

**Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
Польське товариство публічного здоров'я
Департамент охорони здоров'я Полтавської ОДА**

Громадське здоров'я в Україні: здобутки та виклики сьогодення

Коллективна монографія за загальною редакцією
проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А.

Public health in Ukraine: achievements and challenges of modern times

Collective monograph general edited by
prof. Zhdan V.M. and prof. Holovanova I.A.



Полтава 2023

УДК 614(477)
О 63

Затверджено до друку Вченою Радою Полтавського державного медичного університету, протокол № 9 від 21.06.2023 р.

Рецензенти:

Сміянов Владислав Анатолійович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я Медичного інституту Сумського державного університету

Погоріляк Рената Юріївна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я та гуманітарних дисциплін Ужгородського національного університету

О 63 Громадське здоров'я в Україні: здобутки та виклики сьогодення: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. – Полтава, 2023. – 174 с.

У монографії розглянуто актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні, її особливості в умовах реформування, теоретичні та практичні аспекти діяльності під час воєнного стану та в мирний час.

Висвітлено різноманітні аспекти громадського здоров'я на сучасному етапі: оцінка якості медичної допомоги, впровадження міжнародних стандартів якості медичної допомоги, епідеміологічний нагляд як основна функція громадського здоров'я, виклики та перспективи реформування, питання безперервної освіти лікарів, сучасний стан клінічного напрямку охорони здоров'я в Україні, розвиток доказової медицини.

Монографія розрахована на науково-педагогічних працівників вищих медичних навчальних закладів, студентів, аспірантів, лікарів різних фахів та широкого кола науковців, які цікавляться питаннями розвитку громадського здоров'я в Україні

©ПДМУ, 2023

УДК 614(477)
О 63

©Автори статей, 2023

ПЕРЕДМОВА

Багато викликів надало системі громадського здоров'я повномасштабне військове вторгнення з боку російської федерації. За даними ООН, вимушеними переселенцями стало понад 10 млн осіб: близько 6,5 млн стали внутрішньо переміщеними особами, ще близько 4 млн покинули територію України. Існує постійна небезпека спалахів інфекційних захворювань. В окремих регіонах через окупацію спостерігається справжня гуманітарна катастрофа. І в цей нелегкий час особливо актуальним стає науковий підхід, вивчення і аналіз цих складних ситуацій, розробка заходів по їх попередженню або зменшенню негативних наслідків.

До основних проблем у сфері громадського здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті можна віднести різке постаріння населення, епідемію хронічних неінфекційних захворювань, збільшення поширеності чинників ризику, підвищення агресивності чинників навколишнього середовища, розвиток резистентності мікроорганізмів, проблеми фінансування в умовах обмежених ресурсів, швидку поширеність хвороб через високу мобільність населення, підвищення вимог до доступності та якості медичної допомоги, зростання вартості послуг, що формують здоров'я.

Саме теоретичним і практичним аспектам діяльності системи громадського здоров'я та галузі охорони здоров'я в Україні в період військового стану та в мирний час і присвячена дана монографія.

Висловлюю глибоку вдячність всім авторам цієї колективної монографії, які взяли участь в обговоренні зазначених проблем і сподіваюся, що колективна монографія «Громадське здоров'я в Україні: здобутки та виклики сьогодення» буде корисною для фахівців з громадського здоров'я, організаторів охорони здоров'я, науковців та широкого кола науково-педагогічних працівників, лікарів різних фахів та стане новим стимулом для наукових досліджень і практичних рішень.

Хочу щиро подякувати нашим вельмишановним рецензентам – доктору медичних наук, професору Сміянову Владиславу Анатолійовичу та доктору медичних наук, професору Погоріляк Ренаті Юріївні

за підтримку та пропозиції щодо видання цієї монографії.

З глибокою повагою та найкращими побажаннями. Слава Україні!

**Ректор Полтавського державного медичного університету,
доктор медичних наук, Заслужений лікар України,
професор В'ячеслав Ждан**

РОЗДІЛ 1. ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА ПРАВОВІ ПИТАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ ТА В МИРНИЙ ЧАС

НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ ТА РОЛЬ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЩОДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТА УСУНЕННЯ ЇХ НАСЛІДКІВ

Ждан В. М., Голованова І. А., Харченко С. В., Ляхова Н. О.,

Бєлікова І. В., Лисак В. П.

Полтавський державний медичний університет

Здоров'я населення є визначальним чинником поступального розвитку суспільства, його перспектив у соціальній, економічній, науковій, культурній та інших сферах життєдіяльності. Вивченням здоров'я населення та системи його охорони займається наука «громадське здоров'я».

Нові виклики та загрози, зростання вимог до охорони здоров'я потребують удосконалення методів оцінки стану здоров'я населення, обґрунтування сучасних стратегій та програм розвитку, підвищення ефективності діяльності системи охорони здоров'я.

На випадок виникнення різних надзвичайних ситуацій у галузі охорони здоров'я створено документ, який регламентує дії всесвітньої системи охорони здоров'я. Це Міжнародні медико-санітарні правила 2005 року (ММСП) – офіційний документ, який був прийнятий 58-ою асамблеєю ВООЗ 23 травня 2005 року. [2].

Мета і сфера застосування ММСП – запобігання міжнародному поширенню хвороб, захист від них, боротьба з ними і прийняття заходів у відповідь на рівні охорони громадського здоров'я.

Інфекційні хвороби, які підлягають урегулюванню згідно ММСП (2005)

У Додатку 2 «Схема прийняття рішень для оцінки і повідомлення про події, які можуть являти собою надзвичайну ситуацію в області охорони

громадського здоров'я та має міжнародне значення» цих правил 2005 року включені: [2]

- Хвороби, які є незвичайними або неочікуваними і можуть чинити серйозний вплив на здоров'я населення:
 - Натуральна віспа
 - Поліомієліт, який спричинює дикий вірус.
 - Людський грип, який спричинює новий підтип людського вірусу, і пташиний грип.
 - Тяжкий гострий респіраторний синдром (англ. *SARS*; ТГРС)
 - Коронавірусна хвороба 2019 (англ. *Coronavirus Disease 2019*; COVID-19)
- Хвороби, які протягом людської історії виявили здатність серйозно впливати на здоров'я людей і швидко поширюватися в міжнародних масштабах:
 - Холера
 - Легенева форма чуми
 - Жовта гарячка
 - Гарячка Ласса
 - Хвороба, яку спричинює вірус Марбург
 - Хвороба, яку спричинює вірус Ебола
 - Гарячка Західного Нілу
- Інші хвороби, які становлять виняткову національну або регіональну проблему:
 - Гарячка денге
 - Менінгококова інфекція
 - Гарячка Рифт Валлі

В Україні існує законодавча база з питань забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення:

- Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» (від 24.02.1994 № 4004-ХІІ зі змінами від 16.10.2012).

- Постанова від 21.08.2019 № 818 Про затвердження Порядку надання інформації про події та ситуації, що становлять загрозу життю і здоров'ю, санітарному та епідемічному благополуччю населення. [6].

Санітарне та епідемічне благополуччя населення – це стан здоров'я населення та середовища життєдіяльності людини, при якому показники захворюваності перебувають на ustalеному рівні для даної території, умови проживання сприятливі для населення, а параметри факторів середовища життєдіяльності знаходяться в межах, визначених санітарними нормами. [6].

Середовище життєдіяльності людини – сукупність об'єктів, явищ і факторів навколишнього середовища, що безпосередньо оточують людину і визначають умови її проживання, харчування, праці, відпочинку, навчання, виховання тощо.

Фактори середовища життєдіяльності – будь-які біологічні (вірусні, бактеріальні, паразитарні, генетично модифіковані організми тощо), хімічні (органічні і неорганічні, природні та синтетичні), фізичні (шум, вібрація, ультразвук, інфразвук, теплове, іонізуюче, неіонізуюче та інші види випромінювання), соціальні (харчування, водопостачання, умови побуту, праці, відпочинку, навчання, виховання тощо) та інші фактори, що впливають або можуть впливати на здоров'я людини чи на здоров'я майбутніх поколінь. [6].

Епідеміологічно ризикові види діяльності – роботи, послуги, види господарської діяльності, які можуть становити підвищений ризик для здоров'я не тільки окремої людини, але колективу людей, громади, населення певної території у зв'язку з особливостями їх потенційного шкідливого впливу на здоров'я людини, що спричинює виникнення хвороби і її неконтрольованого поширення серед людей (населення).

Критерії та показники, за якими оцінюється ступінь ризику від провадження господарської діяльності:

- провадження діяльності з викидами забруднюючих речовин в атмосферне повітря;

- діяльність, пов'язана із застосуванням радіаційно-ядерних технологій та джерел іонізуючого випромінювання;
- використання шкідливих речовин та/або біологічних агентів;
- поводження з відходами;
- поводження з пестицидами та агрохімікатами;
- порушення вимог санітарного законодавства, наявність відхилень від гігієнічних нормативів, випуск неякісної, небезпечної продукції;
- невідповідність вимогам результатів інструментально-лабораторних вимірювань об'єктів середовища життєдіяльності (питна вода, вода водойм, ґрунт, атмосферне повітря, харчові продукти).

На сьогоднішній день уряди більшості країн світу зосереджені на боротьбі з глобальною загрозою – пандемією COVID-19.

Станом на 26.09.2020 р. у світі зареєстровано понад 32,8 млн. випадків захворювання COVID-19 у більш, ніж 188 країнах і територіях. Одужало більше 24,2 млн. Померло більше 1 мільйона чоловік. [13]. Найбільша кількість захворілих була: у США – 6 млн. 52 тис., Бразилії – 3 млн. 910 тис., Індії – 3 млн. 694 тис., Росії – 1 млн. Найбільша кількість померлих зареєстрована в США – 183,9 тис., Бразилії – 121,5 тис. [5].

Школи, університети і коледжі були закриті або на загальнонаціональній, або на місцевій основі, в 172 країнах, що торкнулося приблизно 98,5 % світового населення шкільного та студентського віку. [14].

Пандемія COVID-19 стала причиною серйозних соціально-економічних наслідків [15], включаючи найбільшу світову рецесію [16] після Великої депресії [1] і масовий голод [17], що торкнулося близько 265 млн. чоловік [12]. Це призвело до перенесення або скасування [20] безлічі політичних [18] і культурних [19] заходів [11].

Епідемічна ситуація в Україні:

Всього з початку епідемії станом на ранок 01.09.2020 в Україні зареєстровано 123303 лабораторно підтверджених випадків COVID-19. Одужало – 57802 пацієнти. Померло 2605 осіб. [5].

Найбільша кількість хворих на COVID-19 була зареєстрована у Львівській (14703), Чернівецькій (9700), Рівненській (10420), Івано-Франківській (9348), Харківській (9338) областях та м. Київ (13546). [5].

Пандемія COVID-19 є безпрецедентним викликом для систем громадського здоров'я у світі. Європейський центр профілактики та контролю захворювань як провідна установа ЄС у сфері громадського здоров'я постійно здійснює моніторинг ситуації та готує на основі досліджень рекомендації для населення країн Європи загалом, а також для працівників медичних установ і лабораторій.

Документи присвячено таким темам:

- інструменти для зниження ризику передавання COVID-19 у медичних установах та лабораторіях і практичні поради працівникам медичних установ;
- заходи з профілактики та контролю інфекцій;
- особливості перебігу інфекційних захворювань (зокрема і COVID-19) у дорослих та дітей;
- розвиток епідемії та прогнози її поширення (аналітичні дані);
- заходи під час поїздок у транспорті міського, міжміського та міжнародного сполучення для обмеження розповсюдження COVID-19;
- сортування, первинний контакт і оцінювання стану пацієнтів під час надання первинної та екстреної допомоги;
- лікування пацієнтів з підозрою на інфікування;
- особливості процедури перевезення пацієнтів;
- засоби індивідуального захисту медпрацівників;
- дезінфекція приміщень та утилізація відходів тощо.

У травні та червні 2020 року фахівці проекту «Надання підтримки Україні у розвитку сучасної системи громадського здоров'я» за фінансування Європейського Союзу переклали серію рекомендацій ЄЦПКЗ українською («Інформаційні матеріали проекту»).

Епідемія ВІЛ-інфекцій/СНІД в Україні досягла масштабів, найнебезпечніших у Європі. Рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед

населення становить 1,3 %, постійно зростає кількість нових інфікувань на ВІЛ і рівень смертності від ВІЛ/СНІДу. ВІЛ інфікує щодня в Україні 87 осіб та близько 50 помирає від захворювань, які зумовив СНІД. [3].

На сучасному етапі Україна належить до групи країн з епідемією туберкульозу. Щороку в Україні виявляють понад 37 тисяч хворих на туберкульоз, понад 10 тисяч осіб помирають від цієї хвороби, стільки ж стає інвалідами. [8].

Відмічається достатньо високий рівень захворюваності населення в Україні на інфекційні та паразитарні хвороби, включаючи їх спалахи.

Серед усіх інфекційних хвороб, що реєструються в Україні, найбільший вплив на стан здоров'я населення мають: грип та інші інфекційні хвороби дихальних шляхів, а також вірусний гепатит, гострі кишкові захворювання, туберкульоз.

Ситуація з малярії в країні залишається складною. Постійний завіз малярії на територію України з ендемічних країн, нестійка ентомологічна та гідротехнічна ситуація в країні за наявності семи видів малярійних комарів, здатних передавати збудника малярії, сприятливих клімато-географічних умов, а також відсутність сучасних протималярійних препаратів для хіміопрофілактики, ефективного лікування хворих загрожує появі місцевих випадків малярії та можливого розповсюдженню їх серед населення. Щорічно реєструються летальні випадки від тропічної малярії, що пов'язано з пізнім зверненням хворих за медичною допомогою, пізньою її діагностикою та лікуванням. [10].

Проблемою є дирофіляріоз – єдиний трансмісивний гельмінтоз місцевого характеру, що обумовлено епізоотією дирофіляріозу серед собак та низкою природних і соціальних умов (наявність значної чисельності комарів-переносників, а також собак – основних джерел інвазії, обстеження і дегельмінтизація яких не проводиться).

Епідемічні спалахи:

У 2019 р. на Україні з 1 155 зареєстрованих спалахів визначено: кору – 952, ГКІ – 71, сальмонельозу – 66, вірусного гепатиту А – 31, ротавірусного ентериту – 28, шигельозу – 4, ентеровірусної інфекції – 2 та дифтерії – 1. Унаслідок 1 155 спалахів захворіли 9 722 людей, зокрема 7 115 дітей. [4].

Спалах дифтерії в Україні: за 10 міс 2019 р. в Україні зареєстровано 10 випадків дифтерії.

З початку 2020 р. року і до 5 жовтня 2020 року, в Україні зареєстровано 141 спалах інфекційних та паразитарних захворювань, у тому числі: гострих кишкових інфекцій (57), сальмонельозу (63), вірусного гепатиту А (15), ентеровірусної інфекції (3), кору (2), трихінельозу (1) та гнійно-септичної інфекції (1), внаслідок яких постраждали 2663 особи, у т. ч. 1212 дітей. За аналогічний період 2015 року було зареєстровано 86 спалахів, внаслідок яких постраждали 1399 осіб, у т. ч. 616 дітей. [9].

Останній спалах холери в Україні зареєстрований у 2011 році у м. Маріуполі Донецької області. За період спалаху зареєстровано 33 випадки захворювання на холеру. Спалах тривав майже три місяці. [4].

У Міжнародних медико-санітарних правилах, прийнятих у 2005 р., надзвичайна ситуація визначається як «екстраординарна подія, яка може поширитися в міжнародному масштабі або потребуватиме скоординованих міжнародних зусиль для її подолання».

Надзвичайні ситуації природного характеру – це різні небезпечні явища, інфекційна захворюваність людей тощо. [7].

Прийнято Загальнодержавну цільову програму захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру на 2013 – 2017 роки (Закон України від 07.06.2012 № 4909-VI).

Прикладом успішної реалізації інтегрованих профілактичних програм на міжнародному рівні може бути діяльність ВООЗ з питань боротьби з інфекційними захворюваннями. Серед основних досягнень в охороні здоров'я внаслідок впровадження профілактичних програм – ліквідація натуральної

віспи (1979 р.), зменшення на 99 % захворюваності на поліомієліт (1998 – 2006 рр.), виявлення та ліквідація атипової пневмонії SARS (2003 р.).

Сильна система громадського здоров'я передбачає належний рівень готовності до надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру, а також своєчасність реагування з метою локалізації та ліквідації таких загроз.

Література

1. Гита Гопинат. [Великая самоизоляция: самый глубокий экономический спад со времен Великой депрессии](#), Блог МВФ. – 2020.
2. Міжнародні медико-санітарні правила 2005 року. – С. 2.
3. Німецька хвиля: Епідемія ВІЛ/СНІД: за 50 років України може не бути. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://uk.wikipedia.org/wiki/Епідемія>. https://uk.wikipedia.org/wiki/Deutsche_Welle. - 2010.
4. Оперативні дані про спалахи. Центр громадського здоров'я.
5. Оперативна епідемічна ситуація з коронавірусної хвороби в світі, Україні та Дніпропетровській області станом на 01.09.2020 р. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.dolc.dp.ua/wpress/?p=5411>
6. Постанова від 21.08.2019 № 818 Про затвердження Порядку надання інформації про події та ситуації, що становлять загрозу життю і здоров'ю, санітарному та епідемічному благополуччю населення.
7. Постанова КМ № 368 від 24.03.2004. Про порядок класифікації надзвичайних ситуацій. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1099-98-п#Text>
8. [Процюк Р. Г. Сучасні проблеми епідемії туберкульозу в Україні: причини та шляхи її подолання](#). Електронний ресурс. Режим доступу: <https://health-ua.com/article/16372-suchasn-problemi-epdem-tuberkulozu-v-ukran-prichini-ta-shlyahi--podolannya>. Епідемія – Вікіпедія. <https://uk.wikipedia.org/wiki/Епідемія>.

9. Санітарно-епідемічна ситуація. Спалахи. Електронний ресурс. Режим доступу: <https://www.vingudpss.gov.ua/info/sanitarno-epidemichna-situaciya-spalahi>.
10. Шафранський В. В. Санітарно-епідеміологічне забезпечення населення як одна із важливих функцій громадського здоров'я.// Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2016. № 2 (68). – С. 4 – 12.
11. [A List of What's Been Canceled Because of the Coronavirus](#) (англ.). *The New York Times* (1 March 2020).
12. [As famines of 'biblical proportion' loom, Security Council urged to 'act fast'](#) (англ.), *UN News* (21 April 2020).
13. [COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering \(CSSE\) at Johns Hopkins University \(JHU\)](#) (англ.). *ArcGIS*. *Johns Hopkins University*. – 2020.
14. [Education: From disruption to recovery](#) (англ.). *UNESCO*. – 2020.
15. [Here Comes the Coronavirus Pandemic: Now, after many fire drills, the world may be facing a real fire](#) (англ.), *The New York Times* (29 February 2020).
16. Електронний ресурс. Режим доступу: https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_recession.
17. Електронний ресурс. Режим доступу: https://en.wikipedia.org/wiki/Famines_related_to_the_COVID-19_pandemic.
18. Електронний ресурс. Режим доступу: https://en.wikipedia.org/wiki/Impact_of_the_COVID-19_pandemic_on_politics.
19. Електронний ресурс. Режим доступу: https://en.wikipedia.org/wiki/Impact_of_the_COVID-19_pandemic_on_the_arts_and_cultural_heritage.
20. Електронний ресурс. Режим доступу: https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_events_affected_by_the_COVID-19_pandemic.

АНАЛІЗ СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ СЕРЕД ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ В УКРАЇНІ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ОПТИМІЗАЦІЇ

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

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Вчасно виявлене захворювання на туберкульоз дає можливість проведення ефективного лікування та недопущення масового поширення зазначеного захворювання серед дітей та підлітків. Раніше виявлене захворювання, дає більше шансів на настання повного одужання хворого в разі проведеного ефективного лікування.

Отже, профілактику туберкульозу необхідно проводити комплексно з проведенням інших протитуберкульозних заходів.

Профілактика туберкульозу включає в себе комплекс заходів, які спрямовані на попередження та недопущення інфікованості, а також виникнення захворювання. Комплексом заходів передбачається ліквідація самого джерела інфекції, шляхів передачі захворювання та збільшення захисних властивостей організму до захворювання.

Профілактика захворювання на туберкульоз є одним із основних напрямків в системі охорони здоров'я [4, 5] та здійснюється при виконанні таких заходів:

- з метою недопущення ускладнень санітарно-епідемічної ситуації серед дітей та підлітків необхідно вжити відповідні заходи для створення умов, при яких здорове дитяче населення буде мати імунітет до захворювання на туберкульоз. Отже, необхідно покращити соціально-економічний та санітарно-гігієнічний рівень життя, збільшити санітарну грамотність населення шляхом проведення санітарно-освітньої роботи та збільшити кількість дітей щеплених вакциною БЦЖ;
- визначити групи ризику та їх диспансеризацію для попередження інфікування та захворювання на туберкульоз серед дитячого населення;

- проведення профілактичних заходів у вогнищах туберкульозної інфекції, дезінфекцію, ізоляцію бактеріорозповсюджувачів, а також проведення лікування всіх хворих на активну форму туберкульозу;
- ефективно здійснювати ветеринарний нагляд за станом захворюваності на туберкульоз серед свійських тварин в приватних домоволодіннях.

Зазначені профілактичні заходи взаємопов'язані між собою тож проводити їх необхідно з урахуванням поширеності туберкульозної інфекції [1,10].

Профілактика захворювання на туберкульоз складається із:

- санітарна профілактика;
- соціальна профілактика;
- специфічна профілактика;
- хіміопрофілактика.

Санітарна профілактика направлена на недопущення інфікування туберкульозом здорових дітей та підлітків, а також створення умов, коли контактуючи із хворим на туберкульозну інфекцію під час проживання, в побутових умовах, під час навчання можна запобігти виникненню захворювання. Санітарна профілактика направлена перш за все на джерело бактеріовиділення, шляхи передачі збудника захворювання на туберкульоз. Одним із важливих напрямлень санітарної профілактики є проведення соціальних, санітарно-протиепідемічних і лікувальних заходів у вогнищі виникнення туберкульозної інфекції [1, 10, 13].

Епідемічна безпека вогнища туберкульозної інфекції розцінюється за наступними критеріями:

- значне та постійне виділення хворою людиною мікобактерій туберкульозу;
- незадовільні умови проживання хворої людини;
- порушення поведінки хворої людини;
- недостатність санітарно-гігієнічної грамотності хворої людини та людей, які її оточують.

За вищевказаними критеріями вогнища туберкульозної інфекції відповідно до ступеня епідемічної безпеки діляться на три групи. До кожної групи визначається об'єм та характер профілактичних заходів, які необхідно провести у вогнищі туберкульозної інфекції.

I група – відносяться найбільш несприятливі вогнища туберкульозної інфекції, а саме:

- 1) хвора людина, яка виділяє бактерії туберкульозної інфекції у великій кількості, проживає у комунальній квартирі або гуртожитку;
- 2) у сім'ї хворого є діти, підлітки та вагітні жінки;
- 3) сім'я проживає в умовах, які не відповідають вимогам, хворий та члени його родини порушують санітарно-гігієнічні правила поведінки.

II група – це відносно несприятливі вогнища туберкульозної інфекції:

- 1) у хворої людини незначне бактеріовиділення, стійкий процес захворювання на туберкульоз;
- 2) у сім'ї хворого проживають лише дорослі мешканці, немає обтяжуючих чинників;
- 3) хвора людина є умовним бактеріовиділювачем, в той же час у його сім'ї є діти та підлітки, а також наявні обтяжуючі чинники.

III група – відносяться потенційно небезпечні вогнища туберкульозної інфекції:

- 1) хвора людина є умовним бактеріовиділювачем (бактеріовиділення відсутнє, але ще не минуло 2 років від захворювання);
- 2) в сім'ї хворої людини проживають лише дорослі;
- 3) хвора людина та оточуючі його члени родини дотримуються усіх необхідних санітарно-протиепідемічних заходів з профілактики захворювання на туберкульоз [1, 10, 11, 12].

При проведенні обстеження осередку туберкульозної інфекції необхідно проводити бесіду із хворим та членами його родини. Під час бесіди наголошувати на шляхах передачі захворювання на туберкульоз, як відбувається зараження туберкульозом, вказувати на методи по запобіганню

захворюванню на туберкульоз, проводити роз'яснювальну роботу по правилах дотримання правил особистої гігієни, проведення поточної дезінфекції в осередку інфекційного захворювання. Всім членам родини, які проживають разом із хворою людиною, необхідно надати інформацію щодо необхідності проведення постійних обстежень у відповідному закладі охорони здоров'я, в разі необхідності проходження профілактичного лікування. Всі люди, які були у вогнищі туберкульозу, повинні бути на диспансерному обліку протягом 2 років [10, 11].

З метою виявлення хворих на туберкульоз на ранніх стадіях необхідно проводити флюорографічне обстеження населення. Флюорографія - це найбільш дієвий метод по виявленню прихованого туберкульозу, а також інших захворювань легеневої системи. Згідно до вимог законодавства, в якому вказано, що обов'язкове флюорографічне обстеження проводиться громадянам, які старші 15 років, кратність обстеження становить не менше 1 разу на 2 роки. Дітям до 14 років, яким флюорографічне обстеження заборонено проводиться туберкулінодіагностика. Важливим методом по виявленню хворого на туберкульоз є дослідження відхаркуючих матеріалів на наявність мікобактерій туберкульозу у людей, які довгий час кашляють [9, 10].

Важливим значенням у профілактиці захворювання на туберкульоз є впровадження загальнооздоровчих заходів, які направлені на збільшення імунної реакції організму людини. Отже, для збільшення імунної реакції організму необхідно забезпечити відповідне харчування для дітей та підлітків, правильний режим дня, проведення процедур для загартовування організму [1,10].

Метою проведення санітарної профілактики є недопущення інфікування здорових осіб. Забезпечити це можна проведенням санітарно-просвітницької роботи (проведення лекцій, бесід), протиепідемічних та лікувальних заходів у осередках туберкульозної інфекції.

Соціальна профілактика спрямована на державні заходи з покращення рівня проживання населення, забезпечення захисту довкілля, направлена на

розвиток фізкультури та спорту, закладів санаторно-курортного лікування, закладів відпочинку.

Отже, враховуючи вищевказане, ми зазначаємо, що туберкульоз це хвороба, яка у більшості випадків залежить від соціальних умов, тому поліпшення соціальних умов сприятиме зменшенню епідемії захворювання на туберкульоз, а в майбутньому приведе до значного зниження епідеміологічних показників даного захворювання.

На сьогоднішній день найкращим та правильним методом специфічної профілактики туберкульозу є проведення вакцинації та ревакцинації вакциною БЦЖ, а також проведення специфічної імунопрофілактики. Вакцинація вакциною БЦЖ здійснюється всім без винятку здоровим доношеним новонародженим дітям в період з 3 по 5 день життя, а також дітям вікової категорії 7 та 14 років, у яких є негативна туберкулінова проба. З метою вчасного виявлення захворювання у дітей та підлітків віком до 15 років, які інфіковані мікобактеріями або хворі на туберкульоз, щороку їм проводиться проба Манту. Позитивні результати проведеної проби Манту не означає, що дитина хвора на туберкульоз, але це є підставою для звернення у відповідний заклад охорони здоров'я для диспансерного нагляду у дитячого лікаря-фтизіатра [2, 6, 7].

Ефективність проведення протитуберкульозних щеплень БЦЖ показує те, що серед вакцинованих та ревакцинованих дітей і підлітків показники захворюваності на туберкульоз значно нижчі, ніж серед дітей та підлітків, які не пройшли вакцинацію.

Другим методом проведення специфічної профілактики захворювання на туберкульоз є хіміопрофілактика, При проведенні хіміопрофілактики проводиться застосування протитуберкульозних препаратів для попередження захворювання на туберкульоз в громадян, у яких є найбільша небезпеки заразитися та захворіти туберкульозом. Хіміопрофілактика поділяється на первинну та вторинну.

Первинна профілактика направлена на запобігання виникненню захворювання на туберкульоз у неінфікованих осіб, у яких відсутня реакція на туберкулін, але вони мали контакт з хворим на туберкульоз і у якого відбувається виділення мікобактерії туберкульозу.

Вторинна профілактика направлена на надання медичної допомоги хворим особам, у яких є позитивна реакція на туберкулін і вони не мають клініко-рентгенологічних проявів захворювання на туберкульоз.

Хіміопрфілактика протитуберкульозними препаратами здійснюється з метою недопущення ускладнень санітарно-епідемічної ситуації із захворювання на туберкульоз та проводиться наступним групам населення:

- громадянам, у яких є стійний контакт з хворим на туберкульоз у якого наявне бактеріовиділення;

- громадянам, у яких наявні неактивні туберкульозні зміни, які в разі зміни сприятливих умов на погіршення ситуації можуть визвати реактивацію захворювання на туберкульоз;

- громадянам, яким раніше проводилось лікування від туберкульозу, з наявними значними залишковими змінами в легенях та знаходяться у оточенні, яке для них небезпечне;

- громадянам з визначеним віражем туберкулінових реакцій;

- ВІЛ-інфікованим особам у яких наявні гіпералергічні реакції на туберкулін.

Серед людей, яким проводилась хіміопрфілактика, захворюваність реєструвалась у 2- 5 разів нижча, якщо порівнювати із такими ж групами людей, яким хіміопрфілактика не проводилась [2, 6, 7].

За результатами проведеного аналізу нормативно-правових актів, що стосуються закладів освіти встановлено, що у посадовій інструкції медичного персоналу відсутні конкретні вимоги із проведення профілактичних заходів по захворюванню на туберкульоз серед дітей та підлітків.

Медична сестра закладу загальної середньої освіти зобов'язана:

- своєчасно забезпечити організацію та проведення медичних оглядів здобувачів освіти, за результатами проведених медичних оглядів видати заключення про стан здоров'я дітей (з урахуванням заключень лікарів-спеціалістів);
- проводити санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи;
- організовувати та проводити щеплення дітей та підлітків відповідно до вимог законодавства;
- проводити санітарно-просвітницьку роботу із працівниками закладів загальної середньої освіти, батьками та учнями;
- проводити контроль за термінами проходження медичних оглядів працівниками закладів загальної середньої освіти;
- постійно проводити спостереження за диспансерною групою хворих дітей та підлітків.

Із-за відсутності інформаційних даних, які повинні надходити із протитуберкульозних закладів щодо профілактики захворювання на туберкульоз серед дитячого населення, у закладах освіти не має можливості здійснити оцінку проведення профілактичної роботи або описати види її виконання, так як спостерігається залежність від ставлення керівника закладу освіти та відповідальності медичного працівника.

При вивченні показників інфікованості МТ серед дітей шкільного віку встановлено, що у більшості зареєстрованих випадків інфікування туберкульозом спричинили різні несприятливі фактори, а саме: специфічні фактори (контактування дитини із хворим на туберкульоз; якість проведеної вакцинації (ревакцинації) БЦЖ) і неспецифічні фактори (показники зрілості і фізичного розвитку новонародженої дитини; термін грудного вигодовування; наявність захворювань верхніх дихальних шляхів, органів травлення, ендокринної системи, хронічні вогнища неспецифічного захворювання; незадовільні соціально - побутові умови проживання) [8, 11, 12].

Розпізнати ознаки початку захворювання на туберкульоз у дітей та підлітків через велике навантаження та загальній стомленості не завжди

можна вчасно. Часто при наявності відповідних симптомів вважають, порушено режим навчання дитини, великий обсяг завдань, які необхідно виконати. В той же час наявність таких симптомів як загальна слабкість, блідість шкіри, млявість, апатія до всіх, підвищені пітливість та стомлюваність є першими ознаками захворювання на туберкульоз.

Будь-який контакт із хворим на туберкульоз має вплив на розвиток локального туберкульозу у дітей та підлітків. Одним із найбільш загрозливих факторів в родинних вогнищах є недостатність диспансерного нагляду за контактними дітьми всіх вікових категорій, а також спільне проживання з хворою людиною, у якої виділяється лікарськостійкий туберкульоз. Невідповідність соціальних факторів вважається ознаками санітарно-епідеміологічного напруження, так як у таких вогнищах збільшується ризик розповсюдженості даного захворювання. Термін нагляду за дітьми та підлітками, які знаходяться у епідеміологічно - небезпечних вогнищах, соціально неадаптованих сім'ях, має бути не менше 2–3 років після припинення контакту із хворим.

Зменшити показники захворюваності на туберкульоз без проведення відповідних заходів неможливо. Можна значно зменшити показники захворюваності серед дітей та підлітків на туберкульоз шляхом проведення профілактичних заходів, а саме: проведення щеплення БЦЖ, туберкулінодіагностики, лікування дітей, які відносяться до груп ризику з метою профілактики даного захворювання, а також проведення широкої санітарно-просвітницької роботи серед батьків та здобувачів освіти з питань профілактики туберкульозу.

На сьогоднішній день розроблено ряд профілактичних заходів, які направлені на зменшення кількості випадків захворювань на туберкульоз серед дітей та підлітків. Одними із доступних та дієвих методів профілактики захворювання на туберкульоз є вакцинація і ревакцинація вакциною БЦЖ. Дієвість проведених вчасно протитуберкульозних щеплень вакциною БЦЖ свідчить про те, що серед дітей та підлітків, яким проведена вакцинація та

ревакцинація захворюваність на туберкульоз значно нижча, ніж серед тих, кому вакцинація не проведена; проведення проби Манту, як внутрішньо-шкіряного тесту, допомагає у виявленні інфікованості мікобактеріями туберкульозу дитячого населення, а також використовується з метою вивчення специфічної реактивності у інфікованих або вакцинованих дітей [1, 13].

Отже, ґрутуючись на результатах проведеного дослідження проведеного дослідження, ми вважаємо за необхідне покращити роботу медичного персоналу закладів освіти, а саме: збільшити кількість заходів з питань профілактики захворювання на туберкульоз серед дітей та підлітків шляхом:

- 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.

Таким чином, на основі проведеного аналізу ми вважаємо, що необхідно надавати населенню роз'яснення про те, що при наявності мінімальних симптомів захворювання необхідно звертатися за медичною допомогою у відповідні заклади охорони здоров'я, тому що при проведеній ранній діагностиці захворювання можнавилікувати в повному обсязі. При обстеженні осередку, в якому виявлено хворого на туберкульозну інфекцію необхідно надавати рекомендації як самому хворому, так і членам його родини про шляхи, якими проходить зараження туберкульозом, а також шляхи попередження

захворювання на туберкульоз, навчити дотримання правил особистої гігієни, проведення поточної дезінфекції в осередку захворювання. Членам родини, які проживають разом із хворою людиною необхідно в обов'язковому порядку пояснити про важливість та необхідність медичних обстежень у відповідному медичному закладі, в разі необхідності проходити профілактичне лікування.

На нашу думку, провідна роль у покращенні епідеміологічної ситуації щодо дитячого туберкульозу належить медичному персоналу закладів освіти, а саме його профілактична направленість при проведенні роботи із здоровим дитячим населенням, їх батьками шляхом підвищення 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.

Список використаної літератури.

1. Вакцинація проти туберкульозу. БЦЖ. [<http://minzdrav.gov.by/dlya-belorusskikhgrazhdan/vaktsinatsiya/vaktsinatsiya-protiv-tuberkuleza-btszh-.php>], 2013.
2. Ващенко І. В. Сучасні шляхи профілактики туберкульозу / І. В. Ващенко // Науково-методичне забезпечення напряму підготовки «Здоров'я людини». Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції / За загальною редакцією проф. М.В. Гриньової. - Полтава: Астроя, 2014. – С. 31-32.
3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
4. Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз») від 22.03.2012 р. № 4565 [Закон України від 22.03.2012 р. № 4565 «Про внесення змін до Закону України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз»». — Київ, 2012.
5. Звіт України «Про досягнутий прогрес у досягненні цілей політичної декларації прийнятої під час наради високого рівня Генеральної асамблеї ООН з туберкульозу» 26 вересня 2028 року Сайт Державна установа «Центр

громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»
<https://phc.org.ua/>.

6. 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>.

7. Міжнародні стратегії боротьби з туберкульозом ВООЗ. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67452/WHO_CDS_TB_2002.307.pdf?sequence=1&isAllowed=y

8. 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].

9. Стандарти охорони здоров'я при туберкульозі Наказ МОЗ України від 25.02.2020 року № 530 (у редакції наказу МОЗ України від 6.10.2021 № 2161).
Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/10/2020_530_standarty_tb_dor_dit.pdf

10. Тимошук Т. Я. Профілактика туберкульозу / Т. Я. Тимошук// Медсестринство. – 2014 – № 2. – С. 30–33.

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

12. 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

13. Barari-Savadkouhi R. A study of the incidence of BCG vaccine complications in infants of Babol, Mazandaran (2011-2013) / R. Barari-Savadkouhi, A. Shour, J.Masrouer-Roudsari // Caspian J Intern Med. – 2016. – V. 7(1). – P. 48-51.

ВПЛИВ ВІЙНИ НА ПСИХІЧНИЙ СТАН ЛЮДИНИ

Єрмакова А.О., Плужнікова Т.В., Алаттар Джахад

Полтавський державний медичний університет

У зв'язку з вторгненням в Україну російської федерації, значно загострилося питання психічного здоров'я населення нашої держави. Стійкий стан психіки особистості, забезпечує адекватну, конструктивну і життєздатну поведінкову реакцію на чинники зовнішнього середовища, що можуть причинити стрес. Реакції на стрес не є контрольованими і дають знати про себе на фізіологічному, розумовому та поведінковому рівнях, мають специфічні прояви та негативні наслідки як для самої людини, так і оточення в якому знаходиться під час надзвичайних стресових ситуаціях [5].

Наслідки війни для нашої держави наразі оцінюються через призму економічних збитків, руйнувань інфраструктури та значної кількості загиблих. Війна також має вплив і на здоров'я громадян – це не тільки отримані військовими та цивільними контузії і травми, а й подальші післявоєнні довгострокові наслідки. У майбутньому значна кількість українців матиме психологічні та психічні проблеми, загострюватимуться хронічні хвороби. На сьогодні за психологічною і медичною допомогою офіційно [звернулося 650 тисяч українців](#). Згідно з даними опитування, озвученими Міністерством охорони здоров'я України, 71% громадян відчували на собі стрес, підвищену дратівливість, половина опитаних відчують тривожність і напругу. Також, за даними МОЗ, приблизно у 25 % осіб, які пережили травматичні події, у майбутньому діагностуватиметься посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Поряд з цим через 5-7 років прогнозується збільшення кількості наркотичної, алкогольної та інших залежностей серед населення [1].

Серед наслідків негативного впливу війни на психоемоційний стан людей, які вплинуть на необхідність збільшити об'єми медичного обслуговування українців закладами охорони здоров'я, визначаються [3]:

- збільшення випадків серцево-судинних захворювань, онкології, астми, діабету, артритів;

- погіршення результатів лікування хронічних захворювань, зростання рівня смертності від онкології й серцево-судинних хвороб;
- близько половини населення України, що хворіють на психічні розлади, також матимуть розлади сну, що у деяких хворих спричинить виникнення хвороб органів дихання;
- хворі на психічні розлади більш схильні до шкідливих звичок, їм важче з ними боротися чи кинути їх взагалі;
- звернення до медичних закладів, зацікавленість підтримувати своє здоров'я зменшується при наявності захворювань психіки, наслідками якої є пізня діагностика хвороб та зниження результативності їх лікування;
- рівень смертності від онкологічних захворювань у хворих на депресивні розлади збільшується на 50%, а від серцевих - на 67%;
- у військових та цивільних з посттравматичним стресовим розладом найчастіше зустрічаються: тахікардія, стенокардія, гіпертонія, гастрит, виразкова хвороба шлунково тракту, артрити. Також ПТСР є тригером до ризикової поведінки;
- у важких випадках деякі ризики наставатимуть на 10-15 років раніше, ніж в середньому в популяції.

Діапазон чинників війни, що впливають на психологічний стан громадян України є досить значний, а наслідки даватимуть про себе знати ще впродовж багатьох років після закінчення воєнних дій. Накладається відбиток на свідомість, поведінку людей, спосіб життя в цілому.

Дослідження у сфері психіатрії та психології показують, що війна матиме довготривалі наслідки для громадян. Люди постійно зіштовхуються з короткотривалими та довготривалими несприятливими травматичними подіями і як результат, виникнення труднощів при подоланні наслідків хворобливого стану. Таким чином, громадяни різного віку частіше, ніж їх однолітки, які не мають військового досвіду, матимуть такі проблеми у психічному здоров'ї, як панічні атаки, депресія, тривожний розлад, посттравматичний стресовий розлад,

дисоціативні розлади (збої у сприйнятті, пам'яті), розлади поведінки (агресія, порушення соціальних норм, правил, гіперкінетичні розлади тощо).

На психоемоційний стан суспільства у воєнний час значно впливають такі чинники, як:

- значне пошкодження, руйнування домівки, нестача води, їжі;
- відсутність доступу до освіти й медицини;
- розпад родини (втрата когось із членів сім'ї, розлучання, переміщення);
- дискримінація та стигматизація (негативний вплив на особистість, ідентичність індивідууму);
- песимістичний погляд на життя (відсутність планів на майбутнє, відчуття смутку, втрати, горя) і нормалізація насильства [2].

З початком війни Полтава стала прихистком для багатьох біженців з різних областей нашої країни. Лікарні Полтавщини стали осередком лікування та реабілітації військових, що зазнали поранень, травм внаслідок воєнних дій. Значна кількість як військових, так і цивільних (особливо із зони активних бойових дій) проходять лікування в Обласному закладі з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради.

