюваності на туберкульоз на території у порівнянні з середньообласними показниками також пов'язаний з тим, що у 2022р., як і у 2021р. у зв'язку з коронавірусною хворобою COVID-19, значно зменшилась кількість населення, яка було обстежена з профілактичною метою на туберкульоз (флюорографічне обстеження, дослідження мокротиння та ін.). В подальшому така ситуація призведе до того, що будуть виявлятися занедбані форми туберкульозу. Занедбаних випадків виявлено 3, у 2021р. - 2 вип. У 2021 році померло від туберкульозу 2 хворих, або 4,28 на 100 тис. нас.

План туберкулінодіагностики серед дитячого населення виконано на 31,7% (план 3500, виконано 1112) (2021р. – 18,0%). Дані про виконання плану профобстеження декретованих контингентів на туберкульоз відсутні (2021р. – 25,6%). У зв'язку з коронавірусною хворобою COVID-19 проведення медичних оглядів призупинялось. Станом на 01.07.2022р. на обліку знаходиться 13 осередків бацилярного туберкульозу, що менше ніж у 2021р. (20 випадків.). В вогнищах туберкульозу проведено 12 заключних дезінфекцій (2021р. – 6). Всього в вогнищах проживає 89 контактних, в т.ч. 18 дітей, підлягало хіміопротекції 12 контактний, в тому числі дітей 3, контакти обстежені, охоплено хіміопротекцією - 7, в тому числі дітей 3, або 100,0 %

До основних задач з профілактики туберкульозу слід віднести: по-перше, необхідно значно активізувати роботу первинної ланки медичної допомоги у плані профілактичного огляду (флюорографія та забір мокротиння для бактеріоскопії) населення (у першу чергу не працюючого) на туберкульоз, оскільки значна частина населення тривалий час на проходить дані профогляди. Серед необстеженого населення є хворі на туберкульоз, які не виявлені, не проліковані та сприяють розповсюдженню даного захворювання серед населення; необхідно виконати в повному обсязі план профілактичних флюорографічних оглядів на туберкульоз та план туберкулінодіагностики; забезпечити своєчасне проведення протиепідемічних заходів в домашніх вогнищах туберкульозу (епідрозслідування, заключна дезінфекція, обстеження контактних, проведення хіміопротекції та ін). Необхідно забезпечити контроль за дотриманням протиепідемічного режиму в домашніх вогнищах туберкульозу; проводити санітарно-просвітницьку роботу серед населення по профілактиці туберкульозу.

УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОТИЕПІДЕМІЧНИХ ЗАХОДІВ В ІНФЕКЦІЙНІЙ ЛІКАРНІ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19 ТА В УМОВАХ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

***Коваль Т.І.¹, Боднар В.А.¹, Прийменко Н.О.¹, Марченко О.Г.¹, Войтенко
Л.Л.², Свириденко Н.П.², Волошина Л.Г.², Олефір С.А.²***

¹Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

²Комунальне підприємство «Полтавська обласна клінічна інфекційна
лікарня Полтавської обласної ради», Полтава, Україна

Пандемія COVID-19 має руйнівний вплив на здоров'я і благополуччя населення та є колосальним соціальним та фінансовим тягарем для суспільства. В умовах повномасштабних військових дій на території країни зростає реєстрація респіраторних інфекцій, зокрема COVID-19, що пов'язано з внутрішньою та зовнішньою міграцією населення, перебуванням великої

кількості людей в тісних приміщеннях, укриттях, послабленні карантинних заходів. Це створює нові виклики для системи охорони здоров'я. В умовах медичної кризи, що склалася, протиепідемічні заходи відіграють важливу роль в уповільненні поширення інфекції. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розглядає медичні кадри як один зі структурних елементів системи охорони здоров'я. Зокрема медичні працівники відіграють ключову роль в спроможності системи охорони здоров'я реагувати на спалахи інфекційних захворювань, як перша ланка надання допомоги, та водночас найбільше страждають від цих потрясінь. Захист медичних працівників є особливо важливим з огляду на те, що вони, маючи найбільший контакт з інфікованими пацієнтами та піддаються найбільшому ризику інфікування. Тому впровадження ефективних заходів інфекційного контролю та захисту персоналу є критично важливим для посилення ефективності систем охорони здоров'я.

Метою дослідження було оцінити ефективність заходів щодо удосконалення протиепідемічних заходів на базі Комунального підприємства "Полтавська обласна клінічна інфекційна лікарня Полтавської обласної ради" під час пандемії COVID-19 та в умовах військових дій.

У відповідності до поставленої мети збули запропоновані додаткові заходи для покращення протиепідемічного режиму в лікарні, які включали регулярне тестування персоналу лікарні на COVID-19 методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) з періодичністю 1 раз на 2 тижні та швидкими тестами на антиген вірусу 1 раз на тиждень, роз'яснювальні бесіди в контексті профілактики COVID-19, в тому числі щодо необхідності вакцинації, а також тренінги з інфекційного контролю для медичного та технічного персоналу щодо використання засобів індивідуального захисту 1 раз на тиждень, щоденний моніторинг рівня захворюваності на COVID-19 медичного та технічного персоналу; моніторинг проведення специфічної імунопрофілактики та рівня антитіл у персоналу лікарні. Оцінка ефективності вказаних протиепідемічних заходів проводилася у період з

вересня по листопад 2021 року та аналогічний період 2022 року. При порівнянні частот бінарних ознак у групі в динаміці використовували критерій Мак-Немара. Відмінності вважали статистично достовірними при показникові $p < 0,05$.

Оцінка поширеності COVID-19 серед медичного та технічного персоналу лікарні в динаміці показала достовірне зниження показника реєстрації випадків захворювання майже вдвічі за досліджуваний період з 68,4% до 35,8% ($p=0,033$). При порівняльному аналізі тяжкості перебігу захворювання у співробітників лікарні було встановлено, що 2022 році у більшості випадків серед медичних працівників переважав легкий перебіг хвороби (95,6 %), що у 1,3 рази більше, ніж у 2021 році, коли цей показник становив 75,2%. В подальшому представилось за доцільне проаналізувати зміни в охоплення вакцинацією від COVID-19 персоналу лікарні. Варто зазначити, що показник осіб, що отримали первинну імунопрофілактику двома дозами вакцини становив 81,4 % при початковому та 97,9% при кінцевому дослідженні персоналу без достовірної різниці між показниками ($p=0,134$), що свідчить про високе охоплення вакцинацією COVID-19 від серед працівників лікарні.

Отже застосування таких протиепідемічних заходів на базі інфекційного стаціонару показало свою ефективність, що характеризувалась зниженням рівня реєстрації нових випадків захворювання на COVID-19, переважанням легкого перебігу хвороби та високим рівнем охоплення щепленнями серед персоналу медичного закладу.

Таким чином, розроблені додаткові протиепідемічні заходи значно підвищили рівень інфекційного контролю в лікарні. На нашу думку, серед запропонованих протиепідемічних заходів щодо запобігання поширення COVID-19 серед персоналу лікарні найбільш ефективними виявилися високий рівень охоплення вакцинацією проти захворювання та регулярне тестування співробітників швидкими тестами.

Запропоновані заходи потребують подальшої оцінки та можливого вдосконалення з огляду на появу нових штамів вірусу і змін його властивостей, пов'язаних з передачею та здатністю викликати тяжкі форми хвороби.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Краснов О.Г., Ляховський В.І., Лисенко Р.Б., Сагарадзе С.А., Немченко І.І.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Одним із тяжких ускладнень цукрового діабету (ЦД) є синдром діабетичної стопи (СДС), який розвивається більш ніж у 10% хворих та у 70% з них потребує хірургічного лікування. СДС є комплексом уражень стопи при ЦД, в основі якого лежать діабетична ангіопатія, периферична нейропатія та остеоартропатія нижніх кінцівок, з розвитком важких гнійно-некротичних ускладнень на тлі імуносупресії. Головною причиною ампутацій при СДС є інфекційно-некротичний процес на стопі, що виникає на тлі ран. Якісний догляд за пацієнтами із СДС на амбулаторному етапі значно знижує ризик розвитку ускладнень. Це особливо важливо в умовах епідемії COVID-19 та бойових дій в Україні та потребує вдосконалення профілактики та амбулаторного лікування хворих з ускладненнями синдрому діабетичної стопи, зниження ускладнень та покращення якості життя таких хворих.

Нами проведено комплексне обстеження та лікування 1247 хворих на СДС I-II, IIIВ стадії по Meggit-Wagner, які перебували на лікуванні в поліклініці 2-ї міської лікарні Полтави та медичному центрі Медіон протягом 2012-2022 років. Хворим проведено обстеження, яке включало огляд, рентгенографію стопи, ультразвукове дуплексне ангіосканування, визначення чутливості, доплерометрію, бактеріологічне дослідження, консультацію ендокринолога та вимірювання площі ран.

Першу (основну) групу (748 хворих) склали хворі, які регулярно спостерігалися у судинного хірурга, проходили необхідне обстеження та лікування. Другу (контрольну) групу (499 хворих) склали пацієнти, які не зверталися регулярно до лікаря. Пацієнти обох груп були поділені на дві підгрупи: I – нейропатична форма, II – нейроішемічна форма.

Тривалість цукрового діабету до 10 років була у 246 (32,9%) хворих основної групи та у 289 (57,9%) контрольної групи. Понад 10 років хворіли 502 (67,1%) хворих основної групи та 210 (42,1%) контрольної групи.

Діагноз нейроішемічної форми СДС встановлено у 135 (18,1%) хворих основної групи та у 87 (17,4%) хворих контрольної групи. В інших пацієнтів була нейропатична форма СДС. Середня площа ран становила $2,3 \pm 0,2$ см², вони локалізувалися у зонах найбільшого тиску під час ходьби.

Магістральний кровотік у стегново-підколінному сегменті був збережений у 702 (93,9%) хворих основної групи та у 462 (92,6%) контрольної групи. Серед хворих з порушенням кровотоку стеноз-оклюзія артерій гомілки та склероз Монкеберга спостерігалися у 37 (80,4%) хворих у основній та у 26 (70,3%) у контрольній групі. Клінічне вивчення стану периферичної іннервації показало, що прояви невротії різного ступеня були характерні для всіх хворих на СДС. З трьох видів чутливості (больова, температурна, тактильна) найбільш характерним та раннім було порушення температурної.

I стадія за Wagner виявлена у 379 (50,7%) хворих основної та у 212 (42,5%) хворих контрольної групи. II стадія виявлена у 245 (32,8%) хворих основної та у 204 (40,9%) хворих контрольної групи. Виразкові дефекти стопи були локалізовані переважно на підошовних поверхнях стопи у зонах підвищеного тиску. Стадія III виявлено у 124 (16,5%) хворих основний та у 83 (16,6%) хворих контрольної групи. Деструктивні зміни кісток без пошкодження шкіри мали місце у 26 (3,5%) хворих основної групи та у 13 (2,6%) хворих контрольної групи. Поєднання кісткової деструкції з дефектами м'яких тканин було у 98 (13,1%) хворих основної групи та у 70

(14,1%) хворих контрольної групи. Для діагностики остеомієліту за відсутності його ознак на рентгенограмі за наявності клінічної картини кісткової деструкції використовували магнітно-резонансну томографію. Серед виразок діабетичної стопи переважали нейропатичні та нейроішемічні.

Хворим обох груп призначали медикаментозну терапію, що включала компенсацію вуглеводного обміну; антибактеріальну терапію з урахуванням чутливості мікрофлори; усунення проявів ішемії стопи; при нейропатичній формі СДС призначали метаболічну, симптоматичну терапію. Для корекції діабетичної остеоартропатії використовували розвантаження стопи: постільний режим, носіння ортопедичного взуття, іммобілізуючі пов'язки, милиці.

Одним із несприятливих факторів перебігу рани при ЦД є тривалий період її очищення, що є провісником неможливості настання другого та третього періодів, що призводить до неминучості ампутації кінцівки. Все це вимагає постійного активного спостереження за хворими на СДС, у тому числі на амбулаторному етапі для корекції не тільки загального та місцевого лікування, а й активної зміни лікувальної тактики при необхідності.

Місцеве лікування включало санацію та обробку ран антисептиками з використанням ферментних препаратів, препаратів гіалуронової кислоти, водорозчинних мазей. Проведення місцевого лікування залежало від фази ранового процесу. Застосовувалися сучасні ранові пов'язки з урахуванням фази процесу з дотриманням принципу вологого загоєння ран. У разі деструктивного процесу тканин стопи виконували різні види некректомій: механічним, хімічним методом, за допомогою накладання ранової пов'язки. Місцеве лікування ран включало видалення ділянок гіперкератозу та первинну обробку виразки.

Більшість хворих з діабетичними виразками та ранами стоп обох груп лікувалися амбулаторно. Середні терміни загоєння ран становили $21,3 \pm 1,4$ дні в основній групі та $36,5 \pm 1,7$ дні у контрольній групі. Ускладнені випадки СДС потребували госпіталізації у 135 (18,1%) хворих основної групи та у 209

(42,0%) хворих контрольної групи. Після госпіталізації ампутації на рівні гомілки та стегна виконані у 9 (6,7%) хворих основної групи. та у 29 (13,9%) пацієнтів контрольної групи.

Нами розроблено лікувально-діагностичний алгоритм надання допомоги хворим на амбулаторному етапі. Спочатку проводився огляд, лабораторно-інструментальне обстеження хворого, рентгенографія стоп, доплерометрія, ультразвукове ангіосканування. За наявності неструктуривних змін хворий направлявся до ендокринолога для підтвердження діагнозу ЦД. За наявності деструктивних змін та наявності ішемії вирішували питання про необхідність та можливість судинної реконструкції. У цих випадках хворий направлявся до судинного відділення для артеріографії та подальшого лікування. За відсутності критичної ішемії кінцівки хворий лікувався амбулаторно при I, II, III стадіях за Wagner, у разі активного гнійно-некротичного процесу хворий направлявся до стаціонару.

За відсутності факторів ризику розвитку СДС необхідний скринінг таких хворих судинним хірургом один раз на рік. За наявності факторів низького та помірного ризику хворий повинен проходити обстеження кожні 3-6 місяців, а при високому ризику повинен знаходитися постійно під наглядом лікаря, можливо в стаціонарі. Для запобігання розвитку та прогресуванню СДС необхідна компенсація вуглеводного обміну, навчання пацієнтів правилам догляду за стопою, раннє виявлення пацієнтів з ризиком СДС, лікування гіперкератозу, натоптишів, носіння ортопедичного взуття, устілок, призначення антиагрегантів та профілактика розвитку атеросклерозу.

У розвитку ускладнень ДФС у хворих на амбулаторному етапі провідну роль відіграють такі фактори, як механічний, невропатія, прогресування атеросклерозу, недостатність комплаєнсу у хворих та профілактичних заходів.

Систематичне спостереження за хворими на цукровий діабет, проведення регулярних профілактичних та лікувальних заходів дозволяють

не лише покращити якість життя таких хворих, а й скоротити терміни лікування, частоту їх госпіталізації до хірургічного стаціонару та ризик високої ампутації нижньої кінцівки.

ДІЯЛЬНІСТЬ МОЗ УКРАЇНИ З ПІДВИЩЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ТА ОСОБИСТОЇ ЦИФРОВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРІВ

*Лисак В. П.¹, Голованова І. А.², Вовк О. Я.³, Комар А. В.², Ляхова Н. О.²,
Бєлікова І. В.², Хорош М. В.²*

¹Департамент охорони здоров'я при Полтавській облдержадміністрації,
Полтава, Україна

²Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

³Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер, Полтава, Україна

Цифрова компетентність стає невіддільною складовою професійної діяльності працівників охорони здоров'я, і роботу над її розвитком важливо розпочинати як в процесі здобуття медичної освіти, так і в процесі безперервного професійного розвитку. Використання цифрових технологій у медицині та розвиток електронної охорони здоров'я (eHealth) в Україні спонукає медичних працівників застосовувати нові цифрові рішення та інструменти у своїй роботі.

Процес цифрової трансформації охорони здоров'я в Україні спонукає медичних працівників використовувати нові цифрові рішення та інструменти у своїй роботі. Цифрова компетентність стає невіддільною складовою професійної діяльності працівників охорони здоров'я, і роботу над її розвитком важливо розпочинати в процесі здобуття медичної освіти.

МОЗ України провело зустрічі з представниками фахової передвищої, вищої та післядипломної медичної й фармацевтичної освіти, на яких обговорили:

- проєкт рамки цифрових компетентностей майбутніх медичних працівників, розроблений за підтримки проєкту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я»;

- необхідність формування нових навчальних планів з урахуванням питання розвитку цифрових компетентностей;

- формування теоретичних знань щодо процесів цифровізації сфери охорони здоров'я в Україні, а також напрацювання практичних навичок роботи з електронною системою охорони здоров'я та іншими електронними інструментами.

За результатами заходу, більшість учасників підтримали ідею щодо необхідності внесення змін до програми навчальної дисципліни з розвитку цифрових компетентностей студентів закладів фахової передвищої, вищої медичної освіти та післядипломної освіти працівників сфери охорони здоров'я та висловили намір внести відповідні зміни до своїх програм.

