



НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О. О. БОГОМОЛЬЦЯ



Національна академія
медичних наук України

МАТЕРІАЛИ

науково-практичної конференції з міжнародною участю
до Всесвітнього дня здоров'я 2025 р.

«ЗДОРОВИЙ ПОЧАТОК ЖИТТЯ –
ЗАПОРУКА БЛАГОПОЛУЧНОГО МАЙБУТНЬОГО»



4 квітня 2025 р.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Київ

**Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Національна академія медичних наук України**

**МАТЕРІАЛИ
науково-практичної конференції з міжнародною участю
до Всесвітнього дня здоров'я 2025 р.**

**ЗДОРОВИЙ ПОЧАТОК ЖИТТЯ –
ЗАПОРУКА БЛАГОПОЛУЧНОГО МАЙБУТНЬОГО»**

**4 квітня 2025 р.,
м. Київ**

Київ
НМУ імені О.О. Богомольця
2025

Відповідальні за випуск:

завідувач кафедри громадського здоров'я ЗВО НМУ імені О.О. Богомольця,
професор **Грузєва Т.С.**

директор Навчально-наукового інституту громадського здоров'я та
профілактичної медицини ЗВО НМУ імені О.О. Богомольця, професор
Паламар Б.І.

професор кафедри громадського здоров'я ЗВО НМУ імені О.О. Богомольця,
доцент **Галієнко Л.І.**

доцент кафедри громадського здоров'я ЗВО НМУ імені О.О. Богомольця, доцент
Іншакова Г.В.

Здоровий початок життя – запорука благополучного майбутнього: матеріали
науково-практичної конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня
здоров'я 2025 р., 4 квіт. 2025 р. К., 2025. 117 с.

У матеріалах щорічної науково-практичної конференції з міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я 2025 р., який проводиться під гаслом «Здоровий початок життя – запорука благополучного майбутнього», висвітлено актуальні питання здоров'я матерів і дітей, розбудови системи громадського здоров'я, міжнародної, міжсекторальної та міждисциплінарної співпраці у сфері громадського здоров'я, доступності і якості медичної допомоги. Розкрито сучасні виклики та загрози для здоров'я населення епідемічного, екологічного, соціально-економічного, воєнного характеру, напрями боротьби з неінфекційними та інфекційними захворюваннями, профілактичні стратегії в охороні здоров'я, охарактеризовано соціально-економічні та екологічні детермінанти здоров'я тощо.

ЗМІСТ

Всесвітній день здоров'я 2025 (офіційна інформація ВООЗ).....	9
<i>Грузєва Т.С., Паламар Б.І., Гречишкіна Н.В., Іншакова Г.В.</i>	
Здоров'я матерів і дітей як пріоритет громадського здоров'я	12
<i>Биц Я.Ю., Рудіченко В.М.</i>	
Ультразвукове дослідження серед інших методів візуалізації у важкого хворого з піотораксом зі значною коморбідністю (власні спостереження).....	16
<i>Білошицька О.К., Галкін О.Ю., Дячук Д.Д., Зюков О.Л., Ошивалова О.О.</i>	
Сучасні виклики громадського здоров'я: необхідність комплексного моніторингу та управлінських рішень	19
<i>Бондаренко Д.А., Гринзовський А.М.</i>	
Транскордонне співробітництво з охорони водних об'єктів України від занесення та поширення хвороб, які мають міжнародне значення	21
<i>Бондаренко Д.А., Дорошенко Т.С., Панасюк Т.О., Варецька О.Ю., Петровська Т.М., Демченко Т.М., Максименко Ю.А.</i>	
Щодо поширеності депресивних розладів серед жінок працездатного та пенсійного віку на прикладі Одеської області	23
<i>Васильєв К.К., Бабієнко В.В., Васильєв Ю.К.</i>	
До 100-річчя викладання соціальної гігієни (соціальної медицини, громадського здоров'я) в Одесі	25
<i>Васильківський П.М., Демченко І.С.</i>	
Роль медичних працівників в реалізації положень статті 14 РКБТ ВООЗ: ситуація в Україні.....	27
<i>Велика Н.В., Аністратенко Т.І., Кузьмінська О.В.</i>	
Наукове обґрунтування аліментарної профілактики дистресу	29
<i>Велика Н.В., Насилівська О.В., Аністратенко Т.І., Кузьмінська О.В.</i>	
Цукровий діабет у дітей в умовах кризи : причини, наслідки, стратегії профілактики	33
<i>Гайдей О.С., Велика Н.В., Гринзовський А.М.</i>	
Проблема використання генетично модифікованих організмів та поширені трансгенні лінії рослин в Україні протягом 2013-2023 років.....	37

<i>Гаркавий С.І., Коришун М.М.</i>	
Академік Є.Г. Гончарук і проблема профілактики гострих кишкових інфекцій і інвазій серед населення України	39
<i>Грузєва Т.С.</i>	
Сучасні підходи до викладання навчальної дисципліни «системи охорони здоров'я» для магістрів громадського здоров'я	42
<i>Децик О.З., Федорика Н.З., Карпінець І.М., Ковальчук Р.Є.</i>	
Аналіз чинників ризику запізненої діагностики злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки на рівні системи охорони здоров'я	44
<i>Дишлюк В.Є., Гаркавий С.І.</i>	
Пропозиції з регламентованого використання осадів стічних вод великих міст і промцентрів України в якості нетрадиційних добрив у сільському господарстві	46
<i>Донік О.М.</i>	
Вплив психоактивних речовин на психічне здоров'я молоді: сучасні тенденції....	48
<i>Євтушенко І.В., Іншакова Г.В.</i>	
Висвітлення питань протидії зловживанню алкоголем в нормативно-правових актах різного рівня	49
<i>Жолобка О.В., Галієнко Л.І.</i>	
Вплив екологічних чинників на стан репродуктивного здоров'я жінок.....	53
<i>Зубленко О.В., Петрусевич Т.В., Глушко-Маківська А.П.</i>	
Епідемічна ситуація щодо внутрішньолікарняних інфекцій в Україні.....	55
<i>Іншакова Г.В., Глабець С.П.</i>	
Інтеграція медичної інформатики та біостатистики в освітній процес підготовки докторів філософії	57
<i>Koichev S.S., Borysenko A.A., Antonenko A.M.</i>	
Hygienic assessment of the impact of the drinking water quality in the Kiliya city on the population health	60
<i>Комар О.М.</i>	
Тенденції кадрового забезпечення системи реабілітації в Україні у 2020-2023 роках.....	62
<i>Коришун М.М., Горбачевський Р.В.</i>	
Прогнозування небезпеки для здоров'я людини імідазолінонових та сульфонілсечовинних гербіцидів за контамінації ними рослинних продуктів	64