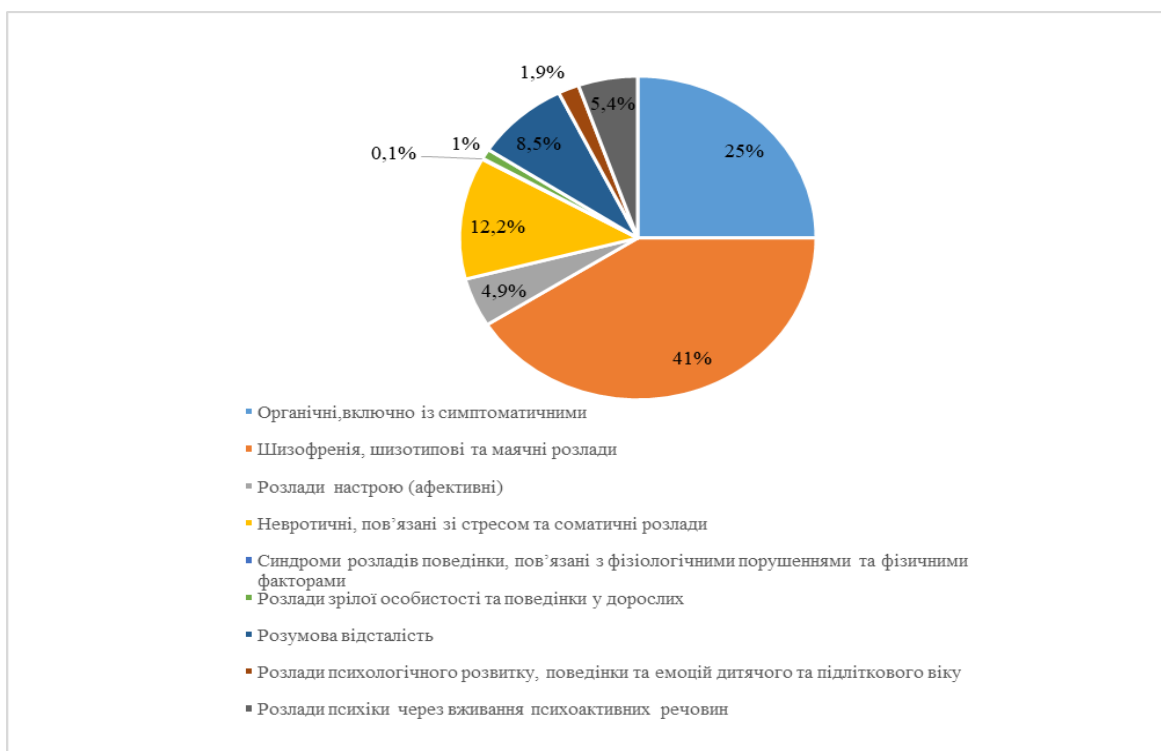
Війна вплинула на психоемоційний стан людей. Хтось захворів вперше, у когось загострилася вже існуюча хронічна хвороба. Причин для цього більш ніж достатньо - від постійного почуття небезпеки до втрати близької людини, домівки, звичного способу життя. Хтось може впоратися самостійно, комусь необхідна кваліфікована медична і психологічна допомога. Серед діагнозів, отриманих при зверненні до лікарів спеціалізованого закладу області з приводу порушень психоемоційного стану на тлі війни, можна зазначити такі:

- афективні розлади, серед яких можна виділити стійкі розлади настрою, клінічна депресія, рекурентний депресивний розлад, біполярний афективний розлад;
- невротичні, що пов'язані зі стресом, та соматичні розлади (фобічні тривожні розлади, агорафобія, obsесивно-компульсивний розлад, реакція на гострий стрес, у т.ч. посттравматичний стресовий розлад);

- синдром розладів поведінки, що пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (розлади харчової поведінки, сну).

У 2022 році згідно наданої інформаційної довідки до комунального підприємства «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради» за медичною допомогою звернулося 5867 особи, у 2021 році – 4486 особи. Середня кількість пролікованих за рік протягом довоєнних років, а саме з 2012 року по 2021 рік становить 3967 (табл.1).

У 2022 році порівняно з попередніми роками спостерігається стрімке зростання захворюваності на невротичні розлади, пов'язані зі стресом та соматичні розлади, що є відголоском воєнних дій. Питома вага захворювань у 2022 році зображено на малюнку 1.



Малюнок 1. Питома вага пролікованих на психічні розлади у Полтавській області у 2022 році.

Таблиця 1.

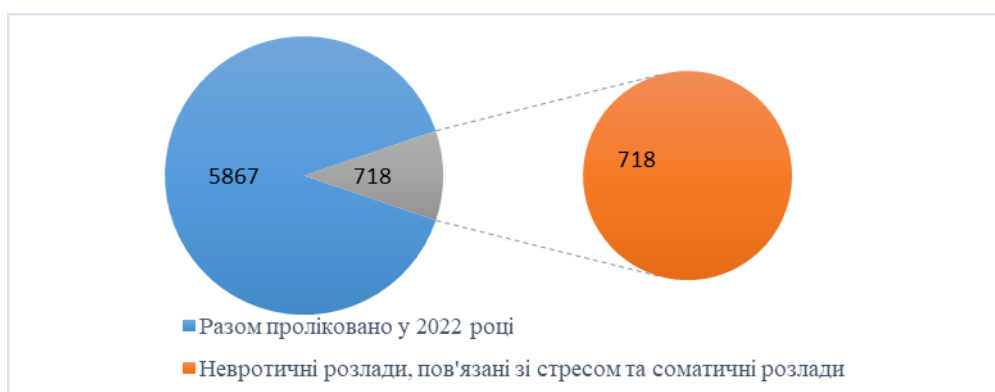
Статистика захворювань на психоемоційні розлади по роках (2012-2022 рр.)

	Найменування розділів	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1	Органічні, включно із симптоматичними F 00-09	1153	1208	1098	1020	1057	1052	1075	1155	730	1220	1471
2	Шизофренія, шизотипові та маячні розлади F 20-29	1399	1368	1366	1304	1152	1239	1236	1356	998	1776	2404
3	Розлади настрою (афективні) F 30-39	283	281	251	281	256	260	224	254	195	356	285
4	Невротичні, пов'язані зі стресом та соматичні розлади F 40-48	453	392	429	441	461	432	442	486	300	313	718
5	Синдроми розладів поведінки, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами F 50-59	9	11	5	8	3	10	8	10	13	10	3
6	Розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих F 60-69	39	41	41	50	39	33	39	51	26	34	56
7	Розумова відсталість F 70-79	337	332	298	325	281	292	285	288	199	276	481
8	Розлади психологічного розвитку, поведінки та емоцій дитячого та підліткового віку F 80-89, F 90-98	97	89	91	145	93	101	69	71	52	73	113
9	Неуточнений психічний розлад F 99											
10	Всього	3770	3722	3579	3574	3342	3419	3378	3671	2513	4058	5531
11	Крім того, розлади психіки через вживання психоактивних речовин F 10-19	406	486	415	404	372	387	437	422	301	397	314
12	Психічно здорові	55	65	92	144	100	43	27	28	30	31	22
	Всього	4231	4273	4086	4122	3814	3849	3842	4121	2844	4486	5867

Ще у 2021 році питома вага невротичних розладів, пов'язаних зі стресом у загальній кількості пролікованих складала 7,0 %, а вже з початком воєнних дій на території України питома вага у 2022 році склала 12,2 % (мал. 2, 3).



Малюнок 2. Частка пролікованих, хворих на невротичні розлади, пов'язані зі стресом та соматичні розлади у 2021 році у Полтавській області.



Малюнок 3. Частка пролікованих, хворих на невротичні розлади, пов'язані зі стресом та соматичні розлади у 2022 році у Полтавській області.

Поряд з цим значна частка людей, що мають ці захворювання, звертаються до приватних лікарів або не звертаються за медичною допомогою взагалі по причині низької обізнаності про такого роду захворювання та стигматизації. В країнах Європи роками прийнято звертатися до психіатрів/психотерапевтів при виникненні психоемоційних розладів, що в свою чергу майже не властиве в Україні. У зв'язку з цим до профільної лікарні люди надходять вже у досить запущеному стані і процес лікування затягується на місяці, лікарям доводиться призначати сильніші препарати.

Своєчасне звернення за психіатричною допомогою значно спростить вихід людини з хворобливого стану. Для цього в першу чергу треба боротися з так званою стигматизацією, що викликає у людей почуття «не такого, як усі», «душевно хворого» тощо. Людина вважає, що звернення до психіатра/психотерапевта вже ставить на ній відбиток «ненормальної», не поширене в країні таке поняття, як «ментальне здоров'я», за погіршення якого в деяких країнах навіть відкривають тривалі лікарняні.

Стигматизація хворих з психічними розладами – це упереджене ставлення до наявності психіатричного діагнозу, госпіталізації в лікарні психоневрологічного профілю і навіть до консультацій у спеціалістів даного профілю. Воно є причиною відмови населення від спеціалізованої медичної допомоги [8]. Також сюди можна віднести негативний погляд хворої людини на саму себе в результаті стигм, що існують у суспільстві – найчастіше це стосується пошуку психіатричної допомоги. У одному з досліджень в Австралії 44% респондентів повідомили, що вони будуть відчувати сором за необхідністю відвідування психіатра. Також було виявлено значущий негативний взаємозв'язок між самостигматизацією і пошуком допомоги. Схожим чином в дослідженнях в Голландії і Бельгії самостигматизація була негативно пов'язана з намірами звернутися за допомогою до психіатра [8].

Стигматизація хворих з психоемоційними порушеннями - це результат негативного соціального ставлення, через що людину сприймають через призму хибних стереотипних уявлень. Своєчасна діагностика та лікування допомагають запобігти можливим ускладненням. Крім того, може виявитись, що своєчасного звернення та рекомендацій сімейного лікаря буде цілком достатньо для відновлення [7]. Згідно даних ВООЗ до 10 млн українців можуть мати розлади психічного здоров'я через війну. Йдеться про різні психічні розлади – від тривоги до посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що є ще більш важким станом [4].

В реаліях сьогодення дана проблема є надзвичай актуальною для України. Втілення на практиці програм соціального спрямування, заходів, ініціатив з

реабілітації людей, що мають відхилення у психічному здоров'ї та реалізацію ними потенціалу, значно затримується через те, що на рівні суспільства стигматизується діагноз таких людей не дивлячись навіть на постійний стрес через дії супротивника.

Протидіяти стигматизації, подолати соціальну ізоляцію осіб з ментальними порушеннями можливо лише шляхом включення таких осіб до соціальних спільнот, забезпечення їх підтриманого проживання на рівні територіальної громади, соціального супроводу під час працевлаштування, удосконалення системи надання реабілітаційних та соціальних послуг [6].

Для зміни відношення до такого роду захворювань, щоб людина могла прийняти себе і своє захворювання і вчасно звернутися за медичною допомогою до лікаря, необхідно руйнувати стереотипи, які вже давно засіли в розумінні громадськості і впроваджувати на місцевих рівнях та рівнях держави заходи з інформування населення про виникнення психоемоційних порушень, необхідність їх вчасного лікування, досвід їх лікування за кордоном, роз'яснення щодо їх виліковності і можливості й надалі жити повноцінним життям.

Багато проблем з цього питання хворі зазнають і всередині своєї родини, члени якої не розуміють, не мають повного уявлення про стан близької людини під час стресових розладів. Сприймають симптоми захворювання за лінь, якісь виправдання, накручування себе щодо свого стану, як пояснення якоїсь своєї поведінки, але ніяк не сприймають як хворобу. Якісна підтримка близьких чи друзів допомагає в адаптації, також повернення до звичного режиму дня (наскільки це можливо) та достатня кількість внутрішнього ресурсу на це. Тому сприйняття людиною та її рідними такого розладу, як хвороби, що успішно лікується, є основним із завдань збереження ментального здоров'я населення країни.

Військові дії є потужним психологічним чинником впливу на людину та суспільство у цілому. Через відсутність природного імунітету, що міг би захистити від стресу, викликаного бойовими діями, існують дієві психологічні практики та правила, що дають змогу навчитися спокійніше сприймати життя і цим зберегти фізичне здоров'я та емоційну рівновагу. Війна створює для

людини довготривалу стресову ситуацію, не визначене майбутнє. Пристосуватися до неї можна за допомогою проведення комфортного спілкування з близькими і друзями.

Самий звичайний контакт з рідними, друзями, спілкування, прогулянки зменшують стресові реакції, створюють мотивації для життя. Такі дії актуальні не тільки під час війни, але і у мирний час. Військові дії є тригером відповідальної поведінки щодо свого життя і здоров'я. Розуміння такої поведінки спонукає до спільних дій, підтримки і знижує рівень панічно-депресивних настроїв.

Створення і реалізація Національної програми психічного здоров'я громадян у воєнний та післявоєнний час, а також психологічна і соціальної підтримка мають бути інструментом боротьби з проблемами, що стоять перед суспільством. Перш за все треба забезпечити доступність послуг, пов'язаних із збереженням, покращенням психічного здоров'я для тих, кому це вкрай необхідно. Важливим є допомога та підтримка людей щодо подолання дії стресу, запобігання розвитку психічних порушень.

Список літератури:

1. Аналітичний портал Слово і діло. ПТСР та загострення хронічних хвороб: як війна вплине на здоров'я українців. Україна. 2022. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2022/11/01/infografika/suspilstvo/ptsr-ta-ahostrennya-xronichnyx-xvorob-yak-vijna-vplyne-zdorovya-ukrayincziv>.
2. Батир Ю.Г. Національний університет цивільного захисту України. Роль особистості в державному керівництві. Психологія воєнного стану та посттравматичний синдром. Секція 4. 2021. 481 с.
3. Єременко Н., Ковальова Н., Ужвенко В. Психічне здоров'я студентської молоді України під час війни. Збірник Міжнародної науково-практичної конференції «Тенденції та перспективи розвитку науки і освіти в умовах глобалізації». Випуск 92. Україна. 2023. С. 90-93.

4. Кожен четвертий українець має ризик розвитку психічних розладів через війну. 2022. URL: <https://life.liga.net/poyasnennya/news/u-kajdogo-chetvertogo-ukraintsa-est-risk-razvitiya-psihicheskih-rasstroystv-iz-za-voyny-voz>.
5. Левченко К.В, Харитонova Н.В. Психічне здоров'я молоді в період військових дій. Державний університет «Житомирська політехніка». 2022. С. 487.
6. Оверчук В. А. Психологічні детермінанти стигматизації осіб з ментальними розладами. Донецький національний університет імені Василя Стуса. 2019. С.172-175.
7. Стигма у сфері психічного здоров'я: в чому небезпека і які наслідки стигматизації. 2020. URL: <https://foundationdv.com/ua/articles/Styhma-u-sferi-psykhichnoho-zdorovya--v-chomu-nebezpeka-i-yaki-naslidky-styhmatyzatsiyi>.
8. Стигматизація захворювань мозку. Буковинський державний медичний університет. 2021. URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/stigmatizacziya-zahvoryuvan-mozku/>.

ДИНАМІКА ПОШИРЕНOSTІ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ І ПОВЕДІНКИ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ У 2017-2021 РОКАХ

Жіра Ганна Іванівна

Національний університет. "Чернігівський колегіум" імені Т.Г.Шевченка

Актуальність теми.

Визнання важливої ролі психічного здоров'я у досягненні глобальних цілей розвитку людства за два останні десятиліття істотно зросло, про що свідчить включення індикаторів психічного здоров'я до Цілей сталого розвитку [7; 10]. Основними проблемами психічного здоров'я у світі визнається поширення вживання алкоголю та психоактивних речовин, зростання кількості випадків самогубств, особливо серед молоді, а також констатування тривоги і депресії як однієї з основних причин інвалідності, що зменшують очікувану тривалість життя.

В умовах повномасштабної збройної агресії РФ в Україні відбувається формування індивідуальної і колективної травматизації населення, що негативно позначається на рівні індивідуального та громадського здоров'я, а також спричиняє швидке зростання тягаря психічних розладів для громадського здоров'я [3]. Найбільше серед психічних розладів, що поширюються, є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожно-депресивні розлади, порушення сну, дисоціативні стани, біполярні афективні розлади тощо. Також наслідком травматичних подій може бути поява стрес-асоційованих психосоматичних захворювань. Як свідчать О. С. Чабан і О. О. Хаустова, очікується, що невдовзі попит на послуги щодо психічного здоров'я перевищить наявні можливості системи охорони здоров'я [3]. Це підтверджується статистичними даними МОЗ України щодо наявних медичних кадрів у закладах охорони здоров'я [2].

Втім, за даними Світового звіту з психічного здоров'я [8] та інших авторів з різних країн [4; 5; 9], істотне погіршення стану психічного здоров'я населення світу відбулося ще раніше – внаслідок епідемії COVID-19. Тому

динаміку захворювань, спричинених війною, не можна проаналізувати без аналізу попередніх даних щодо проявів психічних розладів до 2022 року.

Метою роботи є статистичний аналіз динаміки поширеності розладів психіки та поведінки, не пов'язаних з вживанням алкоголю чи психоактивних речовин, в Україні у часовому періоді з 2017 по 2021 рік, з можливістю подальшого прогнозування.

Матеріали і методи. Нами було проаналізовано статистичні дані Державної служби статистики України з розділу «Демографічні процеси і відтворення населення» за п'ятирічний період (2017–2021 роки) [1]. Оскільки загальна всебічна європейська статистика захворюваності відсутня, дані про причини смерті часто використовуються як інструмент для оцінки систем охорони здоров'я в ЄС, а також можуть бути використані для політики охорони здоров'я, що ґрунтується на фактичних даних [11]. Тому для аналізу було використано дані офіційної статистики [1] щодо смертності від захворювань Класу V. «Розлади психіки та поведінки» (шифр за МКХ F01-F99), а також складової цього класу «Інші розлади психіки та поведінки» (F01-F09, F20-F99).

Результати та їх обговорення. Аналіз даних щодо кількості померлих усіх вікових груп обох статей за основними причинами смерті Класу V. «Розлади психіки та поведінки» в цілому по Україні за вказаний період наведені у таблиці 1.

Таблиця 1.

Динаміка кількості померлих від розладів психіки та поведінки серед населення України за 2017-2021 роки (кількість осіб)*

Показники	2017	2018	2019	2020	2021
Клас V. Розлади психіки та поведінки F01-F99	1 078	1 247	1 109	971	890
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин F10-F19	752	988	897	782	742
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю F10	703	924	852	729	699

Інші розлади психіки та поведінки F01-F09, F20-F99	326	259	212	189	148
---	-----	-----	-----	-----	-----

**за даними Державної служби статистики України [1]*

Як свідчать наведені дані, серед загальної кількості захворювань психіки та поведінки, що спричинили смерть, за період з 2017 по 2018 рік спостерігалось збільшення кількості померлих, а з 2018 по 2021 рік відбулося стає зменшення цього показника.

Серед загальної кількості смертей від захворювань Класу V питому вагу складає кількість померлих з причин підкласів «Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин» (F10-F19) та «Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю» (F10). Динаміка кількості смертей, спричинених цими захворюваннями, у п'ятирічному періоді корелює з динамікою, характерною для усієї України, тобто збільшення кількості з 2017 по 2018 рік і поступове зменшення з 2018 по 2021 рік (коефіцієнт кореляції становить $r = 0,8696$ та $r = 0,8573$ відповідно).

Розрахунок показників динамічного ряду (таблиця 2) дає підстави стверджувати, що кількість померлих від розладів психіки та поведінки в Україні істотно збільшилася у 2018 році порівняно з попередніми роками, а з 2019 р. спостерігалось зниження даного показника – відносно рівномірне у 2019 і 2020 рр., і дещо уповільнене у 2021 році. Середній абсолютний приріст за п'ять років склав - 40,40, а середньорічний темп приросту – -3,49.

Таблиця 2

Показники динамічного ряду кількості померлих від розладів психіки та поведінки в Україні у 2017–2021 рр., осіб

	2017	2018	2019	2020	2021
Абсолютний приріст	-14	169	-138	-138	-81
Коефіцієнт зростання	0,99	1,16	0,89	0,88	0,92
Темп росту	98,72	115,68	88,93	87,56	91,66
Темп приросту	-1,28	15,68	-11,07	-12,44	-8,34

Стосовно показників інших розладів психіки та поведінки (F01-F09, F20-F99), тобто тих, які не були пов'язані з вживанням алкоголю чи психоактивних речовин, спостерігається динаміка до зменшення, і кореляція із показниками в цілому по Україні менша ($r = 0,6381$).

Аналіз динаміки показників підкласу «Інші розлади психіки та поведінки» (F01-F09, F20-F99) розглядався нами у порівняльному контексті для різних регіонів України, оскільки статистичні показники продемонстрували дуже широку розбіжність даних, отриманих з різних областей (рис. 1).

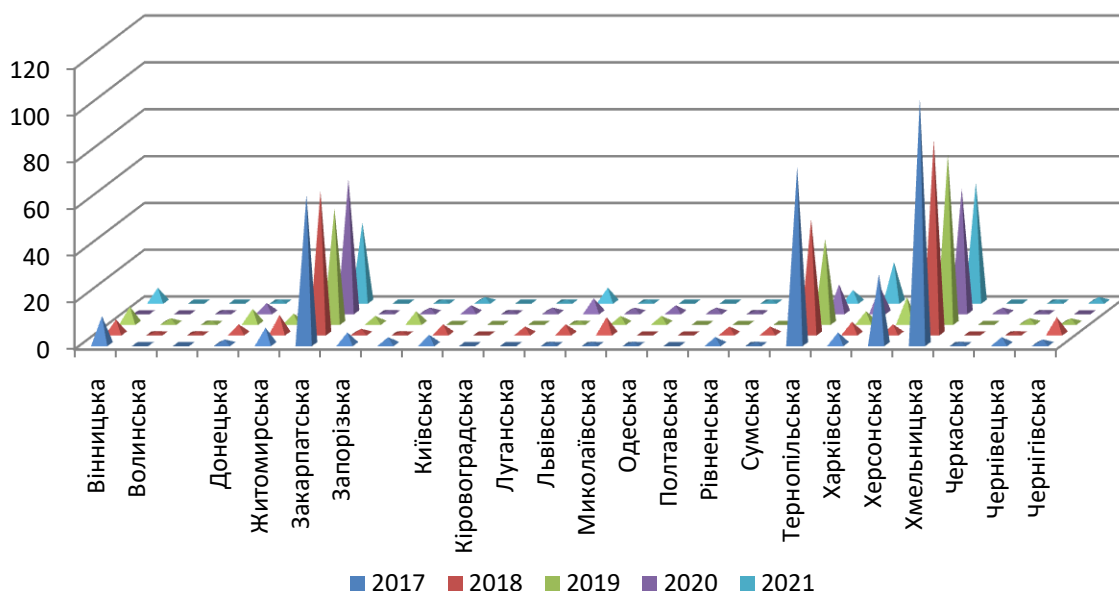


Рис. 1. Динаміка кількості померлих з причин підкласу «Інші розлади психіки та поведінки» (F01-F09, F20-F99) в різних областях України за 2017-2021 рр.

Так, з рис. 1 можна побачити, що розлади психіки та поведінки як причина смерті у Закарпатській, Тернопільській, і особливо – Хмельницькій областях в рази перевищують подібні показники в інших регіонах. Найменше за кількістю смертей від вказаних захворювань потерпають Кіровоградська, Полтавська, Черкаська, Дніпропетровська і Волинська області.

У Харківській і Херсонській областях також спостерігаються високі показники, втім у Харківській області вони мають тенденцію до зростання, а у Херсонській – до зменшення. Невелику кількість померлих, але тенденцію до їх

збільшення демонструє Львівська область. Розрахункові дані показані у таблиці 2.

Таблиця 2

**Динаміка кількості померлих від причин підкласу
«Інші розлади психіки та поведінки» (F01-F09, F20-F99)
серед населення України за 2017-2021 роки**

Області	Роки					– x±m	Показники				
	2017	2018	2019	2020	2021		Абсолютний приріст за 5 років	Коефіцієнт зростання	Темп росту	Темп приросту	Абсолютне значення 1% приросту
Вінницька	12	6	7	0	6	6,20±4,27	-6	0,50	50,00	-0,50	12,00
Волинська	0	1	2	0	0	0,60±0,89	0	--	--	--	--
Дніпропетровська	0	1	1	1	0	0,60±0,55	0	--	--	--	--
Донецька	2	4	6	4	1	3,40±1,95	-1	0,50	50,00	-0,50	2,00
Житомирська	7	8	4	1	3	4,60±2,88	-4	0,43	42,86	-0,57	7,00
Закарпатська	64	61	49	57	34	53,00±12,02	-30	0,53	53,13	-0,47	64,00
Запорізька	5	2	3	1	0	2,20±1,92	-5	0,00	0,00	-1,00	5,00
Івано-Франківська	3	1	5	2	1	2,40±1,67	-2	0,33	33,33	-0,67	3,00
Київська	4	4	0	3	2	2,60±1,67	-2	0,50	50,00	-0,50	4,00
Кіровоградська	0	0	0	1	0	0,20±0,45	0	--	--	--	--
Луганська	0	3	0	2	1	1,20±1,30	1	--	--	--	--
Львівська	1	4	1	6	6	3,60±2,51	5	6,00	600,00	5,00	1,00
Миколаївська	1	7	3	2	1	2,80±2,49	0	1,00	100,00	0,00	--
Одеська	1	0	3	3	0	1,40±1,52	-1	0,00	0,00	-1,00	1,00
Полтавська	0	0	0	2	0	0,40±0,89	0	--	--	--	--
Рівненська	3	3	0	1	1	1,60±1,34	-2	0,33	33,33	-0,67	3,00
Сумська	1	3	0	5	4	2,60±2,07	3	4,00	400,00	3,00	1,00
Тернопільська	76	49	36	12	5	35,60±28,75	-71	0,07	6,58	-0,93	76,00

Харківська	5	5	5	11	17	8,60±5,37	12	3,40	340,00	2,40	5,00
Херсонська	30	4	11	19	12	15,20±9,8 3	-18	0,40	40,00	-0,60	30,00
Хмельницька	105	83	72	53	51	72,80±22, 41	-54	0,49	48,57	-0,51	105,00
Черкаська	1	0	0	2	0	0,60±0,89	-1	0,00	0,00	-1,00	1,00
Чернівецька	3	1	2	1	1	1,60±0,89	-2	0,33	33,33	-0,67	3,00
Чернігівська	2	7	2	0	2	2,60±2,61	0	1,00	100,00	0,00	--

Як можна побачити з таблиці 2, абсолютний приріст кількості померлих за 5 років (з 2017 по 2021 рік) є додатнім у Луганській, Львівській, Сумській і Харківській областях; нульовим – у Волинській, Дніпропетровській, Кіровоградській, Миколаївській, Полтавській, і Чернігівській областях. Решта областей України демонструють від’ємний приріст, найбільший з яких спостерігається у Тернопільській (-71), Хмельницькій (-54), Закарпатській (-30) та Херсонській (-18) областях.

Середні значення кількості померлих за 5 років є максимальними для Хмельницької (72,80±22,41), Закарпатської (53,00±12,02), і Тернопільської (35,60±28,75) областей.

Водночас при модельному прогнозуванні трендів динаміки кількості померлих в областях, які є найбільш неблагополучними з точки зору кількості смертей від причин підкласу «Інші розлади психіки та поведінки», на два роки, наступні за періодом, що вивчається (рис. 2), тобто до 2023 року, динаміка виявляється неоднорідною. Так, у Закарпатській і Тернопільській областях передбачається зменшення кількості смертей (величина достовірності апроксимації тренду складає відповідно $R^2 = 0,7581$ та $R^2 = 0,9876$). У Вінницькій, Харківській, Херсонській та Хмельницькій областях лінія тренда показує зростання кількості померлих від цих хвороб (коефіцієнти апроксимації дорівнюють відповідно $R^2 = 0,6962$, $R^2 = 0,9821$, $R^2 = 0,3949$ і $R^2 = 0,9844$), хоча для Херсонської області вірогідність не є значущою.

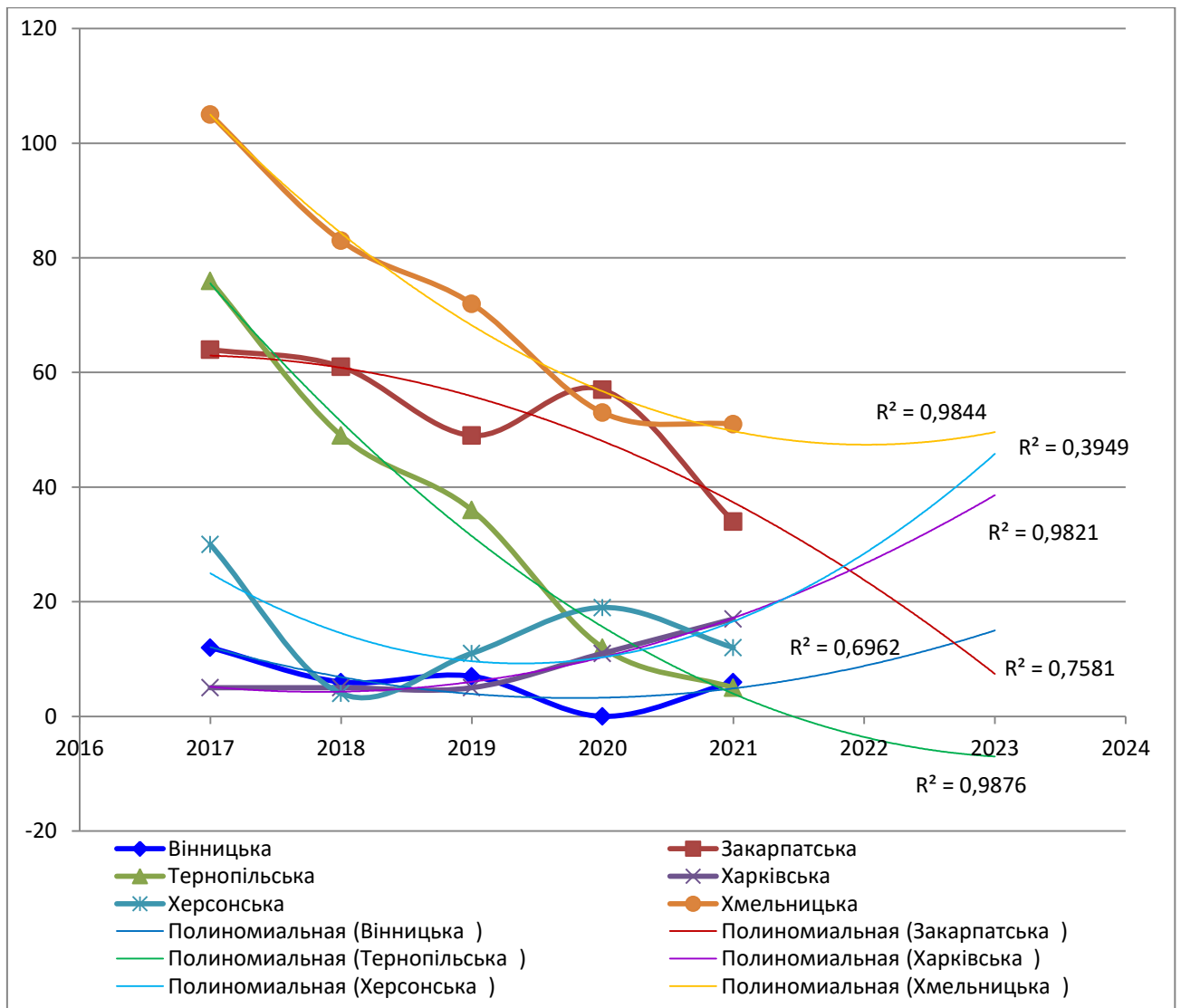


Рис. 2. Динаміка кількості померлих від причин підкласу «Інші розлади психіки та поведінки» у Вінницькій, Закарпатській, Тернопільській, Харківській, Херсонській і Хмельницькій областях у 2017-2022 роках (інтенсивні показники) з трендовим прогнозом до 2023 року.

Загальне прогнозування динаміки поширення кількості смертей від захворювань Класу V. «Розлади психіки та поведінки», розраховане на основі даних 2017-2021 років і до 2023 року (рис. 3), показує тенденцію до подальшого зниження. При цьому якщо захворювання підкласів «Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин» (F10-F19) та «Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю» (F10) мають динаміку, схожу із показниками Класу V в цілому (величина достовірності апроксимації тренду для Класу V $R^2 = 0,8102$, для F10-F19 $R^2 = 0,6323$, для F10 $R^2 = 0,6333$),

то захворювання підкласу «Інші розлади психіки та поведінки» (F01-F09, F20-F99) має більш повільне зменшення ($R^2 = 0,9907$), вірогідно, внаслідок неоднорідності, яка проявляється у різних регіонах.

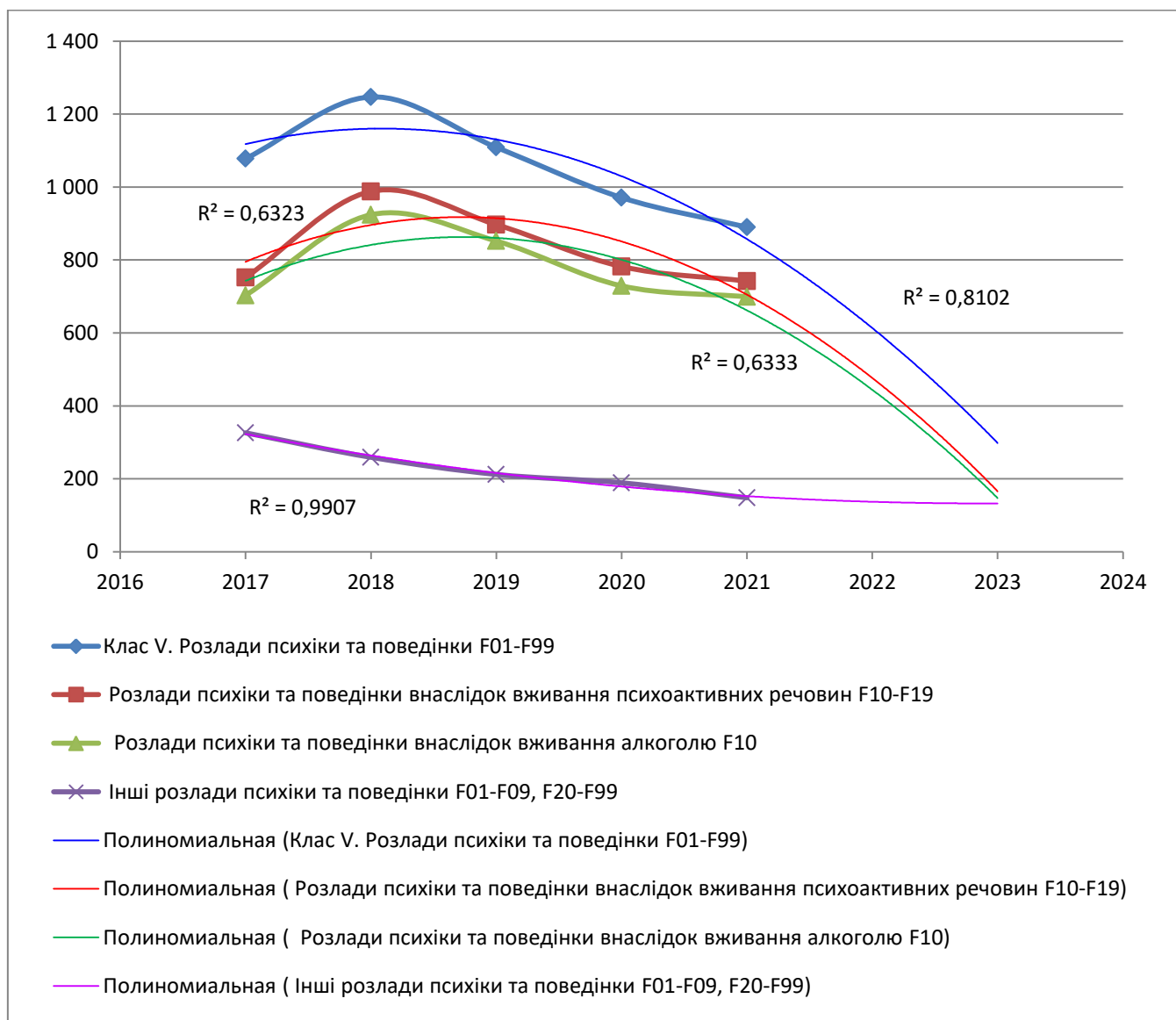


Рис. 3. Динаміка кількості померлих від причин захворювань усіх підкласів Класу V. «Розлади психіки та поведінки» у 2017-2022 роках з трендовим прогнозом до 2023 року

Висновки. Тягар психічних розладів в Україні, на фоні пандемії коронавірусної хвороби і особливо внаслідок російської військової агресії має постійну тенденцію до зростання. Трикутник медичної, психологічної та соціальної допомоги має вирішувати складне завдання комплексного відновлення психосоматичного та психосоціального здоров'я населення

України.

У динаміці поширення розладів психіки та поведінки і спровокованих цими розладами летальних випадків у 2017-2021 роках переважно прослідковується загальна тенденція до зростання між 2017 та 2018 роками з подальшим зниженням. У цілому (за винятком окремих областей, таких, як Закарпатська і Тернопільська) тенденція до зниження має зберігатися і на наступні два роки.

Статистичні дані за окремими регіонами показують, що деякі області (Закарпатська, Тернопільська, Харківська, Херсонська, Хмельницька) найбільше потерпають від психічних захворювань. Причини цієї тенденції потребують подальшого більш ретельного вивчення й аналізу.

Результати проведеного дослідження будуть цінними для аналізу і порівняння даних щодо розвитку психічних захворювань і кількості смертей, спричинених ними, в умовах війни і післявоєнного стану. Порівняння прогнозованої кількості померлих із реальними даними, починаючи з 2022 року, дадуть можливість оцінити вплив війни на загальний тягар хвороб Класу V. «Розлади психіки та поведінки» для системи громадського здоров'я в Україні.

Список використаних джерел

1. Статистика населення України : Демографічні процеси і відтворення населення. Державна служба статистики України, 2009-2023. URL : http://db.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile_c_files/main.htm?3

2. Статистичні дані МОЗ всі відомства та приватні установи : Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL : <http://medstat.gov.ua/ukr/statdanividomstva.html>

3. Чабан О. С., Хаустова О. О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? *Український медичний часопис*. 2022. №4 (150) – VII/VIII. С. 1–11. DOI: <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.150.232297>

4. Barzilay R., Moore T. M., Greenberg D. M., DiDomenico G. E.,

Brown L. A., White L. K., Gur R. C. & Gur R. E. Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Translational Psychiatry*. 2020. Vol.10. P. 291. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00982-4>.

5. Du J., Mayer G., Hummel S., Oetjen N., Gronewold N., Zafar A., & Schultz J. H. Mental Health Burden in Different Professions During the Final Stage of the COVID-19 Lockdown in China: Cross-sectional Survey Study. *Journal of medical Internet research*. 2020. Vol. 22. No 12. e24240. DOI: <https://doi.org/10.2196/24240>.

6. Griban G., Kudin S. F., Zhara H. I., Kuzhelnyi A. V., Mazur T. V., Nosko Yu. M., Mekhed O. B. Formation and Preservation of Students' Mental Health in the Process of Studying at Pedagogical Universities. *Acta Balneol*, 2022. Vol. LXV, Nr 1(173). P. 55-60. DOI : 10.36740/ABAL202301110.

7. Mental health. World Health Organization. URL : https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1

8. World mental health report :Transforming mental health for all. World Health Organization, 2022. URL : <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>.

9. Yan Xie, Evan Xu, Ziyad Al-Aly. Risks of mental health outcomes in people with COVID-19: cohort study. *BMJ*. 2022. Vol. 376. P. 1–13. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068993> (Published February, 16, 2022).

10. Zhara H. Formation of interdisciplinary connections in public health for the realization of sustainable development goals. *Public health system in Ukraine and EU countries: realities, transformation, development vectors, prospects* : collective monograph. Riga, Latvia : «Baltija Publishing», 2023.

11. Causes of death statistics – methodology. *Eurostat Statistics Explained*. 2015. URL : https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics_-_methodology

ВПЛИВ ВІЙНИ ПРОТИ РОСІЙСЬКОЇ АГРЕСІЇ НА СТАН ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ РЕГІОНУ ВІДДАЛЕНОГО ВІД ЗОНИ АКТИВНИХ БОЙОВИХ ДІЙ

Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Лонім В.В.

Ужгородський національний університет

В Україні більше року продовжується війна проти російської агресії. За визначенням експертів дана війна стає однією із найбільш кровопролитних воїн сучасності [1]. При цьому необхідно відмітити, що особливостями сучасної війни є зміна у воєнних діях від традиційних транскордонних воєн під проводом військ до воєн, зосереджених на місцевих громадах і цивільних особах, роблячи їх більш вразливими та залученими у війну при цьому відмічається збільшення кількості загиблих серед цивільного населення з 65% до кінця другої світової війни до 90% у війнах 1990-х років з ураженням більшої кількості цивільних і дітей, ніж солдатів [2]. Відмічається, що психогенні розлади при воєнних діях є одними із найбільш поширених негативних наслідків для здоров'я населення і можуть одночасно виникати у великої кількості людей [3]. Також необхідно відмітити значне підвищення стандартизованого показника смертності цивільного населення і що є значимим, що високі рівні смертності зберігаються далі протягом 2 років після закінчення війни для смертності внаслідок усіх причин та протягом 3 років для смертності внаслідок травм [4].

Одним із значимих наслідків негативного впливу війни на стан здоров'я є вимушена міграція населення в безпечні місця проживання. За даними доступних інформаційних джерел кількість вимушено переміщених осіб в межах України складає більше 7 мільйонів осіб, а країни Європи близько 4,9 млн українських громадян [5-7].