Під час обговорення учасники приділили значну увагу питанню необхідності відпрацювання практичних навичок роботи з електронною системою охорони здоров'я та можливості роботи студентів із навчальними версіями МІС (медична інформаційна система).

Також учасникам було презентовано плани проєкту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» щодо грантової програми для формування та підготовки навчально-методичних матеріалів з розвитку цифрових компетентностей студентів закладів фахової передвищої, вищої медичної освіти та післядипломної освіти працівників сфери охорони здоров'я. Грантова програма буде оголошена у червні 2023 року.

На додаток до цього, також існує необхідність уміти безпечно використовувати комп'ютерні системи. Таким чином, уникаючи пошкодження пристрою вірусом, зазнання фішингової атаки або шахрайства в Інтернеті, серед багатьох інших ризиків. Ось чому набуття цифрових навичок є важливим для населення в цілому.

Законом України «Про освіту» визнано інформаційно-комунікаційну компетентність як одну з ключових компетентностей, необхідних кожній сучасній людині для успішної життєдіяльності. Цифрова компетентність визначається як набір необхідних знань, навичок та установок під час

використання цифрових технологій для ефективної оптимізації нашого повсякденного життя.

Таким чином, цифрова компетентність включає не тільки цифрові навички, але також соціальні та емоційні аспекти використання та розуміння цифрових пристроїв і пов'язаних з ними технологій. Цифрова компетентність розуміється як багатогранна рухома мета, що охоплює різні області соціального життя людини.

ВИКЛИКИ ОРГАНІЗАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Марченко К.В., Кіндій В.Д., Кіндій Д.Д.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Сектор стоматологічної допомоги є важливим компонентом системи охорони здоров'я, і його роль стає ще більш важливою під час війни. Стоматологи відіграють важливу роль у забезпеченні здоров'я порожнини рота людей, що, у свою чергу, сприяє їх загальному добробуту. Проте під час війни лікарі стикаються з кількома клінічними проблемами, які впливають на їх здатність надавати якісну допомогу.

Однією з основних клінічних проблем є лікування стоматологічної травми. Травма зубів і навколишніх тканин може виникнути внаслідок різних причин, таких як нещасні випадки, травми, отримані під час бою, або фізичного нападу. Травми зубів та тканин щелепно-лицьової ділянки можуть призвести до сильного болю, дискомфорту та спотворення, що може мати значний вплив на якість життя людини.

Фахівці-стоматологи повинні бути належним чином підготовлені для лікування травм зубів, що вимагає швидкого та ефективного лікування, щоб запобігти подальшому пошкодженню. Однак під час війни лікарям-стоматологам, можливо, доведеться лікувати травми зубів у небезпечних умовах, наприклад у зонах військових дій або в районах, що постраждали від руйнувань критичної інфраструктури. Це може ускладнити надання

оптимальної допомоги, що призведе до затримки лікування або неадекватного лікування травми зуба.

Іншою проблемою, з якою стикається сектор стоматологічної допомоги під час миру, є підвищений ризик інфекційних захворювань. У зруйнованих війною районах, люди можуть піддаватися впливу різних інфекційних агентів, таких як віруси та бактерії. Ці агенти можуть швидко поширюватися, спричиняючи спалахи висококонтагіозних інфекційних захворювань.

Стоматологи повинні вживати відповідних запобіжних заходів, щоб запобігти поширенню цих захворювань, наприклад використовувати засоби індивідуального захисту та вживати заходів інфекційного контролю. Проте під час війни професійні стоматологи можуть мати обмежений доступ до медичних матеріалів та обладнання, що ускладнює впровадження ефективних заходів контролю за інфекцією.

Нарешті, стоматологи можуть зіткнутися з проблемами в наданні спеціалізованої стоматологічної допомоги. Для спеціалізованої стоматологічної допомоги, як-от ортодонтичне лікування чи хірургія ротової порожнини, може знадобитися доступ до сучасного обладнання та спеціалізованого навчання, які можуть бути недоступними в охоплених війною районах.

Підсумовуючи, сектор стоматологічної допомоги стикається з кількома клінічними та організаційними проблемами під час війни та миру, які впливають на його здатність надавати якісну допомогу. Фахівці-стоматологи повинні бути належним чином підготовлені для лікування травм зубів, вживати відповідних запобіжних заходів для запобігання поширенню інфекційних захворювань і знаходити способи надання спеціалізованої стоматологічної допомоги навіть у складних умовах. Уряди та організації також повинні надавати адекватні ресурси та підтримку сектору стоматологічної допомоги, щоб забезпечити його ефективне функціонування та надання оптимальної допомоги пацієнтам навіть під час війни.

ВПЛИВ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ НА ПЕРЕБІГ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА.

Мунтян О.В., Мунтян В.Л.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пірогова,
Вінниця, Україна

Останнім часом в Україні у зв'язку з бойовими діями відбулись значні зміни соціально – побутових умов життя серед населення країни, особливо це вплинуло на якість життя внутрішньо переміщених осіб та осіб які перебувають на окупованих територіях. Серед населення збільшилась частота тривожних та депресивних станів, що в свою чергу призводить до виникнення та загострення загально - соматичної патології. Потрібно пам'ятати, що загострення соматичного захворювання у поєднанні з тривожним або депресивним станом пацієнтів значно ускладнює перебіг стоматологічної патології, особливо впливає на перебіг захворювань слизової оболонки порожнини рота : червоного плоского лишая, ексфолювативного хейліту, глосодинії та інших захворювань.

Саме тому, при обстеженні пацієнтів із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота потрібно особливу увагу звертати на скарги пацієнта, анамнез захворювання, анамнез життя та психоемоційний стан пацієнта. Під час обстеження пацієнтів необхідно з'ясувати ймовірну причину виникнення захворювання, наявність стресових ситуацій та соматичної патології.

Метою дослідження являється оптимізація комплексної терапії захворювань слизової оболонки порожнини рота у поєднанні з психокорекцією.

Матеріали та методи

В дослідженні прийняли участь 36 пацієнтів віком 45-60 років із захворюваннями СОПР, які пов'язані з психоемоційними порушеннями. В залежності від типу лікування пацієнти були розділені на 2 групи по 18

чоловік в кожній. I і II групи пацієнтів були схожі за наступними критеріями: вік, стать, клінічні прояви.

Після проведення клінічного обстеження кожному пацієнту проводили скринінг з допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS). Даний експрес-тест дозволяє первинно виявити тривогу і депресію у пацієнтів. Переваги даного експрес-тесту для лікарів стоматологів: швидкий та простий в обробці отриманих даних, оцінка психоемоційного стану пацієнта за короткий проміжок часу, під час відповідей у пацієнта не виникає труднощів та додаткових запитань. Оцінка психологічного стану здійснювалась до та протягом всього лікування.

Після встановлення діагнозу та виявлення тривоги і депресії за шкалою HADS пацієнтам I та II групи призначено лікування відповідно до уніфікованого клінічного протоколу. Окрім цього, пацієнтам I групи призначена консультація психотерапевта з метою підтвердження порушення психоемоційного стану та його корекції.

Лікування пацієнтів із захворюваннями СОПР починали з рекомендацій щодо індивідуальної гігієни порожнини рота та санації порожнини рота: усунення травмуючих факторів, видалення зубних відкладень, та усунення вогнищ хронічної інфекції. Пацієнтам рекомендували позбутися шкідливих звичок та збалансувати раціон харчування.

Результати дослідження

У пацієнтів I групи протягом лікування відбувалося значне зниження показників тривоги та депресії, а також пацієнти відзначали зниження інтенсивності болю, рівня тривоги та страху, крім того, покращилося самопочуття, нормалізувався сон, підвищився рівень якості життя.

У пацієнтів II групи спостерігалось збереження або значне погіршення показників тривоги і депресії протягом всього періоду спостереження. Хворі були зосереджені на больових відчуттях, скаржились на порушення сну, хронічну втому та тривожність.

Висновки. Отже, отримані результати свідчать, що призначення психокорекції даним пацієнтам зменшує тривалість та покращує якість лікування порівняно з загальноприйнятою методикою.

АКТУАЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ ОСНОВ «ДЕРМАТОЛОГІЇ КАТАСТРОФ» В ПРОГРАМУ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІВ

Ніточко О.І., Тимофєєва Л.М.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

З початком повномасштабного вторгнення дерматовенерологи та лікарі інших спеціальностей усвідомили важливість отримання нових, сучасних знань з медицини катастроф та відчули гостру потребу в чітких алгоритмах ведення пацієнтів в умовах війни.

Під час війни дерматовенерологи відіграють важливу роль у лікуванні шкірних хвороб у військовослужбовців, запобіганні поширенню заразних дерматозів, розробці та впровадженні профілактичних заходів. Шкіра військовослужбовців піддається постійному впливу негативних факторів зовнішнього середовища, таких як вплив екстремальних температур, вологість, надмірне сонячне світло, вітер. Все це сприяє пошкодженню шкірного бар'єру, зниженню місцевого імунітету шкіри і може призводити до виникнення різних шкірних захворювань: шкірних інфекцій (паразитарних, грибкових, бактеріальних), обморожень, окопної стопи, загострень хронічних дерматозів та інших. Ризик смертності від дерматологічних захворювань є низьким, але захворюваність на звичайні дерматози може зробити військовослужбовців неефективними, зруйнувати бойову силу підрозділу, виводячи з ладу його бійців. Тому питання профілактики та лікування звичайних дерматологічних захворювань мають бути пріоритетними у практиці військового лікаря. Медичні працівники повинні акцентувати увагу командирів на те, що захист шкіри окремого військовослужбовця є невід'ємною частиною збереження бойової сили

підрозділу. А лікарі-дерматовенерологи окрім лікування шкірних хвороб, мають надавати рекомендації щодо правильного догляду за шкірою військовослужбовців та профілактики розповсюдження заразних дерматозів. Також, враховуючи існуючі ризики та непередбачуваність дій російського агресора, важливим є підвищення обізнаності дерматовенерологів щодо надання допомоги при ураженнях шкіри спричинених різними видами хімічної, біологічної зброї, радіаційних ураженнях.

Таким чином, впровадження основ «Дерматології катастроф» в програму післядипломної освіти лікарів-дерматовенерологів є актуальним та вкрай необхідним.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА СИНКОПАЛЬНОГО СТАНУ ПІД ЧАС АМБУЛАТОРНОГО ПРИЙОМУ У СТОМАТОЛОГА-ХІРУРГА

Панькевич А.І., Гоголь А.М., Колісник І.А., Новіков В.М.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Короткочасна непритомність (КН) – це короткотривалий стан реальної чи видимої втрати свідомості, що характеризується антероградною амнезією, порушенням рухової регуляції (падіння) та відсутністю реакції на подразники (пацієнт неконтактний), після чого настає спонтанне та повне відновлення попереднього рівня свідомості.

Синкопе (зомління, непритомність) – це КН, зумовлена церебральною гіпоперфузією, що характеризується швидким початком, короткою тривалістю та спонтанним і повним відновленням адекватної реакції та поведінки. Пресинкопе – симптоми й ознаки, що виникають до КН, або стан, який нагадує продром непритомності, але не супроводжується зомлінням.

У березні 2018 року опубліковано рекомендації Європейського товариства кардіологів (ESC), присвячені діагностиці та веденню синкопальних станів, у розробленні котрих брали участь кардіологи, фахівці з внутрішньої медицини, фізіології, неврології, геріатрії та невідкладної допомоги (Brignole M. et al., 2018).

Початкова оцінка пацієнтів у стані непритомності потребує відповіді на 4 запитання: 1) чи була КН? 2) якщо так, то яка форма КН – синкопальна чи несинкопальна? 3) чи є явний етіологічний діагноз у разі підозри на синкопе? 4) чи є дані, що дають змогу запідозрити високий ризик серцево-судинних ускладнень або смерті?

Непритомність може бути синкопальної та несинкопальної природи. Першочерговим завданням є їх диференціація. Ретельно зібраний анамнез і докладний опис клінічних проявів дають змогу провести диференційну діагностику в 60% випадків.

Клінічні форми несинкопальних непритомностей (психогенні, неврологічні, травматичні) виявляються під час збору даних оскільки мають тривалий анамнез. Значно складніше на амбулаторному прийомі діагностувати власне синкопе, які поділяють на: 1) рефлекторні, 2) внаслідок ортостатичної гіпотензії; 3) кардіоваскулярні. За нашими спостереженнями у пацієнтів до 40 років синкопальні стани досить часто мають рефлекторний генез.

Це гетерогенна група станів, при котрих серцево-судинні рефлекси, необхідні для регуляції кровообігу, періодично стають невідповідними до дії тригерного фактора. У результаті виникає вазодилатація та/або брадикардія з гіпотензією та загальною мозковою гіперперфузією. Рефлекторні СС класифікують залежно від еферентного шляху, що є основою рефлексу (парасимпатичного чи симпатичного). Вазодепресорний тип визначають при переважанні гіпотензії; такі синкопе зумовлені втратою вазоконстрикторного тону в положенні стоячи. При домінуванні брадикардії чи асистолії встановлюють кардіоінгібіторний тип. При змішаному типі наявні обидва патофізіологічні механізми. Диференційна діагностика наведених типів досить часто ускладнена різними обставинами, і в якості прикладу наводимо власний досвід щодо описаного клінічного випадку.

В клініку хірургічної стоматології звернувся пацієнт С., 31 рік зі скаргами на лускіт та біль у ділянці правого скронево-нижньощелепного суглоба. Скарги з'явилися близько місяця тому.

З анамнезу життя встановлено, що супутня патологія відсутня, алергологічний анамнез не обтяжений.

Під час об'єктивного обстеження у стоматологічному кріслі пацієнт знепритомнів. Після надання йому горизонтального положення та забезпечення доступу повітря хворий отямився, АТ становив 140/90 мм рт.ст., пульс 80 ударів за хвилину. Шкіра набула сіруватого відтінку, покритися липким потом. При ретельному опитуванні було з'ясовано, що подібна ситуація виникала кілька років тому під час інтраназальної маніпуляції у оториноларинголога.

Після видимого покращення лікар надав пацієнту горизонтальне положення і продовжив обстеження, однак пацієнт панічно повідомив, що йому стає гірше, а на запитання про біль за грудиною, дав ствердну відповідь. Лікар повторно надав пацієнту горизонтальне положення, однак пацієнт раптово втратив свідомість. Пульс слабо пропальповувався на променевій артерії, пацієнт швидко сам повернувся до свідомості після механічних подразників. Артеріальний тиск становив 110/80 мм рт.ст. Пульс набув якісного наповнення і напруження, однак зі слів хворого йому краще не ставало, а на повторне запитання про біль за грудиною, сказав, що там болю і не було. Незважаючи на візуальне покращення загального стану, пацієнт скаржився на незадовільне самопочуття. Була викликана бригада невідкладної допомоги, фахівці провели експрес аналіз цукру в крові. Рівень цукру становив 6,5 ммоль/л. Пацієнт був госпіталізований. Після проведення симптоматичного лікування повернувся додому. Згодом пройшов обстеження у фахівців вузького профілю, в тому числі невролога. На підставі результатів комплексного обстеження, імовірною причиною описаного стану став хронічний стрес, а діагноз остаточно не встановлений.

Аналіз літературних джерел дозволяє нам стверджувати про виникнення у пацієнта рефлекторного синкопального стану, а саме вазовагального синкопе.

Таким чином, страх перед маніпуляціями, підсилений хронічним стресом, викликав у пацієнта, на перший погляд, безпричинну непритомність, клінічна картина якої мала нетипові ознаки, що не дозволило лікарю бути впевненим у вірності діагнозу і, як наслідок, у наданні кваліфікованої допомоги.

**АНАЛІЗ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ МІСЬКОГО
КОМУНАЛЬНОГО ПІДПРИЄМСТВА “МЕДИЧНИЙ
СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ЦЕНТР” М. ВІННИЦІ
В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

*Побережна Г.М.¹, Гаджула Н.Г.¹, Філевич А.М.², Бугрова І.В.²,
Ковальчук Л.О.¹*

¹Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
Вінниця, Україна

²МКП “Медичний стоматологічний центр”, Вінниця, Україна

Вступ. Через високу інтенсивність та розповсюдженість захворювань органів і тканин порожнини рота, потреба в наданні стоматологічної допомоги зростає. На сьогодні сформовано потужну систему стоматологічних закладів охорони здоров'я різних форм власності для збереження стоматологічного здоров'я населення. Проте, проблеми сьогодення, що пов'язанні з пандемією коронавірусної інфекції знайшли своє відображення в усіх видах спеціалізованої медичної допомоги, у тому числі стоматологічній. Війна в Україні принесла з собою нові виклики для системи охорони здоров'я, що також позначилось на стоматологічній галузі.

Метою дослідження стало вивчення кількісних та якісних показників роботи терапевтичного та хірургічного відділень МКП “Медичний

стоматологічний центр” м. Вінниці за 2022 рік, що розраховані на підставі офіційних звітних документів.