<i>Кротова Л.О., Крячкова Л.В., Кротова В.Ю., Зайцев В.В.</i>	
Прагнення пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями до автономії: прийняття медичних рішень та отримання інформації	67
<i>Кузь Я.В., Савчук Л.М., Ціхонь З.О., Стовбан І.В.</i>	
Оцінка доступності стоматологічних послуг для населення Прикарпаття.....	69
<i>Литвинова Л.О., Чахоян В.А.</i>	
Аналіз 30-річної динаміки середньої очікуваної тривалості життя в Україні та світі.....	71
<i>Лямець А.М., Бібик І.Г.</i>	
Аналіз чинників ризику розвитку суїцидальної поведінки	74
<i>Makhniuk V.M., Ivanko O.M., Deputat Y.M., Makhniuk V.V., Mohylnyi S.M., Shpak I.I., Pavlenko N.P.</i>	
State regulation of tobacco smoking as protection of current and future generations from the devastating effects of tobacco smoke on public health	76
<i>Makhniuk V.M., Makhniuk V.V., Ivanko O.M., Deputat Y.M., Mohylnyi S.M., Shpak I.I., Pavlenko N.P.</i>	
Ensuring civil protection of the population as the main priority of the program of comprehensive restoration of the territories affected by hostilities in the post-war period of Ukraine	79
<i>Мельниченко А.А., Галкін О.Ю., Білошицька О.К.</i>	
Стратегічні пріоритети та напрями розвитку удосконалення системи громадського здоров'я	81
<i>Михайліченко М.О., Ільїна О.А.</i>	
Вікові особливості когнітивних порушень у пацієнтів з хронічною ішемією мозку після перенесеного симптоматичного COVID-19	83
<i>Михальчук В.М., Мельник В.М., Пожєвілова А.А.</i>	
Проблеми кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги в Україні	85
<i>Мокієнко А.В., Гуцук І.В.</i>	
Детермінанти здоров'я як головні чинники громадського здоров'я	87
<i>Нагірний Б.М., Любінець О.В., Ходор О.Є., Сушко Ю.І.</i>	
Процеси інтеграції медичних інформаційних систем в Україні в умовах воєнного стану	89

<i>Нікольська А.Д., Висоцька О.А., Яримович С.М., Ніколенко В.</i>	
Оцінка результатів дослідження впливу фізичної інвалідності на здатність надавати першу допомогу	92
<i>Орличенко К.В.</i>	
Посилення профілактики раку шийки матки в фокусі уваги держави.....	94
<i>Орлова Н.М., Шкондін С.В., Ткач В.С.</i>	
Обізнаність та прихильність жінок до скринінгу раку молочної залози	96
<i>Пасічник В.І., Гаркавий С.І.</i>	
Еколого-гігієнічні аспекти поводження з відходами – актуальна проблема в сфері громадського здоров'я.....	98
<i>Петрух А.А., Гутор Т.Г.</i>	
Шляхи оптимізації роботи лікаря приймального відділення	100
<i>Платонова А.Г., Яцковська Н.Я., Шкарбан К.С., Баленко К.В., Сомов О.І.</i>	
Чинники впливу воєнної агресії на фізичний розвиток.....	102
<i>Руденко А.А.</i>	
Досвід використання телекомунікацій серед пацієнтів з фібриляцією передсердь.....	104
<i>Слуту Н.Ю.</i>	
Навчання майбутніх лікарів основ організації та проведення статистичних досліджень на кафедрі громадського здоров'я НМУ імені О.О. Богомольця..	106
<i>Степанова О.О., Шкуронат А.В.</i>	
Вивчення рівня вмісту PM2.5 атмосферного повітря міст України	108
<i>Тетеріна В.В., Велика Н.В.</i>	
Актуальні питання нутриціологічної корекції дисбалансу 25-гідроксихолекальциферолу в етіопатогенезі гострого панкреатиту	110
<i>Турос О.І., Коблянська А.В., Башинська В.В.</i>	
Актуальність геномних і психосоціальних досліджень тютюнопаління в умовах війни	112
<i>Фокіна Т.О., Гречишкіна Н.В.</i>	
Нормативно-правове регулювання обігу наркотичних речовин: міжнародний та національний аспекти.....	114
<i>Shatylo S.S., Bogomaz V.M.</i>	
Considerations for vitamin d deficiency and insufficiency screening in patients with metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease.....	117

ВСЕСВІТНІЙ ДЕНЬ ЗДОРОВ'Я 2025 Р. ЗДОРОВИЙ ПОЧАТОК ЖИТТЯ – ЗАПОРУКА БЛАГОПОЛУЧНОГО МАЙБУТНЬОГО

Всесвітній день здоров'я, який відзначається 7 квітня 2025 р., дасть старт річній інформаційній кампанії з питань охорони здоров'я матерів та новонароджених. У рамках цієї кампанії, яка пройде під гаслом «Здоровий початок життя – запорука благополучного майбутнього», до урядів країн і світової спільноти в галузі охорони здоров'я буде звернено заклик активізувати зусилля з ліквідації материнської та дитячої смертності, яким можна запобігти, і приділяти пріоритетну увагу здоров'ю та благополуччю жінок в цілому.

ВООЗ та партнери також розповсюджуватимуть корисну інформацію з питань охорони здоров'я під час вагітності та пологів, а також зміцнення здоров'я у післяпологовий період.

Забезпечити виживання та процвітання кожної жінки та кожного немовляти

Це завдання має вирішальне значення. На жаль, за опублікованими сьогодні оцінками, щороку від причин, пов'язаних з вагітністю та пологами, вмирає майже 300 000 жінок, більше 2 мільйонів немовлят гинуть в перший місяць життя, і приблизно 2 мільйони вагітностей закінчуються мертвонародженням. Таким чином, в середньому кожні 7 секунд відбувається один запобіжний випадок смерті.

Виходячи з поточних тенденцій, чотири з п'яти країн відстають від графіка виконання завдань у сфері підвищення показників виживання матерів у період до 2030 р. Кожна третя країна не зможе досягти цільового показника щодо скорочення смертності серед новонароджених. Поточні обмеження у фінансуванні можуть ще більше поставити під загрозу прогрес, оскільки багато програм, що надають критично важливі медичні послуги, зупинилися разом із важливими медичними дослідженнями, зосередженими на вагітних і годуючих жінках і дітях.

Цьогорічна кампанія, яка триватиме до 2026 року, спонукатиме уряди, донорів і медичне співтовариство інвестувати в перевірені, вискоєфективні втручання в рамках зусиль щодо покращення загальної якості медичної допомоги. Сюди входять послуги, пов'язані з вагітністю, для виявлення ускладнень і невідкладна акушерська допомога, яка рятує життя – зазначається, що переважна

більшість смертей матерів і новонароджених відбувається під час або незабаром після народження – а також спеціальний догляд за маленькими та недоношеними дітьми. Зараз ускладнення, пов'язані з недоношеністю, є основною причиною смерті дітей віком до 5 років у всьому світі.

ВООЗ також підкреслить зростаючу потребу в системах охорони здоров'я для вирішення багатьох основних проблем здоров'я, які впливають на здоров'я матері та новонародженого. До них належать не лише прямі акушерські ускладнення, але й психічні розлади, недоїдання (включаючи недоїдання та переїдання, дефіцит харчування), а також зростаючий тягар неінфекційних захворювань.

Прислухатися до жінок і надавати підтримку сім'ям

Жінки та їхні сім'ї у всьому світі потребують високоякісної допомоги і фізичної та емоційної підтримки до, під час та після пологів.

Виходячи за рамки дій, спрямованих на порятунок життів, кампанія спонукатиме до привернення глобальної уваги до довгострокового здоров'я та благополуччя жінок. Це включає в себе підтримку законів і політики, які захищають їхнє здоров'я та права, такі як оплачувана відпустка у зв'язку з вагітністю та пологами й інші важливі гарантії зайнятості, а також доступ до життєво важливих послуг з планування сім'ї.

Вирішення численних проблем зі здоров'ям, з якими стикаються матері та новонароджені, потребує еволюції систем охорони здоров'я. До зазначених проблем належать не лише безпосередні ускладнення вагітності та пологів, а й психічні розлади, неінфекційні захворювання та питання планування сім'ї. Необхідно також докладати зусиль для усунення особливих ризиків зміни клімату для вагітних жінок і новонароджених, оскільки дані показують зв'язок між високими температурами та передчасними пологами, мертвонародженням, гіпертонією та гестаційним діабетом, а також дитячою смертністю.

Інвестиція, а не вартість

У країнах із низьким і середнім рівнем доходу кожен долар США, вкладений у здоров'я матері та новонародженого, за оцінками, приносить від 9 до 20 доларів США. Докази показують, що витрати на охорону здоров'я матерів і новонароджених ведуть до економічного розвитку та щасливіших і здоровіших суспільств.