В наукових інформаційних джерелах маються публікації в яких наводяться дані щодо комплексного впливу війни проти російської агресії на стан громадського здоров'я населення України [8-10]. Враховуючи, що значна частина населення країни проживає в регіонах, які є віддаленими від зони

активних бойових дій та тимчасової окупації нами була поставлена задача дослідити вплив війни проти російської агресії на стан громадського здоров'я населення регіону віддаленого від зони активних бойових дій.

Матеріалами дослідження стали результати соціологічного дослідження, яким охоплено різні категорії жителів Закарпатської області в залежності від мети дослідження. В ході дослідження було використано бібліосемантичний, соціологічний, статистичний методи та метод структурно-логічного аналізу. Під час проведення соціологічного дослідження було збережено конфіденційність інформації про респондентів.

З метою оцінки негативного впливу російської агресії на громадське здоров'я населення регіону було опитано 62 організатора охорони здоров'я, 82 лікаря та 127 населення Закарпатської області із яких 39 є вимушеними переселенцями. Отримані результати наведено в табл.1.

Таблиця 1

Вплив російської агресії на громадське здоров'я населення регіону: за результатами соціологічного дослідження,%

Індикатор	Організатори охорони здоров'я	Лікарі	Населення
Зростання рівня загальної смертності населення	82,2	69,5	79,5
Зростання рівня передчасної смертності	79,0	62,2	76,4
Зростання захворюваності населення на соціально значущі хвороби: злоякісні новоутворення, туберкульоз, захворювання системи кровообігу, цукровий діабет, хвороби органів дихання, з збільшенням частки їх виявлення в занедбаних стадіях або при їх ускладненнях	91,9	95,1	77,9
Загроза зростання ризику захворюваності населення на інфекційні та паразитарні хвороби та епідемічні спалахи гострих кишкових захворювань	91,9	97,6	84,3
Ментальне виснаження із зростанням рівня психологічних та психічних проблем	95,2	96,3	81,1
Зростання кількості наркотичної, алкогольної та інших залежностей	82,3	90,2	77,2
Високий ризик розвитку посттравматичного стресового розладу	91,9	93,9	81,1

Продовження таблиці 1			
Підвищення рівня саморуйнівної поведінки	79,0	82,9	67,7
Зростання рівня інвалідизації населення	75,8	86,6	62,2
Зниження рівня бажаної вагітності	69,4	84,1	67,7

Аналіз наведених в табл. 1 даних вказує на негативний вплив війни на стан громадського здоров'я населення регіону. Опитані експерти серед індикаторів громадського здоров'я найвищий рівень негативного впливу визначили таким чином: ментальне виснаження із зростанням рівня психологічних та психічних проблем (95,2%; 96,3%; 81,1% організатори охорони здоров'я, лікарі, населення), високий ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (91,9%; 93,9%; 81,1% відповідно), загроза зростання ризику захворюваності населення на інфекційні та паразитарні хвороби та епідемічні спалахи гострих кишкових захворювань (91,9%; 97,6%; 84,3% відповідно), зростання захворюваності населення на соціально значущі хвороби: злоякісні новоутворення, туберкульоз, захворювання системи кровообігу, цукровий діабет, хвороби органів дихання, з збільшенням частки їх виявлення в занедбаних стадіях або при їх ускладненнях (91,9%, 95,1%, 77,9% відповідно).

Далі, за результатами даного соціологічного дослідження були узагальнені та аналізувалися результати соціологічного дослідження щодо впливу російської агресії на детермінанти особистого характеру формування громадське здоров'я населення. отримані результати наведено в табл.2.

Таблиця 2

Рівень детермінант особистого характеру формування громадського здоров'я населення, %

Індикатор	Організатори охорони здоров'я	Лікарі	Населення
Постійний страх за життя та здоров'я рідних людей	96,8	81,7	81,9
Зниження рівня санітарної культури	83,9	89,0	82,7

Продовження таблиці 2			
Відсутність умов для здорового способу життя	87,1	90,2	79,5
Низький рівень поведінки, скерованої на профілактику захворювань	90,3	78,0	76,4
Зниження рівнів відповідального відношення до здоров'я, як до особистого пріоритету	75,8	71,9	59,8
Високий рівень застосування самолікування, в тому числі при станах, що несуть загрозу життю	79,0	71,9	74,0
Втрата попередніх сталих умов комфортного та якісного проживання	80,6	86,6	77,9

Аналіз наведених в табл. 2 даних вказує на те, що війна також негативно вплинула на детермінанти особистого характеру формування громадського здоров'я населення регіону. Так, за визначенням експертів, в результаті війни проти російської агресії відмічено високий рівень наступних негативних детермінант особистого характеру: постійний страх за життя та здоров'я рідних людей (96,8%; 81,7%; 81,9% відповідно), низький рівень поведінки, скерованої на профілактику захворювань (90,3%; 78,0%; 76,4% відповідно), зниження рівня санітарної культури (83,9%; 89,0%; 82,7% відповідно), втрата попередніх сталих умов комфортного та якісного проживання (80,6%; 86,6%; 77,9% відповідно) тощо.

Наступним кроком дослідження було вивчення впливу війни проти російської агресії на стан психічного здоров'я населення Закарпатської області. В ході дослідження, за спеціально розробленою анкетною було опитано 67 жителів Закарпатської області із яких 32,8% склали чоловіки та 67,2% - жінки. Серед респондентів 68,7% були особи працездатного віку та 31,3% - особи пенсійного віку. Серед респондентів 43,3% були вимушені переселенці. Результати представлені в табл.3.

Аналіз наведених в табл. 3 даних також вказує на негативний вплив війни проти російської агресії на стан психічного здоров'я населення регіону.

Вплив війни проти російської агресії на стан психічного здоров'я населення регіону: за результатами соціологічного дослідження

Показник	абс	%
Часте безсоння	48	71,6
Високий рівень дратівливості	43	64,2
Високий рівень агресії	19	28,4
Високий рівень непокритої тривоги	29	43,3
Не бажання спілкуватися, навіть з близькими людьми	26	38,8
Постійна апатія	36	53,7
Страх телефонних дзвінків	24	35,8
Постійний страх втратити житло	19	28,4
Постійний страх втрати роботи (особи працездатного віку)	25	54,3
Постійний страх за життя близьких людей	42	62,7
Постійний страх за особисте життя	31	46,3
Страх можливого голоду	27	40,3
Непевненість в найближчому майбутньому	31	46,3
Байдужість до свого зовнішнього вигляду	28	41,8
Відчуття повної зневіри	26	38,8
Не бажання жити	23	34,3
Підвищене бажання приймати алкогольні напої	32	47,8
Бажання постійно приймати заспокійливі засоби	37	55,2

Найбільше це проявляється частим безсонням (71,6%), високим рівнем дратівливості (64,2%), постійним страхом за життя близьких людей (62,7%), постійною апатією (53,7%), постійним страхом втратити роботу (особи працездатного віку) (54,3%) тощо. В свою чергу це призводить до бажання постійно приймати заспокійливі засоби (55,2%), підвищене бажання приймати алкогольні напої (47,8%) та не бажання жити (34,3%).

Висновки. За результатами дослідження встановлено негативний вплив війни проти російської агресії на стан громадського здоров'я населення регіону віддаленого від зони активних бойових дій, що в майбутньому потребуватиме зростання потреби в медичній допомозі.

Список літератури

1. Скільки військових та цивільних загинули в ході конфліктів після Другої світової війни. URL: https://www.slovoidilo.ua/2022/10/31/infografika/suspilstvo/skilky-vijskovyx-ta-cyvilnyx-zahynuly-xodi-konfliktiv-pislya-druhoyi-svitovoyi-vijny?utm_source=gravitec&utm_medium=push&utm_campaign=
2. Khorram-Manesh A, Burkle FM, Goniewicz K, Robinson Y. Estimating the Number of Civilian Casualties in Modern Armed Conflicts-A Systematic Review. Front Public Health. 2021;9:765261
3. Від істерики до депресії: як не загинути через емоційну нестабільність. URL: <https://tsn.ua/ukrayina/vid-isteriki-do-depresiyi-yak-ne-zaginuti-cherez-emociynu-nestabilnist-2213248.html>
4. Jawad M, Hone T, Vamos EP, Roderick P, Sullivan R, Millett C. Estimating indirect mortality impacts of armed conflict in civilian populations: panel regression analyses of 193 countries, 1990- 2017. BMC Med. 2020;18(1):266.
5. Phelan P. Fourth generation warfare and its challenges for the military and society. Defence Stud. 2011;11:96-119.
6. Україна пододала кризовий поріг за кількістю ВПО: Верещук уточнила цифри. URL: <https://www.unian.ua/society/vereshchuk-utochnila-skilki-vprozareyestrovano-v-ukrajini-v-berezni-12167304.html>
7. Скільки українських біженців перебуває в країнах Європи? URL: <https://www.epravda.com.ua/publications/2023/01/10/695807/>
8. Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Щербінська О. С., Білак-Лук'янчук В.Й. Наслідки війни з російською федерацією для громадського здоров'я України. Репродуктивне здоров'я жінки. №8 (63)/2022 - С. 26-31

9. Слабкий Г. О., Німчук С. С. Вплив війни з рф на соціально-економічні детермінанти формування громадського здоров'я населення України // Scientific research in the modern world. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference. Perfect Publishing. Toronto, Canada. 2023. Р . 94- 98

10. Миронюк І.С., Слабкий Г,О., Білак-Лук'янчук В.Й. Характеристика впливу війни з рф на громадське здоров'я в Україні // Матеріали 77-ої підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет». 27-28 лютого 2023 року. — Ужгород, 2023. — С. 7-10.

ІНФЕКЦІЇ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ – ЗАГРОЗА РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВ'Ю. НОВІ ВИКЛИКИ

Подольський В.В., Подольський В.В., Медведовська Н.В.,

Шпортенко І.А., Бугро В.В.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка
О.М. Лук'янової НАМН України»

Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), залишаються постійною глобальною проблемою охорони здоров'я зі значними медичними та економічними наслідками. Незважаючи на розвиток медичних технологій та кампанії з охорони здоров'я, ІПСШ продовжують становити серйозну загрозу для людей і суспільств у всьому світі. ІПСШ можуть призвести до серйозних і довготривалих наслідків для здоров'я, таких як безпліддя, ускладнення вагітності, хронічний біль та підвищений ризик інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ). Крім того, ІПСШ призводять до значних витрат на охорону здоров'я та зниження продуктивності праці. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) схвалила глобальну стратегію щодо ІПСШ, спрямовану на ліквідацію ІПСШ як проблеми громадського здоров'я до 2030 року [23]. Хоча це складна мета, її можна досягти за наявності достатніх ресурсів і постійної відданості справі. Щоб досягти цієї мети, ми повинні визначити пріоритети в кількох важливих сферах. По-перше, необхідно покращити доступ до послуг з профілактики та лікування ІПСШ, особливо для вразливих і маргіналізованих груп населення [14]. Це передбачає всебічну сексуальну освіту, доступ до презервативів та усунення інших бар'єрів, а також недорогі та доступні варіанти тестування та лікування. По-друге, нам необхідно усунути соціальні та культурні чинники, які сприяють поширенню ІПСШ, включаючи стигму, дискримінацію та гендерну нерівність. Це вимагає комплексних, міжсекторальних підходів, які залучають громади, організації громадянського суспільства та політиків. По-третє, ми повинні інвестувати в дослідження та інновації для розробки нових

та ефективних стратегій профілактики та лікування. Це включає розробку нових вакцин, вдосконалення діагностичних інструментів і вивчення інноваційних підходів до профілактики та лікування. Нарешті, ми повинні зміцнювати системи охорони здоров'я та розбудовувати потенціал на всіх рівнях для ефективної профілактики та лікування ІПСШ [1]. Це передбачає підготовку медичних працівників, посилення лабораторного потенціалу та вдосконалення систем збору даних і епіднагляду. Отже, хоча усунення ІПСШ як проблеми громадського здоров'я до 2030 року є складним завданням, воно цілком здійсненне за наявності належних ресурсів, прихильності та співпраці.

Викликає занепокоєння той факт, що понад 50% нових випадків ІПСШ, припадає на підлітків, які часто не мають достатніх знань про безпечний секс і можуть вдаватися до ризикованої поведінки [14]. Проблема ще більше загострюється в країнах, що розвиваються, де 80% інфекцій мають широке розповсюдження, а недостатні ресурси ускладнюють контроль за поширенням ІПСШ. Це підкреслює нагальну необхідність впровадження більшої кількості освітніх та інформаційних програм для запобігання поширенню ІПСШ серед молоді, особливо в країнах, що розвиваються. Варто зазначити, що ІПСШ можуть бути викликані різними інфекційними агентами, включаючи бактерії, віруси, грибки, паразити і навіть комахи. На сьогоднішній день у світі відомо близько 30 інфекційних агентів, які можуть викликати ІПСШ. Хламідіоз, гонорея, сифіліс, вірус папіломи людини (ВПЛ), вірус простого герпесу (ВПГ) та ВІЛ є одними з найпоширеніших ІПСШ [19]. Найефективнішою стратегією профілактики ІПСШ є освіта та інформування, особливо щодо практик безпечного сексу, таких як використання презервативів, обмеження кількості статевих партнерів та регулярне тестування на ІПСШ. Крім того, раннє виявлення та лікування ІПСШ може запобігти ускладненням, таким як безпліддя, хронічний тазовий біль і навіть ВІЛ-інфекція. При підозрі на ІПСШ необхідно негайно звернутися до лікаря,

оскільки своєчасна діагностика та лікування допоможуть запобігти подальшому поширенню інфекції [15].

Нові інфекційні агенти стали нагальною проблемою для медичних і наукових працівників у всьому світі. Нещодавні дослідження показали, що інфекції, які раніше вважалися такими, що не передаються статевим шляхом, також можуть поширюватися через статеві контакти, що призвело до появи нових ІПСШ. [9] Ці нові ІПСШ становлять особливий виклик для медичних і наукових працівників через їхні складні механізми передачі, що робить їхнє виявлення і контроль більш складним, ніж традиційні ІПСШ, спричинені бактеріями або вірусами. Крім того, ці нові ІПСШ можуть становити більший ризик ускладнень і бути більш вірулентними, що вимагає спеціалізованих діагностичних тестів і протоколів лікування. Тому вкрай важливо проводити комплексні дослідження епідеміології та шляхів передачі цих нових ІПСШ, щоб краще зрозуміти масштаби проблеми та розробити ефективні стратегії профілактики, діагностики та лікування. Отже, поява нових інфекцій, що передаються статевим шляхом, які раніше не вважалися такими, що передаються статевим шляхом, але можуть поширюватися через статеві контакти, викликає значну медичну і наукову стурбованість. Ці нові ІПСШ створюють особливі епідеміологічні та методологічні проблеми, що вимагають значних дослідницьких зусиль для розробки ефективних протоколів профілактики та лікування [18].

Вкрай важливо розробити оперативні плани дій для попередження, виявлення та стримування нових інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), які мають потенціал стати ендемічними та епідемічними в глобальному масштабі. Поява нових ІПСШ є постійною загрозою, і дуже важливо проявляти постійну пильність і проактивність у наших зусиллях щодо запобігання та управління цими захворюваннями [1]. Серйозність ситуації особливо загострюється у світлі глобального тягаря ІПСШ, від яких щорічно страждають мільйони людей. Всесвітня організація охорони здоров'я повідомляє, що щодня у світі реєструється понад мільйон випадків

інфікування інфекціями, що передаються статевим шляхом, що підкреслює важливість вжиття заходів для запобігання та стримування їхнього поширення. За останні кілька років з'явилося багато нових ІПСШ, у тому числі стійких до антибіотиків штамів гонореї та сифілісу, які становлять значну загрозу для глобального здоров'я. Тому моніторинг їх поширення та розробка ефективних стратегій профілактики і лікування є критично важливими. Виявлення та стримування цих нових ІПСШ потребує комплексного підходу, який охоплює епідеміологічний нагляд, профілактику та лікування. Життєво важливо розробити ефективні методи скринінгу, діагностики та лікування цих захворювань, а також пропагувати безпечні сексуальні практики та просвітницьку роботу серед населення з метою підвищення обізнаності про небезпеку ІПСШ. Однак, попереду ще багато викликів щодо майбутніх перспектив. Серед них - необхідність постійних досліджень для розробки нових ефективних методів лікування нових ІПСШ, а також розширення доступу до медичних послуг і скринінгових програм, особливо в країнах, що розвиваються, де ресурси обмежені [2]. Це вимагає спільних зусиль світової медичної спільноти для збереження постійної пильності та проактивності в наших зусиллях щодо запобігання та контролю за поширенням цих хвороб.

У медичному та науковому контексті вкрай важливо створити ефективні механізми для визначення та оцінки потенціалу нових патогенних мікроорганізмів до передачі статевим шляхом. Першим важливим кроком у цьому процесі є всебічне розуміння біології та шляхів передачі цих нових інфекційних агентів. Це вимагає проведення досліджень щодо способу передачі збудника, його інкубаційного періоду та здатності зберігатися в організмі після інфікування [6]. Після того, як ця інформація буде зібрана, вона може стати основою для розробки доказових настанов і протоколів для скринінгу, діагностики та лікування цих інфекцій. Стандартизація також має вирішальне значення у підході до класифікації цих патогенів як ІПСШ. Це вимагає ретельного врахування кількох факторів, зокрема способу передачі,

клінічної картини інфекції та впливу інфекції на сексуальне здоров'я. До процесу розробки цих механізмів необхідно залучати мультидисциплінарну команду експертів, включаючи мікробіологів, епідеміологів та працівників системи охорони здоров'я. Такий спільний підхід гарантує, що розроблені механізми будуть науково обґрунтованими і враховуватимуть перспективи та потреби всіх зацікавлених сторін. Таким чином, розробка механізмів перевірки нових збудників інфекцій, що передаються статевим шляхом, на предмет їх потенційної здатності передаватися статевим шляхом є нагальним питанням для медичної та наукової спільноти [7]. Це вимагає міждисциплінарного підходу, який передбачає збір відповідних даних і створення стандартизованих підходів до класифікації та управління цими інфекціями.

Очікується, що захворюваність на ІПСШ, зростатиме через посилення взаємозв'язку між людьми, чому сприяють міжнародні подорожі та широке використання соціальних мереж для сексуальних контактів [17]. Глобалізація подорожей і торгівлі призвела до зростання сексуальної активності між людьми з різних країн і культур, що збільшує ризик передачі ІПСШ через кордони. Крім того, соціальні мережі дозволили людям вступати в статеві стосунки без фізичного контакту, що збільшує ймовірність ризикованої сексуальної поведінки, такої як незахищений секс або наявність кількох партнерів, які асоціюються з передачею ІПСШ. Щоб вирішити цю проблему громадського здоров'я, вкрай важливо сприяти просвітницькій роботі з питань безпечного сексу та заохочувати регулярне тестування на ІПСШ. Ми також повинні надати пріоритет доступу до ефективних заходів профілактики ІПСШ, включаючи презервативи та вакцини від деяких ІПСШ. Хоча очікується, що рівень захворюваності на ІПСШ продовжить зростати через посилення взаємозв'язку між людьми, ми повинні залишатися пильними і надавати пріоритет заходам громадського здоров'я, спрямованим на запобігання поширенню ІПСШ [5].

Своєчасне тестування та лікування ППСШ, є надзвичайно важливим, особливо для представників уразливих груп, таких як чоловіки, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ), та секс-працівники. ППСШ є серйозною проблемою громадського здоров'я в усьому світі, з високою поширеністю серед ЧСЧ та секс-працівників через різні фактори, такі як незахищений секс, численні сексуальні партнери та обмежений доступ до медичної допомоги. Негативні наслідки ППСШ можуть варіюватися від безпліддя до запальних захворювань органів малого тазу та підвищеного ризику передачі ВІЛ. Таким чином, раннє виявлення та лікування ППСШ має вирішальне значення для запобігання розвитку серйозних ускладнень, зниження ризику передачі інфекції іншим людям та покращення загального стану здоров'я і благополуччя постраждалих осіб. Крім того, рекомендується, щоб особи, які практикують ризиковану сексуальну поведінку, такі як ЧСЧ та секс-працівники, регулярно проходили тестування на ППСШ [16]. Це не лише захистить їхнє здоров'я, але й запобігатиме поширенню ППСШ серед їхніх сексуальних партнерів та суспільства в цілому. Щоб вирішити цю проблему, необхідно сприяти підвищенню рівня освіти та обізнаності про ППСШ, безпечні сексуальні практики та важливість регулярного тестування. Медичні працівники відіграють ключову роль у наданні достовірної інформації та консультуванні людей щодо ППСШ та безпечних сексуальних практик. Вони повинні пропонувати послуги з тестування та лікування в неупередженій та конфіденційній манері, щоб заохотити людей звертатися за тестуванням та лікуванням. Своєчасне тестування та лікування ППСШ є обов'язковим, особливо для представників уразливих груп, таких як ЧСЧ та секс-працівники [21]. Медична галузь та політики повинні співпрацювати, щоб забезпечити доступність послуг з тестування та лікування, їхню прийнятну вартість та культурну чутливість, щоб запобігти поширенню ППСШ та покращити стан здоров'я постраждалих осіб.

Інфекції, що передаються статевим шляхом, становлять особливу проблему для людей, які живуть з ВІЛ, через їхню ослаблену імунну систему,

що підвищує сприйнятливість до інфекцій. ВІЛ-позитивне населення особливо вразливе до нових ІПСШ, таких як ВПЛ, який є найпоширенішим ІПСШ у світі і може викликати генітальні бородавки та рак шийки матки у жінок [8]. ВІЛ-позитивні люди мають вищий ризик розвитку раку, пов'язаного з ВПЛ, ніж їхні ВІЛ-негативні колеги. Крім того, гепатит С є ще однією поширеною ІПСШ у цій групі через спільні шляхи передачі, такі як вживання ін'єкційних наркотиків або незахищений секс. Якщо його не лікувати, гепатит С може призвести до серйозного ураження печінки. Інші нові ІПСШ, які поширені серед ВІЛ-позитивних людей, включають сифіліс та гонорею - бактеріальні інфекції, які можуть призвести до серйозних ускладнень, якщо їх не лікувати [4]. Сифіліс може спричинити ураження мозку та серцеві захворювання, а гонорея може призвести до запальних захворювань органів малого тазу (ЗЗОМТ), що призводить до безпліддя. Тому медичні працівники повинні приділяти першочергову увагу регулярному скринінгу на ІПСШ, своєчасній діагностиці та лікуванню, а також всебічному інформуванню щодо безпечного сексу, щоб запобігти поширенню ІПСШ та сприяти загальному здоров'ю та благополуччю ВІЛ-позитивних людей. Надаючи спеціалізовану допомогу цій групі населення, ми можемо зменшити тягар ІПСШ та покращити якість життя людей, які живуть з ВІЛ [10].

Створення надійної системи нагляду за новими ІПСШ, має величезне значення з медичної та наукової точки зору. Зі збільшенням частоти глобальних подорожей та міграції, поширення ІПСШ викликає все більше занепокоєння. Своєчасне виявлення та ефективне лікування мають вирішальне значення для запобігання їх поширенню та забезпечення оптимального здоров'я і благополуччя окремих осіб і громад. Першочерговим кроком у створенні надійної системи епідагляду за ІПСШ є точна ідентифікація мікроорганізмів-збудників [20]. Це вимагає використання як культуральних, так і геномних методів, які передбачають вирощування та ізоляцію збудника в лабораторних умовах і аналіз його ДНК

або РНК, відповідно [11]. Ці підходи є незамінними для визначення рівня захворюваності та поширення різних ПСШ, а також для виявлення нових штамів або варіантів, які можуть мати підвищену вірулентність або резистентність до існуючих методів лікування. Після ідентифікації збудників необхідно створити лікувальні заклади на рівні первинної медико-санітарної допомоги, які зможуть забезпечити швидке та ефективне лікування інфікованих осіб [20]. Це передбачає призначення відповідних ліків, консультування та подальше спостереження, щоб забезпечити повне подолання інфекції та запобігти її передачі іншим людям. Заклади первинної медико-санітарної допомоги часто є першою точкою контакту для людей, які звертаються за медичною допомогою. Тому дуже важливо, щоб ці центри були належним чином обладнані та укомплектовані кваліфікованими медичними працівниками, які можуть поставити точний діагноз і запропонувати відповідне лікування ПСШ. Це включає в себе доступ до відповідних ліків, лабораторного обладнання для тестування, а також навчання та ресурсів для надання консультацій і подальшого догляду. Таким чином, розробка надійної системи епіднадзора, що охоплює засоби ідентифікації мікроорганізмів та лікування на рівні первинної медичної допомоги, є необхідною умовою для ефективного контролю та профілактики нових інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Нещодавня ідентифікація численних вірусних агентів у насінній рідині підкреслює необхідність комплексного дослідження всіх можливих шляхів інфікування, таких як вагінальна, анальна та ротова рідини, особливо в групах населення з високим ризиком ПСШ [13]. Використання секвенування наступного покоління для ідентифікації патогенів з пандемічним потенціалом є багатообіцяючим методом для вирішення цієї проблеми. Ця передова технологія дозволяє швидко і точно виявляти широкий спектр патогенів, включаючи як відомі, так і нові штами, і може надати неоціненну інформацію про епідеміологію та шляхи передачі ПСШ. Враховуючи потенційні наслідки цих результатів для громадського здоров'я, вкрай

важливо застосовувати проактивний підхід до дослідження джерел і шляхів передачі ІПСШ. Це може включати цільовий скринінг і тестування вразливих груп, а також постійний нагляд і моніторинг нових патогенів [18].

Виявлення збудників з епідемічним потенціалом є надзвичайно важливим для медичної спільноти, особливо у випадку ІПСШ, які зазвичай вражають статеві шляхи. Своєчасне виявлення збудників ІПСШ з епідемічним потенціалом може допомогти медичним працівникам передбачити появу нових або раніше контрольованих ІПСШ. Це особливо важливо, оскільки ІПСШ можуть швидко поширюватися і становити значні ризики для здоров'я, якщо їх не лікувати належним чином. У випадку ІПСШ визначення збудника спалаху є першим кроком у розробці ефективних терапевтичних та профілактичних підходів. Швидке виявлення та локалізація збудника з епідемічним потенціалом може запобігти передачі інфекції іншим особам і мінімізувати вплив на здоров'я населення. Крім того, розуміння динаміки передачі ІПСШ має важливе значення для розробки ефективних профілактичних стратегій. Всебічне розуміння того, які збудники ІПСШ мають епідемічний потенціал та шляхи їх передачі, може допомогти медичним працівникам в інформуванні населення щодо практик безпечного сексу та інших профілактичних заходів [3]. Виявлення збудників з епідемічним потенціалом дозволяє передбачити появу нових або раніше контрольованих ІПСШ, а також розробити ефективні плани профілактики та лікування для захисту громадського здоров'я.

Поява стійких до ліків штамів ІПСШ, зокрема гонореї та сифілісу, викликає значну медичну та наукову стурбованість [22]. Розвиток стійких до ліків штамів означає, що звичайні антибіотики, які використовуються для лікування цих інфекцій, стають менш ефективними, що може ускладнити лікування цих інфекцій доступними методами. Це особливо тривожно у випадках, коли ці інфекції можуть призвести до тяжких ускладнень, таких як безпліддя, запальні захворювання органів малого тазу та підвищений ризик передачі ВІЛ [5]. Крім того, з огляду на зростаючу глобалізацію та

міжнародні подорожі, стійкі до ліків ППСШ можуть швидко поширюватися між регіонами, створюючи глобальний ризик для здоров'я людей. Вкрай важливо підвищувати обізнаність про важливість практик безпечного сексу та регулярного скринінгу на ППСШ. Інвестиції в дослідження і розробку нових антибіотиків та альтернативних методів лікування стійких до ліків ППСШ мають вирішальне значення [17]. Крім того, працівники системи охорони здоров'я повинні вживати заходів для відстеження поширення цих інфекцій, розробки швидких діагностичних тестів і посилення епіднадзора для кращого моніторингу поширеності лікарсько-стійких ППСШ. Розвиток стійкості ППСШ до ліків викликає все більшу медичну та наукову стурбованість, тому необхідно вжити негайних заходів для запобігання поширенню цих інфекцій та розробки ефективних методів лікування.

Досвід, отриманий в результаті глобальної епідемії ВІЛ, можна перенести на управління іншими ППСШ. Важливим уроком епідемії ВІЛ-інфекції є необхідність значної співпраці між урядовими, неурядовими, приватними організаціями та громадськістю у боротьбі з ППСШ та пов'язаними з ними захворюваннями. Тільки завдяки спільним заходам між урядами, неурядовими, приватними організаціями та членами громади можна створити ефективні програми профілактики та лікування, як це було у випадку з ВІЛ-інфекцією [12]. У боротьбі з ППСШ вкрай важливо, щоб усі зацікавлені сторони, включаючи медичних працівників, політиків, дослідників, освітян та громадські організації, співпрацювали для створення всеохоплюючого та ефективного підходу до контролю та запобігання їх поширенню. Як свідчить досвід глобальної епідемії ВІЛ-інфекції, внесок та участь спільнот також є життєво важливими. Члени спільнот повинні бути залучені до розробки та впровадження програм профілактики та лікування ППСШ, надаючи цінну інформацію про культурні та соціальні фактори, що впливають на передачу ППСШ, а також визначаючи ефективні заходи профілактики та лікування. Члени спільнот виступають в ролі адвокатів профілактики та лікування ППСШ, підвищуючи рівень обізнаності та

заохочуючи доступ до медичних послуг. Це особливо важливо в малозабезпечених громадах, де доступ до медичних послуг обмежений. Таким чином, уроки, винесені з глобальної епідемії ВІЛ-інфекції, можуть бути застосовані для боротьби з іншими ППСШ [12]. Співпраця між усіма зацікавленими сторонами, включаючи уряд, НУО, приватні організації та громадськість, а також внесок і залучення громадськості є життєво важливими компонентами ефективної стратегії контролю та профілактики поширення ППСШ та пов'язаних з ними захворювань.

Список використаних джерел:

1. Balaji S., Bhargava A., Aggarwal S. Emerging and re-emerging sexually transmitted diseases: A review of epidemiological evidences. *Indian journal of sexually transmitted diseases and AIDS*. Вип. 43, № 1. С. 20–26. DOI:10.4103/ijstd.ijstd_58_21.
2. Bernstein K., Bowen V. B., Kim C. R. та ін. Re-emerging and newly recognized sexually transmitted infections: Can prior experiences shed light on future identification and control? *PLoS medicine*. Вип. 14, № 12. С. e1002474. DOI:10.1371/journal.pmed.1002474.
3. Caugant D. A., Brynildsrud O. B. Neisseria meningitidis: using genomics to understand diversity, evolution and pathogenesis. *Nature reviews. Microbiology*. Вип. 18, № 2. С. 84–96. DOI:10.1038/s41579-019-0282-6.
4. Cina M., Baumann L., Egli-Gany D. та ін. Mycoplasma genitalium incidence, persistence, concordance between partners and progression: systematic review and meta-analysis. *Sexually transmitted infections*. Вип. 95, № 5. С. 328–335. DOI:10.1136/sextrans-2018-053823.
5. Crum-Cianflone N. F., Shadyab A. H., Weintrob A. та ін. Association of methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) colonization with high-risk sexual behaviors in persons infected with human immunodeficiency virus (HIV). *Medicine*. Вип. 90, № 6. С. 379–389. DOI:10.1097/MD.0b013e318238dc2c.

6. Dal Conte I., Mistrangelo M., Cariti C. та ін. Lymphogranuloma venereum: an old, forgotten re-emerging systemic disease. *Panminerva medica*. Вип. 56, № 1. С. 73–83.
7. Eckbo E. J., Hedgcock M., Grennan T. Lymphogranuloma venereum. *СМАЖ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. Вип. 193, № 49. С. Е1889. DOI:10.1503/cmaj.210853.
8. El Beitune P., Duarte G., Maffei C. M. L. та ін. Group B Streptococcus carriers among HIV-1 infected pregnant women: prevalence and risk factors. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. Вип. 128, № 1–2. С. 54–58. DOI:10.1016/j.ejogrb.2006.02.017.
9. Fischer W. A. 2nd, Wohl D. A. Confronting Ebola as a Sexually Transmitted Infection. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. Вип. 62, № 10. С. 1272–1276. DOI:10.1093/cid/ciw123.
10. Gnanadurai R., Fifer H. Mycoplasma genitalium: A Review. *Microbiology (Reading, England)*. Вип. 166, № 1. С. 21–29. DOI:10.1099/mic.0.000830.
11. Iannetta M., Lalle E., Musso M. та ін. Persistent detection of dengue virus RNA in vaginal secretion of a woman returning from Sri Lanka to Italy, April 2017. *Euro surveillance : European communicable disease bulletin*. Вип. 22, № 34. DOI:10.2807/1560-7917.ES.2017.22.34.30600.
12. Kardos S., Tóthpál A., Laub K. та ін. High prevalence of group B streptococcus ST17 hypervirulent clone among non-pregnant patients from a Hungarian venereology clinic. *BMC infectious diseases*. Вип. 19, № 1. С. 1009. DOI:10.1186/s12879-019-4626-7.
13. Kindhauser M. K., Allen T., Frank V. та ін. Zika: the origin and spread of a mosquito-borne virus. *Bulletin of the World Health Organization*. Вип. 94, № 9. С. 675–686С. DOI:10.2471/BLT.16.171082.
14. Marcus U., Vogel U., Schubert A. та ін. A cluster of invasive meningococcal disease in young men who have sex with men in Berlin, October

2012 to May 2013. *Euro surveillance : European communicable disease bulletin*. Вип. 18, № 28. С. 20523. DOI:10.2807/1560-7917.es2013.18.28.20523.

15. McGowin C. L., Anderson-Smits C. Mycoplasma genitalium: an emerging cause of sexually transmitted disease in women. *PLoS pathogens*. Вип. 7, № 5. С. e1001324. DOI:10.1371/journal.ppat.1001324.

16. Mildvan D., Gelb A. M., William D. Venereal transmission of enteric pathogens in male homosexuals. Two case reports. *JAMA*. Вип. 238, № 13. С. 1387–1389.

17. Peters P. J., Brooks J. T., McAllister S. K. та ін. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* colonization of the groin and risk for clinical infection among HIV-infected adults. *Emerging infectious diseases*. Вип. 19, № 4. С. 623–629. DOI:10.3201/eid1904.121353.

18. Rogstad K. E., Tunbridge A. Ebola virus as a sexually transmitted infection. *Current opinion in infectious diseases*. Вип. 28, № 1. С. 83–85. DOI:10.1097/QCO.0000000000000135.

19. Salam A. P., Horby P. W. The Breadth of Viruses in Human Semen. Zika virus RNA is frequently detected in the semen of men after Zika virus infection. To learn more about persistence of viruses in genital fluids, we searched PubMed for relevant articles. We found evidence that 27 viruses, across a broad range of virus families, can be found in human semen. *Emerging infectious diseases*. Вип. 23, № 11. С. 1922–1924. DOI:10.3201/eid2311.171049.

20. Taneja N., Mewara A. Shigellosis: Epidemiology in India. *The Indian journal of medical research*. Вип. 143, № 5. С. 565–576. DOI:10.4103/0971-5916.187104.

21. Ugarte Torres A., Chu A., Read R. та ін. The epidemiology of *Staphylococcus aureus* carriage in patients attending inner city sexually transmitted infections and community clinics in Calgary, Canada. *PloS one*. Вип. 12, № 5. С. e0178557. DOI:10.1371/journal.pone.0178557.

22. Wilson A. P., Wolff J., Atia W. Acute urethritis due to *Neisseria meningitidis* group A acquired by orogenital contact: case report. *Genitourinary medicine*. Вип. 65, № 2. С. 122–123. DOI:10.1136/sti.65.2.122.

23. Workowski K. A., Bachmann L. H., Chan P. A. та ін. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports*. Вип. 70, № 4. С. 1–187. DOI:10.15585/mmwr.rr7004a1.

УДК 316.6, 316.35/614.4

**ЗМІНИ У ЖИТТІ ТА ЗДОРОВ'І УКРАЇНСЬКИХ СТУДЕНТІВ,
СПРИЧИНЕНІ ПАНДЕМІЄЮ COVID-19 ТА ВІЙНОЮ
(ЗА ДАНИМИ ОН-ЛАЙН ОПИТУВАННЯ)**

Рингач Н. О., д-р наук з держ. упр., голов. наук. співроб. відділу демографічного моделювання та прогнозування Інституту демографії та соціальних досліджень ім.

М. В. Птухи НАН України

Гетало К. Г., голов. економіст відділу демографічного моделювання та прогнозування Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України

Масштабні антропогенні лиха на кшталт війни або соціального конфлікту істотно та швидко (і часто незворотно!) відображаються на життєдіяльності людей у світі, конкретній країні та громаді, впливаючи на фізичне і психічне здоров'я, а також на такі його детермінанти як доходи та зайнятість населення, освітні процеси, поведінкові (в т.ч. і репродуктивні) практики й настрої у суспільстві. Соціологічні дослідження доповнювали традиційні епідеміологічні, вірусологічні клінічні студії, надаючи свій важливий внесок у накопичення науково обгрунтованої інформації про процеси і зрушення у громадському здоров'ї, що особливо важливо на тлі порушень у отриманні і доступності рутинної статистичної інформації. Війна торкнулася всіх прошарків населення, для молоді її наслідки відбивалися як на стані їхнього здоров'я, так і на набутті освіти, зрушеннях у мобільності, життєвих планах тощо. Поєднання триваючого поширення COVID-19 із результатами вторгнення російських військ в Україну і розгортання повномасштабних воєнних дій на значній території країни призвело до несприятливого синергетичного ефекту багатьох чинників, що віддзеркалювалося на здоров'ї.

Соціологічні дослідження є одним із способів відображення і виміру цього небезпечного явища. Важливо оперативно фіксувати зміни, що відбуваються, через призму їх суб'єктивного оцінювання мешканцями країни. Так, вже у перші дні повномасштабної війни в Україні (2-7 березня 2022 р.) було проведено опитування з ціллю вивчення впливу війни на цивільне населення,

висвітлити їх думки та переживання. В опитуванні взяли участь люди різного віку з різних частин України, та з різним досвідом. Блоки питань стосувалися таких тем, як: початок війни, подальші дії, переживання, волонтерство, професійна діяльність та освіта, побут. Однак автори підкреслювали, що дослідження не є всеохопним, та у подальшому існує потреба подальших досліджень (репрезентативних для всього населення на національному рівні, сфокусованих на окремих соціальних групах тощо) [1].

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

З перших місяців поширення пандемії в Україні почалися опитування населення, що досліджували різні зміни у соціумі. Так, виконано дослідження знань, побоювань та моделей поведінки у межах проєкту **Rubicon** 28 березня – 3 квітня 2020 р. (вибірка 1400 респондентів). Зокрема, за результатами віддаленого САТІ-опитування ролінгового формату, значна частина (60-80%) опитаних повідомила, що задля уникнення захворювання дотримується запобіжних заходів (часте миття рук, носіння маски, без необхідності не виходять з дому, рідше відвідують продуктові магазини). При цьому страх захворіти серед молодих людей (18-30 р.) виявився нижчим, ніж у групі віком 50 і старше [2].

У квітні 2020 р. під час хвилі опитування в рамках проєкту Ipsos (до якого було залучено міське населення віком 18-55 р., які проживали у містах¹ з числом мешканців 50 тис. і більше) про тривогу та хвилювання повідомляли 42% опитаних, а кожний четвертий скаржився на втому. Цікаво, що відповідаючи на запитання, що із представленого списку найкраще описує те, як респондент себе почуває сьогодні, респонденти частіше (49%) турбувалися про роботу або фінансову безпеку, аніж про власне здоров'я (33%) [3]. Більш ніж через рік з початку пандемії, у квітні 2021 р., чергова (четверта) хвиля продемонструвала зростання стурбованості за своє здоров'я (до 40% у квітні 2021) та за слабких і вразливих (з 32% у квітні 2020 до 41% у квітні 2021),

¹ окрім тимчасово окупованої території України

тобто практично зрівнялась із часткою стурбованих за свою роботу та фінансову безпеку (40%) [4].

У дослідженні з визначення головних психологічних стресорів під час пандемії COVID-19 та аналізу їх впливу на рівень психологічного дистресу з використанням соціологічного тесту “SCL-9-NR”, яким було охоплено жителів всіх обласних центрів країни та м. Київ (за винятком АР Крим), було показано, що пандемія COVID-19 створила об’єктивні передумови для суттєвого погіршення психологічного самопочуття якщо не населення України загалом, то принаймні окремих його груп [5].

Он-лайн опитування серед дорослого (репрезентативна за віком, статтю, рівнем освіти та регіоном вибірка 18+) населення Канади у березні 2020 р., яке мало метою вивчення душевного стану, показало, що пандемія COVID-19 спричинює значний вплив на психічне здоров’я (75% повідомили, що відчують тривогу, 37% почуваються самотніми, а 32% важко заснути через думки про COVID-19). При цьому жінки, молоді люди та одинокі частіше повідомляють про такі розлади [6].

Було оприлюднено низку опитувань серед молоді, що навчається. Карантинні обмеження через пандемію COVID-19 у багатьох країнах характеризувалися переходом від очного навчання до онлайн-навчання, що вплинула на самопочуття студентів. Так, дослідження про вплив пандемії COVID-19 на академічне функціонування та настрої голландських студентів-фармацевтів та здобувачів наукового ступеню в Утрехтському університеті (Utrecht University) дало змогу показати, що підвищений рівень стресу та втоми були суттєвими провісниками як зниження якості навчання, так і нижчих оцінок навчання під час пандемії COVID-19 [7].