Результати. В 2022 році лікарями відділень терапевтичного та хірургічного профілю відпрацьовано 7997 робочих днів, що перевищило аналогічні показники за 2021 рік (7542), в якому зниження показника пояснюється частковою роботою клініки в режимі епідеміологічного карантину. Загальна кількість звернень пацієнтів в 2022 р. становила 24883, що було на 28,9% більше, ніж у 2021 р.; аналогічно відбулось збільшення первинних відвідувань пацієнтів на 11,9%, порівняно з попереднім роком.

При аналізі якісних показників терапевтичної стоматологічної допомоги спостерігали наступне: кількість пролікованих зубів із каріозними ураженнями в 2022 р. збільшилась на 8,9%; пульпіту – на 17,5%, періодонтиту – на 14,7%, порівняно з 2021 р. Разом з тим, питома вага неускладненого карієсу в загальній кількості пролікованих зубів склала 56,6% у 2022 р. і 52,8% у 2021 р., співвідношення показника числа пролікованих зубів з неускладненим карієсом до такого з ускладненим становило 1,3:1 і 1,4:1, відповідно. Співвідношення пролікованого ускладненого карієсу в одне відвідування до числа всього вилікуваного ускладненого карієсу становило 0,3:1; співвідношення первинних до повторних пацієнтів – 1,1:1; відсоток первинних в числі всіх відвідувань – 52,1%, що суттєво не змінилося із попереднім роком.

Збільшення кількості робочих днів, загальної кількості звернень і зростання якісних показників в певній мірі пов'язано з тим, що лікувально-профілактичний заклад у 2022 році почав працювати у вихідні та святкові дні, а також завдяки санації осіб, які підлягали мобілізації та прийому внутрішньо переміщених осіб.

Стоматологічну допомогу за 2022 рік надали 788 особам наступних категорій населення: військовослужбовцям Збройних сил України, Національної гвардії України, представникам територіальної оборони (всього 568), внутрішньо переміщеним особам (220). Серед цих пацієнтів кількість

пролікованого карієсу становила 375, пульпіту – 122, періодонтиту – 62, захворювань пародонту – 17, слизової оболонки порожнини рота – 5.

Слід відмітити збільшення показників вироблених умовних одиниць праці на 9,1%, кількості санованих пацієнтів на 22,6% та ідентичне збільшення відсотка санованих від первинних на 19,7%. Збільшилась кількість запломбованих зубів на 13,6%, у тому числі за допомогою сучасних композиційних матеріалів фотополімерного способу затвердіння (на 8,9%).

Особлива увага лікарями відділення приділяється гігієнічному стану порожнини рота пацієнтів, проведенню лікування гінгівіту та пародонтиту. Лікування захворювань пародонту за 2022 рік проведено 2248 пацієнтам, що на 33,4% менше, ніж у попередньому році; кюретаж здійснено 249 пацієнтам, що менше на 10,0% у порівнянні з 2021 р. В цілому, зменшення загальної кількості проведених пародонтологічних маніпуляцій пояснюється зверненням пацієнтів під час війни переважно за невідкладною допомогою та тим, що в більшості випадків за стоматологічними послугами звертались пацієнти молодого та середнього віку, які ще не мали вікових змін у тканинах пародонту.

Слід зауважити, що за 2022 рік збільшився показник видалених зубів на 32,0%. Таке значне зростання показника обумовлено санацією мобілізованих осіб перед відправленням у зону бойових дій. Видаленню підлягали зуби з апікальними формами періодонтиту з сумнівним прогнозом та ті, які потребували тривалого спостереження, що є неможливим в умовах війни.

Крім лікування одонтопатології, захворювань тканин пародонта в клініці проводять діагностику та лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота. Так, на диспансерному обліку з факультативними передраками знаходиться 10 пацієнтів: з приводу лейкоплакії – 6, червоного плоского лишая – 2, хейліту – 2.

Загальна потреба в рентгенологічному дослідженні залишається високою, цього потребують діагностика та лікування сучасними методиками. За минулий рік проведено 7037 рентгенологічних досліджень (зростання

відбулося на 12,7% порівняно з попереднім роком), кількість знімків в зміну склала 16,6.

Під час лікування пацієнтів у стоматологічному центрі застосовують фізіотерапевтичні методи лікування. Фізіотерапевтичний кабінет оснащений сучасною апаратурою, яка дозволяє отримувати широкий спектр процедур: світлолікування, електролікування, лазеротерапія тощо. Кількість фізіотерапевтичних методів лікування становила 7172 процедур, серед яких УВЧ терапія застосовувалась у 1592 випадків, УФО – у 1782, лазер – у 1498, вакуум-масаж – у 1200, фонофорез – у 1100.

Таким чином, підводячи підсумок показників роботи МКП “Медичний стоматологічний центр” м. Вінниці за 2022 рік можна зробити наступні **висновки**: 1. Встановлено підвищення обсягу надання терапевтичної та хірургічної стоматологічної допомоги пацієнтам у порівнянні з 2021 роком через збільшення загальної кількості звернень та первинних відвідувань; а також підвищення якісних показників роботи лікувальних відділень (кількості зубів пролікованих з приводу карієсу, пульпіту, періодонтиту, видалених зубів) завдяки закінченню карантинного періоду, роботи закладу у вихідні та святкові дні, наданню стоматологічної допомоги військовослужбовцям та внутрішньо переміщеним особам.

2. Структура захворюваності в 2022 р. порівняно з 2021 р. не змінилась, на що вказують показники питомої ваги неускладненого карієсу в загальній кількості пролікованих зубів (відповідно 51,6% і 52,8%) та однакове співвідношення вилікуваного неускладненого карієсу до ускладненого (1,3:1 і 1,4:1).

3. Збільшення кількості санованих пацієнтів свідчить про підвищення повноти та якості профілактичної допомоги населенню, яка є складовою частиною роботи лікаря-стоматолога.

Незважаючи на складні умови праці під час війни в країні, кількісні та якісні показники роботи МКП “Медичний стоматологічний центр” не знизились, навпаки мають тенденцію до підвищення, що вказує на всебічну

повноту та високий рівень надання спеціалізованої медичної допомоги лікарями-стоматологами клініки.

**РОЛЬ ЕЛЕКТРОННОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ПРИ НАДАННІ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ
ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИМ ОСОБАМ**

*Повшенюк А. В., Гаджула Н. Г., Шінкарук-Диковицька М. М.,
Пилипюк О. Ю., Ваховський В. В.*

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

Повномасштабне вторгнення російського агресора в Україну змінило життя всіх українців, розділивши його на «до» і «після». Введення воєнного стану сильно вплинуло на надання медичної допомоги населенню України. Стоматологічна галузь не стала виключенням, лікарі та пацієнти зустрілися з низкою проблем. Мільйони українців були змушені покинути свої домівки та шукати можливості продовжити лікування стоматологічної патології в інших регіонах України. Це сформувало серед внутрішньо переміщених осіб потребу в легкому доступі до своєї електронної медичної документації. Для якісного завершення стоматологічного лікування фахівцю потрібні попередні дані щодо історії хвороби, діагностичних досліджень та вже проведених медичних маніпуляцій. Враховуючи все це, державні інституції у сфері охорони здоров'я та ІТ-ініціативи активізували процеси створення сервісів надання медичної допомоги для українців.

Відповідно до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, заклади охорони здоров'я та інші суб'єкти господарювання незалежно від форми власності, які провадять медичну практику, мають зареєструватися та працювати в національній електронній системі охорони здоров'я (постанова № 126 Кабінету Міністрів України від 16 лютого 2022 р.). Таким чином, формуватиметься єдиний простір, де вся медична інформація українців буде захищеною та централізованою. Перехід

до цифрового документообігу сприятиме збереженню, резервуванню, відновленню даних пацієнта за умови зміни місця проживання, і, відповідно, звернення до іншого лікаря-стоматолога. Доступ до додаткових відомостей про стан здоров'я пацієнта можна буде отримати лише за його згодою.

Курація стоматологічного пацієнта терапевтичного, хірургічного чи ортодонтичного профілю серед внутрішньо переміщених осіб матиме спрощений механізм, оскільки буде наявна можливість ознайомитися з анамнезом захворювання, переглянути попередні результати прицільної рентгенографії, комп'ютерної томографії, лабораторних досліджень; буде відомо, які методи лікування були вже застосовані та якими матеріалами проводилось лікування. Все це не тільки полегшить роботу лікаря-стоматолога, а й скоротить витрати пацієнту, оскільки не потрібно повторно проводити дослідження, які не будуть втраченими при вимушеній зміні місця проживання. Лікар зможе швидко та без зайвої паперової роботи створювати рецепти та направлення до інших спеціалістів.

Зважаючи на все вище сказане, електронна система охорони здоров'я є зручним сервісом для лікарів-стоматологів та їх пацієнтів, який допомагає ефективно надавати та отримувати необхідні стоматологічні послуги та робити медицину більш доступною для тих, хто її потребує в такий важкий час.

ЛІКУВАННЯ ДИЗЕСТЕЗИВНИХ ПРОЯВІВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВИЛИЧНОЇ КІСТКИ.

Поліщук С. С., Барило О. С., Фурман Р. Л., Свистунов Д. М.,

Поліщук В. С., Кузько О. В.

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

Вступ. Ускладнення, які виникають при переломах виличної кістки, викликають не лише тимчасову, але й тривалу втрату працездатності потерпілих. Порушення функції нерва різного ступеню виникають при

безпосередній травмі нерва під час травми, а також при компресії нерва післяопераційним набряком. До лікування посттравматичних ушкоджень інфраорбітального нерва, лікарі приступають тільки після появи у потерпілих виразної клінічної симптоматики, зазвичай пізно, що значно знижує ефективність терапії, що проводиться.

Мета дослідження. Дослідити ефективність використання препаратів нуклеотидів (Нуклео ЦМФ форте) в комплексі лікування переломів виличної кістки, що супроводжується пошкодженням інфраорбітального нерва.

Матеріали та методи. Було проведено оперативне втручання та подальше післяопераційне лікування 60 хворих з переломами виличної кістки, що супроводжувались клінікою пошкодження інфраорбітального нерва. Роботу виконано у відділенні щелепно-лицевої хірургії Вінницької МКЛ ШМД. В групу порівняння відібрано 30 пацієнтів, яким проводилась загальноприйнята терапія з використанням антибіотиків, антигістамінних препаратів та знеболюючих. В основну групу увійшли 30 пацієнтів, яким проводили таку ж загальноприйнятую терапію та додатково застосовували препарат нуклеотидів (Нуклео ЦМФ форте). Обстеження проводилось в першу, 7-у та 14-у добу.

Результати. Проаналізувавши дослідження дизестезій зони іннервації інфраорбітального нерва, спостерігали значну регресію симптомів порушення температурної теплової гіпералгезії, температурної холодової гіпералгезії, механічної статичної гіпералгезії, механічної динамічної гіпералгезії в основній групі при використанні препарату Нуклео ЦМФ форте ($p < 0,05$). Інтенсивність спонтанного болю в групі порівняння знизилась в 2 рази, тоді як даний показник в основній групі, в якій було застосовано препарат Нуклео ЦМФ форте, знизився в 10,8 рази ($p < 0,05$). В групі порівняння відчуття печіння знизилось в 2,69 рази ($p > 0,05$), аллодинія (спотворення болю) – в 2,33 рази ($p > 0,05$), відчуття поколювання – в 2 рази ($p > 0,05$), крампії (посмикування) – в 1,84 рази ($p > 0,05$). Зазначимо, що

вищезгадані скарги в основній групі на 14 день лікування *були відсутні* ($p < 0,05$).

Висновок. Використання препаратів нуклеотидів (Нуклео ЦМФ форте) повністю знімає такі неприємні суб'єктивні симптоми, як відчуття печіння, алодинії (спотворені болі), відчуття поколювання, крампії (посмикування). Разом з цим мінімізує дізестезії в зоні інервації (температурну теплову гіпералгезію, температурну холодову гіпералгезію, механічну статичну гіпералгезію, механічну динамічну гіпералгезію).

УДОСКОНАЛЕННЯ ЕНДОВАСКУЛЯРНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ОКЛЮЗІНО-СТЕНОТИЧНИХ УРАЖЕНЬ АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ФОРМОЮ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Пузирьов Г.С., Ляховський В.І., Краснов О.Г.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Згідно останніх даних наукової літератури близько 30-80% пацієнтів з цукровим діабетом страждають на синдром діабетичної стопи. Ризик розвитку цього синдрому підвищується з віком і тривалістю перебігу захворювання, а його перебіг закінчується ампутацією нижніх кінцівок на різних рівнях. Значно частіше показання до таких оперативних втручань виникають у пацієнтів з ішемічною формою діабетичної стопи. Тому, враховуючи динамічний розвиток ендovasкулярних технологій, інтервенційні методи діагностики та лікування починають займати провідне місце у наданні медичної допомоги хворим з такою патологією. Однак, при виконанні субтракційної артеріографії нижніх кінцівок у хворих з ішемічною формою діабетичної стопи можуть виникати спазми периферичних артерій, в результаті чого отримані дані не будуть достовірними. Тому, удосконалення методів виконання субтракційної артеріографії при виникненні ангіоспазму залишаються актуальними питаннями діагностики оклюзійно-стенотичних

уражень артерій нижніх кінцівок у хворих з ішемічною формою синдрому діабетичної стопи, що покращить результати їх виконання.

Розроблений та запатентований метод удосконалення візуалізації дистальних відділів артерій нижніх кінцівок застосовували у хворих, у яких під час виконання субтракційної артеріографії виникав ангіоспазм гомілкових артерій та артерій стопи, після чого дистальне русло цих судин не контрастувалося. Суть даного метода полягала у поєднанні внутрішньоартеріального введення контрастної речовини з розчинами нітратів у дозі 0,4 мг. Для зняття спазму дистальних відділів периферичних артерій і покращання результатів виконання артеріографії та діагностики оклюзійно-стенотичних уражень даний метод провели у 23 хворих з ішемічною формою синдрому діабетичної стопи. У всіх цих пацієнтів встановлено наявність цукрового діабету 2 типу в стадії компенсації чи субкомпенсації.

Згідно отриманих даних у 9 (39,1%) хворих після виникнення ангіоспазму під час виконання субтракційної артеріографії та внутрішньоартеріального введення розчину нітратів не відбулося контрастування гомілкових артерій. Такий результат обстеження був розцінений, як відсутність дистального периферичного артеріального русла в результаті оклюзії гомілкових артерій і цим пацієнтам було відмовлено у виконанні реконструктивних операцій на артеріях. У 14 (60,9%) хворих після введення розчину нітратів та контрастної речовини відбулося контрастування дистального русла. Так, оклюзії та гемодинамічно значимі стенози довжиною від 30 до 120 мм, що у середньому становило $54,3 \pm 1,28$ мм, на різних рівнях передніх великогомілкових артеріях виявлені у 4 (28,6%) пацієнтів. Поєднання оклюзій та стенозів, які значно уповільнюють кровоток на різних рівнях задніх великогомілкових артерій довжиною від 45 до 150 мм, що у середньому дорівнювало $67,8 \pm 1,47$ мм, встановлено у 3 (21,4%) хворих. Атеросклеротичне ураження обох великогомілкових артерій довжиною від 25 до 160 мм, що у середньому становило $72,5 \pm 1,83$ мм, відмічено у 7 (50,0%)

осіб. При проведенні цього дослідження у 6 (35,3%) пацієнтів малогомілкова артерія взагалі не контрастувалася.

Отже, поєднане внутрішньоартеріальне введення контрастної речовини з розчинами нітратів дозволяє значно покращити результати проведення субтракційної артеріографії при виникненні ангіоспазму у хворих з ішемічною формою синдрому діабетичної стопи, що дозволило усім їм виконати успішні ендоваскулярні відновні хірургічні втручання на артеріях.