У всьому світі ВООЗ підтримує основні програми охорони здоров'я матерів і новонароджених, зокрема через:

Інтенсивну підтримку 55 країн завдяки ініціативі «Кожна жінка, кожен новонароджений всюди», яка спрямована на розширення доступу до життєво важливих відділень невідкладної акушерської допомоги та догляду за новонародженими, планування сім'ї та інших критичних питань.

Беріть участь та підтримайте кампанію

Поширюйте знання. Підвищуйте обізнаність, розповсюджуючи інформацію про кампанію за допомогою хештегів #HopefulFutures та #HealthForAll.

Беріть участь. Відвідайте наші глобальні заходи та дізнайтеся більше про те, що потрібно зробити для ліквідації материнської та дитячої смертності.

Станьте донором. Вносьте кошти до Фонду ВООЗ, який підтримує діяльність ВООЗ у галузі охорони здоров'я матерів та немовлят у країнах в усьому світі.

Поділіться особистим досвідом. Розкажіть про особистий досвід вагітності та пологів та висловіть подяку тим, хто надає якісну допомогу.

Основні заклики

ВООЗ закликає світову спільноту активізувати зусилля щодо забезпечення доступу жінок та немовлят до якісної медичної допомоги. Жінки в усьому світі повинні мати можливість звертатися до медичних фахівців, які прислухаються до їхніх проблем і уважно ставляться до їхніх потреб, оскільки це дозволяє їм планувати своє життя та піклуватися про своє здоров'я.

ЗДОРОВ'Я МАТЕРІВ І ДІТЕЙ ЯК ПРІОРИТЕТ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Грузєва Т.С., Паламар Б.І., Гречишкіна Н.В., Іншакова Г.В.

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

Стан здоров'я матерів і дітей є ключовим елементом для досягнення соціальної та економічної стабільності й поступу. Підтримка репродуктивного здоров'я жінок і створення сприятливих умов для розвитку дітей мають вирішальне значення для зниження ризику захворювань у майбутньому, підвищення якості освіти, продуктивної зайнятості та загального добробуту населення. Саме тому турбота про здоров'я матерів і дітей визначається як важливий пріоритет у соціальній політиці держав і громад.

Цільові індикатори стану материнського й дитячого здоров'я входять до складу Цілей сталого розвитку як на глобальному, так і на національному рівнях. В межах Глобальної стратегії охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків (2016–2030 рр.) сформульовано амбітні завдання щодо збереження життя та підвищення якості медичної допомоги. Саме цій тематиці присвячений Всесвітній день здоров'я 2025 року, який проходить під гаслом «Здоровий початок, обнадійливе майбутнє», акцентуючи увагу на збереженні життя матерів та новонароджених.

Попри досягнутий прогрес за останні два десятиліття, зокрема зниження материнської смертності на 38%, неонатальної - на 44% та дитячої смертності до п'яти років - майже удвічі, рівні цих показників залишаються надто високими. Щороку помирають близько 287 тис. жінок під час вагітності та пологів, 2,3 млн новонароджених і відбувається 2 млн мертвонароджень. Серед основних причин материнських та малюкових втрат - відсутність доступу до якісних медичних послуг та нерівність у їх наданні. За інформацією ВООЗ, багато ускладнень, пов'язаних з вагітністю, залишаються невиявленими та не отримують належного лікування. У результаті щорічно не менше 40 млн жінок стикаються з хронічними наслідками для здоров'я, що виникають після пологів.

Вагомою причиною нездоров'я матерів і новонароджених є прояви нерівності у здоров'ї та його охороні. У країнах з низьким доходом ризик материнської смерті у 33 рази вищий, ніж у країнах з розвиненою економікою і високими доходами.

Проблему ускладнюють ранні вагітності, зокрема серед підлітків. Щороку їх фіксується до 21 млн, половина з яких - небажані. Близько 50% небажаних

вагітностей завершуються небезпечними абортами, що значно підвищує ризик смерті та ускладнень.

ВООЗ вказує на необхідність боротьби з основними причинами материнської смерті, насамперед, з сильною кровотечею, інфекціями, гіпертонією, ускладненими пологами та абортами. Для життя і здоров'я новонароджених критичними є передчасні пологи, асфіксія, вроджені вади, інфекції. Провідною причиною смерті дітей до 5 років виступають респіраторні інфекції, діарейні захворювання, кір, малярія, недоїдання та захворювання новонароджених.

Понад половина випадків дитячої смертності у світі зумовлена патологічними станами, виникнення та наслідки яких можливо було б попередити або успішно вилікувати за умов своєчасного доступу до якісної медичної допомоги та загального покращення умов життя дітей. Ефективна профілактика та зниження рівня дитячої смертності потребують комплексного впровадження заходів, серед яких - забезпечення професійного медичного супроводу під час пологів, належного післяпологового догляду, підтримка грудного вигодовування, збалансованого та адекватного дитячого харчування, проведення імунопрофілактики, а також своєчасна діагностика й лікування найпоширеніших дитячих захворювань.

Запобігання материнській смертності базується на реалізації заходів, спрямованих на попередження небажаних вагітностей, забезпечення рівного доступу до високоякісної медичної допомоги в антенатальний, інтранатальний і постнатальний періоди, усунення причин материнської смертності, захворюваності й інвалідності, а також на зміцненні репродуктивного здоров'я жінок у цілому.

Досягнення стійкого зниження показників материнської та дитячої смертності неможливе без міждисциплінарного підходу, який включає не лише вирішення біомедичних причин, але й урахування впливу широкого кола соціальних, економічних та екологічних детермінант здоров'я. Серед таких чинників особливої уваги та заходів протидії потребують соціальна нерівність, економічна нестабільність, харчова незбалансованість, обмежений доступ до безпечної води та санітарії, вплив екологічних ризиків, насильство, збройні конфлікти тощо.

Збереження і зміцнення здоров'я матерів і дітей є стратегічним пріоритетом діяльності ВООЗ, яка активно працює над зниженням глобального тягаря материнської й дитячої смертності шляхом формування доказової бази, надання науково обґрунтованих клінічних і програмних рекомендацій, розробки

міжнародних стандартів, а також забезпечення технічної підтримки державам-членам у розробці та реалізації національних політик і програм.

У цьому напрямі ВООЗ ініціювала прийняття низки глобальних стратегічних документів, серед яких: Глобальний план дій щодо посилення ролі систем охорони здоров'я у боротьбі з міжособистісним насильством, зокрема проти жінок, дівчат і дітей (2016–2030 рр.); Глобальна стратегія охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків (2016–2030 рр.); Глобальні стратегії сектора охорони здоров'я щодо ВІЛ, інфекцій, що передаються статевим шляхом, та вірусного гепатиту.

Ключовими положеннями Глобальної стратегії охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків (2016–2030 рр.) є три взаємопов'язані цілі: «вижити», тобто подолати запобіжну смертність; «процвітати» - досягти повного фізичного, психічного та соціального благополуччя; «змінювати» - формувати сприятливе середовище для реалізації прав і потреб жінок і дітей. Для досягнення цих цілей необхідно інвестувати в ефективні, науково доведені втручання, серед яких - надання якісної медичної допомоги під час вагітності, своєчасне виявлення ускладнень, екстрена акушерська допомога, а також спеціалізований догляд за недоношеними та маловаговими новонародженими.

У межах ініціативи «Кожна жінка, кожен новонароджений – скрізь» реалізуються заходи, спрямовані на розширення доступу до критично важливих служб екстреної акушерської допомоги, догляду за новонародженими, послуг із планування сім'ї та інших компонентів комплексного репродуктивного здоров'я.