Інститутом економіки праці (Бонн) було проведено опитування студентів 28 університетів у США, Іспанії, Австралії, Швеції, Австрії, Італії та Мексики у проміжку квітень-жовтень 2020 р., що стосувалося трьох основних аспектів життя під час пандемії: їхньої поточної та майбутньої академічної ситуації, їхнього стану здоров’я та благополуччя на час дослідження (в тому числі їх

сімей), а також уявлення про майбутню ситуацію на ринку праці [8]. Дослідження поширеності синдрому вигорання, депресії, тривоги серед студентів-медиків за результатами опитування до і після введення карантину було проведено у Астані, і показало, попри очікування, певне покращання психічного здоров'я, хоча і відзначено негативний вплив на спілкування та міжособистісні стосунки респондентів переходу на он-лайн навчання [9].

Незважаючи на триваючу війну, в Україні сьогодні проводяться різноманітні соціологічні дослідження, що вивчають окремі аспекти змін у суспільному житті у воєнний час, у тому числі серед різних прошарків і соціальних груп населення. Зокрема, було проаналізовано внутрішню та зовнішню міграцію, психологічні резерви населення за даними загальнонаціонального опитування 4–6 березня 2022 р. [10]. Низка них, в т. ч. і таких, що торкалися змін у житті, настроїв та планів на майбутнє, була проведена серед молоді, що певним чином зумовлено можливістю здійснення он-лайн опитувань у молодіжному середовищі з вищим порівняно з загальним населенням рівнем цифрової грамотності.

У квітні 2022 р. у межах глобального молодіжного проекту U-Report спільно з Програмою USAID “Конкурентоспроможна економіка України” здійснене опитування “Зайнятість молоді в умовах війни”. За його даними, з початку війни лише 45,7% респондентів віком 20–35 років перебувають у постійному місці проживання в Україні; 26,2% тимчасово змінили його в межах України, а 15,6% оселились в іншій країні. Лише 3,9% на момент опитування повернулись додому. Кожен другий повідомив, що продовжує попередню діяльність, а 15% зайнялись волонтерською роботою [11]. Зайнятість є вагомими чинником фізичного і психічного здоров'я, а безробіття – фактором, що негативно впливає на нього.

Прикладом вивчення становища молоді є опитування про потреби українських студентів за кордоном за ініціативою волонтерських студентських організацій («Erasmus Student Network Ukraine», «Українська студентська ліга», «Ukrainian Students for Freedom» та інших). На момент дослідження

налічувалося 42 пошкоджених / зруйнованих вищих закладів освіти (ЗВО), а офіційних даних щодо кількості студентів, що були змушені виїхати з країни після 24.02.2022, не було. Результати опитування 528 респондентів, що навчаються або планують навчатися за кордоном (44% яких знаходилися в Україні, а решта вже перебували у інших країнах) були оприлюднені у червні 2022 року. 95% респондентів зазначили, що навчальний процес відбувається у дистанційній або змішаній формі через бойові дії на території України. Отримані дані, що переважна більшість студентів по закінченню війни планують повернутися і відновити навчання в Україні. Однак існують і позиції як щодо категоричного неповернення, так і невизначеність або небажання відповідати на кшталт слів одного з респондентів «Не знаю... Просто втомився, вибачте» [12].

Аналіз результатів розглянутих опитувань висвітлив розробленість проблеми вивчення впливу таких надзвичайних ситуацій як пандемія COVID-19 (більшою мірою) та широкомасштабне вторгнення в Україну (меншу через його пізніший початок та утруднення досліджень в умовах воєнного стану) суб'єктивне сприйняття населенням, у т. ч. різними групами. Нами було здійснене опитування щодо впливу російсько-української війни і пандемії COVID-19, у якому, серед іншого, були запропоновані питання, що стосувалися здоров'я, та додатково до відповідей із запропонованого переліку на низку питань – розказати у довільній формі про зміни, які відбулися під час цих процесів. Останнє надало змогу зробити якісний зріз з отриманих результатів, що дозволило проілюструвати думки молоді, яка здобуває освіту в українських ЗВО різних регіонів країни.

Метою роботи є якісний аналіз результатів соціологічного дослідження (онлайн-анкетування) впливу російсько-української війни і пандемії COVID-19 на життя молоді, що навчається в закладах вищої освіти, зокрема, висвітлення індивідуального бачення змін у житті, психологічному стані, самопочутті та світосприйнятті молоді, спричинених війною та пандемією, та виявлення наявних відмінностей за статтю на основі проведеного аналізу відповідей на

відкриті питання.

Матеріали і методи. Фахівцями Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України у межах НДР «Демо-соціальні наслідки пандемії COVID-19 та російсько-української війни» з метою вивчення впливу російсько-української війни і пандемії COVID-19 було проведено он-лайн опитування молоді, що навчається у закладах вищої освіти (ЗВО) у різних регіонах України. Спочатку було заплановано дослідження впливу пандемії COVID-19 на життя різних соціальних груп з врахуванням думки певних категорій населення (зокрема, двох сторін, задіяних у освітньому процесі – студентів та викладачів; працівників охорони здоров'я (організаторів та практичних медиків). Проте початок російсько-української війни 24.02.2022 різко змінив ситуацію і долю багатьох людей, та вніс, на жаль, свої корективи: як у життя країни, так і у наукові розвідки, у т. ч. у вміст опитувальника та дизайн дослідження. Було прийнято рішення про обмеження вибірки виключно студентами та поширено інформацію про опитування з наданням посилання на Google-форму анкети. Обговорення та пре-тест інструментарію (розробленої анкети з 27 питань, більшість з яких були закритими) пройшли у квітні 2022 року.

Впродовж травня у процесі он-лайн опитування, що проводилося через Google-форму за поінформованої добровільної згоди респондентів, було отримано 523 анкети з 16 учбових закладів (найбільш активними виявилися респонденти таких ЗВО як Сумський державний педагогічний університет ім. А. Макаренка та Київський національний університет ім. Т. Шевченка (163 та 123 повністю заповнені анкети відповідно). Наступні позиції за представництвом – за Чернівецьким національним університетом ім. Ю. Федьковича, Ужгородським національним університетом та Харківським національним університетом ім. В. Каразіна. Серед менше презентованих ЗВО – Львівський національний університет ім. І. Франка, Київський політехнічний інститут ім. І. Сікорського та національний університет «Львівська політехніка». З таких ЗВО як Центральноукраїнський державний педагогічний

університет ім. В. Винниченка, Український католицький університет та Національний медичний університет ім. О. Богомольця було отримано по 3 анкети; а з решти п'яти (розташованих у Києві, Харкові, Кропивницькому та Острозі) – по одній. З всіх опитаних один навчався у аспірантурі, 458 – здобували ступінь бакалавра, решта – магістра.

Було отримано заповнені анкети від 393 дівчат та 130 юнаків (попри використану можливість вибрати інший варіант статі, окрім «жіноча» чи «чоловіча», ми все ж припустили, що ті, хто написав «утюг» та «бойовий вертоліт «Апачі», були скоріше жартівниками, аніж жартівницями, адже обидва слова є іменниками чоловічого роду. На нашу думку, це викликано не труднощами самовизначення належності до певної статі, а диктувалось виключно бажанням похизуватися перед тим, хто ознайомиться із заповненою анкетною (і трошки перед самим собою). Абсолютна більшість респондентів перебували у віковому інтервалі від 17 до 25 років, з одиничними виключеннями (дві студентки з Харкова і Сум у віці 30 і старше).

Дослідниками було усвідомлено певні обмеження: Google-форму могли завантажити й заповнити запропоновану анкету могли лише ті студенти, що мали працюючий гаджет, електропостачання і доступ до інтернету. Також важливим був факт особистої безпеки і можливість виділити час для її опрацювання (тому максимально було скорочено число питань і надано перевагу закритим). Звичайно, що результати цього опитування не є репрезентативними і не можуть бути екстрапольовані на всю студентську аудиторію України, а також на весь період пандемії і воєнних дій, але цінним є сам цей зріз оцінок, думок і переживань досить чисельної кількості молоді у певний час.

Отримані результати. Перелік питань торкався різних проблем, з якими зіткнулися респонденти; втрат у результаті пандемії та війни; змін умов навчання (роботи); репродуктивних планів та їх змін; зрушень світогляду та оцінки свого психологічного стану тощо. У опитувальнику було лише два відкритих питання: «Чи хотіли би Ви ще щось додати чи сказати про зміни, які

відбулися з Вами з 24.02.2022?» та «Чи хотіли би Ви ще щось додати чи сказати про зміни, які відбулися з Вами під час пандемії?». При цьому ще у 14 питаннях була наявна позиція «інше», куди теж можна було вписати те, що не було передбачено розробниками (чим майже ніхто не скористався). Однак отримані відповіді, їх вміст і емоційна наповненість спонукали до аналізу і презентації (*зі збереженням мови, цензурної лексики і стилістики респондентів*), чому і присвячена ця стаття.

Адже саме відкриті запитання варто рекомендується застосовувати у розробці нової теми або поглибленого опису предмету дослідження, а також «для отримання цитат, що ілюструють його основні положення» [13].

Попри вищезгадану статеву диспропорцію у активності заповнення опитувальника (їх надіслали 393 дівчини проти 130 юнаків), майже однаковою була частка тих, хто не обмежився вибором наданих варіантів у закритому питанні «Чи хотіли би Ви ще щось додати чи сказати про зміни, які відбулися з Вами з 24.02.2022?» (10,4 та 9,2% відповідно). При цьому спостерігалась дуже відчутна різниця у вмісті написаного залежно від статі респондентів. Так, відповіді дівчат були більш розгорнутими й стосувались більш широкого кола тем. Хоча практично кожний десятий мав бажання щось повідомити у цій частині, та реалізував його, досить часто також і писали «ні/ні, не хочу», «суттєвих змін не відбулося», «конфіденційно», а один навіть обурився «*Все сказано в тестах!*».

Результати аналізу відповідей на відкриті питання виявили цікаве явище: незважаючи на наявність окремих вибраних позицій у закритих питаннях, респонденти, по суті, повторювались у необов'язковому відкритому. Наприклад, вибираючи найважливіші серед перерахованих проблем, «з якими зіткнулися з 24.02.2022» такі як «психологічні (коливання настрою, стрес, прояви депресії)», ті ж респонденти розкривали повніше, характеризували або посилювали значущість саме для себе зазначеної проблеми. Так, частина (переважно дівчата) більше зосереджувались на власному психологічному стані. Респондентки ілюстрували негативні зміни як «*померла всередині*»;

«морально вигоріла та не знаю, як жити далі і що планувати»; «тіпаюся від будь-яких різких звуків і не можу спати»; «знаходжуся в якомусь ступорі».

Студентки часто говорили і про страх, який відчували: *«головні зміни – це страх за себе, близьких, страх, що в один момент все може скінчитися»; «встигла перейти зі стану повної депресії до стану апатії, яка приховує мої комплекси та страхи»* тощо. Молода мати з Київщини написала про *«постійні обстріли, вибухи, страх за своє життя і життя рідних (дитини). Страх перед невідомістю»*... Дівчина з Чернівецької області відчуває *«величезний страх втратити рідну країну, її незалежність»*.

Одна харків'янка сказала, що її лякають не лише різкі звуки, а і довга тиша. Не лише дівчата, а і юнаки вказували на постійне перебування в напруженому стані, психологічну важкість, навіть попри знаходження у безпеці. 17-річна дівчина з Сумського ДПУ після опису змін свого психологічного стану навіть вказала, що у її житті під впливом війни *«стартувала трансформація особистості»*.

Знов-таки підкреслимо, що про все це повідомляли, незважаючи на вибір позиції *«мені страшно»* або *«відчуваю апатію, нічого не хочеться»* у відповідному закритому запитанні *«Як Ви почуваетесь зараз?»*, посилюючи, таким чином, значущість емоцій, що їх переживають. Хоча дехто таки скористався нагодою у відповіді на це питання уточнити: *«З надією на краще, але занепокоєно через загрозу своєму життю, близьких людей та великої кількості інших українців»*.

Як це не гірко, але для окремих молодих людей цей страх не залишився суто переживанням, а відбивався у реальних незворотних подіях: *«багато втрат близьких людей», «втрати рідної людини, яка загинула в бою за рідну країну»*. Також повідомляли про страх, який спричинюють думки стосовно втрат ймовірних, що відбивається на побудові стосунків і життєвих планів: *«страшно взагалі набувати людей, які будуть дорогі, а саме дітей, друзів»*. 19-річна студентка з Буковини констатує *«За себе не переживаєш, переживаєш за рідних, або їх стан, якщо з тобою щось станеться»*. Це перекликається зі

спостереженням у межах проєкту Ipsos через рік з початку пандемії щодо зростання в українському суспільстві стурбованості за здоров'я більш вразливих верств.

Одночасно молоді люди говорять про усвідомлення цінності і крихкості життя як такого, тобто того, *«що в багатьох немає, або в мене може не бути потім»*, тож слід насолоджуватися тим, що є зараз. Тим більш, що одного з них *«протягом всього періоду не покидає відчуття невідомого майбутнього»*.

18-річна дівчина з КНУ ім. Т. Шевченка висловила дуже дорослу сентенцію: *«просто змінилось все життя – і вже як було колись – не буде, і це треба зрозуміти»*.

Багато писали про психологічні проблеми. Дівчина, що навчається у столичному університеті, але під час опитування перебувала на Закарпатті, збагнула, як важко підтримувати стосунки з людьми на відстані. Одночасно і ті респонденти, які вже виїхали в інші країни, констатували, що їх коло спілкування обмежилось. Хтось скаржиться на відчуття душевного болю, відчуває себе безпорадним: *«Мені важко, тому що я не знаю, що робити, як допомогти країні і не втратити себе»*; почувають провини перед усіма, чие становище зараз гірше. Одна з студенток, що навчається у ХНУ ім. Каразіна і проживає на момент заповнення анкети у тому ж регіоні, зауважила: *«З'явилась постійна тривога через можливість браку необхідних продуктів харчування, непродовольчих товарів, хоча товарів вдосталь у місцевих магазинах»*. Вона ж повідомила про нав'язливу потребу купити товари із запасом...

Таким чином, більшість наданих на це запитання відповідей можна було б віднести до групи, що стосується психологічного стану і особистих переживань.

Також цікавим є презентація відповідей на друге з відкритих питань, а саме: *«Чи хотіли би Ви ще щось додати чи сказати про зміни, які відбулися з Вами під час пандемії?»*. Зазначимо, що бажання відповідати на нього виявилось відчутно меншим порівняно з першим (і лише 7 респондентів відповіли на обидва!), і, відповідно, набагато меншим виявилось число

результативних відповідей на це відкрите питання. Одночасно більше, ніж у попередньому варіанті, респондентів написали «ні». Звичайно, не так давно гострі проблеми, пов'язані з поширенням коронавірусної хвороби, на тлі того, що відбувалося в Україні після 24.02.2022 р., різко втратили своє значення, відповідно, отримали дещо менший відгук щодо активності респондентів у прагненні щось додати до вже вибраних варіантів відповідей. По-перше, це можна пояснити тим, що безпосередній ризик COVID-19 для життя молодої людини, не обтяженої іншим важким захворюванням або станом, не може зрівнятися з такими ж ризиками через війну. Карантин для більшості молоді (за виключенням тих, хто мав досвід тяжкого перебігу хвороби або і смерті близьких, або ж студентів-медиків, які брали участь у протиепідемічних заходах) став неприємним явищем, що утруднює навчання (або і ні, були варіанти!) і псує проведення вільного часу, обмежує комунікації й подорожі та гарне проведення студентських років. Відтак зрушення через воєнні дії стали справжнім руйнуванням всього звичного ладу, а для частини молодих людей несли і продовжують нести реальну загрозу життю та здоров'ю (і потенційну – для всіх!).

По-друге, хлопці, яких і до війни проблема COVID-19 турбувала менше, ніж дівчат, практично не були представлені у цій позиції – окрім кількох «ні», з всього трьох наявних розгорнутих відповідей на нього дві стали емоційними патріотичними закликами і лише одна опосередковано стосувалася пандемії *«Корону пережили и Путина переживём, Слава Украине!»*. Це перегукується з висвітленим у вищезгаданому дослідженні [5] явищі, коли чоловіки менше, ніж жінки, повідомляють про прояви і наслідки пережитого стресу. Поділяємо думку авторів, які при обговоренні вибирають з варіантів пояснень цього не ймовірно більшу стійкість чоловіків до психологічного дистресу, а складнощі у формулюванні щирої відповіді на запитання, а також їх висновки стосовно недооцінки масштабу цієї проблеми серед чоловіків.

Дівчата ж надали дещо більше змістовних відповідей. Одна респондентка констатувала *«Мої студентські роки добряче постраждали від цього»*, інша ж

навіть спромоглась знайти у ситуації щось позитивне *«Мені було суперкомфортно ходити в масці, якщо я почувалася недостатньо впевнено/красиво»*. Хтось обмежився уточненням *«Для мене майже нічого не змінилося, завжди ретельно мила руки, за можливості уникала скупчень»* (нагадаємо, були представлені два закриті питання щодо звичних дій для запобігання зараженню **До і Після** 24.02.2022 з можливістю вибору обох цих активностей).

Респондентка з Сум повідомила, що її психологічний, емоційний стан значно погіршилися під час пандемії, *«погіршилося психічне здоров'я»* і на думку студентки з Харкова. Буковинська студентка написала *«Трошки сходила з розуму (не в прямому сенсі), було сумно, мало спілкування і т. д.»*

Нарешті, була представлена лаконічна констатація печального факту, під якою могла б підписатися значна частина українських жінок² різного віку, достатку, статусу і місця проживання: *«набрала вагу»*... Радую, що одна дівчина зазначила, що пандемія довела їй *«необхідність догляду за здоров'ям та профілактики. Здоровий спосіб життя»*, їй вторить інша *«Зрозуміла, що є проблема в медичній сфері в плані санітарно-просвітницької роботи»*. Вона ж підкреслює дуже важливу максиму *«Для себе зрозуміла, настільки насправді важливе живе спілкування з людьми, і що його треба цінувати. Також насолоджуватись моментами "свободи", коли немає ніяких обмежень. Просто дихати свіжим повітрям на повні груди»*.

Хотілося б завершити статтю словами дівчини з Києва, що на запитання про зміни через війну, просто втішила як себе, так і усіх нас *«Все буде ще краще!»*

Висновки. Якісний дослідницький підхід дав можливість висвітлити сприйняття та оцінювання студентською молоддю змін, що відбулися у їх житті з початку широкомасштабної військової агресії Росії проти України та пандемії COVID-19.

² на думку авторів, і добра частина представників сильної статі!

Опитування серед респондентів, які навчаються у закладах вищої освіти у різних регіонах України показало, що зацікавленість у наданні відповіді на запитання «Чи хотіли би Ви ще щось додати чи сказати про зміни, які відбулися з Вами з 24.02.2022?» виявилась вищою, ніж на «Чи хотіли би Ви ще щось додати чи сказати про зміни, які відбулися з Вами під час пандемії?», що відображає, на нашу думку, більшу актуальність та значущість для молоді широкомасштабного вторгнення Росії в Україну та значно більш відчутний вплив на їх життя.

Отримані відповіді на ці запитання можна згрупувати за чотирма категоріями: психологічний стан і особисті переживання; оцінювання змін освітнього процесу з побажаннями щодо його удосконалення; реакції на російське вторгнення; зміна світосприйняття й переоцінка цінностей. Переважну більшість наданих відповідей можна віднести до першої групи – характеристики психологічного стану та переживань.

Показані гендерні відмінності, що відображені у більшій активності дівчат як у заповненні анкети, так і бажанні висловитись у відкритих питаннях, їх емоційності у висловленні думок, натомість для юнаків були більш характерні лаконічність, закритість у описі почуттів та політизованість.

Виявлено явище «дублювання», коли, вибираючи найважливіші серед перерахованих у наданому переліку проблем, характеристик психологічного стану і почуттів, ті ж респонденти одночасно у відкритих питаннях розкривали той же вплив на своє життя повніше, тим самим підкреслюючи або посилюючи значущість саме для себе зазначеної проблеми або переживання.

Перспективи подальших розвідок: кількісний аналіз результатів дослідження, повторне опитування, в т. ч. інших соціальних груп.

Список використаних джерел

1. The First Days of Full-Scale War in Ukraine: Thoughts, Feelings, Actions. Initial research results / A. Bobrova, V. Lazarenko, Y. Khassai, L. Filipchuk, O. Syrбу, N. Lomonosova, Y. Nazarenko. Kyiv, Cedoss, 2022. 36 p.

2. Всеукраїнське ролінгове дослідження “Рубікон” 07.04.2020 URL: <https://rb.com.ua/uk/blog-uk/rubikon/>
3. Societal response study in Ukraine. April 2020. Ipsos in Ukraine (2020, April). URL: https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2020-04/ipsos_ukraine_societal_response_study_apr_2020.pdf
4. Рік пандемії коронавірусу в Україні. 19.04.2021. URL: <https://www.ipsos.com/ua-ua/rik-pandemii-koronavirusu-v-ukraini>
5. Дембіцький С.С., Злобіна О.Г., Сидоров М.В.-С., Мамонова Г.А. Стан психологічного дистресу серед різних соціальних груп в Україні під час пандемії COVID-19. *Український соціум*. 2020. No 2 (73). С.74-92.
6. COVID-19 and Canadians’ State of Mind: Worried, lonely, and expecting disruption for at least 2 to 3 months. March 25, 2020. URL: <https://abacusdata.ca/coronavirus-covid19-abacus-data-mood-polling/>
7. COVID-19 Lockdown-Related Changes in Mood, Health and Academic Functioning / Hendriksen P. A., Garssen J., Bijlsma E. Y., Engels F., Bruce G., Verster J. C. *Eur J Investig Health Psychol Educ*. 2021 Dec; 11(4): 1440–1461. doi: 10.3390/ejihpe11040103. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8628801/>
8. The Global COVID-19 Student Survey: First Wave Results Institute of Labor Economics (IZA), DP No. 144. 19.05.2021. URL: <https://docs.iza.org/dp14419.pdf>
9. Bolatov A.K., Seisembekov T.Z., Askarova A.Z., Baikanova R.K., Smailova D.S., Fabbro E. Online-learning due to COVID-19 improved mental health among medical students. *Med. Sci. Educ*. 2020. 31:183–192. doi: 10.1007/s40670-020-01165-y
10. Демчук В.С., Буряк Д.І. Дайджест опитувань U-report: II квартал 2022 р. (зайнятість молоді під час війни, молодь Львівщини у воєнний час). *Український соціум*, 2022, No 2 (81) 181-190. <https://doi.org/10.15407/socium2022.02.181>

11. Балакірєва О.М., Дмитрук Д.А. Війна в Україні: сприйняття населенням та її вплив на якість життя. Український соціум, 2022, № 1 (80). 116-122. <https://doi.org/10.15407/socium2022.01.116>
12. Survey: Ukrainian Students Abroad. 2022 / Т. Fedorchuk, А. Tselikov, К. Ahafonov. Kyiv: Erasmus Student Network Ukraine, Ukrainian Student League, Ukrainian Students for Freedom. 42 p. URL: <https://esnukraine.org/news/report-survey-2022-ukrainian-students-abroad>
13. Asking questions: the definitive guide to questionnaire design—for market research, political polls, and social and health questionnaires / N. M. Bradburn, B. Wansink, S. Sudman. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1982 —Rev. ed. 2004. 477 p.

ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Рудакова Л. О.

Кафедра управління охороною здоров'я та публічного адміністрування
Національної медичної академії післядипломної освіти України
імені П. Л. Шупика

Досліджуючи загальнообов'язкове медичне страхування працівників сфери охорони здоров'я потрібно дослідити сутність обов'язкового медичного страхування в Україні.

Обов'язкове медичне страхування є різновидом загальнообов'язкового державного соціального страхування, але слід зазначити, що в Україні на сьогодні питання про обов'язкове медичного страхування чітко не регулюється законодавством. Зокрема, Верховна Рада України 04 жовтня 2018 року отримала проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне медичне соціальне страхування в Україні» [1], але уже у 29 серпня 2019 року цей законопроект було відкликано. Все ж таки, у сфері існують такі обов'язкові гарантії медичних послуг як: 1) медичні послуги у разі хвороби: а) щодо надання первинної медичної допомоги, зокрема забезпечення за рецептом відповідними лікарськими засобами та виробами, потрібними для надання такої допомоги; б) з медичної реабілітації; 2) медичні послуги у разі вагітності, пологів та їх наслідків; 3) послуги, пов'язані з видачею у встановленому законодавством порядку відповідних медичних документів, тощо.

Вцілому, ідея запровадження обов'язкового медичного страхування останнім часом виходить на якісно новий рівень. Так 11 квітня 2014 року у Вашингтоні Генеральний секретар ООН Пан Гі Мунзаявив про необхідність забезпечення загального доступу до якісного медичного обслуговування шляхом впровадження універсального загального медичного страхування [2]. Дана позиція не викликає сумнівів щодо його загальнообов'язковості та необхідності впровадження в Україні. Це може стати вагомим поштовхом у його активному впровадженню та просуванню.

Необхідно відзначити те, що загальнообов'язкове соціальне медичне страхування є формою фінансового забезпечення витрат населення України, які можуть використовуватися на профілактику, діагностику, лікування, реабілітацію, забезпечення лікарськими засобами та іншими медичними засобами під час захворювання, нещасних випадків та інших випадках, що передбачені у договорі та у Програмі загальнообов'язкового соціального медичного страхування, за рахунок грошових фондів (страхових резервів страховика та коштів Фонду загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування), котрі формуються шляхом сплати страхувальниками страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) за договорами загальнообов'язкового соціального медичного страхування, отримання доходів від розміщення коштів цих фондів та з інших, передбачених цим законом джерел [1].

Метою загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування є:

1) встановлення гарантій для захисту прав громадян на отримання безоплатної медичної допомоги на засадах соціальної рівності і доступності незалежно від віку, статі, стану здоров'я за рахунок коштів загальнообов'язкового соціального медичного страхування;

2) забезпечення рівних прав громадян на одержання безоплатної медичної допомоги належного обсягу та якості;

3) підвищення якості надання медичної допомоги, сприяння ефективному розвитку системи охорони здоров'я та створення умов для її належного використання;

4) створення умов для розвитку ринкових відносин в системі охорони здоров'я [1].

Необхідно відзначити те, що страхування медичних працівників в умовах сьогодення є надзвичайно важливим та актуальним питанням. В загальному, медичне страхування працівників сфери охорони здоров'я на даний час може здійснюватися як в загальнообов'язковій так і в добровільній формі.

Слід зазначити, що у відповідності до міжнародного досвіду щодо медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я є здебільшого загальнообов'язковим для всіх працівників. Українські працівники сфери охорони здоров'я ж можуть розраховувати в основному на добровільне медичне страхування, оскільки система обов'язкового медичного страхування в Україні на цей час недостатньо врегульована на законодавчому рівні.

Хоча є ціла низка законодавчих та нормативно-правових актів, які формулюють права працівників сфери охорони здоров'я на загальнообов'язкове медичне страхування навіть за рахунок власника закладу охорони здоров'я у разі заподіяння шкоди їх життю і здоров'ю при виконанні професійних обов'язків.

Так, ч. 1, 2, ст. 46, ч. 1, ст. 49 Конституції України визначає те, що громадяни мають право на соціальний захист, який включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності. Це право гарантується загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням за рахунок страхових внесків громадян, підприємств, установ і організацій, а також бюджетних та інших джерел соціального забезпечення». Саме тому, ми вважаємо, що саме медичне страхування працівників сфери охорони здоров'я має здійснюватися за рахунок власника закладу охорони здоров'я у разі заподіяння шкоди їх життю і здоров'ю при виконанні професійних обов'язків [3].

Кодекс законів про працю України у статті 253–255 визначає, що особи, які працюють за трудовим договором (контрактом) на підприємствах, в установах, організаціях, незалежно від форми власності, виду діяльності та господарювання, або у фізичної особи, підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню [4]. Саме тому, працівники сфери охорони здоров'я підлягають медичному страхуванню за рахунок держави.

Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у п. 4 ст. 4. визначає, що одним із видів загальнообов'язкового державного соціального страхування є страхування від

нешасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності. Відповідно, працівники сфери охорони здоров'я мають бути обов'язково застраховані від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності під час виконання професійних обов'язків.

Закони України «Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування» та «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» визначають коло осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню від нещасного випадку, в тому числі й працівників сфери охорони здоров'я: 1) особи, які працюють на умовах трудового договору (контракту) або на інших підставах, передбачених законодавством про працю; 2) учні та студенти навчальних закладів, клінічні ординатори, аспіранти, докторанти, залучені до будь-яких робіт іт під час, перед або після занять; під час занять, коли вони набувають професійних навичок; у період проходження виробничої практики (стажування), виконання робіт на підприємствах; 3) особи, які утримуються у виправних, лікувально-трудовах, виховно-трудовах закладах та залучаються до трудової діяльності на виробництві цих установ або на інших підприємствах за спеціальними договорами [5].

Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» у ст. 23 визначає, що захворювання на туберкульоз будь-якої локалізації медичних та інших працівників, які надають медичну допомогу хворим на туберкульоз, працюють із живими збудниками туберкульозу чи матеріалами, що їх містять, визнається професійним, і заподіяна їх здоров'ю шкода компенсується у встановленому законом порядку. Працівники, які надають медичну допомогу хворим на туберкульоз, працюють із живими збудниками туберкульозу чи матеріалами, що їх містять, проводять діагностичні дослідження на туберкульоз і надають лікувально-діагностичну допомогу хворим, підлягають обов'язковому державному соціальному страхуванню на випадок професійного захворювання за рахунок власника або уповноваженого ним органу закладу охорони здоров'я [6, 7]. Відповідно, усі працівники сфери охорони здоров'я є

потенційними особами, які підлягають без виключення, загальнообов'язкового медичного страхування за рахунок власника або уповноваженого ним органу закладу охорони здоров'я.

Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» у ст. 39 визначає, що захворювання на інфекційні хвороби медичних та інших працівників, що пов'язані з виконанням професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження збудниками інфекційних хвороб (надання медичної допомоги хворим на інфекційні хвороби, роботи з живими збудниками та в осередках інфекційних хвороб, дезінфекційні заходи тощо), належать до професійних захворювань [8]. Як бачимо, працівники сфери охорони здоров'я також мають бути обов'язково застрахованими й від інфекційних захворювань за рахунок державних коштів.

Законом України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» у ст. 38 визначено, що життя і здоров'я працівників державної санітарно-епідеміологічної служби підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню відповідно до законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне страхування [7, 9]. Відзначимо, що працівники державної санітарно-епідеміологічної служби є також працівниками сфери охорони здоров'я та підлягають загальнообов'язковому державному медичному соціальному страхуванню.

Законом України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» у ст. 17 визначено, що ВІЛ-інфекцію, якою заразилася особа внаслідок виконання професійних обов'язків, належить до професійних захворювань, в тому числі до усіх працівників сфери охорони здоров'я [7, 10].

Закон України «Про психіатричну допомогу у ст. 28 формулює, що працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які страждають на психічні розлади, на випадок заподіяння шкоди їх здоров'ю або смерті, пов'язаних з виконанням ними

службових обов'язків, підлягають державному обов'язковому страхуванню [11], що й стосується безпосередньо й працівників сфери охорони здоров'я.

Необхідно також звернути увагу на те, що ціла низка нормативно-правових актів визначають професійні захворювання, які має охоплювати загальнообов'язкове медичне страхування працівників сфери охорони здоров'я, а саме: захворювання, що виникають під впливом хімічних та фізичних факторів; захворювання, викликані впливом промислових аерозолів, захворювання, викликані дією біологічних факторів, алергічні захворювання та злоякісні новоутворення (професійний рак) [12].

До професійних захворювань медичних працівників належать такі як:

1) вегетативно-сенсорна поліневропатія верхніх кінцівок (ангіоневроз) — робота з медичною апаратурою, що генерує ультразвук.

2) інфекційні захворювання та паразитози, зокрема, туберкульоз, вірусні гепатити, СНІД, сифіліс, лептоспіроз – робота в медичних закладах (інфекційних, протитуберкульозних, донорських пунктах тощо).

3) мікози – робота в медичних закладах (інфекційних, протитуберкульозних, донорських пунктах).

4) дисбактеріоз, вісцеральний кандидоз – застосування у медичній та фармакологічній практиці антибіотиків, грибів-продуцентів, білково-вітамінних концентратів тощо.

5) алергічні захворювання: кон'юнктивіт, ринофаринголарингіт, риносинусит, астматичний бронхіт, бронхіальна астма – робота, пов'язана з впливом алергенів у хіміко-фармацевтичній промисловості, медичних та аптечних закладах.

6) неврози, пов'язані з тривалим безпосереднім обслуговуванням психічно хворих, – робота медичного персоналу у психіатричних закладах тощо [7].

Під час встановлення страхового випадку та з'ясування причинно-наслідкового зв'язку під час медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я необхідно застосовувати норми таких нормативно-правових актів як:

Постанови Кабінету Міністрів України: «Про затвердження списків виробництв, робіт, професій, посад і показників, зайнятість в яких дає право на пенсію за віком на пільгових умовах» [13], «Про затвердження Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції» [14], «Про затвердження Порядку розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань та аварій на виробництві» [15], Постанови Правління Фонду соціального страхування «Про затвердження Порядку призначення, перерахування та проведення страхових виплат» [16], Накази Міністерства охорони здоров'я України: «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» [17], «Про затвердження Інструкції про встановлення причинного зв'язку смерті з професійним захворюванням (отруєнням) або трудовим каліцтвом» [18], які чітко встановлюють причинний зв'язок смерті з професійним захворюванням (отруєнням) або трудовим каліцтвом – зв'язок, який можна встановити між перебігом професійних захворювань (отруєнь) або наслідками трудового каліцтва з урахуванням форми, стадії, тяжкості функціональних порушень, розвитку ускладнень за життя, патоморфологічними та гістологічними змінами в органах та системах організму, що виявлені під час розтину, та настанням смерті тощо.

Здійснивши доктринальне дослідження загальнообов'язкового медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я ми помітили, що працівники сфери охорони здоров'я є найбільш вразливою категорією до усіх професійних ризиків, які без винятку потребують страхування їх життя та здоров'я.

Відповідно, потрібно впроваджувати в Україні модель загальнообов'язкового медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я.

Такими чином, ми бачимо, що відсутня модель управління та визначення загальнообов'язкового медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я як на науковому так і на законодавчому рівні. Відповідно, назріла необхідність у формулюванні авторської дефініції «загальнообов'язкове страхування працівників сфери охорони здоров'я» та сформулювати відповідну модель управління.

Загальнообов'язкове страхування працівників сфери охорони здоров'я – це складова частина системи загальнообов'язкового державного соціального страхування, яка, у разі настання страхового випадку, матеріально забезпечує працівників сфери охорони здоров'я за рахунок бюджету відповідного Фонду соціального страхування.

На наш погляд, необхідно застосовувати модель медичного страхування на зразок Великобританії, у відповідності до якої уся страхова медицина працівників сфери охорони здоров'я має покриватися за рахунок сплати податків працюючих громадян України. У межах цієї моделі має бути передбачено увесь спектр надання медичної допомоги працівникам сфери охорони здоров'я, так як вони стоять на стражі захисту життя та здоров'я усіх громадян країни, ризикуючи власним життям та здоров'ям.

Необхідно зауважити на тому, що запропоновану пропозицію доцільно впроваджувати у дію якнайшвидшими темпами та приймати рішучі заходи щодо її реалізації, так як медичні працівники на сьогоднішній день перебувають у не найкращих умовах захисту. На це вплинула й пандемія щодо поширення коронавірусної інфекції, в результаті якої помирала значна кількість медичних працівників, через те що не усі родини були спроможними забезпечити дороговартісне їх лікування та реабілітацію. Відповідно, відбувається зниження уваги до здобуття лікарських кваліфікацій та зневільнюються бажання працювати по закінченню медичних навчальних закладів у закладах охорони здоров'я. Так, досвід останніх років показує, що

вже частково приймають деякі заходи для впровадження загальнообов'язкового страхування працівників сфери охорони здоров'я, але вони не затверджені на законодавчому рівні.

Наша стратегічна мета полягає у запровадженні загальнообов'язкового медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я. Але ж, хочеться відзначити те, що шлях до втілення мети непростий і пов'язаний зі вирішенням багатьох суміжних питань, які стосуються й фінансових аспектів соціального медичного страхування та соціально-економічної і демографічної ситуації щодо захворюваності серед працівників сфери охорони здоров'я та виокремлення факторів ризику, які негативно впливають на їх здоров'я тощо.

У відповідності до запропонованого необхідно прийняти Закон України «Про загальнообов'язкове медичне страхування працівників сфери охорони здоров'я», який би врегулював усі питання загальнообов'язкового медичного страхування працівників сфери охорони здоров'я.

Список використаних джерел

1. Про фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні : Проект Закону України. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/JH72J00A?an=779>
2. Науково-правовий дискурс щодо проблем та перспектив запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування URL: <http://www.un.org/russian/news/story.asp?NewsID=21461#.VEQTx1c0c-o>
3. Конституція України : Закон України від 28 червня 1996 року. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. ст. 141. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
4. Кодекс законів про працю України від 10.12.1971 № 322-VIII. *Верховна Рада Української Радянської Соціалістичної Республіки* URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/322-08>
5. Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування: Закон України від 08 липня 2010 р. *Відомості*

- Верховної Ради України.* 2011. № 2-3. ст. 11. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2464-17#Text>
6. Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз : Закон України від 05 липня 2001 р. № 2586-III. *Відомості Верховної Ради України.* 2001. № 49. ст. 258. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2586-14#Text>
 7. Право на обов'язкове страхування медичних працівників за рахунок власника закладу охорони здоров'я у разі заподіяння шкоди їх життю і здоров'ю при виконанні професійних обов'язків у випадках, передбачених законодавством. Права людини у сфері охорони здоров'я: практичний посібник URL: <http://medicallaw.org.ua/vydavnytstvo/praktychnyi-posibnyk-prava-liudyny-u-sferi-okhorony-zdorovia/>
 8. Про захист населення від інфекційних хвороб : Закон України від 06 квітня 2000 р. № 1645-III. *Відомості Верховної Ради України.* 2000. № 29. ст. 228.
 9. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення : Закон України від 24.02.1994 р. *Відомості Верховної Ради України.* 1994. № 27. ст.218.
 10. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ. ЗАКОН УКРАЇНИ від 12 грудня 1991 року № 1972-ХІІ *Відомості Верховної Ради України.* 1992. № 11. ст.152. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text>
 11. Про психіатричну допомогу : Закон України від 22 лютого 2000 року № 1489-III. *Відомості Верховної Ради України.* 2000. № 19. ст. 143. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>
 12. Про затвердження переліку професійних захворювань : *Постанова Кабінет Міністрів України* від 8 листопада 2000 р. № 1662 (Із змінами, внесеними згідно з Постановами Кабінету Міністрів України № 394 від 13.05.2023 р.) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1662-2000-%D0%BF#Text>
 13. Про затвердження списків виробництв, робіт, професій, посад і показників, зайнятість в яких дає право на пенсію за віком на пільгових умовах:

Постанова Кабінету Міністрів України від 24 червня 2016 р. № 461. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/461-2016-%D0%BF#Text>

14. Про затвердження Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції: *Постанова Кабінету Міністрів України* від 16 жовтня 1998 р. № 1642. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1642-98-%D0%BF#Text>
15. Про затвердження Порядку розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань та аварій на виробництві : *Постанова Кабінету Міністрів України* від 17 квітня 2019 р. № 337 12 грудня 1991 року № 1972-XII <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/337-2019-%D0%BF#Text>
16. Про затвердження Порядку призначення, перерахування та проведення страхових виплат : *Постанова правління Фонду соціального страхування України* від 19 липня 2018 № 11 (Із змінами, внесеними згідно з Постановою Фонду соціального страхування № 7 від 25.02.2021 р.) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0011890-18#Text>
17. Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року: *Наказ МОЗ України* від 01 серпня 2011 р. № 454 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0454282-11#Text>
18. Про затвердження Інструкції про встановлення причинного зв'язку смерті з професійним захворюванням (отруєнням) або трудовим каліцтвом: *Наказ МОЗ України* від 15 листопада 2005 р. № 606. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1455-05#Text>

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

Терзі О. О.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

707 було здійснено атак на лікарні, іншу інфраструктуру охорони здоров'я та медичних працівників, які серйозно пошкодили систему охорони здоров'я України за рік повномасштабного вторгнення Російської Федерації і є серйозним порушенням міжнародного гуманітарного права [1]. У звіті eyeWitness to Atrocities, Insecurity Insight, Physicians for Human Rights, Медійної ініціативи за права людини та Українського центру охорони здоров'я зазначаються наступні порушення РФ проти системи охорони здоров'я України, яка відповідно до міжнародного гуманітарного права має спеціальний захист [2]: 1) внаслідок 292 атак 218 лікарень та амбулаторних закладів було пошкоджено або зруйновано повністю; 2) зафіксовано 65 атак на автомобілі екстреної медичної допомоги; 3) 181 атака на іншу інфраструктуру охорони здоров'я (аптеки, центри переливання крові, стоматологічні поліклініки, лабораторії тощо); 4) 86 атак на медичних працівників, внаслідок яких було вбито щонайменше 62 працівники та 52 – поранено; багатьом іншим медикам погрожували, незаконно ув'язнювали, брали в заручники та змушували працювати під російською окупацією; 5) кожен десятий заклад охорони здоров'я пошкоджено внаслідок атак; 6) найбільші руйнування зафіксовані Харківській, Донецькій, Луганській, Херсонській і Київській областях; 7) у Маріуполі пошкоджено або зруйновано 8 із 10 місць надання медичних послуг, де безпосередньо надавали медичну допомогу населенню; 8) у 10 областях 48 лікарень були обстріляні кілька разів, що підкреслює не лише невибірковий характер атак, але й можливість того, що удари мали навмисний характер [1].