АНТИБІОТИКОПРОФІЛАКТИКА ПРИ ХІРУРГІЧНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ВТРУЧАННЯХ

*К. Резвіна, В. Новіков, А. Панькевич, А. Гоголь, І. Колісник,
М. Коросташова*

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Антибіотикопрофілактика в хірургії – це превентивне використання антибіотиків для забезпечення антимікробного захисту операційної рани при її можливій контамінації мікроорганізмами-резидентами, які, потрапляючи в нетипові умови існування можуть проявляти властивості патогенів і бути причиною інфекційного процесу в ділянці операції. Мікробна контамінація операційної рани практично неминуха навіть при ідеальному дотриманні правил асептики та антисептики. Наявні узагальнені дані свідчать, що до кінця операції в 80—90% випадків рани обсіменені різною бактеріальною мікрофлорою. З погляду фармакології, а саме фармакокінетики, мета хірургічної антибіотикопрофілактики полягає в досягненні ефективних концентрацій антибіотиків у тканинах ще до моменту їх мікробної контамінації, підтримці терапевтичного рівня активності препарату протягом всієї операції та наступних 3-4 год. Відрізок часу є вирішальним для запуску механізмів запально-інфекційного процесу в рані. Антибіотикопрофілактика, розпочата пізніше цього періоду є запізнілою, а її продовження після закінчення операції в більшості випадків вважається зайвим, оскільки профілактична роль антибіотика полягає в зменшенні порогової концентрації

мікроорганізмів. (нижче 10^{5-6} мікробних тіл на 1 г тканини) та перешкоді адгезії збудників. Післяопераційна інфекція, інакше інфекція в ділянці хірургічного втручання, є окремим випадком ранової інфекції, тобто тим інфекційним процесом, що розвивається внаслідок зовнішнього мікробного забруднення при наявності пошкодження покривних тканин та більше або менш вираженою первинною травматичною деструкцією тканин, що становлять глибокі шари рани, як відкритого ушкодження. Оперативне втручання є інвазивною дією, здійснюваним з лікувальною метою, але неминуче пов'язаним з більш менш вираженою травмою. У цьому випадку механічному руйнуванню досить часто піддаються природні бар'єри, які поділяють ареали внутрішніх біоценозів. Руйнування бар'єрів веде до мікробної інвазії в живі тканини, здатні стати об'єктом патогенного впливу мікрофлори. Цим визначається необхідність проведення превентивних заходів, що знижують ризик післяопераційних інфекційних ускладнень. Серед таких заходів можуть бути виділені такі: максимальне зниження травматичності (агресивності) втручання і раціональне використання антибактеріальних засобів у периопераційному періоді, тобто до, при необхідності, під час та після операції. За поширеністю післяопераційні інфекційні процеси поділяють на дві групи: інфекції хірургічної рани та інфекції органу (порожнини). У свою чергу інфекції хірургічної рани можуть бути розділені на поверхневі і глибокі. Що стосується практики хірургічної стоматології в першому випадку залучені лише м'які тканини, у другому – м'які тканини, кісткова тканина та верхньощелепна пазуха. Розвиток інфекції у післяопераційній рані здійснюється в певних умовах, які індивідуальні для кожного пацієнта і укладаються у зниженні загальних та місцевих механізмів захисту ти. Виникненню інфекційних ускладнень у післяопераційному періоді сприяють фактори ризику, пов'язані з: 1) станом пацієнта, 2) особливістю мікроорганізмів; 3) умовами проведення хірургічного втручання:

1. Вік старше 60 років, супутня патологія в стадії компенсації, суб-або декомпенсації, хронічні інфекції іншої локалізації, імунний статус, анемія, куріння (гіпоскемія) . 2. Вид мікробної контамінації (екзогенна, ендогенна), патогенність мікроорганізмів: G_r^+ за рахунок щодо специфічної дії своїх екзотоксинів, G_r^- за рахунок менш специфічного дії ендотоксинів; а також вірулентність, резистентність і синергізм (аероби + анаероби) мікроорганізмів.

3. Можливість дотримання принципів асептики та антисептики, проведення антибіотикопрфілактики, тривалість операції, ступінь пошкодження та травматизації тканин, операційний доступ, характер та обсяг втручання (одна, дві анатомічні області або більше), застосування імплантатів, якість шовного матеріалу, стерильність обладнання, кваліфікація хірурга. В даний час виділяють чотири типи хірургічних втручань, що різняться за ступенем ризику (D. Classen, 1992).

"Чисті" операції. Планові операції невеликого обсягу без ознак запалення, які не зачіпають ротоглотку, дихальні шляхи, шлунково-кишковий тракт або мочополову систему; ортопедичні операції, і т.п. Ризик післяопераційних інфекційних ускладнень не перевищує 5%.

"Умовно чисті операції". Чисті операції з ризиком інфекційних ускладнень (планові операції на ротоглотці, травному тракті, урологічні та пульмонологічні без ознак супутньої інфекції), повторне втручання в «чисту» рану протягом 7 днів, ургентні та невідкладні операції, за іншими критеріями що входять до групи «чисті». Ризик післяопераційних інфекційних ускладнень близько 10%.

"Забруднені" (контаміновані) операції. Операційні рани, що мають ознаки негнійного запалення; значний закид вмісту до шлунково-кишкового тракту, залучення сечостатевої системи або жовчних шляхів та наявність інфікованої сечі або жовчі відповідно.

Операції при травматичних ушкодженнях, проникаючих пораненнях, оброблені протягом 4 год.

Ризик післяопераційних інфекційних ускладнень ній близько 20%.

"Брудні" операції. Операції на свідомо інфікованих органах і тканинах, за наявності супутньої або попередньої інфекції, рани при перфорації шлунково-кишкового тракту, залучення ротоглотки, жовчовивідних або дихальних шляхів, проникаючі поранення та травматичні ушкодження, оброблені після закінчення 4 г. Ризик післяопераційних інфекційних помилок близько 30-40%.

Відповідно до цієї класифікації, всі хірургічні стоматологічні втручання, до числа яких входять видалення ретинованих дистопованих третіх нижніх молярів, дентальна імплантація, синус-ліфтинг з антропластикою, визначально мають бути віднесені до «умовно чистих» операцій. Зазначені втручання будуть рахувати «забрудненими», якщо в зоні планованої операції є попереднє хронічне запалення без гнійного виділення, наприклад перикороніт, гіпертрофічний верхньощелепний синусит.

Обсяг хірургічного втручання, пов'язаний зі складністю та тривалістю, а також із кількістю встановлюваних імплантатів та використовуваних кістково-пластичних матеріалів, визначає необхідність оцінки кожної з вищеназваних операцій виходячи з більшого ступеня ризику. Наявність гнійного запального процесу буде відносним протипоказанням для виконання такого роду операцій у плановому порядку.

ТЕЛЕМЕДИЦИНА ЯК ОДНА ІЗ СКЛАДОВИХ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Романів М.П.

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

Вступ. В складних умовах пандемії COVID-19 та повномасштабного російського вторгнення зросла ізоляція жінок щодо надання первинної та спеціалізованої гінекологічної допомоги.

Основна частина. Тривалі карантинні заходи через пандемію COVID-19 обмежили доступ до первинної та спеціалізованої допомоги. зменшився доступ для отримання консультацій, профілактичних оглядів до лікарів загальної практики/сімейної медицини та гінекологів внаслідок великої кількості пацієнтів із COVID-19. Було обмежено доступ до спеціалізованих медичних закладів частина з яких була перепрофілізована, в багатьох спеціалізованих закладах охорони здоров'я запроваджено жорсткі карантинні обмеження. У частини жінок спостерігався страх відвідувати медичні заклади, щоб уникнути контакту із пацієнтами з COVID-19. Ці обмеження призвели до відтермінування візитів жінок до лікарів та зростання частки пацієнок із онкогінекологічною патологією виявленій у III-IV стадії за TNM класифікацією.

На тлі військових дій виникла також низка загроз для здоров'я жінок. Руйнування та обмеження роботи медичних закладів, нестача медикаментів, хронічний стрес, міграційні процеси в країні та за її межами, які розірвали зв'язок між пацієнтами та лікарями. Всі ці ситуації призведуть до зростання захворюваності на онкологічну патологію в майбутньому, в тому числі і ЗН жіночих статевих органів.

Одним із варіантів подолання загроз ізоляції в умовах надзвичайних ситуацій є телемедицина. Вперше в Україні телемедицину почали впроваджувати з середини 1990-х років. Уже у 2017 році було введено поняття «телемедицини» у законі «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості». На основі пілотного проєкту з формування телемедичної мережі у сільських місцевостях було виокремлено найсприятливіші форми телеконсультування.

В період пандемії COVID-19 істотно зросло використання телемедицини у провідних клініках низки європейських країн, США, Канади. В зв'язку із підвищеною загрозою для онкологічних хворих, ризик інфікування яких коронавірусом був майже вдвічі вищим, ніж серед

населення в цілому, низка провідних спеціалізованих клінік перевела візити до лікаря у режим відео- або аудіозв'язку.

У США послугами телемедицини під час карантинних заходів скористалися пацієнтки з онкологічною патологією, зокрема, раком яєчників, тіла матки, шийки матки, піхви/вульви. Найчастіше телемедичні візити були з приводу обговорення результатів та/або планів лікування, обговорення лікування/побічних ефектів під час хіміотерапії, підтримуючої терапії, клінічної випробувальної терапії та подальшого спостереження під час променевої/хіміопроменевої терапії, спостереження у післяопераційному періоді.

При цьому спостерігається значна задоволеність телемедичними послугами, як зі сторони пацієнтів ((82-92%), так і медичних працівників (65,2-72%). Значна частина опитаних пацієнтів висловила бажання скористатися ними і в майбутньому. Хоча і залишається також частка пацієнтів, які віддають перевагу особистим візитам на будь-якому етапі пандемії незалежно від жорстких карантинних заходів.

Висновок. Враховуючи прогресивний досвід провідних клінік світу доцільним є розширення застосування послуг телемедицини в онкогінекологічній допомозі жінкам на первинному та спеціалізованому рівнях медичної допомоги.

ФОРМУВАННЯ СУЧАСНОЇ МОДЕЛІ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Рудакова Л. О.

Кафедра управління охороною здоров'я та публічного адміністрування

Національна медична академія післядипломної освіти України

імені П. Л. Шупика, Київ, Україна

В Україні конституційні норми у сфері охорони здоров'я щодо її безкоштовності та загальнодоступності носять лише декларативний характер. У практичній площині більшість медичних послуг є платними, якість яких

завжди залежить від фінансових можливостей пацієнта. Саме такий стан сфери охорони здоров'я та якість надання медичної допомоги в нашій країні як вкрай незадовільний. Разом з тим, на сьогоднішній день, ускладнює вирішення такої проблематики постійне недофінансування медичної сфери, яке не зазнало вагомих змін навіть при проведенні реформ у цій сфері. Дана проблематика обумовлюється відсутністю передумов щодо надання якісної, ефективної та безпечної медичної допомоги усім верствам населення в достатніх для них обсягах, в тому числі й для працівників сфери охорони здоров'я.

В трансформаційних вимогах суспільства, у яких сьогодні перебуває Україна, формування сучасної та ефективної моделі медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я потребує вирішення питання ролі держави у новій соціальній політиці, вимагає формування функцій та визначення її взаємодії з громадськими інститутами під час фінансування соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я.

Саме тому впровадження ефективного медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я є вагомим елементом дієвих джерел залучення в сферу охорони здоров'я додаткових коштів, які покриватимуть витрати на якісне медичне обслуговування.

Щоб з'ясувати як сфера охорони здоров'я буде якісно надавати медичні послуги, потрібно з'ясувати, яка частка Державного бюджету України передбачена на сферу охорони здоров'я в цілому.

Передбачені Державним бюджетом України на 2022 р. видатки для Міністерство охорони здоров'я України включають фінансування апарату Міністерства (36,7 млрд грн), Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (123,1 млн грн) та Національної служби здоров'я України (НСЗУ) (157,6 млрд грн), а також загальнодержавні видатки та кредитування (у сумі 2,4 млрд грн). Загалом обсяги видатків на охорону здоров'я становлять 196,8 млрд грн (3,7% валового внутрішнього продукту (ВВП)). Порівняно з попереднім роком фінансування збільшено на 14,3%.

Лева частка цих коштів спрямовуватиметься на реалізацію Програми медичних гарантій медичного обслуговування населення (ПМГ) — 157,3 млрд грн* (що на 28,5 млрд більше порівняно з попереднім роком) (рис. 1) для фінансування первинної медичної допомоги, реімбурсації вартості лікарських засобів., екстреної медичної допомоги за новою організаційною моделлю, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги з врахуванням пріоритетних послуг та станів, паліативної медичної допомоги та реабілітації.

Необхідно також відзначити те, що значні статті витрат Міністерства охорони здоров'я України, передбачені Держаним бюджетом України, які ми представимо у порівнянні 2021 та 2022 років у рис. 1.

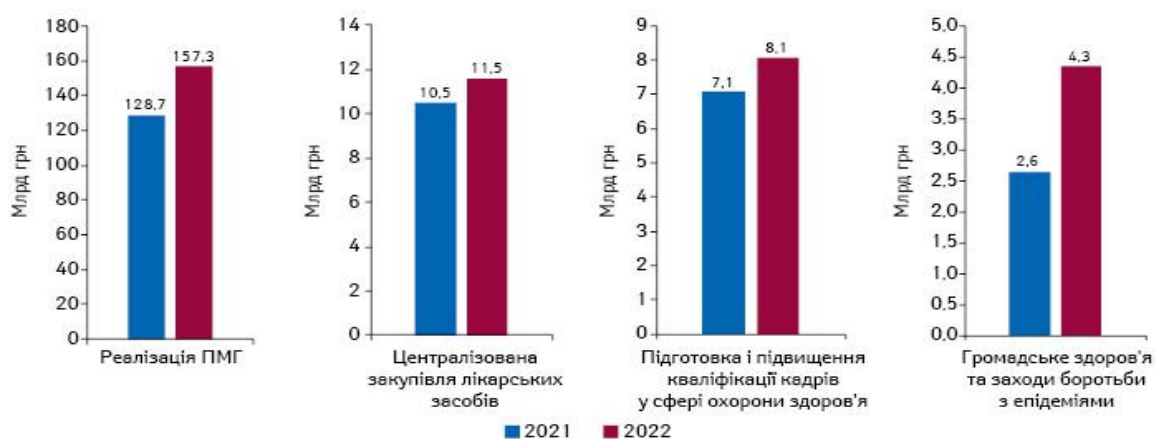


рис. 1.

Проаналізувавши Державний бюджет України на 2022 рік ми окрім зазначених вище видатків ним передбачено також фінансову допомогу Фонду соціального страхування України для страхових виплат медичним працівникам державних і комунальних закладів охорони здоров'я та членам їх сімей через захворювання на COVID-19, спричинене коронавірусом SARS-CoV-2, та його наслідки в сумі 252 млн грн.

Також, на фінансування Міністерства соціальної політики України Держбюджетом на 2022 р. виділено 31 808 млрд грн. Видатки на Міністерство оборони України становлять 133,5 млрд грн, Міністерство внутрішніх справ України – 99,8 млрд грн, Міністерство освіти і науки

України – 58,6 млрд грн, апарату Верховної Ради України у 2022 р. визначено в сумі 3 млрд грн, Державної судової адміністрації — 19 млрд грн, Верховного суду — 2,3 млрд грн, Конституційного суду — 313,8 млн грн, Вищого антикорупційного суду — 592,9 млн грн. На обслуговування та організаційне, інформаційно-аналітичне, матеріально-технічне забезпечення діяльності Президента України та Офісу Президента України виділено 1,3 млрд грн, Секретаріату Кабінету Міністрів України — 1,1 млрд грн. Видатки на Пенсійний фонд України згідно з Держбюджетом–2022 становлять 200,6 млрд грн. Суму видатків на Антимонопольний комітет України визначено на рівні 345,6 млн грн. Фінансування Національної академії наук становить 102,4 млн грн, Національної академії медичних наук України — 7,3 млрд грн.

Але потрібно зауважити й те, що працівники сфери охорони здоров'я хворіють не лише на COVID-19, спричинене коронавірусом SARS-CoV-2, але й іншими захворюваннями, які можна визначити як професійні, а також іншими, котрі вони можуть отримати. Саме тому, необхідно зосередити увагу на формуванні основних тенденцій фінансування соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я, які мають надавати медичну допомогу усім верствам населення, в тому числі й працівникам органів публічної адміністрації.

Так, для прикладу проаналізуємо досвід фінансування сфери охорони здоров'я на душу населення у зарубіжних країнах, а саме: у США держава витрачає близько 10000 доларів на людину, Люксембург — 8000, Норвегія та Швейцарія - по 7000, а Україна лише 77 доларів.

З метою всебічної характеристики наявної ситуації слід проаналізувати динаміку змін обсягу видатків на усю сферу охорони здоров'я в структурі зведеного бюджету, а також частково видатків на охорону здоров'я по відношенню до ВВП країни.

Базовим періодом для дослідження обрано 2021 - 2022 роки. Таким чином, за результатами аналізу рисунка можна зробити висновок, що

тенденція зміни обсягів видатків на охорону здоров'я коливається в межах 1 %. Проте на фоні прийняття в 2018 році Закону України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення", згідно з яким розпочалась реформа фінансування сфери охорони здоров'я ситуація мала б змінитись у напрямі до зростання видатків бюджету на цю сферу. Але, в умовах сьогоднішнього дня, ми бачимо, що видатки на сферу охорони здоров'я підуть на спад. Військові дії призводять до зниження видатків на усі сфери публічного адміністрування окрім оборонної сфери. Але попри усі складнощі потрібно все одно забезпечувати якісне надання медичного обслуговування, яке здійснюють працівники сфери охорони здоров'я корим також потрібно убезпечитися самим під час виконання функціональних обов'язків. Це, на наш погляд, можливо лише при належному фінансуванні їх медичного страхування. Саме тому необхідно визначити основні тенденції фінансування соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я.

Окрім того ВООЗ наголошує на зростанні вартості надання медичних послуг в світі із кожним роком. Зокрема в країнах, що розвиваються щорічно на 6 %, а у розвинутих на 4 % щороку, а у 2022 році, у зв'язку із існуючими активними бойовими діями в Україні, які вплинули на всю світову спільноту – на 28%. Станом на кінець попереднього року, витрати на медичну галузь у світі становили 10 % глобального ВВП. Водночас темп приросту витрат є вищими за темпи приросту світової економіки.