Одним з актуальних напрямів діяльності ВООЗ є розроблена у співпраці з глобальними партнерами Дорожня карта з подолання післяпологової кровотечі на період 2023–2030 років, яка включає конкретні цілі, заходи, етапи проведення наукових досліджень, формування нормативної бази, програмної реалізації та інформаційно-просвітницької роботи, орієнтованої на профілактику та запобігання смерті внаслідок даного ускладнення.

У рамках виконання Порядку денного у сфері сталого розвитку на період до 2030 року в Європейському регіоні ВООЗ розроблено План дій щодо сексуального та репродуктивного здоров'я, що ставить за мету забезпечення для кожної людини можливості робити свідомий вибір щодо власного сексуального й репродуктивного життя, гарантування повної реалізації пов'язаних з цим прав, досягнення найвищого можливого рівня здоров'я й благополуччя у цій сфері, а також усунення несправедливих бар'єрів до доступу послуг охорони здоров'я.

В Україні зменшення материнської смертності та мінімізацію смертності, якій можна запобігти, серед дітей віком до 5 років включено до національних

Цілей у сфері сталого розвитку. Документом «Цілі у сфері сталого розвитку. Україна» передбачено знизити материнську смертність до 2030 р. до 11,2 на 100 тис. 100 000 живонароджених; мінімізувати смертність, якій можна запобігти, серед дітей віком до 5 років до 6-7 на 100 тис. живонароджених.

Стратегією розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року визначено, що захист та заохочення материнства, охорона здоров'я матерів та дітей гарантовані державою, необхідні для відтворення населення та відновлення людського потенціалу всієї країни. Одним із завдань Стратегії є впровадження комплексних заходів з підтримки материнства та дитинства, зокрема спрямованих на збільшення народжуваності, завдяки розвитку та підтримки репродуктивних технологій, зменшення дитячої смертності та подальшого масштабування послуг ранньої діагностики та технологій раннього втручання. Операційним планом заходів з реалізації у 2025-2027 роках Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року передбачено впровадження комплексних заходів з підтримки материнства та дитинства, зокрема спрямованих на збільшення народжуваності, завдяки розвитку та підтримки репродуктивних технологій, зменшення дитячої смертності та подальшого масштабування послуг ранньої діагностики та технологій раннього втручання.

У 2025 році, у Всесвітній день здоров'я, розпочинається глобальна інформаційна кампанія, присвячена проблемам охорони здоров'я матерів і новонароджених, яка має на меті консолідувати зусилля міжнародної спільноти для ліквідації материнської та дитячої смертності, якій можна запобігти, а також акцентувати увагу на довготривалому благополуччі жінок і дітей. Основними завданнями кампанії є: підвищення поінформованості про проблеми виживання матерів і новонароджених, просування пріоритетності інвестицій у заходи зміцнення здоров'я жінок і дітей, підтримка батьків і медичних працівників, які надають невідкладну допомогу, а також поширення достовірної медичної інформації щодо ведення вагітності, пологів і післяпологового догляду.

У зв'язку з цим ВООЗ звертається з ключовими закликами до політичних лідерів, майбутніх батьків, сімей, осіб, що здійснюють догляд, а також широкої громадськості, наголошуючи на необхідності спільних дій задля забезпечення здорового старту для кожної матері й дитини.

УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕРЕД ІНШИХ МЕТОДІВ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ У ТЯЖКОГО ХВОРОГО З ПІТОРАКСОМ ЗІ ЗНАЧНОЮ КОМОРИДНІСТЮ (ВЛАСНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Биц Я.Ю., Рудіченко В.М.

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

Актуальність: Парапневмонічний випіт є поширеним ускладненням бактеріальної пневмонії. З них 5-10% з парапневмонічним випотом прогресують до емпієми, при цьому 30% пацієнтів з емпіємою потребують хірургічного дренування, а 15% пацієнтів з емпіємою не виживають. Симптоми у пацієнтів з інфекцією плеврального простору можуть неманіфестно відрізнятися від сукупності симптомів у пацієнтів з пневмонією та неускладненим парапневмонічним випотом, тому базуючись лише на клінічній картині провести диференційну діагностику проблемно. Допоміжним інструментом в таких випадках може стати ультразвукове дослідження (УЗД) плевральної порожнини за системою POCUS (Point-of-care ultrasound, Ультразвук в дослідженні зони уваги), яке використовується на всіх етапах медичної допомоги для виявлення плеврального випоту різної етіології. Зазначається, що УЗД може надати більш точну оцінку кількості випоту в плевральній порожнині, підтвердити наявність ускладнень емпієми плеври. Даний метод є доповненням до оцінки загальної клінічної картини і слугує зручним допоміжним засобом для прогнозування перебігу активної інфекції плеврального простору, що актуально в наступній діяльності лікаря первинної ланки.

Клінічний випадок: Пацієнт Г.(історія хвороби № 4876), 54 роки, без постійного місця проживання, 07.02.2025 в ургентному порядку госпіталізований до Київської міської клінічної лікарні № 8 зі скаргами на задишку, біль в лівій половині грудної клітки, підвищення температури тіла до 39°C, сухий кашель, запаморочення, загальну слабкість. Симптоми виникли протягом тижня і за цей час значно загострилися. *Anamnesis morbi*: Вважає себе хворим протягом тижня, після того як виникли та значно загострилися вищезазначені скарги. *Anamnesis vitae*: в грудні 2024 року перебував на стаціонарному лікуванні в відділенні пульмонології. В анамнезі вірусний гепатит С та токсичний гепатит. *Об'єктивний статус*: Загальний стан хворого середнього ступеня тяжкості, що обумовлено дихальною недостатністю. Т 38,5°C. Зниженого харчування. Шкіра і видимі слизові блідо-рожеві. Грудна клітка асиметрична, ліва частина відстає в акті дихання. При аускультії дихання ослаблене зліва в нижніх відділах,

притуплення перкуторного звуку. SpO₂ - 96%. Серцеві тони приглушені, ритмічні. Пульс 75 уд/хв, ритмічний, задовільного наповнення і напруження. АТ 130/70 мм. рт. ст. Набряки н/к - нижня 1/3 гомілки. Живіт симетричний, при пальпації м'який, чутливий в правому підребер'ї та епігастральній ділянці. Печінка виступає на 1,0 см з-під краю реберної дуги.

Рентгенографія ОГП 07.02.2025: Лівобічний паракостальний осумкований плеврит. *УЗД ОЧП 07.02.2025:* Дифузні зміни паренхіми печінки. Хронічний холецистит. Хронічний панкреатит. Сольовий діатез. Лівобічний гідроторакс. *Консультація терапевта 07.02.2025:* Лівобічний плеврит. Рекомендовано дренування плевральної порожнини.

07.02.2025 під місцевою анестезією в ургентному порядку виконано пункцію та дренування лівої плевральної порожнини. Проведено консервативну терапію: цефазолін, ацетилцистеїн, фраксипарин, диклофенак, фуросемід, аспаркам, дексаметазон, серратіопептидаза, амброксол, каптоприл, спіронолактон.

Бронхоскопія 11.02.2025: Н/д зліва катаральний ендобронхіт I-II ступеню запалення. *Цитологічне дослідження промивних вод бронхів 11.02.2025:* Атипові клітини не виявлено. *Тест Хpert MTB/RIF 12.02.2025:* мікобактерії туберкульозу не виявлені. *Рентгенографія 12.02.2025:* Лівобічна пневмонія у стадії неповного розсмоктування. Лівобічний обмежений гідроторакс з формуванням спайкового процесу в плевральній порожнині. *Бактеріологічне дослідження вмісту бронхів на флору 13.02.2025:* патогенна і умовно-патогенна флора не виявлена. *УЗД ОГП 17.02.2025:* Ознаки незначної кількості рідини в лівому синусі, ознаки формування спайок. *Консультація терапевта 17.02.2025:* Негоспітальна лівобічна полісегментарна пневмонія в стадії завершення. Емпієма плеври зліва. Дихальна недостатність II ст.