Система охорони здоров'я України стала жертвою збройної агресії РФ, але водночас викликів перед системою охорони здоров'я стало ще більше, вони стосуються кадрового забезпечення медичних установ відповідними

спеціалістами, ресурсного забезпечення (спеціальні приміщення, медичні товари, лікарські засоби, адже у зв'язку зі збройним конфліктом знищені сталі ланцюги постачання/логістика постачання), фактору безпеки та інших. Також викликом для системи охорони здоров'я України є реагування та забезпечення правом на здоров'я пацієнтів, які хворіють тяжкими захворюваннями, рідкісними хворобами. Не менш важливим є виклик надання якісних медичних послуг пацієнтам з проблеми ментального здоров'я.

Правові засади забезпечення функціонування української системи охорони здоров'я задля забезпечення права на здоров'я містяться в Конституції України. Так, стаття 49 визначає, що кожен, хто знаходиться під територіальною юрисдикцією України, має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. В умовах збройного конфлікту отримання своєчасної, якісної медичної допомоги і лікарських засобів має ще більше значення, бо саме своєчасна медична допомога може врятувати життя. В Україні охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Саме держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування.

Під час воєнного стану, який був запроваджений у зв'язку зі збройною агресією РФ, на військові адміністрації населених пунктів на відповідній території встановлений обов'язок управління закладами охорони здоров'я з метою забезпечення права на здоров'я, включаючи право на медичну допомогу у зв'язку з міжнародним збройним конфліктом. У Законі України «Про правовий режим воєнного стану» встановлено «2. Військові адміністрації населених пунктів на відповідній території здійснюють повноваження із: ... 15) управління ... закладами охорони здоров'я, культури, фізичної культури і спорту, надавачами соціальних послуг, які належать територіальним громадам або передані їм, молодіжними, підлітковими закладами за місцем проживання; організації їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення; організації надання ними послуг, у тому числі соціальних;» (стаття 15).

У Наказі Міністерство оборони України «Про затвердження Інструкції про порядок виконання норм міжнародного гуманітарного права у Збройних Силах України» № 164 у Розділі 7 «Обов'язки військово-медичного персоналу щодо дотримання норм міжнародного гуманітарного права» зазначається, що «Військово-медичний персонал, виконуючи свій військовий обов'язок, повинен керуватися загально визнаними нормами МГП, які зобов'язують його: ... за розпорядженням військового командування взаємодіяти з місцевою адміністрацією, органами управління охороною здоров'я та гуманітарними організаціями з питань надання гуманітарної допомоги цивільному населенню.».

У статті 9 Закону України «Про критичну інфраструктуру» встановлено, що сфера охорона здоров'я належить «4. До життєво важливих функцій та/або послуг, порушення яких призводить до негативних наслідків для національної безпеки України». Таким чином, захист та відновлення системи охорони здоров'я у зв'язку з міжнародним збройним конфліктом є питанням національної безпеки.

Завдання щодо внесення змін до організації діяльності системи охорони здоров'я України визначені в Державній стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки і Національній економічній стратегії на період до 2030 року.

Кабінет Міністрів України в Національній економічній стратегії на період до 2030 року від 3 березня 2021 р. № 179 визначив одним із завдань за стратегічною ціллю 4 «Забезпечення високого рівня здоров'я та високих показників тривалості життя і тривалості здорового життя» покращення якості надання медичної допомоги, зміцнення системи якісної та доступної первинної медичної допомоги та запровадження моніторингу якості послуг.

Одним із завдань для української системи охорони здоров'я є розширення та поглиблення цифрової платформи електронної системи охорони здоров'я (e-health), зокрема через утворення єдиного центру збереження та обробки даних для об'єднання всіх медичних даних і гармонізацію національної системи e-health з європейськими медичними системами.

Наступне завдання і виклик є підвищення рівня професійних та спеціалізованих цифрових навичок. Для реалізації цього завдання визначені наступні кроки: (1) впровадження спеціалізованих курсів для лікарів з оволодіння інструментами систем e-health, e-ambulance (електронна система швидкої медичної допомоги), e-prescription (електронний рецепт) та телемедицини; (2) включення професійних цифрових навичок до обов'язкових кваліфікаційних вимог для медичних працівників; (3) впровадження обов'язкових спеціалізованих освітніх програм для медичних працівників (як до навчальних планів студентів, так і до програм підвищення кваліфікації) [4].

У Державній стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки визначені за напрямом «Відновлення та розбудова територій, структурна перебудова економік регіонів, що постраждали внаслідок збройної агресії Російської Федерації проти України» завдання «16. Створення якісної системи закладів громадського здоров'я та закладів охорони здоров'я, де надається третинна медична допомога, з урахуванням потреб населення кожного типу території»; за напрямом «Розвиток сільських територій» визначені наступні завдання «7. Забезпечення сучасними технічними та інформаційно-програмними засобами для функціонування електронної системи охорони здоров'я. 8. Забезпечення належного матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я, зокрема службовим житлом та службовим автотранспортом, широкодіагностичним доступом до Інтернету та сучасними технічними і інформаційно-програмними засобами для функціонування електронної системи охорони здоров'я. ... 11. Приведення насамперед у належний стан автомобільних доріг, якими здійснюється довозення ... громадян до закладів охорони здоров'я.» [5].

Проблеми, які існують в українській системі охорони здоров'я, систематизовані в Державній стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки і Національній економічній стратегії на період до 2030 року.

За стратегічною ціллю 4 «Забезпечення високого рівня здоров'я та високих показників тривалості життя і тривалості здорового життя» у Стратегії

визначенні наступні проблеми: (1) високий рівень передчасної смертності, особливо серед чоловіків працездатного віку, що спричинює нижчу порівняно з розвиненими країнами тривалість життя; (2) Україна посідає одне з перших місць серед країн європейського регіону за кількістю ВІЛ-позитивних осіб; (3) розпорошеність функцій з контролю за громадським здоров'ям між різними центральними органами виконавчої влади призводить до неналежного дотримання санітарних норм та стандартів; (4) наявні застарілі стандарти, що ускладнює ефективний контроль якості послуг у сфері громадського здоров'я; (5) недостатність наукових і практичних розробок у сфері громадського здоров'я для формування політики громадського здоров'я; (6) система реагування на надзвичайні ситуації (радіологічні, хімічні загрози, загрози природного характеру, біологічні загрози) є недостатньо ефективною [4].

Окремо визначені у Стратегії проблеми у реалізації політики у сфері надання медичних послуг: (1) недостатній рівень фінансування; (2) надмірна, застаріла та недостатньо оснащена мережа закладів охорони здоров'я, у тому числі лікарень; (3) неефективне використання наявних ресурсів ліжкового фонду; (4) високий рівень тіньових платежів та низький рівень оплати праці медпрацівників; (5) недостатність методологічної обґрунтованості і узгоджених підходів до розрахунку вартості медичних послуг, а також відсутність прозорості у розрахунку їх вартості; (6) відсутність стандартів лікування та високий рівень використання лікарських засобів з недоведеною ефективністю; (7) недостатня роль профілактики, рівень спеціалізації в наданні медичних послуг надмірний; (8) невисокий рівень використання інноваційних технологій у щоденній медичній практиці; (9) відсутність узгодженої стратегії розвитку за багатьма основними видами медичної допомоги; (10) нерозвинений сектор надання амбулаторних послуг; (11) недостатньо високий рівень забезпечення медичними послугами осіб з інвалідністю; (12) малорозвинена система реабілітації та паліативної допомоги; (13) відсутність сталої системи медичної інформації в електронному вигляді [4].

Важливим для забезпечення функціонування системи охорони здоров'я є підготовка професійних медичних кадрів, у Стратегії визначені прогалини у сфері медичної освіти, науки та розвитку кадрового потенціалу: (1) низька престижність професії лікарів у суспільстві; (2) низький рівень практикоорієнтованості медичної освіти та регулювання підготовки кадрів за державним замовленням відповідно до потреб держави; (3) низька відповідність медичної освіти міжнародним стандартам та стандартам ЄС; (4) недостатня кількість висококваліфікованих управлінських кадрів; (5) малоефективна робота лікарського самоврядування; (6) неефективна модель роботи інтєрнатури; (7) диспропорції у структурі медичних кадрів; (8) неефективне планування наукових тем (напрямів), потрібних державі, та недостатній рівень фінансування; (9) неузгодженість вимог у довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників; (10) регуляторні бар'єри, прогалини в законодавстві, висока додаткова вартість проведення міжнародних клінічних досліджень [4].

У фармацевтичній політиці визначені у Стратегії наступні прогалини: (1) відсутність єдиної системи моніторингу обігу ліків значно ускладнює визначення обсягу фальсифікованих ліків; (2) процедури допуску лікарських засобів на ринок не відповідають нормам і практикам ЄС; (3) можливості експорту українських виробників обмежені, тому що не укладено Угоди про оцінку відповідності та прийнятність промислової продукції; (4) недостатня ефективність механізмів із забезпечення післяреєстраційного контролю якості лікарських засобів; (5) несприятливі умови для проведення клінічних досліджень в Україні; (6) неефективні обмеження обігу нових психоактивних речовин на ринку; (7) неефективне регулювання реклами ліків; (8) відсутність підтвердження біоеквівалентності частини лікарських засобів.

У Державній стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки визначається проблема високої смертності в регіонах (насамперед на сільських територіях), яка часто визначається важкодоступністю та низькою якістю послуг у сфері охорони здоров'я, недостатністю профілактичних заходів із

запобігання смертності від серцево-судинних, онкологічних та інших захворювань, погіршенням екологічної ситуації [5]. Також на сферу охорони здоров'я негативно впливає глобальна зміна клімату, яка є однією з найгостріших екологічних проблем, що стоїть перед усім людством та впливає на всі сфери життя людини і можливість реалізації права на здоров'я через право на здорове навколишнє середовище.

Також у Національній економічній стратегії на період до 2030 року міститься висновок щодо необхідності системних змін для покращення показників здоров'я та тривалості життя громадян України. Показники рівня розвитку системи охорони здоров'я свідчать про кризову ситуацію у сфері охорони здоров'я, бо за рівнем розвитку здоров'я Україна посідає 114 позицію із 167 у рейтингу Індексу процвітання Легатум (Legatum Prosperity Index), що є індикатором серйозної і довготривалої кризи в системі охорони здоров'я. Також, Україна посідає одне з перших місць серед держав Європи за захворюваністю на ВІЛ [4]. У Державній стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки вказано, що за даними Всесвітнього економічного форуму у Звіті про глобальну конкурентоспроможність (Global Competitiveness Index, GCI) за 2019 рік, Україна посіла 85 місце серед 141 досліджуваної держави, основний регрес зафіксовано у сфері фінансових систем, на дев'ятнадцять позицій (до 136 місця) та у сфері охорони здоров'я - на дев'ять позицій (до 101 місця) [5]. Дані рейтинги підтверджують необхідність системних змін до національної системи охорони здоров'я.

Для забезпечення права на здоров'я необхідна перш за все злагоджена робота з розроблення та провадження державної політики у сфері охорони здоров'я Міністерством охорони здоров'я України з врахуванням умов, ризиків і викликів міжнародного збройного конфлікту. Як зазначає Т. Лузан, що саме МОЗ, у першу чергу, повинно взяти на себе відповідальність за забезпечення належного доступу до первинної медичної допомоги населення України шляхом розроблення стратегії та операційного плану розвитку первинної медичної допомоги, як частини загальної системи охорони здоров'я [6].

Міжнародні стандарти визначають роль систем охорони здоров'я, виклики і перелік необхідних дій, захисту в умовах збройного конфлікту з метою створення умов функціонування і реагування системи охорони здоров'я на виклики збройного конфлікту. Так, Парламентська асамблея Ради Європи ухвалила Резолюцію щодо захисту гуманітарних медичних місій у 1988 року, яка закликає держави поважати право цивільних осіб на піклування компетентним та неупередженим медичним персоналом, а також право медичного персоналу на захист під час своєї місії. У додатку до Резолюції вказані права та обов'язки медичних працівників як учасників гуманітарних медичних місій [3, с. 52]. Медичні працівники під час здійснення гуманітарних медичних місій мають: 1) право на повагу та захист; заборона покарання та утисків за надання медичної допомоги; 2) право на доступ до всіх місць, де потрібна медична допомога; 3) право не надавати інформацію щодо пацієнтів, окрім інформації щодо інфекційних захворювань; 4) у разі арешту медичного працівника він повинен бути звільнений і репатрійований без затримки. До обов'язків медичного гуманітарних медичних місій Резолюція встановлює: 1) дотримання правил медичної етики; 2) допомога повинна відповідати медичним критеріям гуманітарного характеру; 3) дотримуватися побажань осіб, які отримують лікування; 4) діяти на засадах компетентності та неупередженості [3, с. 52].

Список літератури

1. Щонайменше 707 атак на систему охорони здоров'я в Україні за рік російської агресії проти цивільного населення: звіт. URL.: <https://phr.org/news/at-least-707-attacks-on-health-care-in-ukraine-during-one-year-of-russias-assault-on-civilians-report-ukrainian/>
2. Хендель Н. В. Міжнародно-правовий захист медичного персоналу під час збройного конфлікту. Інформаційне агентство «Українське право». URL.: http://ukrainepravo.com/international_law/public_international_law/mizhnarodno-pravovyy-zakhyst-medychnogo-personalu-pid-chas-zbroynogo-konfliktu/

3. Терзі О. О. Нормативно-правові аспекти діяльності системи громадського здоров'я під час збройного конфлікту / О. О. Терзі // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», 27 травня 2022 р. / ПДМУ ; ред. кол. : В. М. Ждан, В. П. Лисак, І. А. Голованова [та ін.]. Полтава, 2022. С. 51–53.

4. Постанова Кабінету Міністрів України № 179 «Про затвердження Національної економічної стратегії на період до 2030 року» від 03 березня 2021 р. URL.: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-nacionalnoyi-eko-a179>

5. Державна стратегія регіонального розвитку на 2021-2027 роки та план заходів з її реалізації. URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/695-2020-п#Text>

6. Лузан Т. Як покращити доступ до первинної медичної допомоги постраждалим від конфлікту територіям? URL.: <https://r2p.org.ua/yak-pokrashhyty-dostup-do-pervynnoyi-medychnoyi-dopomogy-postrazhdalym-vid-konfliktu-terytoriyam/>

ПИТАННЯ ФІНАНСУВАННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Харченко Н.В., Костріков А.В.

Полтавський державний медичний університет

У Європі існують різні моделі фінансування громадського здоров'я. Як правило, використовуються змішані підходи до фінансування (кілька джерел фінансування), при цьому зростає інтерес Міністерств охорони здоров'я до запровадження цільових податків для підтримки охорони здоров'я, тоді як Міністерства фінансів наполегливо не виявляють ентузіазму в цьому питанні.

Громадське здоров'я є дуже широкою сферою діяльності суспільства, до якої залучено багато учасників. Наприклад, зусилля з контролю тютюнових виробів включають дії, які виходять далеко за межі традиційного сектору охорони здоров'я та реалізуються за участю сільського господарства, торгівлі, освіти, податкової політики та правоохоронної діяльності на місцевому, національному та світовому рівнях [2]. З урахуванням різноманіття операцій та функцій у галузі громадського здоров'я вони, як правило, виконуються не однією організацією. Діяльність громадського здоров'я в Європі характеризується залученням безлічі учасників з державного та приватного секторів, у тому числі спеціалізованих агенцій у галузі громадського здоров'я, установ охорони здоров'я, інших державних установ, що займаються питаннями громадського здоров'я, державних організацій поза системою охорони здоров'я, постачальників медичних послуг та неурядових організацій).

Хоча між країнами безперечно існують відмінності, загалом сфера громадського здоров'я в Європі в останні десятиліття поступово еволюціонувала з акценту на санітарному нагляді та боротьбі з інфекційними захворюваннями на комплексну концепцію «нового» громадського здоров'я, пов'язану зі зміцненням здоров'я, профілактикою захворювань та міжсекторальними діями, при цьому все більше уваги приділяється заходам поза системою охорони здоров'я. Ці зміни йдуть паралельно до великих міжнародних ініціатив, спрямованих на розширення ідеології «нового» громадського здоров'я за рамки медичної моделі громадського здоров'я. До цих

ініціатив відносяться: Резолюція Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я 1977 р., «Здоров'я для всіх», Алма-Атинська декларація, стратегія ВООЗ «Здоров'я для всіх» 1981 р. та Оттавська хартія зі зміцнення здоров'я. Талліннська Хартія «Системи охорони здоров'я для здоров'я та добробуту» визнала у 2008 р., що «системи охорони здоров'я – це більше, ніж надання медичної допомоги; вони також включають попередження хвороб, зміцнення здоров'я, а також усіляке сприяння тому, щоб питання охорони здоров'я знаходили своє відображення у політиці інших секторів».

Однак для концепції «громадського здоров'я», як і раніше, характерне значне різноманіття термінологій та інтерпретацій. По всій Європі не існує навіть єдиної думки щодо того, що таке «громадське здоров'я» [3] і чим воно має займатися [4]. Як наслідок, у європейських країнах використовуються різні бачення завдань та обмежень служб громадського здоров'я; внаслідок чого громадське здоров'я представлено в національних повістках у різному ступені та різних масштабах [1].

Слід також зазначити, що в ряді західноєвропейських країн служби громадського здоров'я також тривалий час обмежувалися санітарним наглядом та боротьбою з інфекційними захворюваннями, і лише останнім часом почали робити зусилля щодо нарощування дій у питаннях зміцнення здоров'я та профілактики захворювань [5]. Почасти це пояснюється історичним контекстом громадського здоров'я у деяких із цих країн. Дисципліна громадське здоров'я виникла у XVIII столітті на основі санітарного руху, яка пізніше була доповнена питаннями гігієни. Проте акцент на «генетичну» або «расову гігієну» у 1930-х рр. у нацистській Німеччині та в Австрії (після її приєднання до Німеччини) у 1938 р. призвів до того, що поняття гігієни було дискредитовано у цих країнах у післявоєнний період [6]. У деяких інших західноєвропейських країнах, таких як Греція, як і раніше, дуже слабкі системи громадського здоров'я [7].

У Західній Європі країни, в яких фінансування системи охорони здоров'я засноване на соціальному страхуванні, традиційно мають слабкі служби

громадського здоров'я, які не пов'язані з дійсністю системи охорони здоров'я та мають труднощі із залученням висококваліфікованих співробітників. Низка країн, таких як Австрія та Швейцарія, створили нові фонди підтримки заходів щодо зміцнення здоров'я [1]. В Австрії існує Національний центр зі зміцнення здоров'я – Фонд «Здорова Австрія». Проте виконання заходів щодо зміцнення здоров'я у цих країнах, як правило, делеговано зовнішнім організаціям, таким як неурядові організації (НУО) або фонди [8]. У Швейцарії існує ціла низка невеликих програм зі зміцнення здоров'я, багато з яких реалізуються НУО та фондами. Деякі з найбільш успішних заходів щодо зміцнення здоров'я були реалізовані в країнах Північної Європи [1]. У Фінляндії зміцнення здоров'я та профілактика захворювань є центральними елементами політики у галузі охорони здоров'я протягом десятиліть. Цьому сприяли результати популярного Північно-Карельського проекту та обрання Фінляндії як пілотної країни у рамках реалізації стратегії Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я для всіх» у 1984 р. [9]. У той же час, незважаючи на міцні наукові традиції в галузі громадського здоров'я, Данія виявила слабкість у практичній реалізації політики в галузі охорони здоров'я, особливо в тих випадках, коли необхідно було протистояти корисливим інтересам приватного сектору: харчової, алкогольної та тютюнової промисловості. При цьому, незважаючи на незначний прогрес у боротьбі зі зловживанням алкоголю та курінням, у 2011 р. уряд запровадив перший у світі податок на продукти з високим вмістом насичених жирів, який пізніше у 2012 р. все ж таки був скасований [10].

У більшості країн Європи існує загальна законодавча основа, яка визначає функції та завдання більшості служб громадського здоров'я.

Якщо в більшості країн обов'язки щодо традиційних питань громадського здоров'я, таких як боротьба з інфекційними захворюваннями, гігієна та імунізація, чітко визначені, то зобов'язання щодо багатьох «нових» аспектів громадського здоров'я, таких як поведінкові та соціальні детермінанти здоров'я та нерівність щодо здоров'я, залишаються слабо опрацьованими [1].

Хоча всі країни мають певні ресурси в галузі національного громадського здоров'я, такі як референтні лабораторії та статистичні управління, в рамках федеральних або сильно децентралізованих систем більшість служб громадського здоров'я часто знаходяться у веденні регіональних або навіть місцевих адміністративних рівнів. Така ситуація склалася в Бельгії, Данії, Італії, Іспанії, Сполученому Королівстві, Фінляндії, Швеції та Швейцарії [1]. В Австрії та Німеччині землі мають майже повну автономію в більшості аспектів громадського здоров'я, але вони делегують деякі завдання місцевим органам влади та регіональним фондам медичного страхування [1].

У той самий час у інших країнах національні органи несуть основну відповідальність за планування та організацію служб громадського здоров'я, хоча адміністративне управління та реалізація заходів часто делеговані нижчим рівням управління. Система охорони здоров'я в Ірландії раніше характеризувалася певною децентралізацією, але зазнала централізації разом із службами громадського здоров'я [11].

Навіть у федеральних або децентралізованих системах міністерство охорони здоров'я або інший головний орган громадського здоров'я зазвичай забезпечує загальну стратегічну основу та відповідає за розробку законодавства та нормативних актів з різних аспектів громадського здоров'я, а також відповідає за моніторинг здоров'я населення та координацію діяльності між національним та місцевим рівнями [1]. Існують також національні установи, які відповідають за наукові дослідження, експертизу громадського здоров'я, епіднагляд та зміцнення здоров'я. У всіх європейських країнах епіднагляд за інфекційними захворюваннями та боротьба з ними покладено на національний рівень, що пов'язано з виконанням зобов'язань відповідно до міжнародних медико-санітарних правил. Міжнародне співробітництво має вирішальне значення у боротьбі з інфекційними захворюваннями [1], а ВООЗ та Європейський центр профілактики та контролю захворювань, створений ЄС у 2004 р., підтримують діяльність з епідеміологічного нагляду на європейському рівні та керують системою раннього попередження та реагування. Разом з тим,

деякі країни Європи мають єдиний національний орган для розробки та вдосконалення практики та політики проведення скринінгу, також рідко зустрічаються реєстри населення для проведення системних скринінгів (первинного та повторного скринінгів) та безперервного спостереження [12].

Адміністративна структура є одним з аспектів, який пояснює існуючі відмінності у службах громадського здоров'я по всій Європі. У ряді країн, таких як Німеччина та Нідерланди, багато основних служб громадського здоров'я підпорядковані місцевим органам управління, а в Північній Ірландії, Шотландії та Уельсі вони підзвітні Міністерствам охорони здоров'я. В Англії надання послуг громадського здоров'я зазнало значних змін у квітні 2013 р., коли відповідальність за громадське здоров'я на місцевому рівні була передана від Фондів первинної медико-санітарної допомоги (ФПМСД) та Національних служб охорони здоров'я (НСОЗ) місцевим органам влади, і хоча ще надто рано робити висновки про наслідки цього переходу, вже висловлюються певні побоювання з приводу зростаючої фрагментації, бюджетних дефіцитів та збоїв у наданні послуг, які можуть бути пов'язані зі змінами, що відбулися [1]. У країнах колишньої Югославії національні та регіональні інститути громадського здоров'я відіграють ключову роль у плануванні та здійсненні функцій громадського здоров'я.

Фінансування охорони здоров'я описується як «чорна скринька» [13]. У питаннях фінансування залучено багато учасників та секторів, деякі витрати лягають на приватні підприємства і не враховуються, і навіть визначення діяльності громадського здоров'я саме по собі різняться залежно від країни [14]. Деякі визначення враховують окремі послуги охорони здоров'я, що надаються персонально (на індивідуальному рівні), тоді як в інших випадках враховуються лише послуги популяційного рівня. Лише у 2011 р. було опубліковано світовий стандарт системи рахунків охорони здоров'я. Відповідно до цього стандарту профілактика та послуги громадського здоров'я визначаються як «послуги, метою яких є підвищення рівня здоров'я населення, на відміну від лікувальних втручань, спрямованих на корекцію порушень

здоров'я». Їх компонентом є: охорона здоров'я матері та дитини, шкільне медичне обслуговування, профілактика інфекційних чи неінфекційних захворювань та гігієна праці.

Незважаючи на те, що це визначення значно прояснює межі і певно включає такі галузі, як екологічний нагляд для цілей громадського здоров'я, існує багато областей, які підпадають під ширше (вищого рівня або більш масштабного порядку, такого як в масштабах всього суспільства») розуміння громадського здоров'я. До них, наприклад, належать стратегії покращення здоров'я за допомогою комплексних програм активного транспорту, які не враховуються системою рахунків охорони здоров'я як витрати на профілактику та громадського здоров'я [1].

Розбивка бюджетів на профілактику та охорону здоров'я за джерелами фінансування показує, що державні кошти є основним джерелом фінансування у більшості європейських країн.

У деяких країнах проводиться цілеспрямована політика підвищення ролі приватних джерел фінансування, особливо це стосується країн Центральної та Східної Європи, Південно-Східної Європи та колишнього Радянського Союзу, де лабораторії вишукують додаткове фінансування від комерційної діяльності.

Механізми фінансування заходів щодо профілактики захворювань та зміцнення здоров'я відокремлені від решти системи охорони здоров'я. Відсутність на практиці підходу фінансування послуг громадського здоров'я на основі результатів є ще одним вагомим недоліком.

У країнах із системами медичного страхування державне фінансування діяльності у галузі громадського здоров'я може здійснюватися за рахунок страхових фондів, податків або їх поєднання. У Німеччині більшість профілактичних заходів, спрямованих на окремих осіб, до яких належать імунізація, програми скринінгу та медичні огляди, здійснюються лікарями приватної практики та оплачуються зі страхових фондів, причому ці фонди оплачують і масові заходи щодо зміцнення здоров'я [15]. У Словенії та Хорватії

Національна програма вакцинації повністю покривається Інститутом медичного страхування.

У той же час у Нідерландах, як і в Німеччині, де покриття витрат на надання медичних послуг здійснюється зі страхових фондів, фінансування профілактичних послуг відбувається з податкового бюджету [1].

Деякі європейські країни запровадили цільові податки покриття витрат на громадське здоров'я. Найбільш яскравим прикладом є виділення податкових надходжень від продажу тютюнових виробів для національних антитютюнових програм.

У кількох європейських країнах застосовується цільове оподаткування алкоголю для діяльності громадського здоров'я. Одним із прикладів є Польща, де ліцензійні збори за роздрібний продаж алкогольних напоїв направляються муніципальним радам та призначені спеціально для реалізації муніципальних програм зі зниження наслідків споживання алкоголю.

За винятком прикладів цільових податків на тютюнові вироби та алкоголь, використання податкових інструментів для громадського здоров'я поки що не набуло широкого поширення, хоча деякі країни зробили спроби ввести податки на продукти, що містять насичені жири.

Одна з потенційних проблем, пов'язаних із цільовими податками на охорону здоров'я, полягає в тому, що вони можуть об'єднувати у собі несумісні цілі, фінансуючи громадське здоров'я за рахунок надходжень, джерелом яких є споживання нездорових товарів.

Організація та фінансування діяльності в галузі громадського здоров'я в Європі вимагатимуть оцінки своєї ефективності стосовно досягнутих результатів щодо покращення здоров'я населення [14].

Більш систематичні дослідження, мабуть, були проведені у Сполучених Штатах, де центрами з контролю та профілактики захворювань було розроблено Національну програму стандартів ефективності громадського здоров'я. Водночас було відзначено відсутність досліджень з керівництва у галузі практики громадського здоров'я [1]. Важливо відзначити, що емпіричні

дані щодо ефективності або дієвості різних структур громадського здоров'я досі відсутні, у поєднанні з недостатністю знань щодо таких аспектів як вплив, ефективність та дієвість різних структур управління та механізмів фінансування [14].

Функції громадського здоров'я по всій Європі відрізняються широким розмаїттям, особливо щодо організації та фінансування. Витрати на профілактику та громадське здоров'я становлять лише дуже невелику частку від загального обсягу витрат на охорону здоров'я, незважаючи на доведену економічну ефективність заходів громадського здоров'я. Недостатнє фінансування, мабуть, є однією з головних проблем для громадського здоров'я в Європі, зокрема, в нинішніх економічних умовах; разом з тим необхідно більше аналітичної інформації про ефективність існуючих структур, щоб зробити висновок про ефективність доступних фінансових ресурсів, що використовуються.

Література

1. Bernd Rechel, Martin McKee. (2014), *Facets of Public Health in Europe*, Open University Press, London, UK
2. Allin Sara, Mossialos Elias. (2004) *Making decisions on public health: a review of eight countries*, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, Belgium.
3. *Public health in eight European countries: an international comparison of terminology.* [Sanja Kaiser](#), [Johan P Mackenbach](#). Public Health. 2008.
4. Weil, O., McKee, M. "Setting Priorities for Health in Europe: Are We Speaking the Same Language?", 1998.
5. [Maria M. Hofmarcher](#), [Herta M. Rack](#) European Observatory on Health Systems and Policies, Austria, 2006.
6. Joceline Pomerleau, Martin McKee. *Issues in Public Health*. Open University Press, 2005.
7. Economou C. Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010, 12(7):1–180.

8. Joy Ladurner, Marlene Gerger, Walter W. Holland Public health in Austria: an analysis of the status of public health. Austria. 2011.
9. Glenngård AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. Health Systems in Transition: Sweden. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.
10. Rudkjobing, A. and Olejaz, Maria and Birk, H. O. and Nielsen, A. J. and Hernández-Quevedo, Cristina and Krasnik, Allan (2012) Integrated care: a Danish perspective. *BMJ*, 345 p.
11. McDaid D, Wiley M, Maresso A and Mossialos E. Ireland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2009; 11(4): 1 – 268.
12. Walter W Holland, Susie Stewart, Cristina Masseria Policy Brief Screening in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. 2006.73 p.
13. Joseph Kutzin Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ* 2013;91:602–611.
14. Bernd Rechel Elke Jakubowski Martin McKee Ellen Nolte Organization and financing of public health services in Europe. 2018. European Observatory on Health Systems and Policies. 161 p.
15. Busse, R. and Riesberg, A. (2004) Health Care Systems in Transition: Germany. WHO Regional Office for Europe on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.

РОЗДІЛ 2. КЛІНІЧНИЙ НАПРЯМОК ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ЗНАЧИМІСТЬ ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНИХ ЧИННИКІВ В ПІДВИЩЕННІ ЯКОСТІ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПІДНЕБІННИХ МИГДАЛИКІВ

Безега М.І., Полянська В.П., Безшапочний С.Б., Зачепило С.В.

Полтавський державний медичний університет

Протягом останніх десятиріч проблема хронічних запальних захворювань піднебінних мигдаликів набуває все більшої актуальності. За даними різних науковців на сьогодні на хронічний тонзиліт хворіють від 12,5% до 22,1% населення [1, 2, 3]. Актуальність та злободенність даної патології обумовлена не тільки широкою її розповсюдженістю, а й швидкою хронізацією запального процесу в піднебінних мигдаликах, високим ризиком розвитку місцевих тонзилогенних, а також загальних (метатонзилярних) ускладнень з боку інших органів і систем, низькою ефективністю традиційної терапії. Перелік захворювань, виникнення яких пов'язане з наявністю тонзилярної патології, за даними ВООЗ, налічує більше 100 нозологій – це хвороби сполучної тканини (системний червоний вовчак, склеродермія), захворювання шкіри (псоріаз, екзема, ексудативна ерітема), нирок (гломерулонефрити, нефропатії), ендокринної системи (тіреоїдити), крові (тромбоцитопенічна пурпура) [3, 4, 5, 6]. Таким чином, результати наукових досліджень останніх років свідчать, що розповсюдженість хронічних запальних захворювань піднебінних мигдаликів на сьогодні залишається високою і на протязі останніх десятиліть має тенденцію до зростання [1, 4, 8, 9].

В останній час змінюються погляди на питання етіології, патогенезу та розвитку адаптивних реакцій в умовах хронічного запалення піднебінних мигдаликів. Так, на сьогодні, тонзиліт пропонують визначати як запалення піднебінних мигдаликів понад їх фізіологічну норму, а термін «хронічний»

замінити на «рекурентний» [10]. В сучасних світових наукових виданнях практикуючі лікарі та дослідники з майже однаковою періодичністю застосовують як термін «хронічний», так і «рекурентний». В нинішній період в Україні лікарі в своїй практичній діяльності керуються чинною Міжнародною класифікацією хвороб – 10 (МКХ, International Classification of Diseases) та відповідно до неї вживають термін «хронічний тонзиліт» (J-35.0). Передбачається, що в наступному, 11-у, перегляді МКХ термін «хронічний» буде змінено на «рекурентний».

Із сучасної точки зору неможливо розглядати розвиток хронічного тонзиліту без урахування мікробного фактору, який переважно є визначальним. Хронічний тонзиліт є поліетіологічним захворюванням. Нині доведено, що окрім бактеріальної мікробіоти, розвиток запального процесу в піднебінних мигдаликах можуть викликати віруси, мікроміцети та найпростіші [11, 12, 13, 14]. Вірусними збудниками запальних захворювань піднебінних мигдаликів найчастіше є аденовіруси, риновіруси, коронавіруси, віруси грипу й парагрипу, вірус Коксакі А, вірус Епштейна-Барр, вірус герпесу 6 типу. Віруси, що належать до родини герпетичних вірусів, здатні до довічної персистенції в клітинах макроорганізму, що може призводити до розвитку вторинної імунологічної недостатності, яка, в свою чергу, є причиною хронізації запального процесу і низької ефективності консервативного лікування. Загальна характеристика вірусів, які спричинюють запальні зміни в піднебінних мигдаликах, представлена в таблиці 1.

Таблиця 1

**Характеристика вірусів, що викликають запальні зміни
в піднебінних мигдаликах**

№ з/п	Родина, до якої належить вірус	Назва вірусу	Тип геному	Будова
1.	<i>Adenoviridae</i>	Аденовірус, вид С, типи 1, 2, 5, 6, 7	ДНК-вмісний	Простий
2.	<i>Herpesviridae</i>	Гамма-герпесвіруси,	ДНК-вмісний	Складний

		(вірус Епштейна-Барр, типи 1, 2)		
3.	<i>Parvoviridae</i>	Парвовіруси	ДНК-вмісний	Простий
4.	<i>Picornaviridae</i>	Риновіруси	РНК-вмісний	Простий
	<i>Picornaviridae</i>	Ентеровіруси групи А (віруси Коксакі САV6, САV10, САV16)	РНК-вмісний	Простий
5.	<i>Orthomyxoviridae</i>	Грипу	РНК-вмісний	Складний
6.	<i>Paramyxoviridae</i>	Парагрипу	РНК-вмісний	Складний
7.	<i>Paramyxoviridae</i>	Респіраторно- синцитіальний вірус	РНК-вмісний	Складний
8.	<i>Coronaviridae</i>	Коронавіруси	РНК-вмісний	Складний

Дані інфекти створюють підґрунтя для виникнення запалення в даному біотопі, але все ж таки вирішальне значення в його розвитку відіграють представники бактеріальної біоти, а саме: *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, гриби роду *Candida* [15, 16, 17]. Дані мікроорганізми можуть спричиняти як моно-, так і змішані (мікст) інфекції (вірусно-бактеріальні, бактеріально-бактеріальні, грибково-бактеріальні). Однак, за думкою багатьох авторів провідне етіологічне значення в розвитку хронічного тонзиліту належить β -гемолітичним стрептококам групи А та *Staphylococcus aureus*, які характеризуються наявністю найбільш широкого спектру факторів патогенності, а також їхнім асоціаціям (таблиця 2) [18, 19, 20].

Таблиця 2

Фактори патогенності мікроорганізмів, що приймають участь у розвитку хронічного тонзиліту

№ з/п	Вид мікроорганізму	Фактори патогенності	Функція
1.	β – гемолітичні	Білок М	Є основним фактором вірулентності для

	стрептококи групи А	(фімбріальний білок)	стрептококів групи А. Проявляє антифагоцитарну дію
		Капсула	Захищає стрептококи від фагоцитів і опсонінів та полегшує адгезію до епітелію
		С5-пептидаза	Фермент, що інактивує С5а- фактор комплементу
		Стрептолізин О	Викликає гемоліз еритроцитів, проявляє імуногенні властивості, чутливий до кисню
		Стрептолізин S	Спричиняє лізис лейкоцитів, пригнічує фагоцитоз, не володіє антигенними властивостями, резистентний до кисню
		Гіалуронідаза I і II типів.	Полегшує розповсюдження стрептококів по сполучній тканині
		Нікотинамід-аденін-динуклеотидаза	Володіє кардіотоксичною і лейкотоксичною дією
		Стрептокіназа	Активує плазміноген, що веде до утворення плазміну і розчинення фібринових волокон
		Еритрогенний токсин	Проявляє пірогенну активність, суперантигенні властивості, стимулює секрецію макрофагами ІЛ-1, фактора некрозу пухлин
2.	<i>S. aureus</i>	Мікрокапсула	Захищає бактерії від комплемент-опосередкованого поглинання поліморфоядерними фагоцитами, полегшує адгезію мікроорганізмів
		Компоненти клітинної стінки	Стимулюють розвиток загальної запальної реакції, підсилюють синтез ІЛ-1, активують систему комплементу, є могутніми хемоатрактантами для нейтрофілів, підсилюють активність Т-кілерів
		Каталаза	Захищає бактерії від дії активних форм кисню
		β-лактамаза	Руйнує молекули β- лактамних антибіотиків
		Ліпази	Полегшують адгезію і проникнення мікроорганізмів у тканини
		Коагулаза	Викликає зсідання сироватки крові

		Гіалуронідаза	Сприяє поширенню стафілококів по сполучній тканині
		Лецитиназа	Руйнує лецитин клітинних мембран лейкоцитів та інших клітин
		α -Токсин	Взаємодіє з клітинною мембраною та викликає локальний протеоліз. До його дії чутливі ендотеліоцити, поліморфноядерні лейкоцити, фібробласти, гепатоцити
		γ -Токсин	Двокомпонентний гемолізін із помірною активністю щодо еритроцитів людини
		δ -Токсин	Агрегат низькомолекулярних сполук, що виявляють детергентні властивості; останні зумовлюють цитотоксичність широкого спектра
		Лейкоцидин	Мішені дії TSST-1 – нейтрофіли та макрофаги, активує утворення цАМФ
		Білок А	Неспецифічно зв'язує Fc-фрагменти молекул IgG та посилює активність природних кілерів, проявляє властивості суперантигену, що призводить до розвитку місцевих і системних реакцій

Окрім мікробної компоненти, виникненню та формуванню хронічного тонзиліту сприяє вплив цілої низки екзогенних, а також ендогенних чинників. До екзогенних чинників належать: шкідливі звички, кліматичні особливості, несприятливі умови праці тощо. Ендогенні чинники пов'язані із захворюваннями інших органів (запальні захворювання порожнини носа та приносних порожнин, ШКТ, серцево-судинної, ендокринної систем та ін.). Таким чином, розвиток хронічного запалення в піднебінних мигдаликах залежить від загального стану макроорганізму, рівня місцевого імунітету, якісного та кількісного складу мікробіоти даного біотопу, ступеня вірулентності патогенів тощо [21, 22, 23, 24]. Важливу роль в патогенезі хронічного тонзиліту відіграє алергічно-гіперергічна реакція, ініціація

інфекційно-алергічного механізму якої пов'язана з інвазією патогена, переважно β -гемолітичного стрептококу групи А, в тканини піднебінного мигдалика на тлі порушень імунологічної реактивності [25, 26].

Інвазія збудника вглиб тканин піднебінних мигдаликів та реалізація його патогенного потенціалу призводить до функціональних та структурних змін органа [27]. Гістологічне дослідження видалених з приводу хронічного тонзиліту піднебінних мигдаликів, доводить наявність дифузної інфільтрації лімфоцитами поверхневого епітелію в 98% випадків [28, 29, 30]. Окрім зазначених змін, при хронічному запаленні піднебінних мигдаликів має місце заміщення паренхіми органа сполучною тканиною за рахунок клітинної активності фібробластів, а також розповсюдження патологічного процесу в регіонарні лімфатичні вузли [12, 20]. В той же час, під впливом мікробних антигенів відбувається індукція клітинних та гуморальних імунних реакцій. При хронічному запаленні мигдаликів лімфаденоїдного глоткового кільця збільшується кількість клітин-продуцентів IgE, концентрація якого підвищується в сироватці крові. Так, колонізація слизової оболонки піднебінних мигдаликів чисельними видами мікроорганізмів призводить до сенсibilізації лімфоцитів та зумовлює участь алергічних реакцій в патогенезі хронічного тонзиліту [31]. Зазначені зміни в подальшому можуть призводити до розвитку як тонзилогенних, так і метатонзилярних ускладнень [32].

Таким чином, багаточисельність видового спектру основних збудників хронічного запалення піднебінних мигдаликів, високий рівень їхньої метаболічної активності, багатовекторність основних патогенетичних механізмів обумовлюють складність клінічного перебігу захворювання та труднощі діагностики.