Відповідно, з огляду на представлені факти, можливо зробити висновок про те, що сфера охорони здоров'я потребує екстреної трансформації, так як відзначена динаміка в Україні не те, що відстежується, а в більшій мірі у ній спостерігаються від'ємні значення, що є неприємним та недопустимим, зокрема, задля фінансування соціального медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я.

Щоб вивести зазначену ситуацію на відповідний рівень, на наш погляд, необхідно забезпечити усю сферу охорони здоров'я, належним рівнем фінансування, яке можливо сформувавши за допомогою загальнообов'язкових

страхових внесків, і це є впровадженням дієвих засад страхової медицини, зокрема загальнообов'язкового медичного страхування, в тому числі й медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я.

Необхідно відзначити те, що обов'язкове медичне страхування складовим елементом якого є медичне страхування працівників сфери охорони здоров'я, відноситься, в цілому, до системи соціального страхування, основою якого є завжди принцип загальнообов'язковості участі страхувальників в частині фінансування сфери охорони здоров'я через внесення визначених страхових внесків у відповідності договору до вказаних державних фондів або ж за допомогою залучення відповідних медичних компаній тощо.

ФОРМУВАННЯ ПОНЯТТЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ВІД ПОЧАТКУ 20 СТОЛІТТЯ ДО СУЧАСНОСТІ

Сокурєнко О.В.

Централізована імунологічна лабораторія (КНП «Черкаська обласна лікарня Черкаської обласної ради»), Черкаси, Україна

Abstract. The question of the formation of the concept of "quality of life" was considered in the review of the works of foreign and domestic scientists. The multifaceted concept of "Quality of life" has been established. The term self-esteem entered science from the beginning of the 20th century, and became widely used in the mid-1950s and 1960s. In their works, such learned sociologists as Galbraith, Rostow, and Toffler gave it both a common and a distinctive feature. They defined the multifacetedness of the concept, and it is enough to evaluate the quality of life from the objective and subjective sides. Domestic scientists, Chikhantsova, Yesinova, Kolot contributed to the formation of the concept of self-esteem at the end of the 20th century, and in relation to a certain state or territory. The final definition of the concept of QOL was formed by the UN in 1996. The Concept of Sustainable Human Development defines the goals and factors of

human development, and the need to assess the quality of life at the global level by 2030.

Анотація. Розглянуто питання формування поняття «якості життя» в огляді праць зарубіжних та вітчизняних науковців. Встановлено багатогранність поняття «Якості життя». Термін ЯЖ ввійшов в науку від початку 20 століття, та набув широкого застосування в середині 1950-1960 рр. В своїх працях, такі вчені соціологи як Гелбрейт, Росту, Тофлер надавали йому як спільних так і відмінних рис. Ними визначено багатогранність поняття, та необхідність оцінювати ЯЖ з об'єктивної і суб'єктивної сторони. Вітчизняні науковці, Чиханцова, Єсінова, Колот внесли свій вклад у формування поняття ЯЖ в кінці 20 століття, та відносно певної держави чи території. Остаточне визначення поняття ЯЖ було сформовано ООН в 1996 році. В Концепції сталого розвитку людства визначено цілі та фактори розвитку людства, та необхідність оцінки ЯЖ на глобальному рівні до 2030 року.

Key words: quality of life, subjective assessment, objective assessment, integral indicator.

Ключові слова: якість життя, суб'єктивна оцінка, об'єктивна оцінка, інтегральний показник.

Актуальність проблеми. На сучасному етапі розвитку суспільства все більшого значення набуває необхідність дослідження якості життя та стану здоров'я населення. Стан здоров'я – це не лише здатність організму виконувати свої функції, а й головна умова для повноцінної життєдіяльності людини. Світова спільнота розглядає питання дослідження та оцінки якості життя та здоров'я населення, як критерій розвитку держави та оцінку її ефективного управління економічними процесами та соціальною сферою. Посилення уваги до проблем якості життя населення зумовлює необхідність виявлення взаємозв'язків складових якості життя, нових підходів до створення та використання методів оцінки якості життя людини.

Протягом останнього десятиріччя, від початку війни на сході та півдні України, поширення захворюваності на Covid-19, та початком повномасштабної війни в 2022 році росії проти України соціально-економічне становище населення країни лише погіршувалося. Виникла потреба, у пошуку шляхів для збереження здоров'я в сучасних умовах життєдіяльності людини. Знизився дохід населення, економіка країни не зростає, а навпаки падає, наслідки від війни варто оцінювати не лише через нанесення економічних збитків, та руйнувань, а й від кількості загиблих та травмованих.

На даний час, досі не існує чіткої та одностайної думки вчених щодо поняття ЯЖ. Людина, як складова суспільства, є об'єктом дослідження соціологічних наук, тому вперше поняття ЯЖ досліджували класики соціології: Вебер М., Дюркгейм Е., Конт О., Маркс К., Спенсер Г.

Перші спроби оцінити «якість життя», яке по своєму змісту тотожне з поняттями «добробут населення», «спосіб життя», «людський розвиток», «рівень життя» були на початку 20ст. в цей час в західних країнах зростає кількість противників економіки «споживання», адже ставала ясною неможливість забезпечувати високий рівень життя всьому суспільству. Термін «ЯЖ» з'являється в науці в 1950-60 роках, завдяки Гелбрейту Дж, з його суджень в праці "Суспільство достатку" впливало, що поняття економічний «рівень життя» не охоплює всіх аспектів благополуччя і задоволення життя. Він обґрунтував необхідність переходу до «постіндустріального суспільства», що спонукало до збагачення духовними, культурними, соціальними благами. Завдяки праці Гелбрейта дослідження проблеми якості життя переросло у політичну площину, та вийшло на державний рівень.

Американський економіст Ростоу У., в своїх роботах наголошує на потребі в пошуку «нової» якості життя, яка буде відобразитися в комплексному підвищенні цього параметру, а саме в медицині, освіті,

зменшенні забруднення навколишнього середовища, зменшенні рівня бідності та нерівності в суспільстві.

Свій вклад у вивчення питання якості життя залишив американський вчений Тофлер Ал., який розкриваючи це поняття, акцентував увагу на соціальному параметрі, оцінюючи стиль життя. Суспільство, в той час, переходило з економіки «кількісної» в економіку «психологічну». Тофлер, виділяв три складові ЯЖ – екологічну, економічну, соціальну. Ці три параметри, давали можливість виділити напрями для кількісної оцінки ЯЖ.

В 1978 Форестер Дж., пропонує досліджувати ЯЖ з двох підходів: як «глобальну» ЯЖ суспільства, та як «суб'єктивну» ЯЖ особи. Таким чином, відбулося визначення поняття «якості життя», та окреслені підходи до її дослідження.

В 80-90рр. 20ст. вченими формується концепція розвитку людського потенціалу, де ЯЖ є головним критерієм розвитку людини, а сама людини є ціллю економічного розвитку та прогресу. В 1996р. ВООЗ дає своє визначення «якості життя», як сприйняття індивідуумами свого положення в житті в контексті культури та системи цінностей того середовища, в якому вони живуть, у нерозривному зв'язку з їх цілями, очікуваннями, стандартами і турботами.

Серед вітчизняних вчених Єсінова Н., визначає ЯЖ, як ступінь задоволення потреб, визначених нормами, звичаями людей на певній території чи в певній державі, що обумовлені впливом економічних, соціальних, демографічних факторів. Завіновська Г. характеризує рівень споживання товарів і послуг, тривалість життя та рівень захворюваності, забезпечення прав людини, її соціальну захищеність, та визначає своє поняття ЯЖ. З позиції Колота А., його трактування зводиться до оцінки рівня задоволення потреб відповідно до традицій, звичаїв, соціальних стандартів та особистих вимог людини.

На Міжнародній конференції з навколишнього середовища (Ріо-де-Жанейро, 1992р.) була визнана Концепція сталого розвитку (СР). Її завдання

були визначені як стратегія розвитку сучасної цивілізації в 21ст. Було визнано тісний взаємозв'язок між існуванням людини, збереженням навколишнього середовища та економічним розвитком. В Концепції СР, визначено поняття ЯЖ, як «складним, багатокomпонентним явищем, що залежить як від об'єктивних факторів (насамперед можливості задоволення людських потреб та інтересів у певних соціально-економічних умовах), так і від різноманітних суб'єктивних факторів (соціально-психологічних, соціокультурних та інших)». Оскільки, ЯЖ є основним параметром, і підвищення її рівня є головною умовою сталого розвитку людства. Також, в документі зазначено, що людина – є метою економічного зростання, а не людський ресурс задля зростання економіки.

Важливим етапом у дослідженні якості життя населення є доповідь міжнародної Комісії з основних показників економічної діяльності та соціального прогресу, опублікована 2009 р. під керівництвом Нобелівських лауреатів Д. Стігліца та А. Сена, у якій було запропоновано замінити оцінку ВВП на показник якості життя у ролі основного критерію економічного розвитку Крім того, у ній було виділено ключові складові показника якості життя: матеріальні умови життя; здоров'я; рівень освіти; робота; політичний голос і громадянські права; навколишнє середовище та умови життя; економічна й фізична безпека. Саме на цій системі показників ґрунтується більшість сучасних методів оцінки якості життя, зокрема ті, якими користуються Служба статистики Європейського Союзу та Організація економічного співробітництва та розвитку. Таким чином, питання ЯЖ займає своє місце не лише в наукових працях, а й стає критерієм для оцінки повсякденного життя. До цих параметрів слід віднести: особисті потреби, релігійний фактор, внутрішній, духовний стан, що визначають подальші цілі розвитку, та перспективи майбутнього розвитку особистості.

Таким чином, нами розглянуто спроби науковців дати визначення поняттю ЯЖ. В середині 20ст., вчені намагалися визначити її складову та характеристику як комплексному, інтегральному параметру, що оцінює

рівень людини в суспільстві через призму політичних, економічних, екологічних, соціологічних факторів. На даний час, спираючись на Концепцію СР, визначені основні цілі та завдання розвитку людства до 2030 року. Визначені основні фактори соціального розвитку, як наприклад зменшення рівня смертності, окреслено важливість екологічної складової, в умовах зменшення економічного росту.

ОПИС АВТОРСЬКОЇ МЕТОДИКИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КІСТ ШИЇ ЕМБРІОНАЛЬНОГО ПОХОДЖЕННЯ.

*Станіслав О. Ставицький, Ольга В. Шешукова, Валентина
П.Труфанова, Софія С. Бауман, Тетяна В. Поліщук, Катерина С.
Казакова, Анна С. Мосієнко, Аліна І. Максименко*

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Найчастіше бронхіальні кісти зустрічаються у віці від 20 до 40 років. Існують клінічні спостереження незрощення другої зябрової щілини у немовлят та дітей віком до 5 років, яке проявляється у вигляді фістул. Щодо виникнення даної патології в осіб літнього віку мають місце лише поодинокі клінічні випадки. Близько 60% кіст виникають з лівого боку. Немає статистично вірогідних даних щодо гендерної чи расової схильності.

Кісти шиї ембріонального походження є досить поширеною патологією щелепно-лицевої локалізації, яка потребує хірургічного лікування. Тому має місце необхідність модифікації та оптимізації даного виду оперативних втручань, яке супроводжується формуванням рубцевозміненої тканини на відкритих ділянках шиї.

Всі етапи пошарового роз'єднання тканин при екстирпації кіст шиї проводили згідно з протоколом надання хірургічної допомоги під ендотрахеальним наркозом. При оперативному втручанні з приводу серединної кісти, виникає необхідність резекції частини під'язикової кістки, так як саме через неї проходить тяж від новоутворення. Слід враховувати, що

екстирпація бронхіогенних кіст, може ускладнюватися через близьке розташованя до них судин та нервів.

Перед етапом інтубації у пацієнта за допомогою вакуутайнера беруть кров у спеціальну А-PRF пробірку. Яка центрифугується при швидкості 1100 обертів на хвилину протягом 7 хвилин з метою отримання PRF-згустку. Необхідно виготовити щонайменше 2 згустки, так як їх введення необхідно, як в глибокі, так і у поверхневі шари ділянки в якій проходить оперативне втручання.

Після отримання згустків вони поміщувалися під прес для отримання А-PRF мембран та зберігалися до відповідного етапу оперативного втручання. Перша мембрана вводилась в глибокі шари раневого каналу, в залежності від ділянки проведення операції.

У випадку з серединними кістами мембрани вводилися в порожнину, що утворювалася після резекції під'язикової кістки, а при екстирпації бічних – в ділянку судинно-нервового пучка шиї, після чого проводилось пошарове ушивання тканин до підшкірно-жирової клітковини. Друга мембрана поміщувалась безпосередньо під гіподерму, після чого відшаровані краї рани наближувалися та ушивалися.

Наявність двох отриманих А-PRF мембран пришвидшує мікротромбоцитарний гемостаз та суттєво скорочує терміни ушивання рани.

ОРГАНІЗАЦІЯ МОБІЛЬНИХ МІНІ-ЛАБОРАТОРІЙ – ЯК АЛЬТЕРНАТИВНИЙ ВАРІАНТ ПОКРАЩЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

Фейса С.В., Дичка Л.В., Рудакова С.О., Блага О.С.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки; м.Ужгород, Україна

Повномасштабне вторгнення Росії в Україну наклало відбиток на всі сфери нашого життя. Не залишилась осторонь і галузь охорони здоров'я. Як варіант альтернативної оптимізації діагностичного процесу слід розглядати

організацію мобільних (пересувних) міні-лабораторій, якими можна б користуватися як військовим, так і цивільним, що перебувають безпосередньо в зоні військових дій та на прилеглих територіях.

Основне значення мобільних лабораторій в умовах війни полягає в тому, що вони стали б важливим елементом організації медичної діагностики в військовій зоні, забезпечуючи швидкий доступ до медичних послуг і покращуючи результати лікування. Роль мобільних лабораторій у виявленні та контролі за захворюваннями полягає в тому, що завдяки ним вдалося б проводити швидку діагностику захворювань, таких як інфекційні хвороби чи отруєння, що є особливо важливим у військових конфліктах з високим ризиком епідемій. Крім того, мобільні міні-лабораторії можна використовувати і як токсикологічні лаб-хаби: це забезпечило б швидке реагування на біологічні загрози, точне розпізнавання/виявлення біологічних загроз, таких як віруси, бактерії або біотоксини, що можуть бути використані ворогом як зброя. Застосування таких спеціально оснащених мобільних лаб-хабів допомогло б приймати ефективні заходи з контролю і недопущення поширення хвороб.

Для оптимізації експлуатації мобільного лаб-хабу необхідно застосування технологічних інновацій, зокрема нових технологій, таких як портативні аналізатори ДНК, проведення реакцій полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) на місці події та використання телемедицини для передавання зображень, відеофайлів та продуктивного спілкування між лікарем і пацієнтів, а також хмарні технології та дата-центри для забезпечення зберігання цифрової інформації. Впровадження інновацій може торкнутися і вдосконалення систем моніторингу та спостереження.

Мобільна (пересувна) лабораторія може функціонувати як в зоні воєнних дій, так і віддалено (в прифронтовій зоні). Обидва підходи мають свої переваги та недоліки, і вибір залежатиме від конкретних обставин і ресурсів, доступних в умовах війни. Ось кілька факторів, які можуть бути враховані при розгляді цього питання:

Переваги роботи мобільної лабораторії в зоні воєнних дій:

1. Швидкість реакції: мобільна лабораторія, розташована безпосередньо в зоні конфлікту, може забезпечити швидке виявлення та діагностику хвороб, що дозволить почати лікування негайно. Для роботи слід використовувати портативні аналітичні пристрої та обладнання, які дозволяють проводити швидку та точну діагностику на місці.

2. Раціональне використання часу: уникнення необхідності транспортування біоматеріалів до віддаленої лабораторії дозволяє зберегти час, що може бути критичним у випадку важких поранень або швидкого поширення інфекційного захворювання.

3. Збереження цінного матеріалу: мобільна лабораторія може забезпечити належне зберігання та обробку біоматеріалу без ризику його пошкодження або втрати під час транспортування.

4. Мобільність: після завершення роботи в одній зоні бойових дій, мобільна лабораторія повинна бути готова до розгортання в новій локації.

Необхідно враховувати обмежені можливості та ресурси мобільної лабораторії і використовувати її лише для ургентних станів, надання невідкладної медичної допомоги в межах її можливостей.

При розгортанні мобільного лаб-хабу на відносно безпечній відстані від лінії фронту (на прифронтовій території) необхідно намагатися максимально дотримуватися відповідних протоколів щодо збору, маркування та збереження біоматеріалів.

Переваги використання мобільної лабораторії в тилу:

1. Безпека персоналу: переведення лабораторії в тил забезпечує безпечніші умови для медичного персоналу, оскільки вони знаходяться подалі від потенційно небезпечних областей. Забезпечення безпеки персоналу (захист від балістичних загроз, захист від хімічних речовин, дезінфекція) є пріоритетом у зоні бойових дій.

2. Більша відповідність технічним вимогам: лабораторія в тилу може мати більше ресурсів та бути краще обладнаною, що дозволяє забезпечити виконання більш складних аналізів та діагностики.