Впродовж наступних оглядів спостерігалось виділення гнійного вмісту по дренажу 150,0 - 200,0 мл сумарно за добу, загальний стан пацієнта мав позитивну динаміку.

Під час огляду 20.02.2025: У лівій половині грудної клітки в V міжребер'ї зліва по linea axillaris posterior наявна дренажна трубка з ознаками запалення оточуючих м'яких тканин. По дренажу до 200,0 мл гнійного вмісту. *Заключення:* Інфекція післяопераційної рани грудної клітки. Проведено хірургічну обробку післяопераційної рани грудної клітки під місцевою анестезією. З метою лікування лівобічного піотораксу пацієнту призначено моксифлоксацин 400 мг 1р/добу на три доби. *Бактеріологічне дослідження вмісту бронхів на флору 21.02.2025:* Bacillus cereus, чутливий до метронідазолу.

21.02.2025 при огляді чергового лікаря: дренажна трубка без ознак запалення оточуючих м'яких тканин, в дренажному мішку до 150,0 мл гнійного вмісту. Проведено перев'язку, дренаж промито. З метою лікування лівобічного піотораксу пацієнту згідно з посівом від 21.02.2025 призначено метронідазол 0,5% 100,0 мл в/в 3р/добу на три дні. *КТ від 24.02.2025*: КТ- картина емпієми плеври зліва, дренаж. Лівобічний піопневмоторакс. Фіброзні постзапальні зміни паренхіми лівої легені. ХОЗЛ у фазі загострення. Дегенеративні зміни хребта. Консолідований перелом тіла грудини. Впродовж наступних оглядів спостерігалась позитивна динаміка з покращенням самопочуття хворого та зменшенням виділення гнійного вмісту по дренажу. *Огляд лікаря 03.03.2025: St. localis*: У лівій половині грудної клітки в V міжребер'ї зліва по linea axillaris posterior наявна дренажна трубка без ознак запалення оточуючих м'яких тканин. По дренажу за Бюлау до 50,0 мл прозорого вмісту. Дренаж видалений. Накладена асептична пов'язка.

Рентгенографія ОГК 03.03.2025: Залишкові ознаки лівобічного ексудативного плевриту з ознаками організації і формування спайкового процесу у плевральній порожнині.

Клінічний діагноз: Лівобічний піоторакс. Стан після пункції та дренування лівої плевральної порожнини (07.02.2025). Лівобічна нижньодольова пневмонія. Ускладнення: Інфекція післяопераційної рани грудної клітки.

Супутні: ХОЗЛ: Хронічний обструктивний бронхіт, в фазі загострення. ДН II ст. ІХС, дифузний кардіосклероз, Гіпертонічна хвороба II ст., 2 ст., ризик високий. Серцева недостатність ІІА ст. Хронічний змішаний (НСV та токсичний) гепатит.

Виписується зі стаціонару під амбулаторний нагляд сімейного лікаря та хірурга поліклініки. Рекомендована консультація в спеціалізованому відділенні.

Проведені нами спостереження та їх результати дозволяють зробити висновки щодо необхідності застосування адекватної сукупності візуалізуючих методів у веденні складних пацієнтів на фоні значної коморбідності, що може бути предметом розгляду при проведенні практичних занять у підготовці лікарів загальної практики-сімейної медицини на додипломному та післядипломному етапах державною та англійською мовами.

СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: НЕОБХІДНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО МОНІТОРИНГУ ТА УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ

Білошицька О.К.¹, Галкін О.Ю.¹, Дячук Д.Д.²,

Зюков О.Л.², Ошивалова О.О.²

¹ Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського», м. Київ, Україна

² Державна наукова установа «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» Державного управління справами, м. Київ, Україна

Стан здоров'я населення є одним із першочергових пріоритетів держави, що обумовлює необхідність постійного моніторингу, оцінки та аналізу цього показника. Моніторинг здоров'я населення виступає науковим підґрунтям для прийняття управлінських рішень, що особливо актуально на сучасному етапі розвитку України.

Неінфекційні захворювання (далі – НІЗ) є провідною причиною смертності в усьому світі, спричиняючи понад 35 мільйонів випадків смертей щороку. Це більше половини всіх смертей у кожному з регіонів світу. Такі хвороби як серцево-судинні захворювання, рак, хронічні респіраторні захворювання та діабет мають негативний вплив на суспільство і значно навантажують системи охорони здоров'я, створюючи значний економічний тягар. Зростання захворюваності та смертності від НІЗ впливає на соціально-економічний розвиток, зменшуючи потенційні роки життя та збільшуючи безповоротні втрати через передчасні смерті. В Україні ця проблема є особливо актуальною. Щороку через передчасну смертність населення країна втрачає приблизно 4 мільйони років потенційного життя, а обсяг недовиробленого національного продукту становить від 47,9 до 89,1 мільярдів гривень. Ці дані підкреслюють необхідність системного підходу до вирішення проблеми НІЗ.

Україна у відповідь на епідемію НІЗ розробила проєкт Національного плану дій щодо неінфекційних захворювань. В основу цього плану покладено пріоритетні напрями державної політики у сфері охорони здоров'я, комплексний підхід, заснований на наукових доказах, інтеграцію досягнень соціальних наук та стратегічний соціальний маркетинг.

Цей стратегічний напрям відображено у низці державних документів, зокрема: стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року та галузевих програмах стандартизації медичної допомоги.

У 2020 році Всесвітня організація охорони здоров'я (далі – ВООЗ) розробила «Європейську програму роботи на 2020-2025 рр.» з метою запобігання та профілактики як інфекційних (до прикладу, COVID-19), так і неінфекційних захворювань. Програма базується на принципах універсального охоплення послугами охорони здоров'я всього населення планети, забезпечуючи, щоб ніхто не залишився осторонь.

Принцип «нікого не залишити осторонь» в програмі ВООЗ став особливо актуальним у зв'язку з бойовими діями в Україні. Понад 15 мільйонів внутрішньо переміщених українців, як в межах країни (приблизно 8 мільйонів), так і за її межами, повинні отримати своєчасну та якісну медичну допомогу, в тому числі медико-психологічну.

Пандемія COVID-19 та бойові дії в Україні значно вплинули на соціальну та медичну сфери, особливо серед найбідніших та найвразливіших груп населення. Для подолання цих викликів, Україні необхідно реалізувати завдання, визначені в Концепції розвитку системи громадського здоров'я, що включають інституційне зміцнення, попередження захворювань, реагування на надзвичайні ситуації, соціальну підтримку вразливих груп та збільшення інвестицій у сферу охорони здоров'я.

Ефективне стратегічне планування в сфері охорони здоров'я на рівні територіальних громад вимагає комплексного підходу, заснованого на достовірній інформації про стан здоров'я населення. Проте в Україні існують значні прогалини у доступності такої інформації на рівні територіальних громад. Особливістю поточної системи є реєстрація лише відхилень від основних норм здоров'я та захворювань, тоді як на рівні територіальних громад відсутні необхідні статистичні дані.

До 2020 року обласні територіальні центри медичної статистики подавали інформацію у розрізі адміністративних районів, але реформа територіального устрою призвела до укрупнення територіальних одиниць, у тому числі районів. Це ускладнює можливість порівняння просторових особливостей громадського здоров'я, які є критичними для стратегічного планування розвитку медичної допомоги на рівні громад і регіонів.

Збереження та покращення здоров'я громадян є пріоритетом у політиці більшості країн. Вивчення поширеності захворювань і травм, а також причин смерті, є інформативними способами оцінки ефективності систем охорони здоров'я.