В даний час верифікація діагнозу хронічного тонзиліту залишається проблематичною, перш за все, через відсутність чітко визначених критеріїв діагностики. Відомо, що не існує жодного патогномічного симптому або навіть їх низки, характерних тільки для хронічного тонзиліту. Також на сьогодні немає чіткого переліку лабораторних показників, які б підтверджували б

наявність хронічного запалення піднебінних мигдаликів. У зв'язку з цим, діагностика даної нозології відбувається за загальноприйнятою схемою огляду оториноларингологічних пацієнтів, яка включає в себе збір скарг хворого, даних анамнезу, об'єктивного обстеження та результатів додаткових методів дослідження. Пацієнти з ХТ пред'являють різноматні скарги, серед яких основними є дискомфорт в горлі (82–98%), неприємний запах з рота (75–88%), наявність казеозних пробок та рідкого гною в лакунах піднебінних мигдаликів (77–83%), біль в сугавах (30%), субфебрильна температура (18%), біль у серці (8%). За умов хронізації запального процесу в піднебінних мигдаликах при проведенні орофарингоскопії спостерігаються наступні зміни: інфільтрація, набряк країв верхніх відділів піднебінних дужок (ознака Зака), валикоподібне стовщення країв передньої та задньої піднебінних дужок (ознака Преображенського), стійка гіперемія країв передніх піднебінних дужок (ознака Гізе), наявність у лакунах мигдаликів казеозного вмісту (у вигляді пробок) з неприємним запахом [8, 20]. Поширення запалення на перитонзиллярну ділянку може призвести до фіксації мигдалика у його ложі, що свідчить про наявність рубцевого процесу в навколомигдаликовому просторі. Поруч із даною ознакою може відмічатися збільшення (зрідка-болючість) регіонарних лімфовузлів. Ці симптоми є свідченням виходу запалення мигдаликів за «фізіологічні рамки» [2, 10, 33].

Окрім місцевих ознак для встановлення діагнозу хронічного тонзиліту, використовують показники гострофазових реакцій (С-реактивний білок, сіалові кислоти, церулоплазмін, ревматоїдний фактор тощо), підвищення титрів антистрептолізину О (АСЛО) в неодноразових дослідженнях, рівня антитіл до стрептокінази, гіалуронідази та інших ферментів β -гемолітичного стрептококу групи А, мікробіологічне дослідження вмісту лакун мигдаликів [34, 35, 36, 37]. Відхилення зазначених показників від референтних норм в сукупності з об'єктивними фарингоскопічними ознаками та результатами додаткових методів дослідження дозволяють встановити наявність хронічного запального

процесу в піднебінних мигдаликах. Причому, ступінь підвищення показників корелює зі ступенем тяжкості патологічного процесу [23, 38].

Визначення етіологічного чинника захворювання дозволяє забезпечити ефективне лікування та розробити заходи профілактики можливих ускладнень хронічних запальних захворювань піднебінних мигдаликів. Золотим стандартом мікробіологічної діагностики хронічного тонзиліту на зараз залишається культуральне дослідження патологічного вмісту лакун піднебінних мигдаликів. Даний метод дозволяє не тільки ідентифікувати чисту культуру збудника, а й встановити його популяційний рівень та визначити чутливість до низки антибактеріальних препаратів. Чутливість бактеріологічного дослідження при дотриманні умов забору та транспортування патологічного матеріалу, а також алгоритму проведення становить вище 90%. Проте, культуральний метод при всій його інформативності та достовірності має ряд недоліків [39]. Насамперед значна тривалість його виконання знижує актуальність та своєчасність одержаних результатів. Крім цього, існують складнощі в ідентифікації анаеробних мікроорганізмів, внутрішньоклітинних паразитів та мікроорганізмів, які входять до складу бактеріальної біоплівки.

Вирішення питання швидкого визначення β -гемолітичного стрептококу групи А можливе за допомогою експрес-методу діагностики стрептококового антигена (стрептатест), який має високу специфічність та інформативність [40, 41]. Поруч із цим, вагомим недоліком його застосування є неможливість визначення наявності збудників інших таксономічних груп.

Таким чином, на сьогодні існує необхідність впровадження сучасних імунологічних та молекулярно-генетичних методів, які характеризуються високою чутливістю та специфічністю, в діагностичний алгоритм при обстеженні пацієнтів з хронічним тонзилітом. Своєчасне встановлення діагнозу дозволить забезпечити раціональну етіотропну терапію хронічних запальних захворювань піднебінних мигдаликів та запобігти розвитку тонзилогенних та метатонзилярних ускладнень.

Література:

1. Герасимюк М. І. Статеві-вікова характеристика та результати клінічного обстеження хворих, що перенесли тонзилектомію. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2016. № 4 (70). С. 28–31. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2016.4.7546>
2. Почуєва Т. В., Ямпольська Є. Є., Сапожнікова І. М. Обґрунтування доцільності вивчення особливостей хронічного тонзиліту на тлі карієсу зубів у дітей молодшого шкільного віку. *Журнал вушних, носових і горлових хвороб*. 2016. № 1. С. 44–54.
3. Tonsillitis and Their Complications: Epidemiological, Clinical and Therapeutic Profiles / A. Haidara, Y. Sidibé, D. Samaké et al. *Int J Otorhinolaryngol Head Neck Surg*. 2019. Vol. 8. P. 98–105. doi: 10.4236/ijohns.2019.83011
4. Chronic tonsillitis and biofilms: a brief overview of treatment modalities / M. Abu Bakar, J. McKimm, S. Z. Haque et al. *J Inflamm Res*. 2018. Vol. 11. P. 329–337. doi: 10.2147/JIR.S162486
5. Powell J., Wilson J. A. An evidence-based review of peritonsillar abscess. *Clin Otolaryngol*. 2012. Vol. 37 (2). P. 136–145. doi: 10.1111/j.1749-4486.2012.02452.x
6. Каспранская Г. Р., Лопатин А. С. Хронический тонзиллит: разные взгляды на старую проблему. *Медицинский Совет*. 2013. № 5/6. С.69–71. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2013-5-6-69-71>
7. Мальцева Г. С., Карпищенко С. А. Роль фитотерапии в лечении хронического тонзиллита. *Медицинский Совет*. 2020. № 6. С.36–43. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-6-36-43>
8. Крюков А. И., Аксенова А. В., Захарова А. Ф. Особенности эпидемиологии хронического тонзиллита в современных условиях оказания специализированной ЛОР-помощи. *Вестник оториноларингологии*. 2013. № 78 (3). С. 4–7.
9. Особенности клиничко-лабораторных показателей активности стрептококковой инфекции при тонзиллярной патологии / А. И. Крюков, А. В. Аксенова, Н. А. Шостак и др. *Вестник оториноларингологии*. 2013. № 3. С.17–20.

10. Тонзиліт. Клінічна настанова, заснована на доказах. Київ, 2021. URL: https://www.dec.gov.ua/wpcontent/uploads/2021/04/2021_639_kn_tonzylylit.pdf.Ukrainian.
11. Рыбак Н. А. Микрофлора небных миндалин и метатонзиллярные осложнения при хроническом тонзиллите. *Клиническая инфектология и паразитология*. 2014. № 3. С. 31–40.
12. Сагандыкова Н. С. Особенности микрофлоры небных миндалин при хроническом воспалении. *Вестник КазНМУ*. 2015. № 2. С.105–107.
13. Branche A. R., Falsey A. R. Parainfluenza Virus Infection. *Semin Respir Crit Care Med*. 2016. Vol. 37 (4). P. 538–554.
14. Kalra M. G., Higgins K. E., Perez E. D. Common Questions About Streptococcal Pharyngitis. *Am Fam Physician*. 2016. Vol. 1. 94 (1). P. 24–31.
15. Надрага О. Б., Корнійчук О. П., Клименко Х. П. Видовий спектр мікробіоти ротоглотки дітей з інфекційним мононуклеозом Епштейн-Барр вірусної етіології. *Медична наука України*. 2021. Т.17, № 2. С. 82–89.
16. Tonsillar microbiota: a cross-sectional study of patients with chronic tonsillitis or tonsillar hypertrophy / S. Wu, L. Hammarstedt-Nordenvall, M. Jangard et al. *mSystems*. 2021. Vol. 6 (2). P. e01302–01320. <https://doi.org/10.1128/mSystems.01302-20>.
17. Хуснутдинова Л. М. Микрофлора слизистой оболочки миндалин человека в норме и при патологии. *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии*. 2006. № 1. С. 60–63.
18. Характеристика стафілококів та їх роль у патології дітей / М.А. Гарифуліна, О.С. Воронкова, Т.М. Шевченко, А.І. Вінніков. *Вісник Дніпропетровського університету. Біологія, медицина*. 2014. № 5 (2). С.115–120.
19. Katkowska M., Garbacz K., Stromkowski J. Staphylococcus aureus isolated from tonsillectomized adult patients with recurrent tonsillitis. *APMIS*. 2017. Vol.125 (1). P. 46–51. doi: 10.1111/apm.12628.
20. Морфофункциональное состояние небных миндалин при различных формах хронического тонзиллита / В. Т. Пальчун, А. И. Крюков, А. В. Гуров и др.

Медицинский совет. 2020. № 16. С. 150–159. doi: 10.21518/2079-701X-2020-16-150-159

21. Kalra M. G., Higgins K. E., Perez E. D. Common Questions About Streptococcal Pharyngitis. *Am Fam Physician*. 2016. Vol. 94 (1). P. 24–31. Erratum in: *Am Fam Physician*. 2017. Vol. 95 (7). P. 414.

22. Потапова П. Д. Микробный пейзаж небных миндалин у медицинских работников с хроническим тонзиллитом. *Рос. оториноларингология*. 2015. № s1. С. 113–116.

23. Клинико-микробиологическая характеристика дисбиотических изменений слизистой оболочки полости рта и ротоглотки / А. И. Крюков, Н. Л. Кунельская, А. В. Гуров и др. *Медицинский совет*. 2016. № 6. С. 32–35.

24. Микробиологические и морфологические аспекты хронического тонзиллита / В. М. Цыркунов, Н. А. Рыбак, А. В. Васильев и др. *Инфекционные болезни*. 2016. Т. 14, № 1. С. 42–47.

25. Дифференциальная диагностика хронического тонзиллита по степени выраженности тонзиллогенной интоксикации организма / В. Т. Пальчун, А. В. Гуров, А. В. Аксенова, О. А. Гусева. *Вестник оториноларингологии*. 2015. №5. С. 8–13.

26. Мальцева Г. С., Бурова Л. А. О роли бета-гемолитических стрептококков в этиологии хронического тонзиллита. *Медицинский совет*. 2014. № 15. С. 48–51.

27. Содержание цитокинов в слюне детей с хроническим тонзиллитом / Н. В. Бойко, А. С. Ким, И. В. Стагниева, В. В. Быкова. *Медицинская иммунология*. 2017. № s (19). С. 311.

28. Fine needle aspiration cytology of palatine tonsils: a study of 112 consecutive adult tonsillectomies / M. J. Ashraf, N. Azarpira, B. Nowroozizadeh et al. *Cytopathology*. 2010. Vol. 21 (3). P. 170–155. doi: 10.1111/j.1365-2303.2009.00646.x.

29. Tonsillar hyperplasia and recurrent tonsillitis: clinical-histological correlation / L.G. Reis, E.C. Almeida, J.C. et al. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2013. Vol. 79 (5). P. 603–608. doi: 10.5935/1808-8694.20130108.

30. Uğraş S., Kutluhan A. Chronic tonsillitis can be diagnosed with histopathologic findings. *Eur J Gen Med.* 2008. Vol. 5 (2). P. 95–103. DOI:<https://doi.org/10.29333/ejgm/82585>
31. Иммунология хронического тонзиллита : монография / О. Ф. Мельников, Д. И. Заболотный, В. В. Кищук и др. Киев : Логос, 2017. 192 с.
32. Песчаный В. Г., Сергеев М. М. Иммунология небных миндалин в норме и при хроническом тонзиллите: современный взгляд на проблему. *Рос. Оториноларингология.* 2012. № 3. С. 89–96.
33. Попович В. І. Хронічний тонзиліт та поєднані з ним соматичні захворювання. *Природна медицина.* 2014. № 1. С. 74–82.
34. Furuncuoğlu Y., Sağlam F., Kutluhan A. Acute exudative tonsillitis in adults: the use of the Centor score and some laboratory tests. *Turk J Med Sci.* 2016. Vol. 46 (6). P. 1755–1759. doi: 10.3906/sag-1510-93.
35. Epstein-Barr virus (EBV) encoded latent membrane protein 1 (LMP-1) triggered inflammatory response through NFκB p65 signaling pathway in tonsils / Jiajian Xu, Zhenyun Huang, Dabo Liu et al. *Int J Clin Exp Pathol.* 2017. Vol. 10 (1). P. 537–543.
36. Correlation between throat-related symptoms and histological examination in adults with chronic tonsillitis / R. Pribušienė, V. Šarauskas, A. Kuzminienė, V. Uloza et al. *Medicina.* 2015. Vol 51, Is. 5. P. 286–290. doi: 10.1016/j.medici.2015.09.003
37. Toledano-Sierra P, Arriola-Hernández M, Orueta-Sánchez R. Usefulness of clinical data and rapid diagnostic tests to identify bacterial etiology in adult respiratory infections. *Medwave.* 2015. Vol. 15 (1). P. e6067. doi: 10.5867/medwave.2015.01.6067
38. Особенности клинико-лабораторных показателей активности стрептококковой инфекции при тонзиллярной патологии / А. И. Крюков, А. В. Аксенова, Н. А. Шостак и др. *Вестник оториноларингологии.* 2013. № 3. С. 17–20.

39. Ильина Е. Н. Совершенствование способов и средств микробиологической диагностики. Молекулярные средства измерения в современной микробиологической лаборатории. *Клиническая лабораторная диагностика*. 2013. № 9. С. 70.
40. Early diagnosis of streptococcal pharyngotonsillitis: assessment by latex particle agglutination test / M. J. Fontes, F. B. Bottrel, M. T. Fonseca et al. *J Pediatr (Rio J)*. 2007. Vol. 83 (5). P. 465–470.
41. Gerber M. A., Shulman S. T. Rapid diagnosis of pharyngitis caused by group A streptococci. *Clin Microbiol Rev*. 2004. Vol. 17 (3). P. 571–580. doi: 10.1128/CMR.17.3.571-580.2004.

ФІЗИЧНА ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ ШКОЛЯРІВ ТА ЇЇ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З ТЕМПАМИ БІОЛОГІЧНОГО ДОЗРІВАННЯ

Козакевич В. К, Козакевич О. Б., Зюзіна Л. С.

Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна

Проблема зміцнення, збереження й покращення здоров'я все більш стає актуальною у зв'язку зі зниженням показників фізичного здоров'я дітей і молоді, збільшенням кількості патологічних та спадкових захворювань [1, 2]. Постійні шкільні навантаження та проблеми у фізичному розвитку значно впливають на фізичну працездатність школярів. До теперішнього часу ведуться суперечки про те, які якості визначають фізичну підготовленість школярів.

Найбільш відомі фахівці в галузі здорового способу життя пов'язують процес зміцнення здоров'я з розвитком витривалості [3, 4, 5, 6]. Саме в процесі розвитку цієї фізичної якості підвищуються функціональні можливості серцево-судинної і дихальної систем, покращується стійкість до несприятливого впливів зовнішнього середовища [6, 7]. Але слід зазначити, що дані про динаміку стану кардіореспіраторної системи, фізичної працездатності й підготовленості протягом навчального року в літературі практично відсутні, особливо в аспекті темпів біологічного дозрівання підлітків. Тому аналіз показників фізичної працездатності школярів залежно від темпів їх біологічного дозрівання є актуальним.

Мета дослідження – вивчити особливості стану кардіореспіраторної системи та фізичної працездатності в умовах диференційованого фізичного виховання з урахуванням темпів біологічного дозрівання школярів підліткового віку.

Методи та організація дослідження.

Дослідження фізичної працездатності проводилося у 293 дітей (138 хлопчиків та 155 дівчаток) віком 12-14 років. Функціональні можливості організму до праці на витривалість оцінювалися за показником фізичної

працездатності (PWC₁₇₀), визначення якого проводили за допомогою велоергометричного навантаження. Школярам пропонували виконати на велоергометрі послідовно два навантаження відносно невеликої потужності тривалістю 5 хвилин з 3-хвилинним інтервалом відпочинку. Наприкінці кожного з навантажень протягом 30 сек. підраховували кількість серцевих скорочень аускультативним методом. Частота педалювання була 60 обертів за 1 хвилину. Потужність роботи визначали при першому навантаженні з розрахунку 6 кгм/хв на кг маси тіла, при другому навантаженні з розрахунку 9 кгм/хв на 1 кг маси тіла.

PWC₁₇₀ розраховували за формулою запропонованою В.Л. Карпманом зі співавторами [8]:

$$PWC_{170} = N_1 + (N_2 - N_1) \times \left(\frac{170 - f_1}{f_2 - f_1} \right),$$

де: N₁ – потужність першого навантаження;

N₂ – потужність другого навантаження;

f₁ – частота пульсу наприкінці першого навантаження;

f₂ – частота пульсу наприкінці другого навантаження.

Аналіз фізичної працездатності проводили з урахуванням віку, статі та біологічної зрілості. Біологічний вік оцінювали за ступенем статевої зрілості. Ступінь статевої зрілості визначали за J.M.Tanner [9]. Виділяли групи дітей з затримкою статевого дозрівання (ретарданти), з середнім рівнем дозрівання (медіанти) та з прискореним рівнем дозрівання (акселерати).

Фізична працездатність (PWC₁₇₀) – інтегральний показник функціональних можливостей дітей та підлітків, важлива медико-соціальна характеристика соматичного здоров'я [8].

На рис.1 наведені дані щодо показників фізичної працездатності у обстежених хлопчиків та дівчаток. Із наведених даних видно, що у віковому періоді з 12 до 14 років спостерігалось підвищення фізичної працездатності. Максимальне підвищення PWC₁₇₀ реєструвалося у хлопчиків з 13 до 14 років (678,0±39,4 кг м/хв у 14 років порівняно 564,8±22,1 кг м/хв у 13 років, p<0,05), а

у дівчаток з 12 до 13 років ($650,2 \pm 31,6$ кг м/хв у 13 років порівняно з $526,4 \pm 24,5$ кг м/хв у 12 років, $p < 0,01$), що корелювало зі змінами у фізичному розвитку ($r = 0,20$, $p < 0,001$).

Суттєва статеві різниця в величині фізичної працездатності спостерігалася у 12 років ($599,5 \pm 26,0$ кг м/хв у хлопчиків та $526,4 \pm 24,5$ кг м/хв у дівчаток, $p < 0,05$).

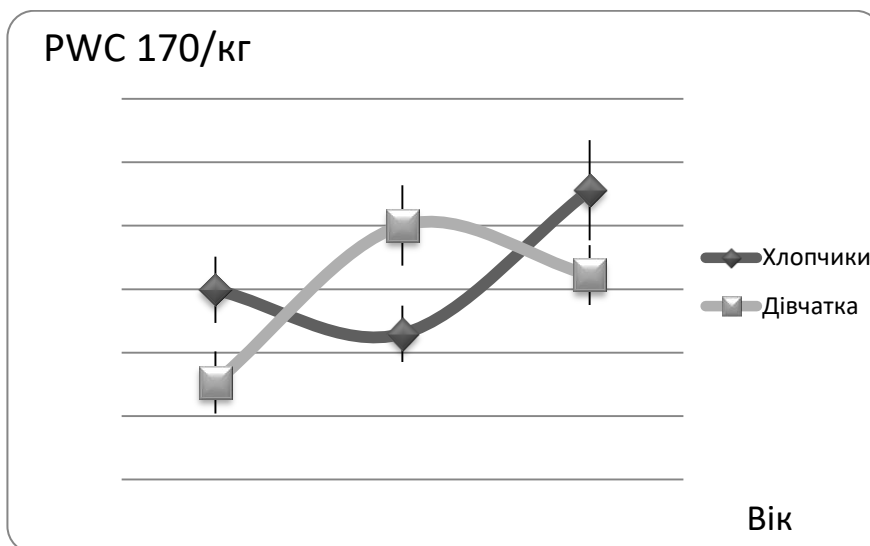


Рис.1. Вікова динаміка PWC_{170} (кг·м/хв) у дітей пубертатного періоду

У підлітковому віці специфіка функціонування організму більшою мірою визначається ступенем статевого дозрівання, ніж календарним віком. Настання пубертатного періоду, темпи й фаза статевого дозрівання зумовлюють рівень соматичного розвитку, стан серцево-судинної системи та дихальної систем, регулювання вегетативних і енергетичних функцій [3, 4].

Обстежено 293 дітей, з них ретардантів 73 (37 хлопчиків і 36 дівчат), медіантів 164 (79 хлопчиків і 85 дівчат), акселератів 56 (22 хлопчиків і 34 дівчинки). Нами виявлено тісний зв'язок темпів і ступеня статевого дозрівання з руховими здібностями.

Так, на рис.2. наведені дані щодо абсолютних показників фізичної працездатності у хлопчиків та дівчаток з різним типом біологічної зрілості. У групі обстежених дівчаток 12 років максимальний рівень PWC_{170} мали акселерати, мінімальний – ретарданти ($680,4 \pm 66,9$ кгм/хв та $430,5 \pm 14,8$ кгм/хв відповідно, $p < 0,001$). Дівчатка акселерати цього віку також відрізнялися

вірогідно вищим показником PWC_{170} від однолітків медіантів $p < 0,02$). Максимальні значення фізичної працездатності у акселератів, мінімальні – у ретардантів спостерігалися і у групі 14 річних дівчаток ($p < 0,001$).

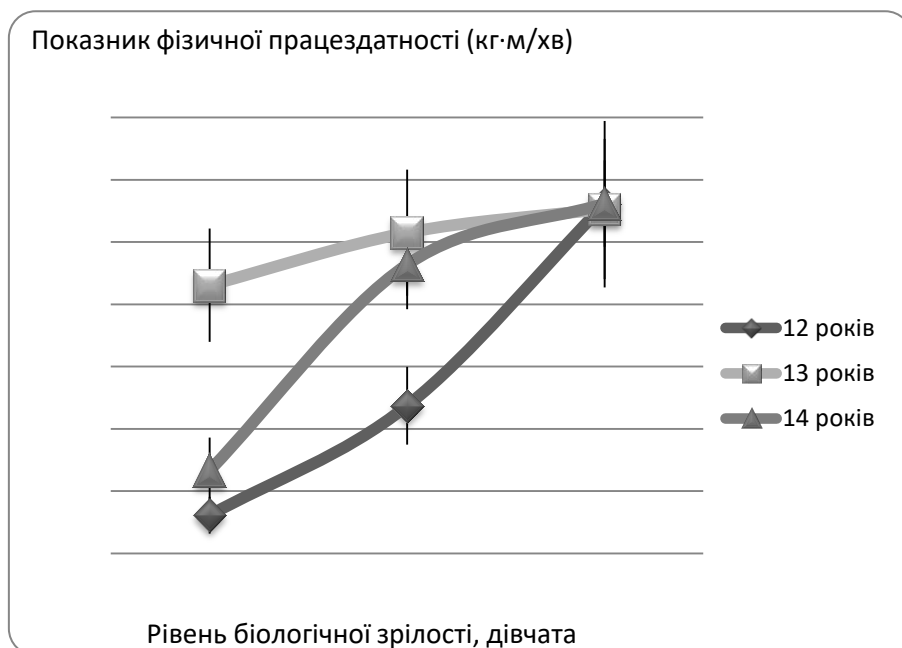
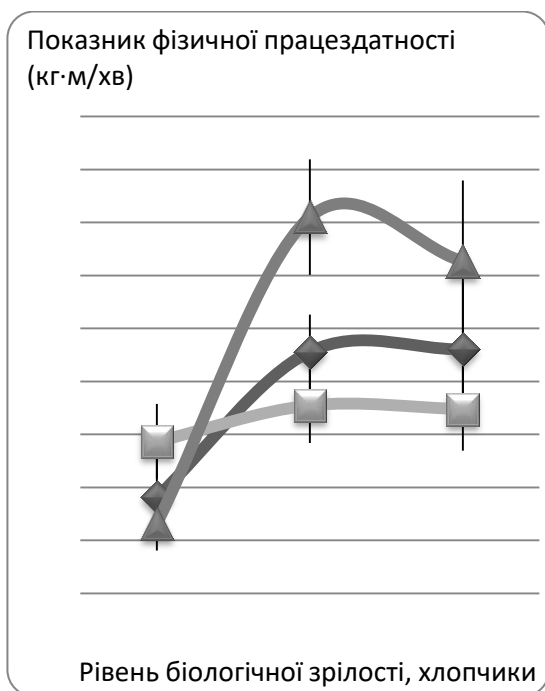


Рис. 2. Абсолютні показники фізичної працездатності (кг·м/хв) у дітей з різним рівнем біологічної зрілості.

Встановлено, що хлопчики акселерати та медіанти 12 та 14 років також відрізнялися від однолітків ретардантів вірогідно вищими показниками PWC_{170}

($p < 0,05$). Підвищення PWC_{170} від ретардантів до акселератів у групах 13 річних дівчаток та хлопчиків не мало вірогідного характеру.

Зовсім інші закономірності виявлені при аналізі питомого показника фізичної працездатності (PWC_{170} , розрахованої на кг маси тіла) у дітей з різним соматотипом та рівнем біологічної зрілості. Аналіз показників $PWC_{170}/кг$ проводили залежно від рівня біологічної зрілості. Проведене дослідження виявило вірогідні відмінності між питомими показниками фізичної працездатності у групі 13-річних хлопчиків з різним рівнем біологічної зрілості (рис. 3).

Так, серед хлопчиків цієї вікової групи, максимальний рівень $PWC_{170}/кг$ мали ретарданти, мінімальний – акселерати ($13,7 \pm 1,1$ кгм/хв/кг та $9,4 \pm 0,5$ кгм/хв/кг відповідно, $p < 0,02$). Хлопчики медіанти цього віку відрізнялись від своїх однолітків акселератів вищим рівнем $PWC_{170}/кг$ ($13,0 \pm 0,9$ кгм/хв/кг та $9,4 \pm 0,5$ кгм/хв/кг відповідно, $p < 0,05$). А у групі 12-річних хлопчиків максимальний рівень $PWC_{170}/кг$ спостерігався у медіантів, мінімальний – у акселератів ($15,5 \pm 1,0$ кгм/хв/кг та $11,6 \pm 1,5$ кгм/хв/кг відповідно, $p < 0,05$). Хлопчики-медіанти 14 років також мали вищі показники $PWC_{170}/кг$, ніж однолітки ретарданти та акселерати, але без вірогідної різниці.

Проведені дослідження виявили вірогідні відмінності між питомими показниками фізичної працездатності дівчаток з різним рівнем біологічної зрілості тільки у 13-річному віці (рис. 3). Так, серед 13-річних дівчаток максимальний рівень $PWC_{170}/кг$ мали ретарданти, мінімальні – акселерати ($16,4 \pm 1,1$ кгм/хв/кг та $11,6 \pm 1,0$ кгм/хв/кг відповідно, $p < 0,01$) Дівчатка ретарданти 13 років відрізнялися від одноліток медіантів також вірогідно вищим показником $PWC_{170} /кг$ ($16,4 \pm 1,1$ кгм/хв/кг порівняно з $13,7 \pm 0,8$ кгм/хв/кг відповідно, $p < 0,05$).

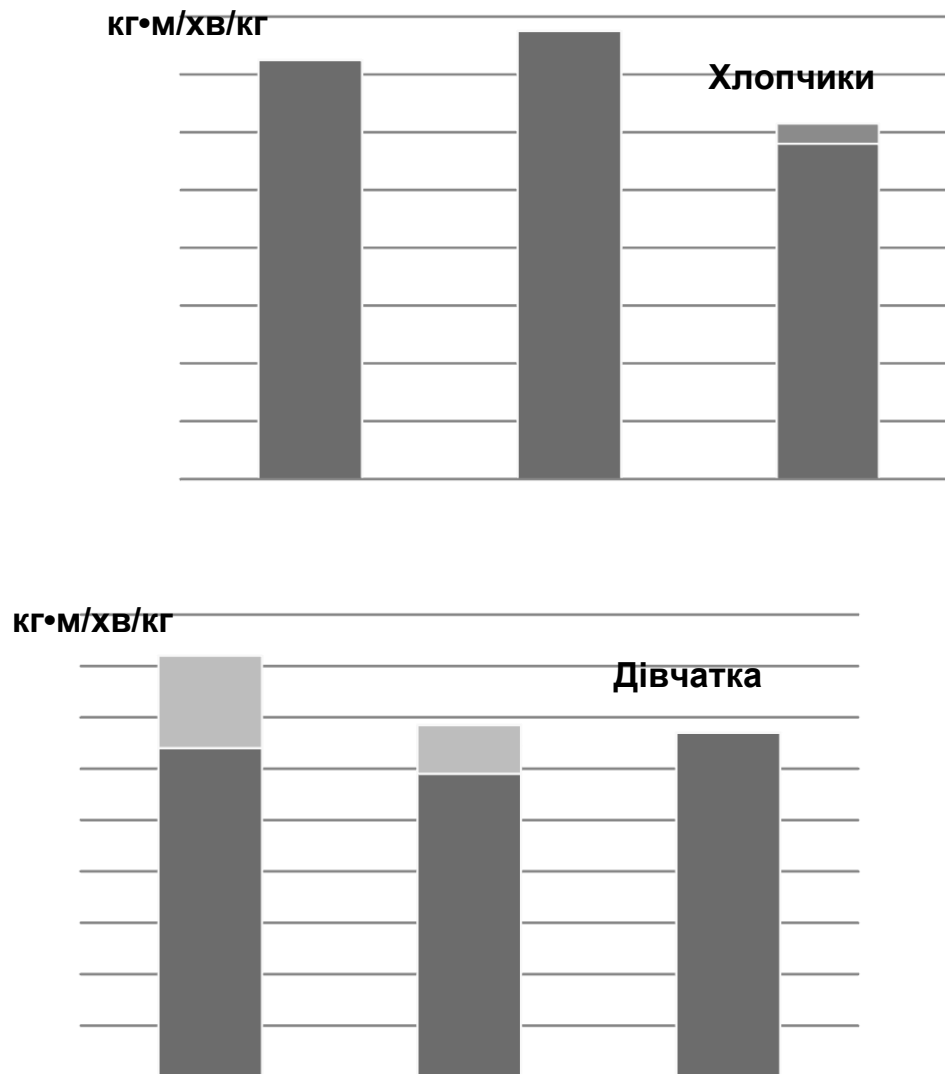


Рис. 3. Питомі показники фізичної працездатності у дітей з різним типом біологічної зрілості (кг·м/хв/кг.); 1 – ретарданти; 2 – медіанти; 3 – акселерати.

Отже, проведене дослідження показало, що показники PWC170, конституціонально обумовлені і зростають від ретардантів до акселератів. Але функціональний стан і фізичні можливості відповідно до маси тіла (PWC170/кг) мали зворотну залежність. Діти ретарданти мали морфологічні показники нижче середніх, в той час як функціональні можливості кардіореспіраторної системи виявились достатньо добрі.

Визначені закономірності змін PWC170/кг, у дітей з різним рівнем біологічної зрілості дозволили нам виділити групи ризику щодо порушень у фізичному стані дитини, якими виявились діти акселерати.

Отримані дані підтверджують складний взаємозв'язок морфофункціональних показників і необхідність вивчення функціональних параметрів при оцінці рівня фізичного розвитку дітей.

Таким чином, нами підтверджено дані ряду авторів, що ріст і розвиток організму школярів у період статевого дозрівання відбувається в інтегрованій і взаємозалежній формі [10, 11, 12].

Між показниками біологічного віку та показниками морфофункціонального розвитку існує тісний взаємозв'язок [13, 14]. Так, школярі з різним рівнем біологічного дозрівання всередині однієї віково-статевої групи значно відрізняються між собою за показниками стану кардіореспіраторної системи, фізичної працездатності та підготовленості. Нами встановлено, що час настання пубертатного періоду, темпи протікання й фаза статевого дозрівання обумовлюють рівень фізичної працездатності, стан серцево-судинної системи й судинну реактивність, стан дихальної системи, регулювання вегетативних функцій

Проведене дослідження показало істотні розходження в термінах статевого дозрівання дівчат і хлопчиків, індивідуальні особливості його темпу призводять до виникнення значної неоднорідності складу школярів кожного класу. В одному класі можуть навчатися діти з різним ступенем статевого дозрівання, а, отже, і з різними функціональними й адаптаційними можливостями. Тому в цей віковий період потрібно застосовувати диференційований підход, й основним критерієм диференціації варто вважати темпи біологічного дозрівання.

Методика диференційованого підходу до розподілу часу фізичних навантажень вибіркової спрямованості для розвитку рухових здібностей з урахуванням темпів біологічного дозрівання, є ефективним засобом диференційованого фізичного виховання школярів.

Виявлені вікові та статеві відмінності у динаміці фізичної працездатності можна використовувати для індивідуальної оцінки рівня здоров'я дітей пубертатного періоду. Нами запропановано кількісне визначення фізичної

працездатності під час організації фізичного виховання різних віково-статевих груп, під час відбору, планування й прогнозування навчально-тренувальних навантажень спортсменів.

Література

1. Няньковский С. Л., Яцула М. С., Сенкевич Е. М., Пасичнюк И. П. Медико-социальные особенности состояния здоровья школьников в Украине. *Georgian Medical News*. 2014. №5 (230), С.60–65.
2. Дудіна О. О., Терещенко А. В. Ситуаційний аналіз стану здоров'я дитячого населення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2014. №2(60), С.49–57.
3. Балакірева О. М., Бондар Т. В., Павлова Д. М. Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків: монографія / ред. О. М. Балакірева, Київ: ЮНІСЕФ, Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка, 2014. С. 80-85.
4. Козакевич В. К., Зюзіна Л. С. Сучасні підходи до оцінки донозологічних станів організму дітей шкільного віку. *Вісник проблем біології і медицини*. 2016. Вип.2. Т.3 (130), С.141–144.
5. Кузюк Л. Г., Маковкін Ю.А., Ігнатова Т. Б. Адаптаційні можливості організму з урахуванням морфо-функціонального розвитку дітей шкільного віку. *Современная педиатрия*. 2011. №1(35), С. 95–98.
6. Марушко Ю. В., Гищак Т. В. Проблема діагностики і корекції зниженої толерантності до у фізичного навантаження у дітей шкільного віку. *Современная педиатрия*. 2014. №7(63), С.34–40.
7. Коровіна Л. Д., Запорожець Т. М., Козакевич В. К. Вплив екзогенних чинників на соматичне здоров'я та автономну нервову регуляцію у дітей та молоді: монографія. Полтава: ПОКППІТ «Освітаінфоком», 2019. 188с.
8. Карпман В. Л. Тестирование в спортивной медицине / В. Л. Карпман, З. Б. Белоцерковский, И. А. Гудков. – М. : Физкультура и спорт, 1988. – 207 с.

9. Rosenbloom A. L, Tanner J. M. Misuse of Tanner Puberty Stages to Estimate Chronologic Age. *Pediatrics*. 1998. Vol. 102 (6). P. 1494. URL: <https://dx.doi.org/10.1542/peds.102.6.1494>
10. Омельченко Т. Г. Корекція донозологічних станів організму дітей молодшого шкільного віку в процесі фізкультурно-оздоровчих занять: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 24.00.02 / Нац. ун-т фіз. виховання і спорту України. Київ, 2013. 22с.
11. Квашніна Л. В., Майдан І. С., Ігнатова Т. Б. Можливості комплексної корекції проявів шкільної дезадаптації в дітей молодшого шкільного віку. *Здоровье ребенка*. 2019. Том 14. №2. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/47704>
12. Кочина М. Л., Біла А. А. Результати оцінювання рівня соматичного здоров'я студентів різного віку. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2020. Том 5, № 2 (24), С.235–242.
13. Павленко І. І. Рівень соматичного здоров'я і фізичного розвитку старшокласниць. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2018, № 4 (78), С. 324-336.
14. Чижик В. В., Сітовський А. М., Романюк В. П. Вікові нормативи фізичної працездатності школярів 11-17 років. *Перспективи розвитку фізичної культури і спорту у закладах освіти* : матеріали Всеукраїнської онлайн наукової конференції з міжнародною участю, м. Луцьк, 19-20 травня 2022 р. Луцьк, 2022. С. 136-138.

ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ ЗАСОБАМИ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ

Левков А.А.¹, Клеценко Л.В.¹, Вишар Є.В.²

¹Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія
Кондратюка», Полтава

²Полтавський інститут економіки і права, Полтава

Ішемічний інсульт найчастіше виникає внаслідок атеросклеротичного ураження магістральних судин голови та головного мозку, нерідко на тлі артеріальної гіпертензії та цукрового діабету. Рідше причиною захворювання є ревматизм, васкуліт, захворювання крові. Провокуючу роль у розвитку ішемічного інсульту відіграють психічне та фізичне перенапруження, стрес. Серед багатьох механізмів, які безпосередньо викликають ішемічне порушення мозкового кровообігу, провідне місце належить тромбоемболічним і гемодинамічним факторам. Тобто ішемічний інсульт може розвинутися або внаслідок повного закупорювання просвіту судини тромбом або емболом і перекриттям кровотоку по ньому, або внаслідок механізму судинно-мозкової недостатності, яка виникає в басейні стенозованої судини і посилюється порушенням системної гемодинаміки.

Реалізація патогенетичних передумов при вогнищевій ішемії з розвитком інфаркту мозку відбувається внаслідок порушення регіонарних і системних механізмів компенсації мозкового кровообігу. Близько 40% усіх ішемічних інсультів розвиваються за механізмом тромбоемболії судин головного мозку. Атеросклеротичні ураження екстра- та інтракраніальних артерій призводять до тромбозу судин. Крім того, атеросклеротичні бляшки набагато частіше зустрічаються в магістральних судинах голови, ніж у внутрішньомозкових артеріях. Джерелом церебральної емболії часто є продукти розпаду атеросклеротичних бляшок із сонних і хребетних артерій, пухкі безфібринові тромби, тромбоцитарні агрегати. Крім артеріо-артеріальних емболій, приблизно

в 15-20% випадків ішемічні порушення мозкового кровообігу зумовлені кардіогенною емболією, яка часто виникає при ендокардиті, вадах серця, інфаркті міокарда, фібриляції передсердь. При операціях на серці і судинах голови може спостерігатися повітряна емболія. Жирова емболія може виникнути при травмах з переломами кісток. Можлива газова емболія внаслідок накопичення азоту в крові при швидкій декомпресії та зниженні атмосферного тиску.

У розвитку ішемічного інсульту, крім тромбозу та емболії, важливу роль відіграють гемодинамічні механізми, зокрема судинно-мозкова недостатність, порушення реакції ауторегуляції мозкового кровообігу, ангіодистонічні порушення в судинах головного мозку (вазопарез, стаз), а також синдроми обкрадання мозку.

Стосовно спазму судин головного мозку як можливого механізму розвитку ішемічного інсульту, слід зазначити, що його існування не викликає сумнівів і є важливим ланцюжком системи ауторегуляції мозкового кровообігу у відповідь на значне підвищення системного артеріального тиску та зниження в концентрації вуглекислого газу в крові. Однак не всі визнають роль нейрогенних спазмів судин головного мозку в розвитку інфаркту мозку. Більшість дослідників не отримали прямих доказів його ролі у виникненні церебральної ішемії.

Ішемічний інсульт зустрічається переважно у людей середнього та похилого віку, але іноді він може розвинутися і у молодих людей. Захворювання виникає в будь-який час доби, найчастіше під час сну або відразу після нього. У деяких випадках ішемічний інсульт виникає після фізичних навантажень, психоемоційного перенапруження, вживання алкоголю. Розвитку інфаркту мозку часто передують транзиторні порушення мозкового кровообігу.

Найбільш характерним для ішемічного інсульту є поступове наростання вогнищевої неврологічної симптоматики протягом кількох годин, іноді 2-3 діб. Іноді спостерігається миготливий тип розвитку симптомів, коли змінюється ступінь їх вираженості. Приблизно в 1/3 випадків захворювання розвивається

гостро, апоплектиформно. Значно рідше відбувається псевдотуморозний розвиток інфаркту мозку, коли вогнищева симптоматика наростає протягом декількох тижнів. Характерною ознакою ішемічного інсульту є переважання вогнищевої неврологічної симптоматики над загально мозковою симптоматикою, яка іноді взагалі відсутня. Вогнищева симптоматика інфаркту мозку визначається локалізацією ішемії, судинним басейном, в якому відбулося порушення мозкового кровообігу. Свідомість зазвичай збережена або іноді порушується, що проявляється легким ступором. Більш серйозні розлади свідомості з розвитком сопору або коматозного стану спостерігаються лише при великопівкульних інфарктах, які супроводжуються значним набряком головного мозку і вторинним дислокаційно-стовбуровим синдромом. Найчастіше це відбувається при закупорці внутрішньої сонної артерії у внутрішньочерепному відділі або основного стовбура середньої мозкової артерії. Також при ішемічному інсульті відбувається втрата свідомості в судинах вертебрально-базиллярного басейну.

Вегетативні розлади і менингеальні ознаки в початковому періоді ішемічного інсульту відсутні. Вони можуть з'явитися при розвитку набряку головного мозку. У багатьох пацієнтів з явними ознаками серцевої недостатності часто реєструються порушення серцевого ритму.

Серед пацієнтів з ішемічним інсультом виділяють «малий інсульт», коли відновлення неврологічних функцій завершується протягом 2-21 дня. З 1981 року входить до класифікації цереброваскулярних захворювань ВООЗ та до існуючої в Україні класифікації судинних захворювань нервової системи. Клінічні прояви малого ішемічного інсульту часто нагадують перебіг лакунарних інфарктів - особливої форми судинної патології головного мозку. Лакунарні інфаркти є однією з клінічних форм ішемічних порушень мозкового кровообігу, зумовлених ураженням внутрішньомозкових артерій при артеріальній гіпертензії і характеризуються розвитком дрібних вогнищ некрозу в глибоких відділах головного мозку. У структурі цереброваскулярних захворювань вони складають приблизно 19% усіх випадків ішемічних інсультів.