3. Ефективність роботи: лабораторія в тилу може оптимізувати робочий процес, консолідувати роботу з стаціонарно розміщеним в регіоні закладом охорони здоров'я.

4. Розширений спектр аналізів: лабораторія в тилу може мати більш широкі можливості для проведення різноманітних аналізів та тестування, оскільки вона зазвичай обладнана передовими медичними пристроями та устаткуванням.

5. Ефективність ресурсів: в лабораторії в тилу можна оптимізувати використання ресурсів, таких як персонал, матеріали та обладнання. Вона може мати більше кваліфікованих спеціалістів та більш потужне обладнання, що забезпечує більшу продуктивність та швидкість діагностики.

6. Зручність управління та координації: робота в лабораторії в тилу може забезпечити кращу координацію та керування медичними даними та інформацією. Це може допомогти в ефективному управлінні потоками роботи, збереженні даних та обробці інформації.

Загалом, обидва підходи мають свої переваги, і вибір між ними залежатиме від конкретних умов, доступних ресурсів та мети дослідження чи діагностики.

ОЦІНКА ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ МАГНІТОЛАЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВИЛИЧНОЇ КІСТКИ.

Фурман Р. Л., Барило О. С., Поліщук С. С., Свистунов Д. М.,

Поліщук В. С., Кузько О. В.

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

Серед усіх переломів лицьових кісток вагоме місце належить переломам виличної кістки, за даними різних авторів до 15-25 % від загальної кількості травм обличчя. Завдяки багатофакторності впливу, лікування магнітолазерною терапією набуло велику популярність в останнє десятиліття. Магнітолазерна терапія - поєднане вплив на організм з лікувально-профілактичними цілями магнітним полем і низькоінтенсивним лазерним випромінюванням. Як магнітному полю, так і лазерному випромінюванню притаманні трофікорегенераторний, протизапальний, знеболюючий, протинабряковий, імуномодулюючий та інші ефекти. Також дана процедура визначається простотою і атравматичністю методики, відсутності алергічних реакцій. Рекомендується використовувати магнітолазерну терапію при відсутності гнійно-запальних ускладнень переломів виличної кістки з 3-4 дня після травми.

Мета. Метою нашого дослідження являється комплексна оцінка основних показників больового синдрому у пацієнтів з переломами виличної кістки, що супроводжується пошкодженням інфраорбітального нерва, з використанням загальноприйнятої схеми лікування, доповненої застосуванням магнітолазерної терапії.

Матеріали та методи. Проведено лікування 30 хворих з переломами виличної кістки, що супроводжувались клінікою пошкодження інфраорбітального нерва. Пацієнтів було поділено на 2 групи по 30 чоловік. Всім пацієнтів проводилось операцію репозиції виличної кістки, використано антибіотик широкого спектру дії, нестероїдні протизапальні препарати. В

основній групі додатково застосовано магнітолазерну терапію апаратом Узор-А-2К з 3-4 дня лікування. Оцінювання больового синдрому та симптомів невропатії проводилось з використанням шкали загальної оцінки симптомів невропатії (NTSS - 9) та з використанням больової шкали LANSS.

Результати та обговорення. Данні обстеження, згідно шкали загальної оцінки симптомів невропатії (NTSS - 9), показали чітку різницю в динаміці покращення стану пацієнтів в основній групі та групі порівняння. На першу добу показники не відрізнялись, а навіть були дещо більшими в основній групі ($p > 0,05$). На 7 добу різниця становила 1,32 рази в бік покращення показників в основній групі по відношенню до групи порівняння ($p < 0,05$). На 14 добу така різниця становила 4,12 рази ($p < 0,05$).

Згідно опитувальника LANSS, ми виявляли ознаки аллодинії, загальне порушення чутливості в зоні іннервації, а також інтенсивність та характер болю. Виявлено зниження показників шкали в обох групах, що свідчить про зменшення больового синдрому. Це закономірно, тому що при відсутності ускладнень запального характеру, після закінчення гострого періоду (1-3 доба) настає регенерація в зоні перелому. Показники були значно кращі в основній групі. Хоч на першу добу відмінностей не спостерігалось ($p > 0,05$), на 7-добу, показники даних опитувальника LANSS були кращими в основній групі в 1,85 раз ($p < 0,05$), а на 14-у добу відмінність становила 1,98 рази ($p < 0,05$). Якщо проаналізувати дані цього опитувальника, то виявляється, що різке падіння в основній групі на початку лікування відмічається за рахунок параметрів, що показують ноціцептивні больові відчуття. Надалі показники майже не змінюються, і зберігаються за рахунок ознак дизестезивних проявів.

Висновки. Дана фізіотерапевтична процедура значно зменшує інтенсивність ноціцептивного болю, призводить до значного регресу проявів всіх видів невропатій, пов'язаних з пошкодженням інфраорбітального нерва.

КОНЦЕПЦІЯ КАДРОВИХ РЕСУРСІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Харченко Н.В., Костріков А.В.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Whitfield (2004) представив теоретичну концепцію з діяльності та кадрових ресурсів громадського здоров'я, яка може застосовуватися незалежно від національного контексту. Згідно з цією концепцією, кадрові ресурси охорони здоров'я можна розділити на три групи:

(1) власне «фахівці громадського здоров'я», (2) «люди, побічно залучені до діяльності громадського здоров'я через специфіки своєї діяльності», і (3) «люди, які мають бути обізнані про аспекти громадського здоров'я у межах своєї професійної діяльності» (Таблиця 1).

Таблиця 1

Три категорії працівників громадського здоров'я

(1) Фахівці в галузі громадського здоров'я	(2) Фахівці з частковою роллю у громадському здоров'ї	(3) Фахівці, які мають бути поінформовані про взаємопов'язані аспекти громадського здоров'я
Розробники політики у сфері охорони здоров'я Фахівці охорони здоров'я зі спеціалізацією в галузі охорони здоров'я Епідеміологи Експерти у галузі гігієни навколишнього середовища Економісти у сфері	Лікарі Медичні сестри Фармацевти Фармацевти Акушери-гінекологи Інспектори в галузі харчових продуктів Дієтологи Інструктори з фітнесу Психологи Соціальні працівники	Поліція Архітектори Поліція Архітектори Вчителі Журналісти тощо.

охорони здоров'я Фахівці зі зміцнення здоров'я тощо.	тощо.	
--	-------	--

Перша категорія – власне «фахівці громадського здоров'я», вони традиційно займаються питаннями громадського здоров'я, і їхня ключова роль у громадському здоров'ї незаперечна. У цю категорію входять фахівці, які у своїй повсякденній роботі займаються насамперед (і лише) питаннями громадського здоров'я: спеціалістами громадського здоров'я, епідеміологами, дослідниками.

Друга категорія включає тих фахівців, чия робота в основі своєї не пов'язана з питаннями громадського здоров'я, але чия діяльність робить суттєвий внесок у стан здоров'я населення. До цієї категорії належать лікарі загальної практики, які консультують з питань профілактики захворювань, дієтологи, які консультують з питань правильного харчування, інструктори з фітнесу, які допомагають людям підтримувати фізичну активність.

Третю категорію складають фахівці, чия діяльність безпосередньо не пов'язана з питаннями громадського здоров'я, але чия поінформованість щодо аспектів громадського здоров'я може мати позитивний вплив на стан здоров'я населення. Прикладами фахівців цієї категорії є вчені, які розробляють безпечніші продукти, містобудівники, які враховують питання охорони здоров'я при проектуванні міського середовища, та вчителі, які в рамках своєї повсякденної роботи консультують своїх учнів з питань здоров'я. Представники цієї категорії та точки докладання їх трудової діяльності лежать за межами системи охорони здоров'я, і вони не сприймають себе як частину системи громадського здоров'я, але вплив їхньої діяльності на здоров'я населення дуже великий.

Представлений підхід, що виділяє три категорії, дозволяє наочно уявити різноманітність завдань та функцій фахівців, які працюють у сфері громадського здоров'я, а також наголосити на комплексному та

багатодисциплінарному характері громадського здоров'я. Незважаючи на те, що країнам потрібні спеціально підготовлені професійні кадри для громадського здоров'я (кадри у вузькому розумінні, власне фахівці громадського здоров'я), визнання та докладний розгляд ролі кадрових ресурсів громадського здоров'я в їхньому широкому розумінні є необхідним кроком для вирішення сучасних проблем громадського здоров'я.

**ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ
В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

*Хоменко І. М., Івахно О. П., Романюк Г. Б.,
Першегуба Я. В., Авраменко Л. М.*

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

Аналіз та оцінка результатів наукових досліджень кафедри громадського здоров'я, епідеміології та екології НУОЗ України імені П. Л. Шупика, виконаних у 2022-2023 роках, чинної нормативно-правової бази, прийнятих та реалізованих урядових рішень щодо захисту та збереження життя й здоров'я населення в умовах воєнного стану, дали можливість визначити провідні проблеми та першочергові і просторово-часові методи роботи системи громадського здоров'я МОЗ України з санітарно-епідемічного та екологічного забезпечення умов життєдіяльності країни.

Специфіка викликів для системи громадського здоров'я в умовах активних бойових дій на території України визначили необхідність проведення нагальних організаційних заходів міжсекторального змісту за участі всіх структур державного управління країни. Важливим кроком є створення інформаційного фонду системи громадського здоров'я як моніторингового центру за станом здоров'я та екологічною ситуацією в країні, обґрунтування епідеміологічних критеріїв раннього виявлення детермінант неінфекційної та інфекційної патології серед населення з

врахуванням особливостей ведення війни та чинників розвитку епідемічного процесу на територіях країни, які зазнали великих руйнувань та порушень інфраструктури життєзабезпечення: недоліки у наданні своєчасної та якісної медичної допомоги, проведенні профілактичних заходів санітарно-протиепідемічного змісту; недотримання санітарно-гігієнічних норм водозабезпечення, харчування, правил особистої гігієни тощо.

Активні бойові дії приводять до аварійних ситуацій на радіаційно-хімічних об'єктах, пожеж з викидом шкідливих хімічних речовин у атмосферне повітря, важких поранень з інфікуванням постраждалих мультирезистентними збудниками. Невідомий епідеміологічний статус пацієнтів під час воєнних дій потребує підвищеної епідеміологічної готовності медичного персоналу, медичного закладу, які надають медичну допомогу постраждалому, до епідеміологічних викликів. Відсутність необхідної лабораторної бази також створює труднощі у проведенні своєчасної первинної діагностичної роботи, тому важливим елементом сучасної ситуації має бути забезпеченість медичних закладів діагностичними експрес-тестами, високий рівень компетентності медичного персоналу з питань епідеміологічної безпеки.

Найчастішими формами захворюваності населення в умовах надзвичайних ситуацій воєнного характеру є кишкові захворювання та хвороби органів дихання, сапронозні інфекції. Недотримання календаря щеплень серед дитячого населення підвищує ризик розвитку та поширення інфекційних хвороб – кору, поліомієліту, дифтерії та ін.

Обмеження диспансерного нагляду за пацієнтами з хронічними неінфекційними захворюваннями, серед яких переважають серцево-судинні, цукровий діабет, онкологічні хвороби, хвороби нирок, підвищило ризик розвитку інвалідності та передчасної смертності. Відсутній або обмежений доступ жінок до медичного обслуговування у допологовий період збільшив частоту розвитку акушерських та неонатальних ускладнень, дитячої та материнської смертності. Невизначеність ситуації серед населення, яке

перебувало в окупованих районах та евакуйоване у безпечні регіони країни, викликало погіршення психічного здоров'я населення – депресивні стани, формування нездорових звичок, які ускладнюють життєвий простір громадян.

Глобальна міграційна та гуманітарна кризи вимагають підвищення пріоритету інтеграційних процесів системи громадського здоров'я в Європейську мережу, лідерства в міжвідомчій координації з реалізації програм захисту й зміцнення здоров'я населення, підтримки трансформаційних процесів системи громадського здоров'я на регіональному рівні, що зміцнить субнаціональне управління системою здоров'я у місцевих громадах.

Забезпечення сучасної системи громадського здоров'я компетентними кадрами, підвищення кваліфікації лікарів усіх спеціальностей з провідних питань громадського здоров'я зміцнить міжсекторальні зв'язки та міжгалузеве врядування у політиці охорони здоров'я в Україні.

ПРИНЦИПИ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ

Черній В.І.

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

Інтраабдомінальні інфекції (ІАІ) є поширеними невідкладними хірургічними станами, і вони є основною причиною нетравматичної смерті у відділеннях невідкладної хірургії в усьому світі. Перитоніт є ускладненням ІАІ, його необхідно розглядати як абдомінальний сепсис, особливу форму відповіді очеревини на клінічно значущий ендо- чи екзогенний мікробний етіофактор. Перитоніт, незалежно від етіології, є явищем системним, а патофізіологічні механізми розвитку сепсису значною мірою є результатом відповіді вродженого імунітету пацієнта.

Основу патогенезу розповсюдженого перитоніту у стадії абдомінального сепсису (АС) становить порушення бар'єрної функції епітелію слизової тонкої кишки, прорив інфекційно-токсичних факторів у кровоносну систему з розвитком септичного шоку та мультиорганичних дисфункцій. Головним джерелом ендотоксикозу є бактеріальна транслокація з кишечника в черевну порожнину та порталний кровотік. Інфекції або хірургічні травми очеревини викликають імунну відповідь з початковим переважанням моноцитів, які продукують прозапальні цитокіни та інтерферон. Вивільняються протизапальні цитокіни, включаючи ІЛ-4, ІЛ-10, щоб контролювати рівень запалення та захищати господаря від загострення запальної реакції. Суттєвий вплив на перебіг та прогноз перитоніту має етіологія та походження флори – внутрішня чи позалікарняна. Позалікарняна флора має добре вивчений склад, поширеність, патогенний потенціал та спектр антибіотикочутливості, тоді як нозокоміальна є непорівняно вірулентнішою, малопрогнозованою, слабоконтрольованою та менш чисельною.

Натомість у Sepsis-3 наголошується, що при сепсисі реакція господаря не здорова, а порушена регуляція, що призводить до дисфункції органів достатнього ступеня тяжкості, щоб бути небезпечною для життя. Конкретний сепсис визначається як «загрозлива для життя органа дисфункція, спричинена порушенням регуляції реакції господаря на інфекцію». Дисфункція органів вимірюється за оцінкою послідовної органної недостатності (SOFA). Таким чином, «абдомінальний сепсис» в даний час визначається як підвищення оцінки за шкалою SOFA на ≥ 2 бали через внутрішньочеревну інфекцію. Якщо пацієнту потрібне застосування вазопресорів для підтримання середнього артеріального тиску (САТ) ≥ 65 мм рт. ст. (незважаючи на адекватне заповнення об'єму рідини) та рівень лактату у сироватці ≥ 2 ммоль/л, клінічна ситуація визначається як септичний шок.

Розповсюджений перитоніт, ураження більше п'яти анатомічних областей або два поверхи черевної порожнини, залишається одним із

найбільш загрозливих ускладнень в невідкладній хірургії і за своєю важкістю займає провідне місце серед гострої хірургічної патології. Характер ексудату: серозний, фібринозний, гнійний, геморагічний (та їх поєднання).

Із способів ранньої діагностики абдомінального сепсису поряд із традиційними загальноклінічними аналізами на сьогодні визнано прокальцитонін (ПКТ), моніторинг рівня С-реактивного білка (СРБ) та триггер-рецептора ТРЕМ-1. Мікробіологічна діагностика перитоніту як основної форми АС є обов'язковою, її інформативність залежить від часу забору зразка гемокультури відносно початку АБТ, антисептичних впливів, кількості ексудату з черевної порожнини.

Для швидкого огляду потенційних патологічних станів очеревини є ультразвук, якій допомагає діагностувати внутрішньочеревні абсцеси, гематоми та ін. Дозволяє проводити дренування підозрілих скупчень рідини під ультразвуковим контролем.

Запорука ефективного лікування ІАІ є раннє розпізнавання, адекватний контроль джерела, відповідна антимікробна терапія та швидка фізіологічна стабілізація за допомогою внутрішньовенної інфузійної терапії та вазопресорів, переоцінка антибактеріальної терапії, повторне втручання у пацієнтів у критичному стані. Сучасна антибіотикотерапія також не вирішує цю проблему радикально, що пов'язано зі стійкістю мікрофлори, а також з глибокими порушеннями обмінних процесів, зрушенням імунного статусу макроорганізму.

Контроль джерела при інтраабдомінальному сепсисі ґрунтується на чотирьох важливих елементах: санації, видаленні інфікованих пристроїв, дренуванні гнійних порожнин та декомпресії черевної порожнини, передбачає усунення джерела інфекції, контроль зараження, що продовжується, та відновлення преморбідної анатомії та функції.

Використання серединної лапаротомії для оперативного втручання є загальноприйнятим, але існують міні-інвазійні підходи до діагностики та лікування АС, а саме лапароскопія в поєднанні з ультрасонографією та

інтервальним перитонеальним лаважем. Чимало досліджень присвячено оцінці ефективності інтубації кишок як способу декомпресії травного тракту в рамках попередження абдомінального „компартмент”- синдрому або в комбінації із зондовим харчуванням чи введенням сорбентів, антисептиків та рідин з метою стимуляції кишкової перистальтики.