Аналітичні дані, отримані з моніторингу здоров'я населення, повинні стати основою для усвідомленого вибору напрямів розвитку державних і місцевих

програм профілактичної спрямованості. Це сприятиме попередженню захворювань, збільшенню тривалості активного та працездатного віку населення.

З огляду на вищевикладене, виникає потреба у створенні ефективної державної системи моніторингу здоров'я населення. Для ефективного розвитку суспільної охорони здоров'я в Україні необхідна система обміну інформацією між суб'єктами, від яких може залежати здоров'я всього суспільства. Це сприятиме координації зусиль різних установ і організацій у покращенні стану здоров'я населення.

Створення ефективної державної системи моніторингу здоров'я населення є необхідним кроком для покращення стану здоров'я громадян України. Така система повинна базуватися на наукових методах, забезпечувати комплексний підхід до аналізу даних і підтримувати прийняття управлінських рішень на основі достовірної інформації.

Зв'язок роботи з науковою темою. Робота виконана за рахунок бюджетних коштів в рамках Договору №ДЗ/166-2025 між Міністерством освіти та науки України та Національним технічним університетом України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського» у рамках виконання НТР на 2025 рік.

ТРАНСКОРДОННЕ СПІВРОБІТНИЦТВО З ОХОРОНИ ВОДНИХ ОБ'ЄКТІВ УКРАЇНИ ВІД ЗАНЕСЕННЯ ТА ПОШИРЕННЯ ХВОРОБ, ЯКІ МАЮТЬ МІЖНАРОДНЕ ЗНАЧЕННЯ

Бондаренко Д.А., Гринзовський А.М.

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

Сьогодні значні території України постраждали та продовжують зазнавати нищівного впливу повномасштабного збройного вторгнення російської федерації. Під ворожими ударами руйнуються ґрунтовий покрив, підприємства, лікувальні заклади, очисні споруди тощо. Все це може стати причиною надзвичайних ситуацій (НС), в тому числі, біологічного походження, з високим ризиком ймовірності виникнення інфекційних захворювань, зокрема. особливо небезпечних. Саме поширення інфекційних захворювань спостерігається в умовах проведення бойових дій, що є однією з найсерйозніших загроз для життя як безпосередньо, військових, так і цивільного населення. Оскільки мікроорганізми з різною патогенністю можуть потрапляти у довкілля, з

подальшим поширенням у транскордонні водні об'єкти, то попередження НС біологічного походження набуває не тільки загальнодержавного, а й міждержавного значення.

Санітарна охорона водних об'єктів передбачає комплекс заходів від занесення та розповсюдження переносників та збудників хвороб, які мають міжнародне значення, забезпечується дотриманням вимог Закону України «Про систему громадського здоров'я» №2573-IX від 01.10.2023. Зокрема, ст. 26 цього Закону визначаються: «...медико-санітарні вимоги щодо безпечності для здоров'я і життя людини водних об'єктів та питної води», які передбачають, що водні об'єкти «...не повинні бути джерелами біологічних (серед інших) факторів шкідливого впливу на людину».

Продовжуючи процес інтеграції до європейського суспільства, Україна прагне до створення ефективних механізмів вирішення потенційних надзвичайних ситуацій, впроваджуючи систему моніторингу якості води водних ресурсів у солідарності з європейською спільнотою. Важливим є співробітництво України з країнами ЄС в сфері захисту транскордонних водних об'єктів від хвороб, які передаються водним шляхом та мають міжнародне значення. Угода про асоціацію між Україною та Європейським союзом (ратифікована 16 вересня 2014 року та чинна з 1 вересня 2017 року) включає питання співробітництва щодо попередження і контролю виникнення інфекційних хвороб та імплементацію Міжнародних медико-санітарних правил (ММСП) 2005 року.

Суттєвою складовою євроінтеграції є дотримання вимог Міжнародних медико-санітарних правил, основною метою яких є «...запобігання міжнародному поширенню хвороб, боротьба з ними і прийняття відповідних заходів на рівні суспільної охорони здоров'я».

Згідно з ММСП Україна проводить виявлення, оцінку та моніторинг ризиків виникнення НС біологічного походження, зокрема на транскордонних водних об'єктах. Для забезпечення реагування на такі ситуації здійснюються відповідні організаційні, медико-санітарні, протиепідемічні та адміністративні заходи.

Відповідно до Статті 427 Угоди про асоціацію між Україною та ЄС: «Сторони обмінюються інформацією та найкращими практиками і здійснюють інші спільні заходи, в тому числі в рамках підходу «охорона здоров'я у всіх політиках» та поступової інтеграції України в європейські мережі охорони здоров'я»).

Для виконання статей Угоди, Україна вносить зміни у своє законодавство та практичну діяльність з питань охорони водних, в т.ч. транскордонних, об'єктів відповідно до європейських принципів. Модернізується та посилюється

відповідна інфраструктура з безпеки водних джерел та встановлюються системи транскордонного нагляду і контролю за якістю води, які становлять спільний інтерес і відповідають принципам збереження навколишнього середовища.

Інструментами для підтримки співробітництва у сфері транскордонного нагляду за водними об'єктами може стати співробітництво з Європейським інвестиційним банком (ЄІБ), Європейським банком з реконструкції і розвитку (ЄБРР) та іншими міжнародними фінансовими організаціями.

ЩОДО ПОШИРЕНOSTІ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД ЖІНОК ПРАЦЕЗДАТНОГО ТА ПЕНСІЙНОГО ВІКУ НА ПРИКЛАДІ ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ

**Бондаренко Д.А., Дорошенко Т.С., Панасюк Т.О., Варецька О.Ю.,
Петровська Т.М., Демченко Т.М., Максименко Ю.А.**

*ДУ «Одеський обласний центр контролю та профілактики хвороб
МОЗ України», м. Одеса, Україна*

Актуальність. Депресія – поширений психічний розлад, який характеризується порушенням сну, апетиту та концентрації, швидкою втомлюваністю, постійним смутком та відсутністю інтересу чи задоволення від занять, які раніше були приємними для людини.

Від депресії, за оцінками ВООЗ, на кінець березня 2023 року, у всьому світі страждають 3,8% населення (280 мільйонів осіб), у тому числі 5% дорослих і 5,7% дорослих віком від 60 років. Серед жінок депресія зустрічається вдвічі частіше, ніж серед чоловіків.

Депресія є однією з причин інвалідності у світі. Довгостроковий вплив стресогенів на організм людини сприяє розвитку соматичних та психіатричних захворювань, посилюючи тягар на систему охорони здоров'я. Депресивні розлади (далі – ДР) становлять серйозну загрозу для ментального здоров'я, особливо в умовах війни.

Матеріали та методи. З метою визначення ситуації, що склалася в Одеській області щодо поширеності депресії та ступеня тяжкості ДР серед жінок працездатного та пенсійного віку в умовах військового стану, нами використовувалась Шкала депресії А.Т. Бека, рекомендована для діагностики депресивних розладів у військовослужбовців.

Дослідження проводилось протягом 2024 року шляхом анонімного онлайн-опитування.

Всього в дослідженні взяли участь 236 жінок віком від 18 до 74 років, які проживають в Одеській області, зокрема 201 жінка – працездатного віку (18-59 років) та 35 жінок – пенсійного віку (60-74 років).

Результати дослідження. Аналіз отриманих даних показав, що тільки у $18,22 \pm 2,51\%$ опитаних жінок не виявлено ознак ДР. Легкий ступінь депресії виявлено у кожній десятій респондентки ($10,59 \pm 2,00\%$), у кожній четвертій – середній ступінь депресії ($25,42 \pm 2,83\%$), в той час як дві з кожних п'яти опитаних мають високий ступінь депресії ($45,76 \pm 3,24\%$).