Як показують клініко-морфологічні порівняння за результатами комп'ютерної томографії, лакунарні інфаркти є морфологічним субстратом гіпертонічної енцефалопатії та судинної деменції.

Емболічний інфаркт головного мозку частіше зустрічається у людей молодого та середнього віку. Захворювання розвивається раптово, без передвісників, часто після фізичного навантаження або під впливом емоційного фактора. Можлива втрата свідомості. Кома, яка може розвинутися, короткочасна і неглибока. Судомні напади спостерігаються частіше, ніж при інших формах ішемічного інсульту. Найчастіше емболічний інсульт виникає в басейні гілок лівої середньої мозкової артерії з ураженням внутрішньої капсули і підкіркових вузлів, що зумовлює розвиток правобічної геміплегії або геміпарезу, порушення мови. Іноді можлива емболія судин сітківки, що проявляється скотомами і навіть сліпотю. Відновлення втрачених функцій, хоча і неповне, відбувається відносно швидко.

Лікувальна фізкультура в неврологічному диспансері є методом відновної терапії, широко використовується при лікуванні посттравматичних станів, судинних та інфекційних уражень центральної та периферичної нервової системи. Застосування лікувальної фізкультури сприяє більш повному функціональному відновленню порушеної рухової активності, загальному оздоровленню організму, скороченню термінів непрацездатності, якнайшвидшій фізичній і трудовій реабілітації. ЛФК призначають людям із захворюваннями нервової системи як метод патогенетичної, неспецифічної, комплексної терапії та профілактики.

Патогенетична природа цього лікування полягає в тому, що воно не тільки допомагає усунути причину захворювання, а й змінює перебіг хвороби, умови її виникнення та наслідки. На фоні патологічного процесу лікувальна фізкультура змінює патологічні міжсистемні відносини. Це неспецифічний вид терапії, надає не тільки місцевий, але і загальний вплив на весь організм хворого. Лікувальна фізкультура змінює реактивний стан організму, сприяє якнайшвидшому функціональному відновленню організму хворого. Важлива

роль належить лікувальній фізкультурі як засобу профілактики різноманітних ускладнень, які пов'язані з розвитком основного патологічного процесу (недостатня рухливість суглобів, контрактури, анкілози, порушення координації та ін.). Таким чином, у клініці захворювань нервової системи лікувальна фізкультура – це метод природно-біологічного змісту, що використовує основну функцію людини – рух, який призначають хворим у вигляді спеціальних фізичних вправ. Будучи біологічним стимулятором сприятливі реакції, забезпечує активне залучення пацієнта в процес лікування, стимулює і покращує фізіологічні процеси, характерні для людини.

Продукти білкового обміну, що утворюються в тканинах під час фізичних навантажень, стимулюють тканинний обмін і сприяють зміні нервово-м'язового тону. Стимулююча дія фізичних вправ на фізіологічні процеси, що протікають в організмі хворих із захворюваннями нервової системи, здійснюється через нейроендокринно-гуморальні механізми.

Нервова ланка механізму дії ЛФК пояснюється наступними факторами:

1. Усунення застійного вогнища збудження в корі головного мозку, що розвивається у зв'язку з патологічним процесом на периферії або в різних внутрішніх органах. Придушення і усунення цього негативного вогнища збудження здійснюється завдяки фізичним вправам через рецепторну систему, яка впливає на коркову діяльність за принципом зовнішнього гальмування.

2. Нормалізація динаміки основних нервових процесів кори великих півкуль головного мозку, їх сили, рухливості та врівноваженості. Регуляторна роль цих процесів у життєдіяльності людини стимулюється під впливом систематичних фізичних вправ.

3. Удосконалення умовно-рефлекторної діяльності між корою головного мозку, підкірковими утвореннями, ретикулярною формацією, внутрішніми органами та працюючою мускулатурою. Удосконалюється за рахунок рефлекторної діяльності по прямих і зворотних зв'язках, що йдуть від центральної нервової системи до периферії.

4. Активне включення хворого в процес лікування, у боротьбу з власним захворюванням, що створює певний корковий настрій, який підкріплюється систематичним застосуванням спеціальних фізичних вправ. Це фактично забезпечує створення нової позитивної домінанти, яка пригнічує вогнища негативного застійного збудження (в тому числі больового) в корі головного мозку. Під впливом грамотно проведених занять лікувальною гімнастикою і ознайомлення хворого з позитивними наслідками застосування лікувальної гімнастики у нього виникають позитивні емоції, які відновлюють вегетативні зрушення, покращують кровопостачання і стан нервово-судинного тону. Пацієнт значно швидше одужує, скорочуються періоди непрацездатності, збільшуються можливості самообслуговування в клінічних умовах і в побуті.

Ендокринною ланкою позитивного впливу лікувальної гімнастики є гормональна регуляція фізіологічних процесів в організмі. Гормони кори надниркових залоз і передньої частки гіпофіза сприяють формуванню процесів адаптації до впливу зовнішніх факторів, у тому числі до фізичних вправ. Це так звана гормональна система гіпофіза - кори надниркових залоз. Щитовидна залоза значною мірою регулює обмінні процеси (відкладення в печінці вуглеводів у вигляді глікогену), забезпечуючи «цикл Кребса» - ресинтез глюкози та інші важливі біохімічні процеси, що відбуваються під час м'язової діяльності. У разі підвищеної секреції мінералокортикоїдів відбуваються бурхливі запальні реакції та відповідне інтенсивне створення імунних тіл. Функція ендокринних залоз регулюється центральною нервовою системою, яка має вирішальне значення в механізмі патогенезу.

Гуморальна ланка регуляції в механізмі позитивного впливу лікувальної фізкультури на організм хворого зумовлена циркуляцією в крові біологічно активних речовин і синтезом нуклеїнових кислот і білків, які підвищуються під час фізичних навантажень і забезпечують рівень м'язової активності. працездатність і обмін речовин у людей із захворюваннями нервової системи.

Утворені в організмі хімічні сполуки (гормони, метаболіти, іони водню, кисню, калію, кальцію та ін.), потрапляючи в кров, розносяться по організму,

змінюючи функції органів і систем. Під час м'язової роботи (фізичних вправ) у кров надходять гормони (адреналін, норадреналін та ін.), які збудливо впливають на роботу серця. Метаболіти, що утворюються в м'язах, розширюють артеріоли, які кровопостачають ці м'язи. В результаті захворювань і гіпокінезії змінюється рефлекторна регуляція, виникають патологічні рефлекси і патологічні домінанти, які порушують нормальний перебіг фізіологічних процесів в організмі.

Таким чином, фізичні вправи як неспецифічний біологічний стимулятор сприятливих реакцій є основним пусковим механізмом нейроендокринної та гуморальної регуляції організму під час лікування різноманітних захворювань у неврологічному диспансері.

Список літератури:

1. Канадська клінічна настанова з допомоги пацієнтам після перенесеного інсульту doi : https://physrehab.org.ua/wp-content/uploads/2019/05/NSF_concise_guidelines_physiotherapy_2010_ukr_202812_9.pdf
2. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я doi : https://physrehab.org.ua/wp-content/uploads/docs/5210-preklad_mkf_dorosla_v_docx.pdf
3. Pantielieieva N., Rogova N., Kletsenko L., Braichenko S., Dzholos S. (2020) Legal, organizational and economic aspects of physical rehabilitation and reintegration of combat veterans. *Қазақстан Республикасы Ұлттық ғылым академиясының Хабаршысы*, 4, 242-250.
4. Центр громадського здоров'я МОЗ України. doi : <https://phc.org.ua/news/29-zhovtnya-vsesvitniy-den-borotbi-z-insultom>
5. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація) – режим доступу https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/images/dodatki/2012_602/2012_602dod4ykpmd.pdf

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ РЕНТГЕНЕНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНОЇ ФОРМИ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

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

Полтавський державний медичний університет МОЗ України

В останні роки цукровий діабет набуває значного поширення. Так, згідно з даними Міжнародної діабетичної федерації (IDF) у 2015 році цукровий діабет виявлений у більше чим у 415 мільйонів людей всього світу і очікується, що до 2040 року ця кількість зросте до 640 мільйонів. На їх лікування виділяється до 12% бюджетів охорони здоров'я країн світу, що становить близько 673 мільярдів доларів США [3].

Найбільш поширеними ускладненнями цукрового діабету є виникнення гнійно-некротичних ускладнень стоп в результаті пошкодження периферичних нервів (полінейропатія) чи захворювань магістральних артерій нижніх кінцівок (ангіопатія) з розвитком синдрому діабетичної стопи (СДС). Крім того, у хворих на цукровий діабет відмічаються порушення імунної системи, що значно погіршує результати його лікування та ускладнень, які виникають при цьому [1].

Пацієнти з цукровим діабетом тепер проводять у лікарні більше часу через гнійно-некротичні ускладнення стоп, ніж з приводу будь-яких інших його ускладнень. У хворих на діабет інфекції діабетичної стопи, особливо ті, що поширюються на кістки, є основною причиною ампутації нижніх кінцівок, що призводить до підвищеного ризику інвалідності та, навіть, їх смерті [2].

Тому, діагностика і лікування СДС повинна відповідати мультидисциплінарному підходу, який використовує різні діагностичні інструменти, проводиться різними спеціалістами та вимагає багаторічного досвіду лікування цього захворювання. Крім того, пацієнти, щоб запобігти ампутації нижньої кінцівки з приводу гнійно-некротичних ускладнень СДС, повинні бути навчені, як проводити їх профілактику [7].

Однак, майже 80% осіб із СДС страждають на захворювання периферичних артерій та мікроциркуляторного русла нижніх кінцівок [6]. При розвитку ішемічної форми СДС виникають оклюзійно-стенотичні ураження артерій нижніх кінцівок, що також приводить до зниження компенсаторного кровотоку по колатеральним судинам, в результаті чого зменшується можливість виконання ефективних відновних операцій, а це, у свою чергу, приводить до збільшення кількості ампутацій нижніх кінцівок майже у 20 разів [5]. Тому, застосування успішних реконструктивних втручань на артеріях нижніх кінцівок у хворих з цукровим діабетом значно зменшує частоту виконання великих ампутацій. Відновлення кровотоку у таких артеріях проводиться за допомогою відкритих чи рентгенендоваскулярних операцій, або їх поєднання [8].

У наш час все частіше застосовують ендovasкулярні втручання, серед них здебільшого виконують балонні ангіопластики, які є менш травматичними, а ефективність їх виконання контролюється ангіографією. При цьому, віддалені результати відновлення прохідності артерій після виконання балонної ангіопластики стегново-підколінно-гомількового сегментів дещо нижчі у хворих з цукровим діабетом у порівнянні з пацієнтами без такого, але вони можуть бути достатніми для покращання загоєння трофічних виразок та післяопераційних ран після виконання ампутацій у межах стопи [4].

Отже, на сьогоднішній день залишаються актуальними питання розробки, удосконалення і контролю за ефективністю виконання рентгенендоваскулярних операцій на артеріях нижніх кінцівок, особливо у віддаленому періоді, які направлені на покращання результатів лікування хворих з ішемічною формою СДС.

Метою дослідження є вивчення результатів контролю ефективності виконання різними методами рентгенендоваскулярного лікування оклюзійно-стенотичних уражень підколінних і гомількових артерій у хворих з ішемічною формою синдрому діабетичної стопи у віддаленому періоді.

Дане дослідження проведене за участі 112 хворих з ішемічною формою СДС, які протягом 2017-2021 років перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні хірургії судин КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради». Середній вік цих хворих становив $64,3 \pm 5,07$ років, серед них було 37 (33%) жінок і 75 (67%) – чоловіків. У всіх пацієнтів виявлений цукровий діабет другого типу у стадіях компенсації чи субкомпенсації.

Оклюзії та гемодинамічні значимі стенози підколінних і гомілкових артерій нижніх кінцівок виявлені при проведенні ультразвукового кольорового ангіосканування нижніх кінцівок і тазу та були підтверджені за допомогою черезшкірної субтракційної артеріографії. Усім пацієнтам було виконані загальноклінічні, лабораторні та інструментальні обстеження, вони перебували під динамічним спостереженням ендокринолога та консультовані кардіологом, неврологом та за необхідності оглядалися іншими суміжними спеціалістами.

Для покращання периферичного кровообігу в ішемічній нижній кінцівці усім хворим проводилася балонна ангіопластика підколінних та гомілкових артерій. У залежності від методів її виконання пацієнти були розподілені на дві групи дослідження. До першої групи були включені 58 (51,8%) хворих, яким балонна ангіопластика проводилася згідно загальноприйнятих методів і вимог. У другу групу ввійшли 54 (48,2%) пацієнтів, яким проводилася поетапна дозована поступова балонна ангіопластика цих артерій згідно запропонованого нами методу, суть якого полягала у тому, що при виконанні ангіопластики проводилося поступове збільшення тиску у балоні катетеру з експозицією 5 хвилин при досягненні $3/4$ від номінального тиску, з подальшим поступовим поетапним збільшенням тиску на 1 атм за 1 хвилину та експозицією 5 хвилин при досягненні необхідного діаметру, який має відповідати внутрішньому діаметру досліджуваної судини [9]. При такому методі проведення балонної ангіопластики наступало не різке збільшення діаметру артерії, при якому виникали розриви та дисекції атеросклеротичнозміненої інтими, що

супроводжувалося виникненням тромбозів, а відбувалося поступове її розтягнення і кількість таких ускладнень була значно меншою.

Перед проведенням ендovasкулярного лікування усім пацієнтам призначалася подвійна дезагрегантна терапія у вигляді препаратів ацетилсаліцилової кислоти та клопідогрелю. Під час виконання рентгенендоваскулярного оперативного втручання внутрішньоартеріально вводили розчин гепарину. У післяопераційному періоді пацієнти обох груп отримували схоже консервативне лікування, яке включало призначення дезагрегантів, інсулінів (згідно рекомендацій ендокринолога), периферичних вазодилататорів, а при наявності трофічних ускладнень – антибіотиків. Хворим із гнійно-некротичними ускладненнями проводили некректомії та ампутації пальців та стопи на різних рівнях.

Результати лікування оцінювали у віддаленому післяопераційному періоді через 180 діб після виписки із стаціонару. У всіх оглянутих пацієнтів обох груп дослідження збирали скарги, вивчали анамнез перебігу даного захворювання після проведення рентгенендоваскулярного лікування, а також проводили огляд, визначали пульсацію на артеріях нижніх кінцівок, виконували ультразвукове кольорове ангіосканування нижніх кінцівок і тазу та вираховували кісточно-плечовий індекс. Отримані цифрові результати обстеження піддавалися статистичним методам дослідження.

Для оцінки віддалених результатів лікування хворих з ішемічною формою СДС через 180 діб після виписки із стаціонару змогли оглянути 49 (84,5%) осіб першої та 44 (81,5%) – другої груп дослідження. Решта пацієнтів не з'явилися на повторний огляд через низку індивідуальних причин і оголошення пандемії COVID-19.

Усі хворі обох груп дослідження у післяопераційному періоді постійно отримували профілактичні дози дезагрегантів, ліпідо- та цукорознижуючі препарати та медикаментозні засоби, які були призначені з приводу супутньої патології.

Протягом 180 діб після виконання ендovasкулярних операцій на підколінно-гомільковому сегменті артерій у 15 (30,6%) хворих першої групи наступили тромбози оперованих ділянок артерій, що у свою чергу після проведення консервативного лікування привели до виникнення повторних глибоких виразок стоп у 2 (4,1%) та розвитку ішемічної гангрені нижніх кінцівок, які закінчилися «малими» ампутаціями на рівні стопи – у 1 (2,04%) і «високими» на рівні гомілки – у 3 (6,12%) та стегна – у 3 (6,12%) пацієнтів. У 6 (12,2%) пацієнтів проводили оперативні лікування, які направлені на видалення тромбів із артерій та проводили відповідну медикаментозну терапію, після чого вдалось зберегти нижню кінцівку, тобто перевести гостру ішемію у хронічну.

У другій групі дослідження через 6 місяців після виконання дозованої поступової поетапної балонної ангіопластики підколінних і гомількових артерій у 7 (15,9%) пацієнтів виявлений тромбоз оперованих ділянок судин, що привело до розвитку у 3 (6,8%) повторних глибоких виразок стоп та у 3 (6,8%) – до виникнення ішемічної гангрені, які закінчилися «малими» ампутаціями на рівні стопи – у 2 (4,54%) осіб і «високими» на рівні стегна – у 1 (2,27%) хворого. Ще у одного (2,27%) хворого була виконана тромбектомія із артерій з наступним проведенням консервативної терапії, в результаті чого кінцівка була збережена.

Отже, у пацієнтів першої групи протягом 180 діб спостереження після виконання відновних ендovasкулярних оперативних втручань на підколінних та гомількових артеріях тромбози оперованих ділянок артерій виникали у 1,9 рази частіше у порівнянні з хворими другої групи. Відповідно до цього показника розвиток гнійно-некротичних ускладнень СДС у осіб першої групи виник у 9 (18,4%), а у другій групі – у 6 (13,6%) хворих, що було майже у 1,4 рази більше. А отже, «малих» і «високих» ампутацій у пацієнтів першої групи виконано у 2,1 рази більше у порівнянні з особами другої групи. Крім того, визначали рівень достовірності за допомогою точного критерію Фішера. Даний метод призначений для зіставлення двох вибірок за частотою зустрічі

відповідного ефекту. Він оцінює достовірність відмінностей між відсотковими частками двох вибірок, в яких зареєстрований цікавий для нас ефект. Так, за результатами точного критерію Фішера рівень достовірності за такими показниками, як виникнення тромбозів оперованих ділянок артерій, які виявили у пацієнтів першої і другої груп є достовірним той результат ($p=0,0498$), що у хворих першої групи кількість тромбозів є значно більшою чим у осіб другої. Однак, при порівнянні виникнення у віддаленому періоді спостереження гнійно-некротичних ускладнень СДС у пацієнтів обох груп дослідження, цей результат є не достовірним ($p=0,1856$), а при порівнянні за кількістю виконаних «малих» і «високих» ампутацій нижніх кінцівок показники є також не достовірними ($p=0,1408$).

При виконанні у віддаленому післяопераційному періоді ультразвукового кольорового ангіосканування нижніх кінцівок і тазу пацієнтам визначали пікову систолічну швидкість кровотоку у оперованих артеріях нижніх кінцівок. Так, на стегновій артерії у пацієнтів першої групи вона у середньому становила $65,54 \pm 1,87$ см/с, а у хворих другої групи – $66,48 \pm 2,3$ см/с ($p=0,40852$). На підколінних артеріях пікова систолічна швидкість кровотоку у середньому дорівнювала $54,65 \pm 2,08$ см/с у осіб першої і $57,82 \pm 2,18$ см/с – у пацієнтів другої груп дослідження ($p=0,25408$). Середні показники пікової систолічної швидкості кровотоку на задній великогомілковій артерії у хворих першої групи становили $33,57 \pm 1,76$ см/с, а у пацієнтів другої групи – $37,05 \pm 2,24$ см/с ($p=0,89476$), а на передній великогомілковій артерії середні величини того ж показника дорівнювали $30,86 \pm 2,17$ см/с у осіб першої та $39,52 \pm 1,94$ см/с – у хворих другої груп ($p=0,04869$).

Отже, середня величина пікової систолічної швидкості кровотоку у відновлених артеріях нижньої кінцівки залишається достовірно вищою у порівнянні з такою ж величиною перед виконанням ендovasкулярних оперативних втручань, але в середньому дещо знизилася у порівнянні з показниками, які спостерігали на момент виписки хворих із стаціонару.

Причому, значне достовірне зниження відбулося як на передній, так і на задній великогомілкових артеріях.

Така ж залежність спостерігається і при визначенні кісточно-плечового індексу на обох артеріях гомілки. Так, середня величина даного індексу на передніх великогомілкових артеріях у пацієнтів першої групи дорівнювала $0,59 \pm 0,13$, а у хворих другої групи – $0,61 \pm 0,24$ ($p=0,87904$), а на задніх великогомілкових артеріях – відповідно $0,65 \pm 0,09$ і $0,66 \pm 0,18$ ($p=0,92406$).

Результати даного дослідження вказують на те, що проведення рентгенендоваскулярного лікування є доволі перспективним методом відновлення прохідності підколінних і гомілкових артерій у хворих з ішемічною формою СДС. У пацієнтів, яким виконувалася запропонована нами поетапна дозована балонна ангіопластика цих артерій при спостереженні протягом 180 діб після ендоваскулярної операції значно менше виникає ускладнень у місці проведення оперативних втручань, а відповідно менше виконується ампутацій нижніх кінцівок на різних рівнях.

Таким чином, при огляді пацієнтів через 180 діб після виконання відновних рентгенендоваскулярних операцій встановлено, що гнійно-некротичні ускладнення стоп, які виникли у них протягом всього періоду спостереження пов'язані з тромбозами оперованих ділянок артерій і при їх прогресуванні привели до ампутації нижніх кінцівок на різних рівнях. Однак, у більшості хворих протягом даного терміну спостереження зберігається прохідність оперованих артерій, причому їх більше у осіб другої групи, відновні операції яким виконувалися за запропонованим методом дозованої поетапної поступової балонної ангіопластики підколінних і гомілкових артерій. Тому, даний метод можна рекомендувати для проведення відновних рентгенендоваскулярних оперативних втручань, як на підколінних, так і на гомілкових артеріях у хворих з ішемічною формою СДС.

Список літератури

1. Aynalem, S.B.; Zeleke, A.J. Prevalence of Diabetes Mellitus and Its Risk Factors among Individuals Aged 15 Years and above in Mizan-Aman Town, Southwest

- Ethiopia, 2016: A Cross Sectional Study. *Int. J. Endocrinol.* 2018, 9317987. DOI: [10.1155/2018/9317987](https://doi.org/10.1155/2018/9317987).
2. Hussain Z., Thu H.E., Shuid A.N., Katas H., Hussain F. Recent Advances in Polymer-Based Wound Dressings for the Treatment of Diabetic Foot Ulcer: An Overview of State-of-the-Art. *Curr. Drug Targets.* 2017; 19: 527-550. DOI: [10.2174/1389450118666170704132523](https://doi.org/10.2174/1389450118666170704132523).
 3. Jiménez, P.G.; Martín-Carmona, J.; Hernández, E.L. Diabetes Mellitus. *Medicine.* 2020; 13: 883-890. DOI: [10.1016/j.med.2020.09.010](https://doi.org/10.1016/j.med.2020.09.010).
 4. Jongsma H, Bekken JA, Akkersdijk GP, et al. Angiosome-directed revascularization in patients with critical limb ischemia. *J Vasc Surg.* 2017;65(4):1208–1219. DOI: [10.1016/j.jvs.2016.10.100](https://doi.org/10.1016/j.jvs.2016.10.100).
 5. Lüscher TF, Creager MA, Beckman JA, Cosentino F. Diabetes and vascular disease pathophysiology, clinical consequences, and medical therapy: part II. *Circulation.* 2003;108:1655–1661. DOI: [10.1161/01.CIR.0000089189.70578.E2](https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000089189.70578.E2).
 6. Megallaa, M.H.; Ismail, A.A.; Zeitoun, M.H.; Khalifa, M.S. Association of diabetic foot ulcers with chronic vascular diabetic complications in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Metab. Syndr. Clin. Res. Rev.* 2019; 13: 1287-1292. DOI: [10.1016/j.dsx.2019.01.048](https://doi.org/10.1016/j.dsx.2019.01.048).
 7. Ruke M.G., Savai J. Diabetic Foot Infection, Biofilm & New Management Strategy. *Diabetes Res. Open Access* 2019; 1: 7-22. DOI: [10.36502/2019/droa.6152](https://doi.org/10.36502/2019/droa.6152).
 8. Thiruvoipati T, Kielhorn CE, Armstrong EJ. Peripheral artery disease in patients with diabetes: epidemiology, mechanisms, and outcomes. *World J Diabetes.* 2015;6(7):961–969. DOI: [10.4239/wjd.v6.i7.961](https://doi.org/10.4239/wjd.v6.i7.961).
 9. Zhdan V.M., Lyakhovs'kyi V.I., Sakevych R.P., Puzyr'ov H.S., Khanenko YE.B. Sposib profilaktyky uskladnen', pov'yazanykh iz poshkodzhennyam sudynnoyi stinky pry balonniy anhioplastyky. Patent na korysnu model' № 141473. Zayavka № u 2019 10066. Byul. №7 vid 10.04.2020.

РЕГІОНАРНІ МЕТОДИКИ ЗНЕБОЛЕННЯ ПІД КОНТРОЛЕМ УЗД ПРИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ НА ОРГАНАХ ГРУДНОЇ КЛІТКИ. АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ФАСЦІАЛЬНІ ПРОСТОРИ ГРУДНОЇ КЛІТКИ.

Черній В.І., Мирона В.С, Тополов П.О.

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

Вступ. Ще трохи більше десяти років тому регіонарна анестезія грудної стінки була обмежена торакальною епідуральною аналгезією, грудними паравертебральними блокадами та блокадами міжреберних нервів, всі вони спрямовані на грудні спинномозкові нерви. Широке впровадження в практику лікаря анестезіолога ультразвукового дослідження (УЗД) дає можливість вдосконалювати техніку регіонарних методів знеболення [1]. Адже за допомогою УЗД можемо візуалізувати анатомічні структури, а саме м'язи та фасції, між листками яких, ввівши місцевий анестетик, можемо заблокувати чутливі гілки нервів тої чи іншої анатомічної ділянки, провівши таким чином аналгезію. Дана методика є достатньо простою для лікарів навіть з мінімальними навичками володіння УЗД діагностики. А можливість працювати подалі від магістральних судин та нервових стовбурів робить цю методику достатньо безпечною в плані ятрогенії [1,2].

Кількість цих методів зростає. Пропонуємо до розгляду блоки грудної клітки під УЗД контролем, які ми використовуємо в нашій практиці і які можуть бути альтернативою епідуральній та паравертебральній анестезії в грудному відділі.

Мета. Впровадження регіонарних методів анестезії під УЗД контролем у пацієнтів, яким виконується оперативне втручання на органах грудної клітки.

Матеріал та методи. На базі хірургічного стаціонару ДНУ НПЦПКМ ДУС було прооперовано і включено в дослідження 35 хворих, яким було

виконано кардіохірургічне втручання із включенням регіонарних методів анестезії, як компонента мультимодальної аналгезії.

Всі блоки грудної клітки можемо поділити на блоки передньої групи, латеральної та задньої групи блоків. Для виконання блоків необхідні знання анатомії грудної стінки. Отже м'язи грудної клітки можна поділити на поверхневі та глибокі (Рис.1).

До поверхневих м'язів грудної клітки відносяться підключичний м'яз, великий грудний м'яз, малий грудний м'яз, передній зубчастий м'яз .

До глибоких м'язів грудної клітки відносяться зовнішні міжреберні внутрішні міжреберні та поперечний м'яз грудної клітки.

Між великим грудним та малим грудним м'язом проходить латеральний та медіальний грудний нерв С5-Т1 таким чином, щоб заблокувати даний нерв необхідно ввести анестетик між цими двома м'язами. PEC I bloc [1,3].

Між малим грудним м'язом та зубчастим м'язом виходять латеральні гілки та передні гілки міжреберних нервів відповідно, ввівши анестетик між цими м'язами ми заблокуємо ці нерви. PEC II bloc [1,3].

Торакодорзальний нерв С6-С8 та довгий грудний нерв С5-С7 проходять під зубчастим м'язом, відповідно ввівши анестетик над та під зубчастим м'язом заблокуємо гілки цих нервів та латеральні шкірні гілки міжреберних нервів. SAP bloc (Рис.1).

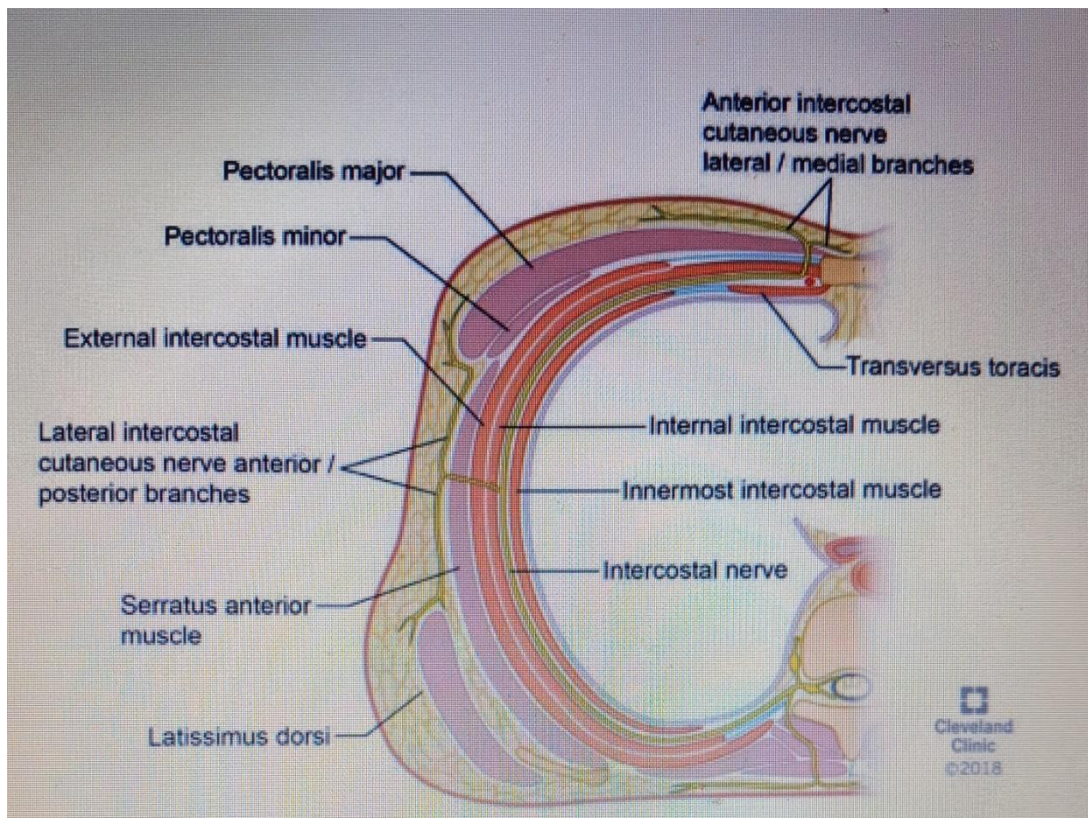


Рис. 1. М'язи грудної клітки [1]

PEC I bloc *m.pectoralis major*

Під УЗД контролем візуалізуємо великий грудний та малий грудний м'язи на рівні III ребра.

Мета блоку: заблокувати медіальний і латеральний грудні нерви, які є гілками плечового сплетення, а також латеральні передні гілки міжреберних нервів. Поряд із нервами проходить торакоакроміальна артерія, про яку необхідно пам'ятати при виконанні блоку, тому при введенні місцевого анестетика необхідно проводити аспіраційну пробу; при наявності доплера на УЗД апараті необхідно ним скористатися.

Місцевий анестетик вводиться між великим грудним м'язом і малим грудним м'язом на рівні III ребра. Вводимо 25-50 мг бупівакаїну (лонгокаїн) з ад'ювантом - дексаметазон 4 мг. В умовах нашого закладу даний блок використовуємо при встановленні кардіостимулятора (Рис.2).

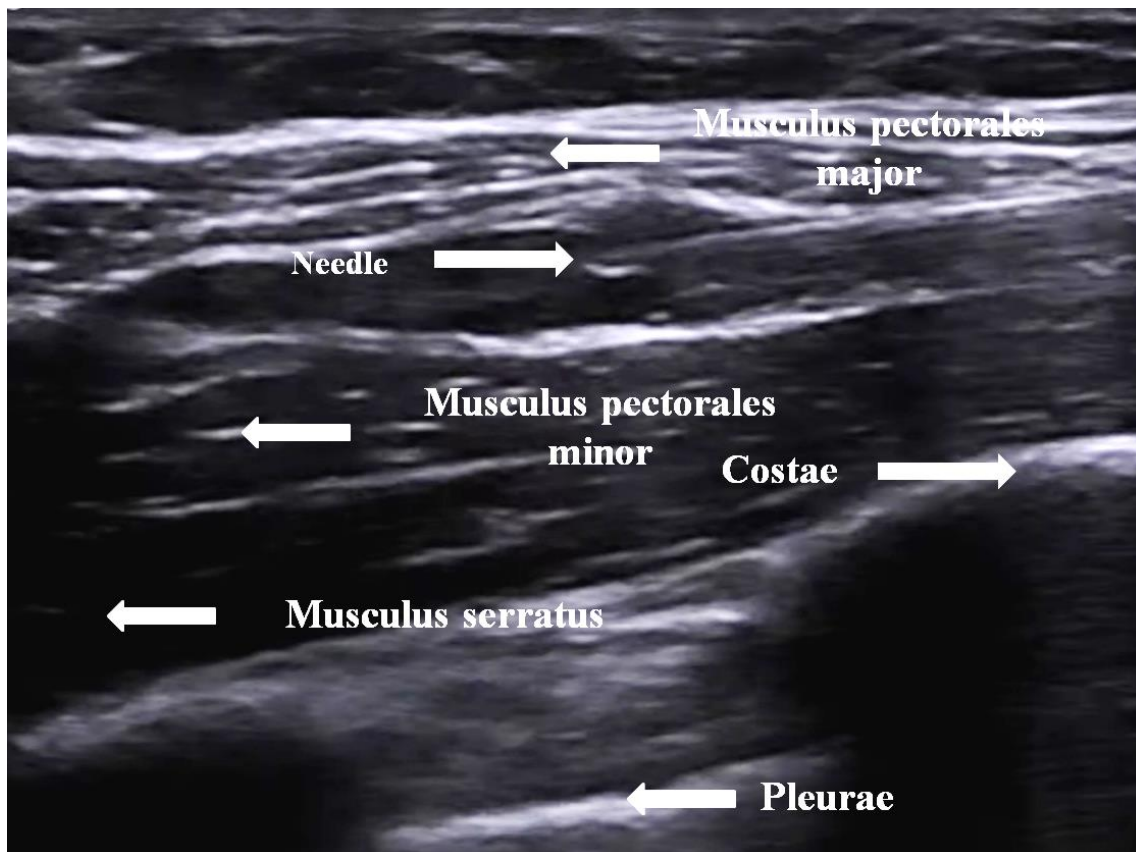


Рис.2. Розповсюдження місцевого анестетика між великим та малим грудним м'язами. PEC I bloc.

PECII bloc m.pectoralis minor.

Під УЗД контролем на рівні того ж таки III ребра не переколюючись вводимо місцевий анестетик між малим грудним м'язом та переднім зубчастим м'язом.

Мета: заблокувати бічні шкірні гілки міжреберних нервів, приблизно T2–T6 та гілки довгого грудного і торакодорзального нервів. Нерви відносяться до нервів плечового сплетення. Вводимо бупівакаїн (лонгокаїн) 50 мг з ад'ювантом - дексаметазон 4мг. Таким чином, забезпечуємо знеболювання верхньої та передньобочкової стінки грудної клітки (Рис.3).

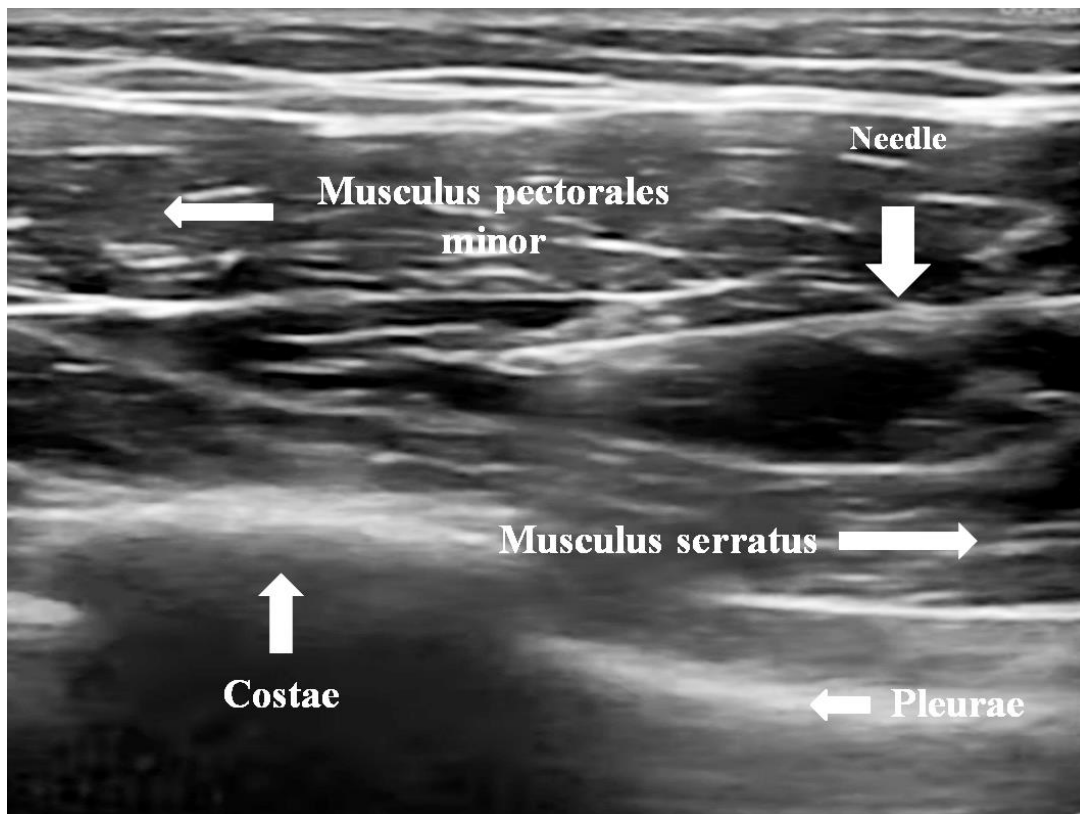


Рис.3. Розповсюдження МА між малим грудним та переднім зубчастим м'язом. PEC II bloc.

Технічно дані блоки можна виконати з одного прокола, тобто якщо хороша візуалізація на УЗД апараті, то спочатку виконуємо блок PECII bloc. Потім при виході голки виконуємо PECI bloc. Дані види блоку можемо використати як компонент мультимодальної аналгезії при таких оперативних втручаннях: пластична хірургія, хірургія молочної залози, мастектомія, дисекція лімфовузлів грудної ділянки, передня торакотомія.

В 2016 році було проведено дослідження на ефективність та рівень доказовості міжфасціальних блоків. Блоки PEC I bloc і PECII bloc мають рівень доказовості A щодо ефективності знеболювання [4]. У 2019 році було проведено рандомізоване контрольоване дослідження (РКД) в хірургії грудей, де порівнювали блок PECII bloc з торакальною епідуральною блокадою і дійшли висновків, що немає істотної різниці в балах болю, часу до першого запиту знеболюючого або споживанням опіоїдів протягом 24 годин пацієнтами, які отримали PECS2 або торакальні чи паравертебральні блокади [4].

В ДНУ НПЦПКМ ДУС дані блоки широко використовуються при малоінвазивному аорто-коронарному шунтуванні (АКШ) як компонент мультимодальної аналгезії.

До латеральної групи блоків відноситься SAP blok (blok musculus serratus, блокада зубчастого м'яза) [5]. Під УЗД контролем візуалізуємо зубчастий м'яз; найкраща візуалізація м'яза на рівні четвертого-п'ятого ребра по передній аксілярній лінії. Відсепаровуємо за допомогою анестетика зубчастий м'яз від зовнішніх міжреберних м'язів та ребер, що дозволяє заблокувати бічні шкірні гілки міжреберних нервів приблизно Т3–Т9 та довгий грудний і торакодорзальний нерв. Місцевий анестетик вводиться між переднім зубчастим м'язом *m.serratus anterior* та зовнішнім міжреберним м'язом *m. intercostalis externus* (Рис.4). SAP blok забезпечує достатню ефективну анальгезію бокової стінки грудної клітки, що є ефективним при стернотомії. Використовуємо місцевий анестетик бупівакаїн (лонгокаїн) в об'ємі по 50мг з обох сторін грудної клітки з додаванням ад'юванту дексаметазону 8мг. Рівень доказовості В [4].

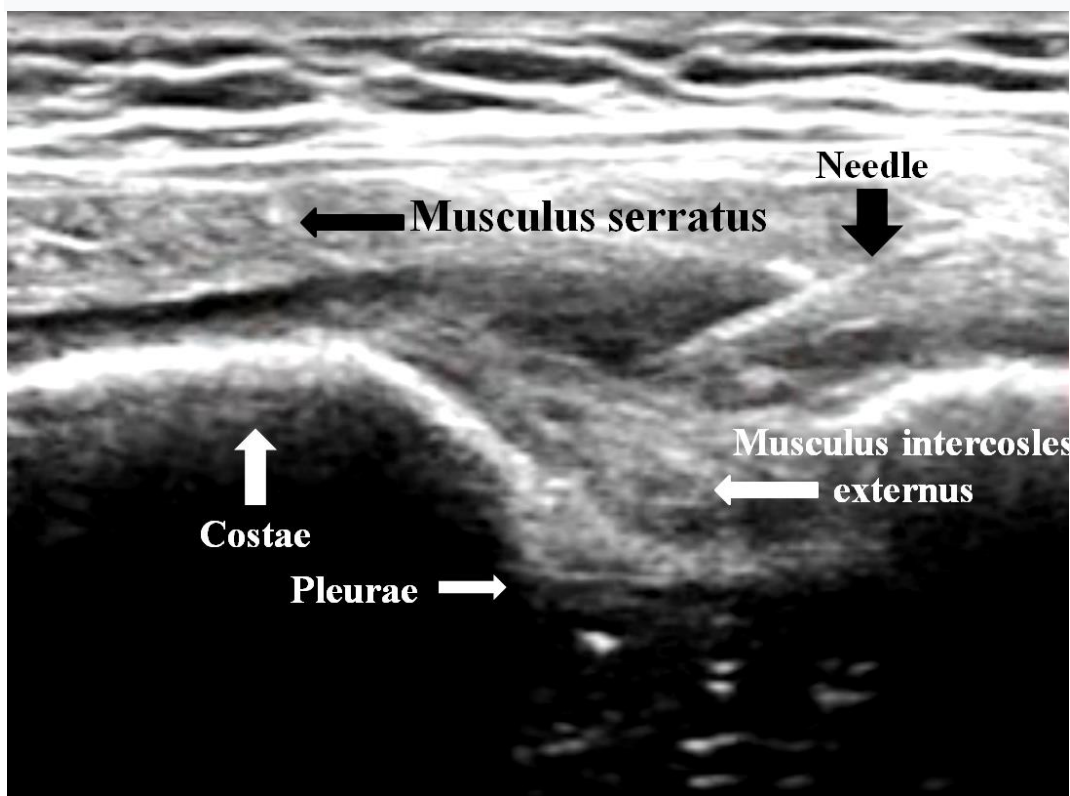


Рис.4. Відсепарування *m.serratus* від *m.intercostalis ext.* та ребер. SAP bloc.