Критерії адекватності інфузійної терапії при сепсисі та септичному шоці це відповідь на інфузійне навантаження. Що до Hemodynamic management, то вазопресор першої лінії при сепсисі – норепінефрін.

У [Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021](#)р. рекомендується негайне введення антибіотиків пацієнтам із можливим септичним шоком або високою ймовірністю сепсису протягом 1 години з моменту першого виявлення сепсису. У пацієнтів з можливим сепсисом без шоку керівництва пропонують обмежений за часом курс швидкого обстеження та призначення антибіотиків протягом 3 годин після виявлення [[Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021](#)].

Існує міжнародний міждисциплінарний консенсус лікування поверхневої та глибокої інфекції в галузі хірургічного втручання (surgical site infection, SSIs). За чотирма пунктами, що стосуються оцінки стану рани через 3 дні після початку антибіотикотерапії, було досягнуто консенсусу: повторна оцінка через 3 дні після початку антибіотикотерапії; зміна антибіотикотерапії за відсутності поліпшення; оцінка відповіді лікування на підставі життєво важливих параметрів пацієнта; оцінка на підставі зменшення розмірів ураження шкіри. Що до антибіотикотерапії для пацієнтів з SSIs, то немає консенсусу, чи слід призначати емпіричну антибіотикотерапію протягом 14 днів незалежно від необхідності дренивання.

Емпірична антибактеріальна терапія ускладнених інтраабдомінальних інфекцій (UIAI) може мати декілька варіантів. Все залежить від виду UIAI (позалікарняна/лікарняна), стану пацієнта, ймовірного збудника, попереднього лікування, наявності алергій тощо. Проте світові стандарти все більше схиляються до піперациліну/тазобактаму емпірично та з 2017 року ВООЗ затвердила молекулу піперациліну/тазобактаму як препарат першої

лінії у лікуванні УІАІ (перитоніт та перитонеальний абсцес) та нейтропенії. В Україні згідно національного переліку лікарських засобів – піперацилін/тазобактам також внесений як препарат першої лінії у лікуванні УІАІ. У 2022 р. на ринку України з'явився перший вітчизняний піперацилін/тазобактам (ПТЗ) під назвою «Рефлекс». Показання для застосування це інфекції спричинені чутливими до препарату штамми мікроорганізмів.

Висновок. абдомінальний сепсис асоціюється із високою захворюваністю та смертністю. Ефективне лікування ІАІ - раннє розпізнавання та усунення джерела, промивання черевної порожнини, виведення ексудату і міждисциплінарне лікування антибіотиками в умовах інтенсивної терапії.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ДІЇ ПРЕПАРАТУ «ФІТОЛІТ» ПРИ КАЛЬКУЛЬОЗНОМУ СІАЛОАДЕНІТІ.

Швець А. І., Константинова А. С., Макаренко В. І.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Калькульозні сіалоаденіти займають провідне місце серед усіх захворювань слинних залоз. За А. В. Клементовим вони поділяються на три групи: слинокам'яна хвороба з локалізацією каменя у протоці залози (піднижньощелепної, привушної, під'язикової); слинокам'яна хвороба з локалізацією каменя безпосередньо в залозі; хронічне запалення залози внаслідок слинокам'яної хвороби. Калькульозний сіалоаденіт на даний час вважається поліетіологічним і мультифакторним захворюванням, тому його прогнозування і профілактика ускладнюються. Важливу роль відіграють вроджені аномалії будови слинної залози, які призводять до утруднення відтоку слини і вимивання твердих органічних і мінеральних конкрементів, у складі яких переважають амінокислоти. Серед факторів ризику вчені також виділяють дисбаланс в циркуляції сполук кальцію і фосфору в організмі. При цьому порушується мінеральний обмін та виникає осідання білкових

утворень. Навколо органічного ядра слинного каменю відкладається фосфорнокисле та вуглекисле вапно.

Відомо, що на склад ротової рідини впливає, вживана вода та продукти органічного походження, тому утворення слинних каменів може бути пов'язано зі зміною місця проживання людини. Особливо зараз, під час війни, на це захворювання можуть страждати вимушено переміщені особи. Тому дана проблема є достатньо актуальною.

Серед сучасних методів лікування все більше набуває актуальності консервативний, який в деяких випадках має перевагу над хірургічним. При невеликих розмірах і значній рухливості конкрементів можна використати фізіотерапію (лікувальний масаж слинної залози; електрофорез; УВЧ; гальванізацію).

Так, як хімічна природа конкрементів в слинних залозах та нирках майже однакова, то можна застосовувати для лікування калькульозного сіалоденіту фармпрепарати, що використовуються в урології, наприклад «Фітоліт», який має протизапальну і знеболювальну дію, антимікробні та антисептичні властивості, регулює мінеральний обмін, сприяє розрідженню конкрементів та їх виведенню.

Метою нашого дослідження була перевірка ефективності лікувальної дії препарату «Фітоліт» при калькульозному сіалоденіті.

Для дослідження підбирали пацієнтів віком 25-55 років хворих на калькульозний сіалоденіт, за умови, що причиною слинокам'яної хвороби було порушення кальцієвого обміну, препарат не мав протипоказань та стадія захворювання була клінічно вираженою. Лікування проводили з використанням препарату «Фітоліт». Він наносився на ватний валик (10-15 крапель). Ватний валик поміщали на місце виходу протоки слинної залози, в якій було виявлено патологічний процес Таку процедуру здійснювали тричі на день після прийому їжі. Ефективність лікування проявлялась у зникненні характерних симптомів: «слинні коліки», іррадіюючого болю, припухлості в залозі, відчуття розпирання, відчуття наявності конкременту в протоці.

Експеримент показав, що у 80% пацієнтів після проведення таких лікувальних процедур настало одужання. У 20% пацієнтів, незважаючи на те, що зникли симптоми запалення, нажаль конкремент залишався на місці. І все ж таки, дану методику можна назвати дієвою.

Таким чином, застосування консервативного методу при сіалолітіазі препаратами що використовуються в урології, дає позитивну динаміку при лікуванні калькульозного сіалоденіту. Тому проблему слинних каменів можна вирішувати на початковій стадії консервативним методом. Але дана проблема потребує подальшого вивчення, шляхом раціонального підбору лікарських препаратів, дія яких буде направлена виключно на лікуванні калькульозного сіалоденіту.

ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРУ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ У ЛЮДЕЙ СЕРЕДНЬОГО ТА ПОХИЛОГО ВІКУ.

Шрамко В. О., Ляшенко Л. І.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

Актуальність: Захворювання у людей середнього та похилого віку є значною медико соціальною проблемою у зв'язку з розвитком втрати зубів і погіршенням якості життя. Лікування зубів у людей даного віку має ряд особливостей: необхідний комплексний підхід до вибору методу лікування, направлений на збереження зубів та мінімальним ризиком для загального здоров'я пацієнта. У людей середнього та похилого віку є певні зміни в будові зубів: зменшується товщина шару емалі, утворюється значна кількість вторинного дентину, атрофія — зменшення обсягу пульпи, відбувається фіброзна зміна її тканин, відкладення мінеральних речовин, що негативно позначається на стані судин та капілярів, за рахунок цього з віком змінюються показники КПВ. Матеріали стоматологічної захворюваності людей цього віку становлять інтерес для планування надання стоматологічної допомоги.

Мета: Вивчити та порівняти особливості вибору стоматологічного лікування у людей середнього та похилого віку.

Матеріали і методи: В процесі дослідження було обстежено та проліковано 15 осіб. Пацієнти були поділені на 2 вікові групи (за класифікацією ВООЗ): перша група - 7 осіб віком від 56 до 62 років. До другої групи увійшло 8 осіб віком від 62 до 72 років. Проліковано 22 зуба: на верхній щелепі – 10, на нижній 12 зубів. Для оцінки стоматологічного стану аналізується показник КПВ. Також нами була досліджена середня кількість збережених зубів у пацієнтів обох вікових груп.

Результати: Було виявлено, що в першій групі обстежених пацієнтів середнє значення КПВ складало $11,3 \pm 1,6$ а в другій групі - $16,65 \pm 1,7$. Середня кількість збережених зубів у пацієнтів першої групи становило $29,2 \pm 0,7$ а в другій - $20,1 \pm 0,5$. В першій віковій групі структура індексу КПВ була наступною: середня кількість зубів, уражених карієсом склала $1,85 \pm 1$, пломбованих $6,56 \pm 1,2$, видалених - $2,4 \pm 0,9$. В процентному співвідношенні це складало: зуби, уражені карієсом 17%, пломбовані – 60%, видалені - 23%. В другій групі обстежених пацієнтів середня кількість зубів, уражених карієсом склала $1,8 \pm 0,5$, пломбованих - $7,37 \pm 1,3$, видалених - $8,6 \pm 2,4$. В процентному співвідношенні це складало: зуби, уражені карієсом - 10%, пломбовані - 42%, видалені - 48%.

Висновки: Проведені дослідження свідчать про важливу значне підвищення значень індексу КПВ в другій віковій групі обстежених пацієнтів - 16,65 (старші 62 років) порівняно з першою віковою групою 11,4 (до 62 років). Результати дозволяють отримати важливу інформацію необхідну для аналізу стану стоматологічної захворюваності осіб середнього та похилого віку та планувати проведення стоматологами лікувальних та профілактичних заходів для цієї групи населення.

Ключові слова: карієс, стоматологічні захворювання, середній та похилий вік.

ВІДНОШЕННЯ ВИМУШЕНИХ ПІД ЧАС ВІЙНИ ПРОТИ РОСІЙСЬКОЇ АГРЕСІЇ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ДО ОСОБИСТОГО ЗДОРОВ'Я

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

Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна

Війна України проти російської агресії обумовила формування нових глобальних викликів для системи громадського здоров'я України. Глобальні виклики та негативні медико-демографічні, соціально-економічні та біологічні наслідки носять комплексний характер і як правило є довготривалими. Необхідно зазначити, що дані наслідки та виклики залежать від регіону країни: території, які тимчасово окуповані російськими військами; території, які знаходяться в зоні активних бойових дій; території, які знаходяться поза межами тимчасової окупації та активних бойових дій. На рівень здоров'я населення населення значною мірою впливає спосіб життя та здоров'язберігаючої поведінки, що залежить від рівня визначення людиною особистого здоров'я, як головний особистий пріоритету.

Мета: дослідити рівень впливу війни проти російської агресії на відношення вимушених переселенців до особистого здоров'я.

Матеріали дослідження: результати соціологічного дослідження серед 78 вимушених переселенців із східних регіонів України до Закарпатської області. Методи дослідження: соціологічний, статистичний, структурно-логічного аналізу. Під час проведення соціологічного дослідження було збережено конфіденційність інформації про респондентів. Загальна активність респондентів склала 39,0% (роздано 200 анкет).

Результати дослідження. Аналіз доступних інформаційних джерел вказує на те, що одним із найбільш негативних впливів на стан як індивідуального так і громадського здоров'я цивільного населення під час воїн є вимушена міграція населення. При цьому рівень негативного впливу залежить від кількості разів вимушеного переселення.

За даними Кабінету Міністрів України в країні, за час війни проти російської агресії, зареєстровано майже 5 мільйонів внутрішньо переміщених

осіб, а фактична кількість становить 7 мільйонів. За даними Управління верховного комісара ООН у справах біженців, статус тимчасового захисту у країнах Європи до 3 січня 2023 року отримали близько 4,9 млн українських біженців.

Далі в таблиці представлено результати соціологічного дослідження серед вимушених переселенців в квітні-травні 2023 року.

Таблиця

Результати соціологічного дослідження впливу війни проти російської агресії на відношення вимушених переселенців до особистого здоров'я

Індикатор	Рівень оцінки, %		Різниця показника, %
	Довоєнний період	Протягом року війни	
Особисте здоров'я, як головний особистий пріоритет	61,1	45,2	-15,9
Здоровий спосіб життя	56,8	28,4	-28,4
Раціональне харчування	67,4	25,3	-42,1
Достатній рівень фізичної активності	72,6	28,4	-44,2
Тютюнопаління	32,6	44,2	+ 11,6
Зловживання алкоголем	9,5	20,0	+10,5
Недостатній сон	7,4	24,2	+16,8
Звертання до сімейних лікарів з профілактичною метою	54,7	7,4	-47,3
Звертання до лікарів-стоматологів з профілактичною метою	51,6	3,2	-48,4
Постійне дотримання санітарних правил	74,7	23,4	-51,3
Рівень поведінки, скерованої на профілактику захворювань	66,3	21,1	-45,2
Самолікування при загостренні хронічних захворювань	11,6	35,8	+24,2
Самолікування при гострих станах	14,7	60,0	+45,3

Аналіз наведених в таблиці даних дослідження вказує а те, що рівень здоров'язберігаючої поведінки населення, яке відноситься до категорії вимушених переселенців в ході війни України проти російської агресії за час війни знизився. Так, показник їх звертання до сімейних лікарів з

профілактичною метою знизився на 47,3%, а до лікарів-стоматологів – на 48,4%; показник Постійного дотримання санітарних правил скоротився на 51,3%. При цьому показник самолікування при гострих станах збільшився на 45,3%, а при хронічних захворюваннях – на 24,2%. Також збільшився рівень таких шкідливих звичок як тютюнопаління (11,6%) та зловживання алкоголем (10,5%).

В ході дослідження встановлено, що рівень оцінки особистого здоров'я, як головний особистого пріоритету скоротився на 15,9% : із 61,1% до 45,2%.

Висновки. За результатами дослідження встановлено зниження відношення до особистого здоров'я, як головного особистого пріоритету, що є причиною зниження рівня поведінки, яка скерована на профілактику та підвищення рівня нездорового способу життя. Дане в майбутньому може стати причиною: «помолодіння захворювань» - хвороби, які мали певну вікову структуру, будуть зустрічатися на 10-15 років раніше, ніж це було до війни; збільшення захворюваності населення на хронічні неінфекційні соціально-значущі хвороби: хвороби системи кровообігу, злякисні новоутворення, цукровий діабет та зростання ризику захворюваності на інфекційні та паразитарні хвороби: туберкульоз, ВІЛ/СНІД, ГРВІ, в тому числі вакцинокеровані та епідемічні спалахи гострих кишкових захворювань; зростання кількості нарко - , алкоголь- та інших залежностей тощо.

THE PERIODONTITIS TREATMENT PLAN DEVELOPMENT IN CHILDREN WITH TONSILLITIS

**Maksymenko A.I., Sheshukova O.V., Kuz I.O., Mosiienko A.S.,
Polishchuk T.V., Trufanova V.P., Kazakova K.S.**

Poltava State Medical University (Poltava, Ukraine)

In recent years, we have observed a tendency to increase the prevalence of periodontitis among the population. The data from epidemiological studies prove this assertion. A close relationship between general diseases of the body and damage to the hard tissues of the teeth and periodontium has been revealed by

numerous studies. Dystrophic and inflammatory processes in the periodontium can be the first clinical signs of disorders in the presence of various somatic diseases.

Diseases of the ear, nose, and throat accompany a person throughout his life. Most of these diseases are inflammatory since the otorhinolaryngological organs are closely related and are in constant interaction with the environment. Mucous membranes of otorhinolaryngological organs contain a large number of opportunistic microorganisms. At the slightest imbalance in the body (with hypothermia), they become pathogenic and lead to disease.

The presence of somatic diseases in the human body makes a significant difference in the etiopathogenesis of periodontitis. Combined lesions are characterized by a mutually burdened course of diseases due to the presence of a close functional connection between the affected organs. The frequency and intensity of periodontitis increase in proportion to the duration and severity of the somatic disease.

The aim of the research work. To develop a method of treatment of chronic catarrhal gingivitis in children with tonsillitis, which would ensure the improvement of pathogenetic treatment of periodontitis.

Materials and methods. The above-mentioned task is solved by creating a method of treatment of chronic catarrhal gingivitis in children with diseases of otorhinolaryngological organs. This method consists of carrying out professional hygiene, teaching the child the rules of oral hygiene, and using an immunomodulator and toothpaste with extracts of medicinal plants. Next, we prescribed the antiseptic drug «Stomolik» («Technology», Ukraine), the probiotic «Bactoblis» («Bluestone-Pharma», Switzerland), and the immunomodulatory medicament «Vokara» drops («Bittner», Austria) orally. For individual hygiene, we recommended «Biomed Gum Health» toothpaste («Biomed», Bulgaria).

The results. The proposed method is carried out in the following order, namely, a dental examination of the patient, the establishment of a diagnosis of chronic catarrhal gingivitis, then professional oral hygiene is carried out and children are taught the rules of individual oral hygiene. Then we prescribed a

course of applications of the antiseptic medicament «Stomolik» on the mucous membrane of the affected gums to eliminate their inflammation for 5-7 days (according to the protocols of the Ministry of Health of Ukraine). Orally, we prescribed «Vokara» drops, 10 drops 3 times a day one hour after meals. The drops had to be dissolved in 10 ml of water and drunk, keeping it in the mouth for a few seconds. «Bactoblis» probiotic should be dissolved in the oral cavity, preferably in the evening before going to bed, after brushing the teeth, 1 tablet per day. For individual oral hygiene, we recommended using «Biomed Gum Health» toothpaste 2 times a day, in the morning and the evening. The course of treatment was 1 month.