Порівняльний аналіз поширеності ДР серед жінок працездатного та пенсійного віку, які проживають в Одеській області, не виявив достовірних відмінностей.

Так, легкий ступень депресії виявлено у $10,95 \pm 2,20\%$ респонденток працездатного віку та $8,57 \pm 4,73\%$ респонденток пенсійного віку ($t = 0,45$, $p > 0,05$). Середній ступень депресії виявлений у кожній четвертій респондентки працездатного віку та кожній п'ятій респондентки пенсійного віку ($26,87 \pm 3,13\%$ та $17,14 \pm 6,37\%$, відповідно; $t = 1,37$, $p > 0,05$). Високий ступінь депресії виявлено у $44,28 \pm 3,50\%$ респонденток працездатного віку та $54,29 \pm 8,42\%$ респондентки пенсійного віку ($t = 1,10$, $p > 0,05$).

Не виявлено ознак депресії у $17,91 \pm 2,70\%$ респонденток працездатного віку та $20,00 \pm 6,76\%$ респонденток пенсійного віку ($t = 0,29$, $p > 0,05$).

Висновки. Таким чином, проведене нами дослідження показало, що в Одеській області:

- чотири з п'яти жінок мають ознаки ДР, зокрема: високий ступінь депресії виявлений у двох з кожних п'яти опитаних жінок, середній – кожна четверта жінка, легкий – кожна десята жінка;
- не виявлено достовірних відмінностей поширеності у жінок працездатного та пенсійного віку щодо;
- виявлена тенденція більшої поширеності середньої ступені депресії серед жінок працездатного віку.

ДО 100-річчя ВИКЛАДАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ (СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ, ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я) В ОДЕСІ

Васильєв К.К.¹, Бабієнко В.В.², Васильєв Ю.К.³

¹*Незалежний науковець*

²*Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна*

³*Сумський державний університет; м. Суми, Україна*

У 1923-1924 рр. були утворені перші чотири кафедри соціальної гігієни в Україні: Харкові (тодішня столиця), Києві, Одесі та Дніпрі (тоді Катеринослав). У зв'язку зі століттям цієї події було опубліковано не лише статті, а й дві монографії: «Становлення та історична спадщина кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ХНМУ. (1923–2023) / за ред. В. А. Огнєва, З. П. Петрової» (Харків, 2023) і «Нариси історії кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету / за ред. В.М. Лехан, Л.В. Крячкової» (Дніпро, 2024). Однак про кафедру соціальної гігієни в Одеському медичному інституті (ОМІ; нині Одеський національний медичний університет) публікацій не було. Мета цього повідомлення: частково заповнити цю прогалину, позначивши основні віхи історії одеської кафедри.

У вересні 1923 р. першим завідувачем кафедри соціальної гігієни ОМІ став Лев Васильович Громашевський (1887-1980). На той час він був ректором ОМІ і, крім того, очолював кафедру епідеміології. Кафедра в Одесі, як і в Україні в цілому, була названа так само, як іменувалася в Німеччині – Sozialhygiene, тобто це була калька з німецької мови. Через п'ять років – у 1928 р. - він поїхав до Дніпропетровська (нині Дніпро). Того ж року завідувачем кафедри став його асистент Ісак Львович Дайліс (1888–1981).

Проф. Дайліс очолював кафедру 1963 р., з перервою на роки окупації Одеси (1941-1944 рр.), коли кафедра не функціонувала. На період його завідування припадає перейменування кафедри на кафедру організації охорони здоров'я (1940 р.). Крім того, наприкінці назви кафедри з'явилося словосполучення «з історією медицини». (У 1949-1962 рр. в ОМІ була кафедра історії медицини, завідувачем якої був к.м.н., доцент Федір Федорович Бурлаков. З літа 1962 р. він на пенсії і тоді ж цю кафедру приєднали до кафедри організації охорони здоров'я.) У назві кафедри історія медицини фігурує і за наступних трьох завідувачів-професорів.

У 1964-1976 рр. завідувачем одеської кафедри був д.м.н., проф. Пантелеймон Наумович Чорнобров (1910–1996). У період його завідування

відбулося чергове перейменування кафедри. У 1966 р. вона стала кафедрою соціальної гігієни та організації охорони здоров'я з історією медицини. У 1978-1985 рр. завідувачем кафедри був д.м.н., проф. Олександр Іванович Міцкевич (1921-1989); у 1989-1994 роках. – д.м.н., проф. Дмитро Васильович Тінтюк, який після цього повернувся до Молдови.

У 1994-2000 рр. завідувач був д.м.н., проф. Володимир Олександрович Колоденко; у 2000-2005 роках. – д.м.н., проф. Володимир Іванович Журавель, при якому кафедра іменувалася кафедрою соціальної медицини, управління та економіки охорони здоров'я. Між названими професорами кафедра перебувала у завідуванні доцентів: О.Г. Кравченко (1976-1978; 1985-1989), Б.М. Стріченя (2005-2006), а в 2006-2010 роках. - В.С. Бірюкова. У 2010-2012 рр. – кафедрою завідував д.м.н., проф. Костянтин Константинович Васильєв. На цей час кафедра називалася кафедрою соціальної медицини та медичного менеджменту. Після нього – д.м.н. В'ячеслав Олексійович Полясний (2013-2014 рр.) та д.юр.н., проф. Сергій Олексійович Погрібний (2013-2017 рр.). За останнього завідувача кафедра називалася кафедрою соціальної медицини, медичного права та менеджменту.

Як бачимо, в Одесі відбувалася часта зміна завідувачів названої кафедри, що не сприяло стабільній науковій роботі. Кожен новий завідувач вносив нову наукову тематику, а це – за частотої зміни керівника кафедри – не сприяло створенню наукових шкіл. Так О.І. Міцкевич прийшов із хірургічної кафедри; В.О. Колоденко був гігієністом; хоча вся наукова діяльність К.К. Васильєва пройшла на аналогічних кафедрах у Тернополі та Сумах, але в основному він займається історією медицини, а С.О. Погрібний мав юридичну освіту. Наукові інтереси П.М. Чорноброва - санітарно-демографічні процеси, захворюваність та інвалідність; Д.В. Тінтюка – проблема організації охорони здоров'я у сільській місцевості; В.І. Журавля – менеджмент у системі охорони здоров'я. А перший завідувач одеської кафедри соціальної гігієни Л.В. Громашевський увійшов до історії як епідеміолог, але саме йому довелося займатися організацією викладання соціальної гігієни в Одесі. Після нього, а тим більше після проф. Дайліса, навчальний процес було налагоджено. Наступним завідувачам тільки доводилося коригувати викладання, вносячи те, що з'являлося нове.

Ми відзначили, на наш погляд, негативний момент за сторічний період життя кафедри – часта зміна завідувачів, але водночас не можна недооцінювати велику роботу, яку за цей період було здійснено як завідувачами, так і всім колективом кафедри. Детальний аналіз діяльності кафедри має стати спеціальним дослідженням.

У вересні 2024 р. викладання громадського здоров'я (англійською - Public Health) ведеться на кафедрі гігієни та медичної екології. Відповідно ця кафедра змінила назву і з того часу називається кафедрою гігієни, медичної екології та громадського здоров'я. Завідувач кафедри - академік Національної академії наук вищої освіти України, заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор Володимир Володимирович Бабієнко.

РОЛЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В РЕАЛІЗАЦІЇ ПОЛОЖЕНЬ СТАТТІ 14 РКБТ ВООЗ: СИТУАЦІЯ В УКРАЇНІ

Васильківський П.М., Демченко І.С.