В нашій практиці SAP blok використовуємо як компонент мультимодальної аналгезії в кардіохірургії, при стернотомії. Це дозволяє відмовитися від опіоїдів та значно зменшити використання НПЗП в ранньому післяопераційному періоді. Даний блок в комбінації із PЕCІ і PЕC ІІ дає гарну аналгезію при оперативних втручаннях в аксілярній ділянці.

До задньої групи блоків відноситься ESP bloc. Блокує дорсальні та вентральні гілки спинномозкового нерва. Місцевий анестетик вводиться над поперечними відростками на рівні T5. Візуалізуємо три м'язи: трапецієвидний м'яз, ромбоподібний м'яз, і м'яз випрямляч спини. Необхідно досягти розповсюдження місцевого анестетика у міжфасціальний простір, під м'яз випрямляч спини з попаданням його у паравертебральну ділянку та впливом на вентральні гілки. Вводимо від 20 до 40 мл місцевого анестетика (лонгокаїн) малої концентрації. Очікуємо блок від T2 до T9. Забезпечуємо знеболювання переднього, бічного та заднього відділів грудної стінки.

Результати та дискусія

Останнім часом в ДНУ НПЦПКМ ДУС практично всі кардіохірургічні втручання з використанням стернотомії проводяться із включенням міжфасціальних блоків під УЗД контролем, як компонент мультимодальної аналгезії.

Розроблено диференційований підхід до кардіохірургічного втручання з використанням стернотомії. Одній групі хворих виконано 25 блоків, які представляють потрібну комбінацію із PЕCІ blok, PЕCІІ blok, SAP bloc блоків. Другій групі хворих при виконанні кардіохірургічних втручаннях через стернотомію виконано 5 так званих PIF bloc [6]. Місцевий анестетик ропівакаїн (ропілонг) вводиться над хрящевими ділянками ребер, які безпосередньо прикріплюються до грудини і великим грудним м'язом. Це дає нам можливість заблокувати передні шкірні гілки міжреберних нервів. Даний вид блоку йде в комбінації із SAP bloc, тобто представляє подвійну комбінацію із SAP bloc, PIF

bloс блоків. Та при мініінвазивному кардіохірургічному доступі подвійну комбінацію із PЕCІ blok, PЕCІІ blok виконано 5-ти пацієнтам.

Для оцінки адекватності знеболювання під час операції використовувався BIS – монітор, у післяопераційному періоді використовувалася шкала оцінки болю – візуально-аналогова шкала (ВАШ). Проведені дослідження показали, що рівень знеболювання після операції був адекватний (3-4 бали за шкалою ВАШ) і суттєво не відрізнявся у досліджуваних групах ($P > 0,05$)

Отримані дані свідчать про перевагу мультимодальної аналгезії з використанням міжфасціальних блоків над традиційною протокольною анестезією [7]. За результатами спостережень значно зменшилося використання НПЗП (на 64%) в ранньому післяопераційному періоді та практично не використовуються опіоїди. Проводиться подальший моніторинг пацієнтів, результати будуть опубліковані згодом.

Висновки

1. **SAP bloc** у комбінації із **PЕCІ blok** і **PЕCІІ blok** забезпечують надійну аналгезію при оперативних втручаннях та ефективно використовується як компонент мультимодальної аналгезії в кардіохірургії при стернотомії.
2. Використання міжфасціальних блоків дозволяє покращити якість знеболювання, та дозволяє значно зменшити використання опіоїдів та НПЗП в ранньому післяопераційному періоді.
3. Комбінація із міжфасціальних блоків (**PЕCІ blok**, **PЕCІІ blok**, **SAP blok**), це крок до відмови від застосування опіоїдів .

Список використаної літератури:

1 Kelava M., Alfirevic A., Bustamante S. et al Regional Anesthesia in Cardiac Surgery: An Overview of Fascial Plane Chest Wall Blocks. *Anesth Analg.* 2020. Vol. 13, no1. P.127–35 [doi: 10.1213/ANE.0000000000004682](https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004682).

2. Turkmen S., Mutlu M. Evaluation of the effect of different block techniques on open-heart surgery in the postoperative period: a prospective observational study. *Cardiovasc J Afr.* 2022. Vol. 33, no. 3. P.153-156. [doi: 10.5830/CVJA-2022-016](https://doi.org/10.5830/CVJA-2022-016).

3. Dost B., Kaya C., Turunc E. et al Erector spinae plane block versus its combination with superficial parasternal intercostal plane block for postoperative pain after cardiac surgery: a prospective, randomized, double-blind study. *BMC Anesthesiol.* 2022. Vol. 22, no.1. P. 295. doi: [10.1186/s12871-022-01832-0](https://doi.org/10.1186/s12871-022-01832-0).
4. Abrahams M., Derby R., Horn J-L. Update on Ultrasound for Truncal Blocks: A Review of the Evidence. *Reg Anesth Pain Med.* 2016. Vol.41, no. 2. P. 275-88. doi: [10.1097/AAP.0000000000000372](https://doi.org/10.1097/AAP.0000000000000372)
5. Jack JM, McLellan E, Versyck B, Englesakis MF, Chin KJ. The role of serratus anterior plane and pectoral nerves blocks in cardiac surgery, thoracic surgery and trauma: a qualitative systematic review. *Anaesthesia.* 2020. Vol.75, no.10. P.1372–85. doi: [10.1111/anae.15000](https://doi.org/10.1111/anae.15000). Epub 2020 Feb 16.
6. Dost B., De Cassai A., Balzani E. et al Effects of ultrasound-guided regional anesthesia in cardiac surgery: a systematic review and network meta-analysis. *BMC Anesthesiol.* 2022. Vol.22, no. 1. P.409. doi: [10.1186/s12871-022-01952-7](https://doi.org/10.1186/s12871-022-01952-7).
7. Куриленко Я.В. Удосконалення технологій періопераційного моніторингу та інтенсивної терапії при аортокоронарному шунтуванні у хворих на ішемічну хворобу серця: дис.... наук. ступеня докт. філософії. 222 Київ, 2022. 174с.

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ,
ЯКІ СТАЛИ ВИМУШЕНИМИ ПЕРЕСЕЛЕНЦЯМИ,
В УМОВАХ ДІЇ ВОЄННОГО СТАНУ**

Чернов А. А.¹, Заїка В. М.², Лебедєв В. А.³

¹Центр допомоги врятованим м. Полтави

²Полтавський інститут економіки і права Університету «Україна», м. Полтава

³Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»,
м. Полтава

Вступ. Повномасштабне вторгнення військ РФ на територію України в 2022 році стало головною причиною психологічного травмування дітей різного віку. Психологічне травмування відбувається через необхідність залишити постійні місця проживання, що в свою чергу призводить до втрати раніше набутих соціальних зв'язків та вихід дитини із зони її комфорту. Також дуже часто діти стають свідками смертей оточуючих та близьких, важких поранень, зґвалтувань, інших проявів насилля, артилерійських чи ракетних обстрілів, або, навіть інколи, втрачають своїх рідних та батьків через воєнні дії. Травматичний досвід, отриманий дитиною, впливає, як на її психічний розвиток, так і на її соматичне здоров'я, що часто перетворюється в проблеми в навчанні та спілкуванні, проблеми дезадаптації, соматизації травматичного досвіду. Отже, дуже важливою потребою сьогодення є надання психологічної допомоги дітям, які тікають від війни, і тому цей короткий нарис буде присвячений психологічній допомозі дітям різного віку, що стали жертвами війни.

Виклад основного матеріалу. Будь яка психологічна допомога дитині надається з урахуванням її вікових особливостей, адже від вікових властивостей дитини залежить операційна складова психокорекційної роботи, тому що вікові норми розвитку є орієнтирами в роботі кожного психолога. Важливо також при корекційній роботі враховувати сенситивні періоди розвитку психічних процесів та нормативні вікові кризи особистості, через які проходить дитина. Знання основної теоретичної бази з вікової та педагогічної психологіє є важливою передумовою психокорекційної роботи з дитиною. В

своїй роботі ми не використовуємо одну окрему теорію дитячого розвитку, адже в залежності від уподобань вченого, історичного періоду в якому він працював (створював свою теорію), теоретичні концепції описують окремі аспекти розвитку. Як такої, цілісної теорії, щоб описово пояснювала дитячий розвиток усебічно не існує. При теоретичному аналізі психології дитячого віку зважаємо на те що закономірності розвитку вікових груп дітей відносять до психологічних законів, а розвиток окремо взятої дитини це радше феномен, який детермінується, як соціальними факторами (сім'я, друзі, школа або садочок) так і біологічними (індивідуальне дозрівання дрібної моторики, виникнення психічних новоутворень на базі сформованості та зрілості нервових структур)

Теоретичний базис що може стати у нагоді практичному психологу під час планування роботи з дітьми, що стали вимушеними переселенцями коротко подаємо у таблиці №1 [1; 2; 7]. Деякі теорії ми навмисно виділяємо з теоретичного узагальнення, наприклад теорію прив'язаності, наголошуючи на важливості її врахування при побудові роботи з дітьми раннього віку.

Таблиця 1.

Взаємозв'язок основних психологічних теорій дитячого розвитку та методів, які використовуються при роботі з дітьми

Теорія дитячого розвитку	Автори	Вік, до якого теорія застосовується	Положення теорії, що використовуються під час корекції
Теорія прив'язаності	Дж. Баолбі, М. Есфорт та ін.	Ранній дитячий і дошкільний вік	Використання положення про прив'язаність та її види при розробці домашніх завдань, рекомендацій батькам. Опора на вже сформовану прив'язаність в корекційній роботі
Епігенетична теорія розвитку	Е. Еріксон	Весь період дозрівання	Положення про зміни в соціальному положенні

			дитини. Використання вже сформованих новоутворень у дитини та сприяння виникненню нових.
Культурно-історична теорія розвитку	Л. Виготський та ін.	Весь період дозрівання	Соціальне середовище як основна рушійна сила дитячого розвитку. Поняття інтеріоризації, що є важливою запорукою корекційної роботи
Моральний розвиток особистості	Ж. Піаже, Л. Кольберг та ін.	Шкільний та дошкільний вік	Перехід від зовнішньої регуляції до внутрішньої. Підтримка дитячої системи саморегуляції
Теорія діяльності	О. Леонтьєв, О. Запорожець та ін.	Весь період дозрівання	Послідовна зміна діяльності людини під час розвитку. Опора психологічної корекції на провідний тип діяльності. Наслідування дій дорослого.
Теорії			
біхевіоризму	Дж. Уотсон, Г. Айзенк, Дж. Годфруа, К. Флейк Хобсон, Б. Скіннер та ін.	Весь період дозрівання	Закріплення позитивних дій, форми позитивного підкріплення під час проведення корекції
Гуманістичні теорії	К. Роджерс, А. Маслоу, В. Франкл, В. Сатір, Ш. Бюлер та ін.	Весь період дозрівання	Використання та задоволення потреб дитини, важливими моментами в психологічній роботі є задоволення потреби у прийнятті та безпеці.
Психоаналітичні теорії	З. Фрейд, А. Фрейд, М. Кляйн та ін.	Весь період дозрівання	Поняття про захисні механізми та основні засоби роботи з дітьми, які перенесли психологічне травмування.

Таким чином, використання теоретичного базису вікової та педагогічної психології є необхідною передумовою успішного надання допомоги дитині, що постраждала внаслідок повномасштабної війни [6]. Практичний психолог завжди має можливість обирати теоретичні положення відповідно до своїх уподобань та практичної цінності кожного методу. Зосередженість психолога лише на одному теоретичному напрямку психології та його практичних техніках, значно обмежує діапазон його дій та не сприяє усесторонньому дитячому розвитку та його корекції, про який ми повинні пам'ятати розробляючи програму психологічної допомоги дитині.

Переживання дитиною травматичного досвіду має ряд особливостей, на які варто звернути увагу під час планування психокорекційної роботи з дітьми [8]. Піонером в галузі дитячої психокорекції та засновницею дитячого психоаналізу можна вважати А. Фрейд та її праці: «Маленькі діти під час війни» 1942 р., «Підлітки без сім'ї» 1943 р., «Війна та діти» 1943 р., які стали фундаментальними в психокорекції дитячих травм [11; 12; 13]. Нижче ми розглянемо особливості переживання травматичного досвіду дітей різних вікових груп.

Психологічна травма – це шкода, нанесена психічному здоров'ю в результаті інтенсивної дії несприятливих факторів оточуючого середовища, або в результаті впливу гострих емоційних стресових подій на психіку людини. Психологічне травмування відбувається внаслідок дії стресогенних факторів, які впливають на весь психофізичний апарат дитини та схоже з тим процесом, що відбувається внаслідок захворювання дитини [4]. Дія тривалого стресу негативним чином позначається також на соматичному здоров'ї дитини [4; 8]. В процесі оцінки психологічної травми доцільно використовувати поняття психічний розвиток, щоб оцінити шкоду психічним процесам, яким нанесла травматична подія та поняття, ставлення, як індивідуальну особливість переживання дитиною психічної травми. Відштовхуючись від вище запропонованих понять можливо побудувати корекційно-розвивальну

програму, що допоможе не тільки усунути наслідки травматизації, а й дасть необхідний ресурс дитині на майбутнє. Критерієм успішної психокорекційної роботи не може бути лише усунення симптомів травмування, успішною роботою вважається та робота, де дитина може переоцінити свій травматичний досвід та з позиції жертви перейти до позиції переможця.

Психологічне травмування дитячої особистості доцільно розглядати за трьохкомпонентною структурою, до якої включено: когнітивний, афективний (емоційний) та поведінковий (конативний) компонент. Важливою передумовою успішної корекційної роботи з дитиною, що пережила психологічне травмування є адекватно здійснена оцінка когнітивного та афективного компонентів за допомогою спеціальних тестових методик. Поведінковий компонент оцінюється за допомогою методів спостереження та опитування батьків, які доцільно проводити на початку роботи з дитиною. Умовне теоретичне розділення на когнітивний, афективний та поведінковий компоненти має сенс при плануванні психодіагностичної роботи та створенні програми психокорекційного втручання. В природному середовищі всі компоненти психіки часто працюють паралельно один одному та синхронізовано, саме тому практичному психологу важливо не концентрувати надмірної уваги на теоретичному описі окремо взятої психіки дитини. Іноді виникають ситуації коли емпіричне дослідження окремо взятої дитини не має сенсу або не на часі. В даному випадку ми маємо на увазі випадки екстреної психологічної допомоги. Тоді на перший план виходить стабілізація психічного стану дитини доступними засобами. Виконавши цю першочергову мету можна вже переходити до детального емпіричного аналізу трьохкомпонентної структури психіки дитини [10].

Когнітивний компонент (від *cognitio* – *пізнання, пізнавання, ознайомлення*) – компонент свідомості людини і її загальнолюдської когніції; багаторівнева система, яка забезпечує виконання всіх основних когнітивних функцій центральної нервової системи. Психологічна травма часто завдає значних збитків розумовому розвитку, порушення когнітивного розвитку має

як цілісний характер в формі регресу для якого характерним є відкат на попередній щабель розвитку. Так і може проявлятися у порушення окремих психічних процесів у дитини: уваги, пам'яті, мислення. Може також погіршуватися концентрація, переключення уваги, виникати порушення пам'яті (з'являється «дисоціативна фуга» – нездатність згадати минуле), затримка інтелектуального розвитку. Комплексну оцінку розумового розвитку доцільно проводити на початку роботи з дитиною та в кінці роботи з нею, щоб мати надійний емпіричний критерій ефективності корекційної роботи. Якщо когнітивні процеси постраждали внаслідок психічної травми, тоді доцільно розпочати зі зниження інтенсивності переживань, та нормалізації емоційного самопочуття дитини. Порушення в когнітивному розвитку веде до проблеми дезадаптації дитини у суспільстві. Специфіка роботи з дітьми внутрішньо перемішених осіб полягає в тому, що їм довелося залишити свої нажиті місця, часто це супроводжується втратою соціальних зав'язків. Наслідками ураження когнітивного компоненту психіки дитини є проблеми у навчанні, вторинною проблемою може стати проблема дезадаптації.

Афективний компонент (від *афективний* – почуття, емоції) формує ставлення до об'єкта, упередження (негативні почуття), привабливість (позитивні почуття), амбівалентні і нейтральні емоції. Це стрижневий компонент ставлення. Емоційний стан передує організації когнітивного компонента. При психологічному травмуванні найбільше страждають емоції дитини, власне кажучи суть психологічного травмування і полягає в ураженості афективного компоненту. Психологічне травмування в афективному компоненті проявляє себе через тривожність, нервозність, може вилитися в сформовану дитячу депресію, надмірну агресивність, відчуття втрати та горя. Ураження афективного компоненту завжди проявляють себе у відповідності до віку дитини та може стосуватися значимої особи. Динаміка розвитку афективного компоненту ставлення в структурі особистості молодшого школяра з 6 до 9 років розглянута А. Черновим [10].

Ураження афективного компоненту зазвичай проявляються на поведінковому рівні але глибина та характеристика афективних реакцій доступна вимірюванню за допомогою спеціальних тестів. Так зміни в поведінковому компоненті часто є наслідками ураження когнітивного і афективного компонентів. Відповідь на індивідуальну картину переживання травматичного досвіду та реконструкція цих переживань можливі через тестування афективного та когнітивного компонентів з додаванням індивідуального змісту травми. Так, дитина яка пережила домашнє насилля може вважати себе винною в цьому насиллі. Тобто психологічна травма має свою індивідуальну міфологію, в реконструюванні якої допомагає теорія ставлення, але з тією специфікою, що причинно-наслідкові зв'язки часто мають «магічний» характер. Наприклад, хлопчик що втратив маму під час обстрілу, проявляє надмірну агресію до оточуючих та часто висловлює свої образи до Бога, адже йому пояснили, що маму забрав Бог. Внутрішню концепцію травматичного досвіду з акцентів на позиції жертви, що страждає, бажано змінити на концепцію переможця, що зміг пережити травматичний досвід та отримати сили та насагу від нього.

Поведінковий компонент – характеризує міміку, жестикуляцію, пантоміміку, мову і дії, які виражають ставлення людини до інших людей чи групи загалом. Власне поведінковий компонент і виступає регулятором характеру міжособистісних стосунків. Через поведінковий компонент відбувається власне і психологічна корекція дитини, що пережила психологічну травму. Побудова системи операційних дій спирається на уявлення про інтеріоризацію, тобто те, що дитина робить разом із психологом стає потім її внутрішнім новоутворенням. Також поведінковий компонент психіки дитини піддається безпосередньому спостереженню, з чого можна зробити висновки про психічний розвиток дитини загалом. Це і взаємовідношенням між дитиною та членами її родини, відношенням між членами референтних груп, провідна діяльність, якою зараз займається дитина. Враховуючи все це, будується зона перспективного розвитку дитини. Батькам надаються рекомендації щодо зміни

та перебудови стосунків з нею [5]. Добре побудований план психокорекційних заходів завжди спирається на сімейні стосунки та використовує їх для підкріплення результатів психологічної корекції. Іноді це домашні завдання на закріплення навичок саморегуляції в домашньому середовищі, іноді це може бути посередництво у відвертій розмові між батьками та дитиною, де посередником виступає психолог виконуючи завдання створення безпечного простору для дитини. Як зазначалося вище, психологічна корекція це система дій ігрового або арт-терапевтичного характеру [3], що мають на меті стабілізацію психологічного стану дитини та виведення дитини зі стану горя до зони перспективного розвитку.

Висновок. Отже, проблема надання психологічної допомоги дітям ВПО лежить у царині дитячої вікової та педагогічної психології, окремим розділом скоріш медичної науки виступає психотерапія яка власне і зцілює дитячу психіку. На відміну від допомоги дорослій людині, при допомозі дитині ми враховуємо її вік і ступінь розвитку, це і є необхідною передумовою для розуміння початку психокорекційної роботи та моменту, коли вона закінчується. Звичайно ж, кожна дитина є індивідуальністю та особистістю, а тому загальні закономірності розвитку використовуються скоріше як орієнтир у роботі практичного психолога. Оцінювати завдану шкоду психіці травмою, доцільно за допомогою трьохкомпонентної структури ставлення, яка включає в себе когнітивний, афективний та поведінковий компоненти. Психологічна корекція здійснюється на поведінковому рівні в загальному та приблизному трактуванні, як комплекс спільних дій між психологом та дитиною, психологом та батьками, психологом ті іншими значущими особами. Зовнішні дії, за умови врахування вікових норм та індивідуальності окремо взятої особистості, стають психічними новоутвореннями дитини, або, якщо вони буди ушкоджені, з часом відновлюють свою функціональність.

Список використаних джерел

1. Вікова психологія / За ред. Г. С. Костюка. К.: Рад. школа, 1976. 269 с.

2. Дуткевич Т.В. Дитяча психологія. Навч. посіб. К.: Центр учбової літератури, 2012. 424 с.
3. Заїка В., Балюк О. АРТ-терапевтичні техніки та їх використання у психокорекційній роботі з агресивними дітьми молодшого шкільного віку. *Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу*: матеріали VI Міжн. наук.-практ. конф., м. Полтава, 19-20 травня 2022 р. К.: Університет «Україна», 2022. С. 383 – 390.
4. Заїка В.М. Взаємозв'язок соматичного та психічного у дітей із гастроентерологічною патологією. *Практична психологія та соціальна робота*. № 4. 2007. С. 67 – 80.
5. Заїка В.М. Вплив «тріади К. Роджерса» на успішність комунікативної взаємодії суб'єктів по спілкуванню. *Сучасні питання філології: теоретична та прикладна лінгвістика*: матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції, 9 грудня 2022 року / Полтавський інститут економіки і права Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна». Полтава: ШЕП, 2022. С. 25 – 28.
6. Заїка В.М. Проблема впровадження елементів діагностико-психокорекційної роботи в діяльність педагога-дошкільника. *Впровадження інноваційних технологій у дошкільних закладах Полтавщини*: Матеріали обласної науково-практичної конференції, Полтава, 12 – 13 березня 2002р. Полтавський державний педагогічний університет імені В.Г. Короленка. Полтава: ПДПУ. 2002. С.и60 – 64.
7. Павелків Р.В., Цигипало О.П. Дитяча психологія: Навч. посіб. К.: Академ-видав, 2008. 432 с.
8. Психологічна допомога дитині у психотравмуючій ситуації. Методичний посібник. / Уклад. : Г.Б. Растроста. Суми. НВВ КЗ СОІППО. 2018. 64 с.
9. Чернов А. Генезис трьохкомпонентної структури ставлень від народження до молодшого шкільного віку. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. № 5(2). Херсон. 2017. С. 125 – 130.

10. Чернов А. Динаміка розвитку афективного компоненту ставлення в структурі особистості молодшого школяра з 6 до 9 років. *International Multidisciplinary Conference «Key Issues of Education and Sciences Development Prospects of Ukraine and Poland»*. Stalowa Wola, Republik of Poland, 20-21 July 2018. Volume 1. Stalova Wola: Izdevnieciba «Baltija Publishing», 2018. P. 160 – 164.
11. Freud A., Burlingham Dorothy T. War and Children. Literary Licensing, LLC. 2011. 188 p.
12. Freud A., Burlingham Dorothy T. Infants Without Families: The Case for and Against Residential Nurseries. International Univ. Press; First Edition. 1944. 128 p.
13. Freud A., Burlingham Dorothy T. Young children in war-time;: A year's work in a residential war nursery. G. Allen & Unwin ltd. for the New era. London. 1942.

**THE INFLUENCE OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM
PATHOLOGIES ON THE CONDITION OF THE ORAL
CAVITY IN CHILDREN**

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

Poltava State Medical University

Numerous studies have revealed a close relationship between general diseases of the body and damage to the hard tissues of the teeth and periodontium. Periodontitis occupies one of the leading places and belongs to the most urgent problems of dentistry. Chronic generalized periodontitis is the most common type of periodontal pathology, especially in the second half of a person's life. The high prevalence, propensity for progression, and multifaceted impact on the maxillofacial system and the body, as well as the ambiguity of treatment, make it possible to classify periodontitis as one of the urgent problems of modern medicine [1, 2].

Dystrophic and inflammatory processes in the periodontium can be the first clinical signs of disorders in the presence of various somatic diseases. The presence of somatic lesions in the child's 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 main somatic disease [3].

In recent years, a large number of studies have been published. They show the peculiarities of the course of periodontitis in somatic diseases. Research in this direction is focused on diseases of the nervous system, otorhinolaryngological organs, gastrointestinal tract, and biliary tract. The authors agree with the point of view that periodontal tissues stereotypically react to the action of various factors of the internal environment. Vascular changes occur in the periodontium associated with exudation and migration of phagocytes (neutrophils, monocytes, and macrophages) into the connective epithelium and gingival sulcus, and it leads to primary gingival inflammation. A higher level of regional hemodynamics, microcirculation, activation

of free radical oxidation with a decrease in the antioxidant activity of the blood, and disorders in the hemostasis system are revealed in persons with periodontitis and the pathology of the cardiovascular system [4, 5].

Analysis of the literature of recent years shows that periodontitis can be a trigger for the development of systemic diseases and worsen their course. According to the results of the World Health Organization, more than 60% of people die from diseases of the cardiovascular system (myocardial infarction, valvular heart disease) [6].

Many studies have been conducted in this direction. Their results indicate that there is an etiopathogenetic relationship between generalized periodontitis and cardiovascular diseases, such as myocardial infarction, coronary heart disease, stroke, angina pectoris, arterial hypertension, and peripheral artery disease. Acquired heart defects are a group of diseases that are accompanied by a violation of the structure and functions of the valve apparatus of the heart and lead to changes in intracardiac blood circulation [7, 8].

Arterial hypertension is the main risk factor for the development of cardiovascular diseases, such as coronary heart disease, myocardial infarction, chronic heart failure, as well as cerebrovascular diseases, and chronic kidney disease. One of the pathogenetic mechanisms of the development and progression of arterial hypertension is subclinical inflammation. This chronic inflammatory reaction acts as a probable factor in the progression of pathological remodeling of the heart and blood vessels. It is mediated by pro-inflammatory cytokines, which can model the functions of the cardiovascular system, causing the manifestations of chronic heart failure on the one hand, and aggravating the course of other inflammatory processes on the other hand [9].

In recent years, heart failure has become the most serious not only medical but also a social problem all over the world, as it leads to rapid disability of patients, and a decrease in the quality and longevity of life. Before the formation of the structure of child mortality, only heart pathology accounts for 26% of the total mortality in pediatric hospitals (76%). The constant development of scientists on issues of

diagnosis and treatment of conditions and diseases of the heart (namely, those which lead to the development of circulatory failure) requires constant updating of knowledge on the tactics of management and treatment of children with signs of acute heart and vascular insufficiency [7, 10].

Heart failure means a condition in which the heart, despite sufficient blood flow, does not meet the body's need for blood supply. Since the work of the heart depends mainly on the contractility of the myocardium, heart failure is caused by myocardial insufficiency.

With heart failure, hyperemia of the mucous membrane or varying degrees of cyanosis, periodontitis, ulcers, and bleeding are found in the oral cavity of children. This is due to a violation of blood microcirculation and hypoxia of the tissues of the oral cavity. Patients have a changed sensation, pressure, swelling of the mucous membrane of the oral cavity, and neuralgic pain in the area of the teeth. Gingivostomatitis, desquamative glossitis, candida mycosis of the mucous membrane of the oral cavity, and ischemic necrosis with sequestration of bone structures develop due to the main disease [11].

Sometimes there is a permanent exacerbation of chronic stomatitis, especially in people with an untreated oral cavity and chronic tonsillitis. If blood circulation is decompensated, the mucous membrane of the mouth is pale with a cyanotic shade in the area of the palatal arches and the edge of the gums. Significant cyanosis of the lips and adjacent parts of the skin is present. The mucous membrane of the cheek, and the tongue is swollen, the soft tissues are pasty, and ulcers appear, especially in places of increased trauma (pathological bite, prostheses, overhanging edges of fillings). Ulcers can be filled with necrotic detritus, and a rotten smell is felt from the mouth. The mucous membrane around ulcers is usually without reactive inflammatory changes. Changes in the epithelium of the tongue are also signs of cardiovascular insufficiency. A desquamation of thread-like papillae is observed on the back of the tongue. They become smoothed and shiny (so-called «polished tongue») [9, 12].

According to many researchers, an important role in the etiology and pathogenesis of periodontitis is played by microorganisms and their waste products in dental plaque, and also compliance with the oral hygiene regime. Its violation can strengthen or weaken the pathogenetic potential of microorganisms, as well as the general condition of the child's body [8, 10].

Transient bacteremia, namely, the presence of viable bacteria in the systemic bloodstream, is a fairly common phenomenon that occurs as a result of trauma to the mucous membrane of the oral cavity. It often causes the appearance of secondary foci of infection at a considerable distance from the primary place of infection. Microorganisms that colonize the damaged area get into the blood. The most common cause of septic endocarditis is transient bacteremia [7, 11].

The risk of bacteremia increases significantly in the presence of infectious diseases in the oral cavity. A high probability of the development of transient bacteremia is observed in patients with periodontitis since periodontal pockets contain a large amount of microflora. Dental manipulations and surgical interventions in the oral cavity are risk factors for the occurrence of transient bacteremia and, as a result, systemic infectious disease [11, 12].

It has been proven that patients with coronary heart disease (CHD) with stable angina pectoris of functional class II-III have bleeding of gums, which is manifested by a decrease in linear and volumetric velocities in both the arteriolar and venular sections. At the same time, the influence of the neurogenic component of regulation on the fluctuations of the vascular walls of periodontal tissues increases.

The blood supply of periodontal tissues in such patients is characterized by an initially increased tone of periodontal vessels, high peripheral resistance, and low elasticity of vascular walls. As a result, the development of inflammatory and dystrophic changes starts. In particular, periodontitis can be interconnected with CHD. It is based on an immune inflammatory process in the endothelium of coronary vessels, the complications of which are one of the main causes of mortality in the world [5, 7].

A feature of chronic periodontitis with coronary heart disease is a severe violation of capillary blood circulation caused by systemic atherogenic processes and endothelial dysfunction. It contributes to the progression of the depth of periodontal pockets and an increase in the resorption of bone tissue of the alveolar processes of the jaws. The severity of hyperlipidemia and the level of arterial hypertension have a significant influence on the severity of the latter in CHD. In such patients, the burden of microbiocenosis of pathogenic microflora of periodont was ascertained as one of the risk factors for the development, and also for the severity of the course of chronic periodontitis. The degree of severity of generalized periodontitis and the degree of capillary blood flow in the periodontium with CHD, according to the author, can be an indirect marker of the severity of metabolic disorders (especially lipid metabolism, namely, cholesterol, triglycerides, low-density lipoproteins, and neurohormonal imbalance, namely, interleukin-6, thromboxane B2, necrosis factor tumor- α , endothelin-1, prostaglandins) [5, 6, 13].

Over the last decade, interest in this direction of research has increased due to the emergence of the so-called «unified theory of atherogenesis». It considers atherosclerosis, which plays a leading role in the development of coronary heart disease, as an immune-inflammatory process. According to the authors, the mechanism of the influence of periodontitis on atherogenesis is related to the next fact. The periodontal pockets, being reservoirs of pathogenic microorganisms, release bacterial components (endotoxins) into the bloodstream, causing alteration of the vascular endothelium, hyperlipidemia, and lipid infiltration of the vascular wall. It happens with the help of proinflammatory cytokines and other inflammatory mediators produced by cell-responders, and they also stimulate and support the inflammatory response. In this way, the atherogenic process is started and maintained [8, 10, 14].

Chronic infections of the oral cavity can also increase the risk of the occurrence and progression of cardiovascular diseases caused by atherosclerotic changes in the vessels.

The literature provides data on the existence of a significant relationship between indicators of an unfavorable state of periodontal tissues and myocardial infarction and unstable angina, as well as with risk factors for cardiovascular diseases (increased levels of C-reactive protein, total cholesterol, low-density lipoproteins, fibrinogen) [15].

Changes in the mucous membrane of the oral cavity during myocardial infarction are rather due to the duration and severity of the disease, they are not specific and, as a rule, develop secondary. At the same time are not a diagnostic sign of the disease. However, a dentist should know that patients with myocardial infarction, ischemic heart disease often have pain radiating to the lower jaw, more often its left half. This pain is usually relieved or reduced by the use of nitroglycerin and does not require special dental treatment.

Literature

1. Бажан А.Г., Шеремет Є.В., Бажан Є.А., Гордієнко О.В. Найпоширеніші порушення серця людини та заходи їх профілактики. *Біологічні, медичні та науково-педагогічні аспекти здоров'я людини: матеріали міжнар. наук.-практ. конф.* / За заг. ред. проф. Пилипенка С. В. Полтава: Астроя. 2020. С. 5–9.

2. Maksymenko A.I. Signs of diseases of the gastrointestinal tract in the oral cavity of children. *Український стоматологічний альманах*. 2021. № 2. С. 117-122.

3. Овчаренко Л. К. Хронічна серцева недостатність: причина чи наслідок? *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії*. 2022. № 1 (77). С. 196–202.

4. Nechita A., Mehedinti M.C., Dimofte A.R., Stoica G., Popa G., Matei M., Earar K. Oral manifestations in heart diseases in children in the context of the pandemic generated by Covid-19. *Romanian Journal of Oral Rehabilitation*. 2020. № 12 (2). S. 235-243.

5. Maksymenko A.I., Sheshukova O.V., Kuz I.O., Pysarenko O.A., Bozhynska O.V., Pronchenko A.C. Oral manifestations of heart failure in children. *Сучасні аспекти модернізації науки: стан, проблеми, тенденції розвитку: матеріали*

XXXI Міжнародної науково-практичної конференції / за ред. І.В. Жукової, Є.О. Романенка. м. Рим (Італія): ГО «ВАДНД», 07 квітня 2023 р. С. 361-366.

6. Падалка А.І. Комплексна оцінка стану стоматологічного здоров'я дітей шкільного віку м. Полтава. *Молодий вчений*. 2015. № 10(25). С. 179-182.

7. Yeoh SC., Hua H., Yepes J.F., Peterson D.E. Oral Manifestations of Systemic Diseases and Their Treatments. *Contemporary Oral Medicine*. 2019. № 3. S. 1523–1639.

8. Joshi C, Bapat R, Anderson W, Dawson D, Hijazi K, Cherukara G. Detection of periodontal microorganisms in coronary atheromatous plaque specimens of myocardial infarction patients: A systematic review and meta-analysis. *Trends Cardiovasc Med*. 2021. № 31. S. 69–82.

9. Gogce O., Caliskan S., Tuloglu N., Bayrak S. Cardiovascular Diseases in Children – Oral Findings and Dental Treatment Approaches. *Interventions in Pediatric Dentistry Open Access Journal*. 2020. № 3(4). S. 242-244.

10. Shetty B, Fazal I, Khan SF, Nambiar M, D KI, Prasad R, Raj A. Association between cardiovascular diseases and periodontal disease: more than what meets the eye. *Drug Target Insights*. 2023. № 17. S. 31-38.

11. Мазур І.П., Вітовський Р.М., Слободяник М.В. Поширеність пародонтопатогенної мікрофлори в пацієнтів із клапанною патологією серцево-судинної системи. *Сучасна стоматологія*. 2018. № 2. С. 24-30.

12. Vishnu Prasad S, Kumar M, Ramakrishnan M, Ravikumar D. Report on oral health status and treatment needs of 5-15 years old children with sensory deficits in Chennai, India. *Spec Care Dentist*. 2018. № 38. S. 58–59.

13. Shreenidhi S, Veeraraghavan VP, Gayathri R, Selvaraj J, Kavitha S. Awareness and knowledge of oral manifestations in cardiovascular diseases among the general public. *J Adv Pharm Technol Res*. 2022. 13(1). S. 330-334.

14. Борисенко А.В., Коленко Ю.Г., Ліновицька Л.В., Несін О.Ф., Тімохіна Т.О., Печковський К.Є. Особливості місцевого імунітету порожнини рота у хворих на генералізований пародонтит і супутні захворювання. *Сучасна стоматологія*. 2019. № 5. С. 34-39.

15. Koerdt S, Hartz J, Hollatz S, Frohwitter G, Kesting MR, Ewert P, Oberhoffer R, Deppe H. Dental prevention and disease awareness in children with congenital heart disease. *Clin Oral Investig.* 2018. № 22(3). S. 1487-1493.

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА.....	3
РОЗДІЛ 1. ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА ПРАВОВІ ПИТАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ ТА В МИРНИЙ ЧАС.....	4
Ждан В. М., Голованова І. А., Харченко С. В., Ляхова Н. О., Белікова І. В., Лисак В.П. НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ ТА РОЛЬ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЩОДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТА УСУНЕННЯ ЇХ НАСЛІДКІВ.....	4
Білойваненко О. І., Ляхова Н. О., Краснова О. І. АНАЛІЗ СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ СЕРЕД ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ В УКРАЇНІ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ОПТИМІЗАЦІЇ.	13
Єрмакова А.О., Плужнікова Т.В., Алатгар Джахад. ВПЛИВ ВІЙНИ НА ПСИХІЧНИЙ СТАН ЛЮДИНИ.....	24
Жара Г. І. ДИНАМІКА ПОШИРЕНOSTІ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ І ПОВЕДІНКИ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ У 2017-2021 РОКАХ.....	34
Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Лопіт В.В. ВПЛИВ ВІЙНИ ПРОТИ РОСІЙСЬКОЇ АГРЕСІЇ НА СТАН ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ РЕГІОНУ ВІДДАЛЕНОГО ВІД ЗОНИ АКТИВНИХ БОЙОВИХ ДІЙ.....	44
Подольський Вл.В., Подольський В.В., Медведовська Н.В., Шпортенко І.А., Бугро В.В. ІНФЕКЦІЇ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ – ЗАГРОЗА РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВ'Ю. НОВІ ВИКЛИКИ.....	51
Рингач Н. О., Гетало К. Г. ЗМІНИ У ЖИТТІ ТА ЗДОРОВ'І УКРАЇНСЬКИХ СТУДЕНТІВ, СПРИЧИНЕНІ ПАНДЕМІЄЮ COVID-19 ТА ВІЙНОЮ (ЗА ДАНИМИ ОН-ЛАЙН ОПИТУВАННЯ).....	65
Рудакова Л. О. ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЗАГАЛЬНООБОВ'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	80
Терзі О. О. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ.....	91
Харченко Н.В., Костріков А.В. ПИТАННЯ ФІНАНСУВАННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	100
РОЗДІЛ 2. КЛІНІЧНИЙ НАПРЯМОК ДІЯЛЬНОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	109
Безега М.І., Полянська В.П., Безшапочний С.Б., Зачепило С.В. ЗНАЧИМІСТЬ ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНИХ ЧИННИКІВ В ПІДВИЩЕННІ ЯКОСТІ ДІАГНОСТИКИ	

ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПІДНЕБІННИХ МИГДАЛИКІВ.....	109
Козакевич В. К, Козакевич О. Б., Зюзіна Л. С. ФІЗИЧНА ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ ШКОЛЯРІВ ТА ЇЇ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З ТЕМПАМИ БІОЛОГІЧНОГО ДОЗРІВАННЯ.....	122
Левков А.А., Клеценко Л.В., Вишар Є.В. ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ ЗАСОБАМИ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ.....	131
Ляховський В.І., Пузирьов Г.С., Краснов О.Г. ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ РЕНТГЕНЕНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛІКУВАННЯ ШЕМІЧНОЇ ФОРМИ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ.....	138
Черній В.І., Мирона В.С, Тополов П.О. РЕГІОНАРНІ МЕТОДИКИ ЗНЕБОЛЕННЯ ПІД КОНТРОЛЕМ УЗД ПРИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ НА ОРГАНАХ ГРУДНОЇ КЛІТКИ. АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ФАСЦІАЛЬНІ ПРОСТОРИ ГРУДНОЇ КЛІТКИ.....	146
Чернов А. А., Заїка В. М., Лебедєв В. А. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ, ЯКІ СТАЛИ ВИМУШЕНИМИ ПЕРЕСЕЛЕНЦЯМИ, В УМОВАХ ДІЇ ВОЄННОГО СТАНУ.....	155
Мaksymenko A.I., Sheshukova O. V., Mosiienko A.S., Polischuk T.V., Trufanova V.P., Kazakova K.S., Bauman S.S. THE INFLUENCE OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM PATHOLOGIES ON THE CONDITION OF THE ORAL CAVITY IN CHILDREN.....	165
ЗМІСТ.....	173