As a result of the treatment for 2-3 days, the bleeding of the gums and the severity of the inflammation of the gingival margin were reduced, and the discomfort in the gums disappeared. The obtained data indicate positive dynamics in clinical indicators after using the proposed method on the 5-7th day of treatment. Taking into account the somatic status of children (pathology of otorhinolaryngological organs, chronic tonsillitis), the use of the medicament «Vokara» has a positive therapeutic effect on somatic disease as well.

Conclusions. The proposed method reflects the clinical effectiveness of the treatment of periodontitis in children with tonsillitis. This is confirmed by a decrease in the intensity of periodontal tissue damage.

THE PROBLEM OF ARTERIAL HYPERTENSION AMONG UKRAINIAN REFUGEES IN GERMANY: A VIEW FROM BONN

Nataliia Rynhach¹, Faisal Hanif²,

¹Ptoukha Institute for Demography and Social Studies of the NAS of Ukraine

Ukraine, Kyiv Bonn

²Social Support Staff, Germany, Bonn

Russia initiated its invasion of Ukraine on February 24, 2022, resulting in a significant wave of migration throughout Europe not seen since World War II. While data regarding the quantity and whereabouts of displaced people is

accessible, there is a lack of information regarding their specific places of origin and healthcare requirements. This invasion resulted in significant displacement of over a quarter of the Ukrainian population.

A meta-analysis of the latest (2022) publications on the epidemiology of cardiovascular diseases and their risk factors showed that the incidence among refugees and migrants increases by 1.7 times compared with the levels **before** the event that caused the forced displacement (and according to some, even 5x magnification).

Civilians fleeing war-torn regions face not only the risk of damage from fighting, but also an increased risk of non-communicable diseases. Loss of loved ones, health, home, work and income, habitual way of life and constant anxiety and fear for oneself and relatives become the cause of long-term stress.

Out of the estimated 6.12 million Ukrainians who fled the country between February 24 and May 13, 2022, it was determined that approximately 1,072,532 individuals have cardiovascular disease (CVD). Additionally, around 253,275 individuals were found to have diabetes, 40,011 individuals have cancer.

Acute and chronic stress invariably provokes an increase in the CVD number, including arterial hypertension. The effect of stress is aggravated by factors such as impaired access to proper medical care (including timely detection of high blood pressure and minimization of risk factors; adequate drug therapy). Compliance to treatment in people whose current priority is elementary survival is declining. Together with the lack of effective control over the numbers of blood pressure, cholesterol and blood sugar, as well as the violation of long-term routine treatment, this contributes to the progression of arterial hypertension and the spread of its more severe forms and complications.

High blood pressure is more common in older people. At the same time, the traumatic effect of forced migration is the strongest for this age group. Thus, a study of the burden of non-communicable diseases among older Ukrainians who took refuge in Poland showed that they had an average of 2.5 diseases per person. At the same time, cardiovascular diseases are most common, and arterial

hypertension is the most common. Considering that the number of such refugees (women over 55 years old, men over 60 years old) from the beginning of the war to 05/19/2022 was estimated at almost 0.5 million, this became a challenge for the national health service.

In Germany, in addition to the above list of negative factors affecting the occurrence and development of arterial hypertension in refugees (or its complications) are:

previous long exhausting journey;

the language barrier;

a sharp change in living conditions (usually in a camp or hostel) and the complexity of the bureaucratic process of obtaining refugee status;

change in the usual diet;

the need to adapt to the functioning of a healthcare system that is different from the Ukrainian one.

As of April 30, 2023, Germany has received 1,063,658 Ukrainian refugees. Being the largest province population wise, North Rhine-Westphalia has received the big chunk of these refugees, 224,000 to be exact. Any war, natural disaster/calamities do have negative impact on the overall health condition and changes the health profile drastically. Approximately over 5000 Ukrainians have arrived and have been registered in the city of Bonn. Cardiovascular diseases, diabetes and cancer make up around 79%. War-related stress is one of biggest contributors of cardiovascular diseases, particularly of hypertension. During stress, body releases specific hormones, which in turn increase the heart beat as well as cause vasoconstriction, thus resulting in higher cases of hypertension. As per the available data, 4 in 10 persons suffer from high blood pressure and regularly take antihypertensive medications. 3 in 10 have diabetes mellitus and 3 in 10 suffer from some form of benign and/or malignant cancers. However, most of the cases are chronic in nature. The refugees do take a long route through Poland to reach Germany. Temporarily, they need to stay sometimes in overcrowded shelters on their way to Germany. Fears of the unknown future, different living conditions,

never-ending war in Ukraine as well as loss of everything back home are the main factors, which are the major contributors of decline in overall health.

The division of the German Red Cross in Bonn, in addition to ordinary refugees from Ukraine, accepts a contingent of people under the medical evacuation program, including Ukrainian soldiers after being wounded. The most common reason for seeking medical help was high blood pressure (arterial crisis). In some cases, especially in people over 65 years of age, there was a need for urgent inpatient treatment.

Conclusion.

Arterial hypertension in Ukrainian refugees is one of the pathologies that requires significant potential financial, human and logistical costs for the healthcare system of the receiving countries.

Evaluating the disease burdens experienced by the displaced individuals is crucial for informing global public health efforts and providing humanitarian aid.

Key words: Ukrainian refugees, war, arterial hypertension, impacts on receiving countries:

DENTAL SPLINTING AS AN IMPORTANT PART OF COMPLEX TREATMENT OF PERIODONTAL PATHOLOGY

Olena Romashkina

Department of Prosthetic Stomatology National Pirogov Memorial Medical
University, Vinnytsya, Ukraine

Actuality. The treatment of periodontal diseases is considered to be the complex one, and to contain not only the therapeutic and surgical methods of treatment but also the various types of splinting of mobile teeth of the patient suffering from the periodontal pathology.

Aim of research. We have compared the results of splinting of the mobile front teeth of maxilla with the help of Interlig system and made by cable-stayed splinting in the patients who complained with mobility of the upper front teeth in one year, in two years, and in three years after the prosthodontic treatment.

Materials and methods of research. The research was carried out on 16 patients, and they were 27 – 36 years old. The patients' diagnosis was the chronic local periodontitis, the 1st degree. In the first group the splinting of mobile upper front teeth was fulfilled in 8 patients with the help of Interlig by indirect method. In the second group of the patients containing 16 persons having the mobility of their teeth in one and the same area as the patients of the first group had we made splinting by means of single strand thread having the reinforcing effect. In the first group we fixed mobile teeth in the desired position using the composite material in the contact points on the lateral dental surfaces. Then we obtained the impressions by Alginate impression material e.g. Ypeen, and we poured the patients' master casts with the help of super Plaster of Paris. After that we studied all the master casts in the dental surveyor in order to paint the borders of the future dental splint. We put a thin layer of translucent hybrid composite resin on the master cast in the area of the dental contact points, and moistened Interlig by unfilled binder adhesive. Then we placed the splinting material into necessary dental areas of the patient's master cast, and we pressed it through the composite layer to touch the mobile teeth tightly. After that we eliminated the excess of composite material, and cured the splint step by step in both sides. Later we put the layer of composite resin moderately filled on the splint, and we made modeling of the future splint making its surface even and smooth. Then we eliminated the excess of the composite from the lateral dental surfaces, and made curing of the smooth layer. Later a dental technician made the complete, and total curing of the splint in the dental oven (10 min, +120). After curing we replaced the splint from the master cast, and made the dental splint's finishing. Then we put a primer and a thin layer of the filled hybrid semi-translucent composite material, and put the splint curing it during it layer by layer. In the second group of patients we used the special aramid thread in order to fix the mobile upper teeth of the front area together. Firstly, we prepared the necessary teeth in such a way that we made the special horizontal grooves on the palatal as well as labial surfaces of the teeth by a bur, and those grooves reached along the whole dental surfaces to contain the stretched aramid thread in order to

support and to fix mobile teeth. The splinting thread should cover each tooth in the patient's dentition alternatively from the palatal and from the labial side. The threads intersect in the interdental areas, and they form the figure of eight. With the help of gripping and twisting the free ends, a sufficient thread tension was maintained. Then we etched the interdental areas involving the nodes by acid, and then we treated the areas with an adhesive, and filled them by a composite material of a fluid consistency, and we cut off the ends of the threads. Then we filled the grooves, and made masking the aramid threads with the help of composite cement. Later we made finishing of the dental splint.

Results of research and their discussion. Our studies found that gum disease due to poor oral hygiene was observed in 3 patients who worn splints made by Interlig during one year, and in one patient who used the cable-stayed splinting during the same period of time. Two years later we observed gingivitis in 1 patient who used Interlig, and in 1 patient who worn the cable-stayed splint. Three years later the gum's inflammation appeared in 3 patients who used the dental splint made by Interlig, and in 4 patients who used the cable-stayed splint. We did not observe any breakage or peeling of the splinting structures in the both groups of patients, and in any observation periods.

Conclusions. The above results allow us to conclude about the optimal choice of Interlig system as well as cable-stayed dental splint for a long-term temporary mobile teeth splinting in the complex treatment of the chronic localized periodontitis of the first degree.

ЗМІСТ

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО

доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України
ректора Полтавського державного медичного університету,

Вячеслава ЖДАНА..... 3

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО

завідувача кафедри громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою,
доктор медичних наук, професора

Ірини ГОЛОВАНОВОЇ 4

Статті учасників конференції

**Ждан В. М., Голованова І. А., Лунін Д. С., Ляхова Н. О., Комар А. В.,
Белікова І. В.** Безбар'єрний простір в Україні: діяльність МОЗ України в
реалізації національної стратегії..... 5

Білоїваненко О. І., Ляхова Н. О., Краснова О. І. Визначення чинників, що
впливають на рівень захворюваності на туберкульоз серед дітей та підлітків в
Черкаській області..... 11

Мирошніченко Л.І., Лавренко Д.О. Організація діяльності центру ЕМД та МК
в рамках реалізації концепції розвитку системи екстреної медичної
допомоги..... 18

Плужнікова Т. В., Костріков А. В., Харченко С. В. Шляхи розвитку
громадського здоров'я..... 24

Тези учасників конференції

**Ждан В.М., Кітура Є.М., Бабаніна М.Ю., Іваницький І.В., Ткаченко М.В.,
Лебідь В.Г.** Роль викладача у формуванні професійного іміджу сімейного
лікаря..... 30

**Ждан В.М., Лебідь В.Г., Бабаніна М.Ю., Кир'ян О.А., Кітура Є.М., Жукова
Т.О.** Особливості дистанційного навчання у закладах вищої медичної освіти в
умовах невизначеності..... 34

Власик Л.Й., Сухолотюк А.Л., Топорівська Є.М. Внутрішньо переміщені
особи під час війни: аналіз потреб та суб'єктивна оцінка візитів до лікаря.... 38

**Гаджула Н. Г., Шінкарук-Диковицька М. М., Повшенюк А. В., Перебитюк
А. М., Квірікашвілі А. М.** Дентальна ідентифікація осіб в умовах воєнного
стану..... 40

Голованова І.А., Краснова О.І. Надання медичної допомоги хворим на
туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією..... 43

Голованова І. А., Лунін Д. С., Комар А. В., Ляхова Н. О., Белікова І. В.
Військово-лікарська експертиза в закладах охорони здоров'я: вимоги
сьогодення..... 45

**Голованова І. А., Ляхова Н. О., Белікова І. В., Плужнікова Т. В., Краснова
О. І., Калатур Г. В.** Вплив отриманих у дитинстві психотравм на виникнення
психологічних порушень у військовослужбовців в зоні операції об'єднаних
сил..... 47

Голованова І. А., Харченко С. В., Ляхова Н. О., Плужнікова Т. В. Питання
кадрового, наукового та фінансового забезпечення системи громадського

здоров'я в Україні.....	50
Горошко Вікторія. Блокчейн у галузі охорони здоров'я.....	54
Запара С.Г., Краснова О.І. Аналіз захворюваності на туберкульоз на рівні територіальної громади.....	58
Коваль Т.І., Боднар В.А., Прийменко Н.О., Марченко О.Г., Войтенко Л.Л., Свириденко Н.П., Волошина Л.Г., Олефір С.А. Удосконалення протиепідемічних заходів в інфекційній лікарні під час пандемії COVID-19 та в умовах військових дій.....	61
Краснов О.Г., Ляховський В.І., Лисенко Р.Б., Сагарадзе С.А., Немченко І.І. Сучасні підходи до профілактики та лікування синдрому діабетичної стопи на догоспітальному етапі.....	64
Лисак В. П., Голованова І. А., Вовк О. Я., Комар А. В., Ляхова Н. О., Белікова І. В., Хорош М. В. Діяльність МОЗ України з підвищення професійної та особистої цифрової компетентності лікарів.....	68
Марченко К.В., Кіндій В.Д., Кіндій Д.Д. Виклики організації стоматологічної допомоги під час війни.....	70
Мунтян О.В., Мунтян В.Л. Вплив психоемоційного стану на перебіг захворювань слизової оболонки порожнини рота.....	72
Ніточко О.І., Тимофєєва Л.М. Актуальність впровадження основ «Дерматології катастроф» в програму післядипломної освіти лікарів-дерматовенерологів.....	74
Панькевич А.І., Гоголь А.М., Колісник І.А., Новіков В.М. Диференційна діагностика синкопального стану під час амбулаторного прийому у стоматолога-хірурга.....	75
Побережна Г.М., Гаджула Н.Г., Філевич А.М., Бугрова І.В., Ковальчук Л.О. Аналіз лікувально-профілактичної роботи міського комунального підприємства «Медичний стоматологічний центр» м. Вінниці в умовах воєнного стану.....	78
Повшенюк А. В., Гаджула Н. Г., Шінкарук-Диковицька М. М., Пилипюк О. Ю., Ваховський В. В. Роль електронної системи охорони здоров'я при наданні стоматологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам.....	82
Поліщук С. С., Барило О. С., Фурман Р. Л., Свистунов Д. М., Поліщук В.С., Кузько О. В. Лікування дизестезивних проявів при переломах виличної кістки.....	83
Пузирьов Г.С., Ляховський В.І., Краснов О.Г. Удосконалення ендovasкулярних методів діагностики оклюзіно-стенотичних уражень артерій нижніх кінцівок у хворих з ішемічною формою синдрому діабетичної стопи....	85
К. Резвіна, В. Новіков, А. Панькевич, А. Гоголь, І. Колісник, М. Коросташова. Антибіотикопрфілактика при хірургічних стоматологічних втручаннях.....	87
Романів М.П. Телемедицина як одна із складових підвищення якості надання медичної допомоги жінкам онкогінекологічного профілю.....	90
Рудакова Л. О. Формування сучасної моделі медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я.....	92

Сокурєнко О.В. Формування поняття якості життя від початку 20 століття до сучасності.....	97
Ставицький С. О., Шешукова О. В., Труфанова В. П., Бауман С. С., Поліщук Т. В., Казакова К. С., Мосієнко А. С., Максименко А. І. Опис авторської методики хірургічного лікування кіст шиї ембріонального походження.....	102
Фейса С.В., Дичка Л.В., Рудакова С.О., Блага О.С. Організація мобільних міні-лабораторій – як альтернативний варіант покращення медичної допомоги населенню в умовах війни.....	103
Фурман Р. Л., Барило О. С., Поліщук С. С., Свистунов Д. М., Поліщук В. С., Кузько О. В. Оцінка фізіотерапевтичного лікування за допомогою магнітолазерної терапії при переломах виличної кістки.....	107
Харченко Н.В., Костріков А.В. Концепція кадрових ресурсів громадського здоров'я.....	109
Хоменко І. М., Івахно О. П., Романюк Г. Б., Першегуба Я. В., Авраменко Л. М. Особливості епідеміологічного нагляду в системі громадського здоров'я України в умовах воєнного стану.....	111
Черній В.І. Принципи інтенсивної терапії абдомінального сепсису.....	113
Швець А. І., Константинова А. С., Макаренко В. І. Дослідження лікувальної дії препарату «Фітоліт» при калькульозному сіалoadеніті.....	117
Шрамко В. О., Ляшенко Л. І. Особливості вибору стоматологічного лікування у людей середнього та похилого віку.....	119
Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Білак-Лук'янчук В.Й., Костенко С.К. Відношення вимушених під час війни проти російської агресії переселенців до особистого здоров'я.....	121
Maksymenko A.I., Sheshukova O.V., Kuz I.O., Mosiienko A.S., Polishchuk T.V., Trufanova V.P., Kazakova K.S. The periodontitis treatment plan development in children with tonsillitis.....	123
Nataliia Rynhach, Faisal Hanif. The problem of arterial hypertension among Ukrainian refugees in Germany: a view from bonn.....	125
Olena Romashkina. Dental splinting as an important part of complex treatment of periodontal pathology.....	128
Зміст	131