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

У глобальному масштабі поширеність вживання тютюнових виробів знизилася, з 32,7% у 2000 році до 20,9% у 2022 році. Найбільший темп зниження відбувався після 2005 року, коли набула чинності Рамкова конвенція ВООЗ із боротьби проти тютюну. Але в абсолютних числах ситуація трохи інша. Кількість курців у світі зросла із 0,99 мільярда у 1990 році до 1,245 мільярда у 2022 році, що й надалі є підставою для ВООЗ вважати це явище глобальною тютюновою епідемією.

Понад 60% із 1,245 мільярда дорослих споживачів тютюнових виробів у світі хочуть кинути курити, проте близько 70% із них не мають доступу до комплексних послуг із припинення вживання тютюну через труднощі, з якими стикаються системи охорони здоров'я, зокрема, обмежені людські і фінансові ресурси; недостатня потужність послуг із припинення вживання тютюну на рівні країн.

За даними Глобального опитування дорослих щодо вживання тютюну (GATS) 2017 року майже дві третини (62,5%) тодішніх курців сигарет – або 5,1 мільйона – заявили, що хочуть припинити курити.

Стаття 14 РКБТ ВООЗ «Заходи зі скорочення попиту, які стосуються тютюнової залежності й припинення вживання тютюну» передбачає низку заходів, спрямованих на сприяння припиненню вживання тютюну. Однак положення цієї статті на сьогоднішній день є найменш реалізованими не лише в Україні, а й у всьому світі. У 2008 році ВООЗ розробила комплекс із шести заходів під назвою MPOWER, що довели свою ефективність у скороченні вживання тютюнових виробів у світовому вимірі. Стаття 14 РКБТ ВООЗ відображена

компонентою О (Offer) – допомога у тому, аби припинити вживати тютюнові вироби. Наразі 32 країни охоплені комплексними послугами з припинення вживання тютюну. За даними сайту <https://mpowerportal.org/> Україною досягнуто мінімальних заходів – доступ до безкоштовної телефонної лінії. Станом на березень 2025 року дана телефонна лінія не працює. Доступний лише сайт <https://stopsmoking.org.ua/>.

Для отримання максимального результату від заходів, передбачених статтею 14 РКБТ ВООЗ, потрібні наступні складові. По-перше, наявність Національної стратегії припинення вживання тютюну, яка передбачатиме: ефективне використання наявної інфраструктури первинної медичної допомоги; наявність національних настанов з лікування; забезпечення доступності лікарських засобів. По-друге, робота з медичними працівниками: питання тютюнової залежності та припинення вживання тютюну мають бути включені до основної навчальної програми та системи безперервного професійного навчання для фахівців медичної, медсестринської та інших відповідних спеціальностей на рівні до- та післядипломної освіти, а також у ліцензійні та сертифікаційні іспити. Як бачимо, саме медичні працівники є основою реалізації заходів зі скорочення попиту, які стосуються тютюнової залежності й припинення вживання тютюну.

Станом на березень 2025 року в Україні відсутня Національна стратегія припинення вживання тютюну. Питання щодо скорочення попиту, які стосуються тютюнової залежності й припинення вживання тютюну частково відображені в «Національному плані заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку» затвердженому розпорядженням КМУ від 26 липня 2018 р. № 530-р. У Плані передбачено наступне: забезпечення надання кваліфікованої медичної допомоги особам, які мають бажання припинити вживати тютюнові вироби та позбутися тютюнової залежності; забезпечення створення «гарячої» телефонної лінії стосовно надання допомоги щодо припинення паління. Як згадувалося вище «телефонна лінія» не працює.

В Україні діє Програма медичних гарантій. Надання медичної допомоги громадянам при зверненні в заклади охорони здоров'я покривається за рахунок коштів державного бюджету через так звані Пакети медичних послуг. Здійснюється повне або часткове відшкодування аптечним закладам вартості лікарських засобів або медичних виробів, що були відпущені пацієнту на підставі рецепта, за рахунок коштів програми державних гарантій медичного обслуговування населення. Що стосується безпосередньо допомоги у відмові від куріння або в лікуванні тютюнової залежності, то в Україні вона не входить до переліку медичних послуг, які покриваються Програмою медичних гарантій і в разі

бажання відмовитися від куріння громадянин має сам сплатити вартість лікування. Єдиним плюсом є те, що в переліку медичних послуг з надання первинної медичної допомоги передбачено надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я, в тому числі куріння, та формування навичок здорового способу життя.

Важливою характеристикою медичних працівників як рушійної сили протидії тютюновій епідемії є наступне: медичні працівники - це та група людей, яка має високий авторитет серед суспільства; через спілкування чи взаємодію із медичними працівниками проходить практично все населення України. Відповідно, промоція та профілактика, пропаганда здорового способу життя є основною складовою їхньої професійної діяльності, філософією життя, які мають бути забезпечені особистим прикладом.

Для забезпечення найповнішого використання потенціалу діючих та майбутніх медичних працівників в Україні потрібно:

1. Розробити та впровадити Національну стратегію припинення вживання тютюну.

2. Передбачити в Програмі медичних гарантій Пакет медичних послуг з лікування тютюнової залежності та припинення вживання тютюну. Забезпечити повне або часткове відшкодування лікарських засобів, які підвищують шанси на припинення куріння.

3. Включити питання тютюнової залежності та припинення вживання тютюну до основної навчальної програми та системи безперервного професійного навчання для фахівців медичних спеціальностей на рівні до- та післядипломної освіти.

4. Спонукати діючих працівників охорони здоров'я бути особистим прикладом для оточуючих з питань здоров'я, в тому числі й щодо вживання тютюну.

НАУКОВЕ ОБГРУНТУВАННЯ АЛІМЕНТАРНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ДИСТРЕСУ

Велика Н.В, Аністратенко Т.І., Кузьмінська О.В.

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

Сучасна соціально-політична та економічна ситуація в Україні, бойові дії в східних та центральних регіонах України, військовий стан на території нашої

держави впливають на фізичний та психологічний статус військовослужбовців та тримають населення у постійному психологічному перенапруженні, яке може бути оцінене як потужний хронічний стрес. Стрес є поліетіологічним і поліпатогенетичним чинником впливу на організм, який призводить до численних психосоматичних розладів. За оцінками фахівців, проведеними до війни ще у 2010 році, майже 70% населення України постійно перебувало у стані стресу, 30% – у стані сильного стресу. За нинішньої ситуації в Україні ця цифра сягає 100%.

Особливе навантаження отримують підрозділи військовослужбовців, які перебувають у зоні військових дій та населення, що мешкає в цих регіонах. Психологічна реакція на стрес підсилюється порушенням умов життєдіяльності, впливом фізичних чинників – несприятливих погодних умов (холоду - холодний стрес, підвищеної вологості), шуму, вібрації; шкідливих хімічних речовин (вибухових газів), що призводить до виснаження адаптаційних механізмів та ендогенних запасів нутрієнтів, які беруть участь у процесах регуляції стресрезистентності та детоксикації і, як наслідок, до дистресорних розладів. Тривале перебування в екстремальних умовах призводить до психофізичного виснаження, особистісних змін, часто ускладнюється проблемами залежності від алкоголю і депресивними розладами, які ще у період антитерористичної операції отримали назву "синдром АТО", що проявляється в крайньому ступені втоми, безсонні, нічних кошмарах, згорьованості з приводу загибелі друзів, тривалому недоїданні, алкоголізації. Порушуються сімейні та соціальні зв'язки, система ціннісних орієнтацій та інтересів, що стає додатковим психотравмуючим фактором. За прогнозами психологів, посттравматичний психологічний розлад після війни у чоловіків, які воювали, та для їх родин стане серйозною проблемою.

Це є проблема, з якою необхідно боротися не лише методами психологічного консультування, а й патофізіологічно обґрунтованими методами натуропатичної корекції. Механізми виникнення психосоматичних розладів та захворювань є безпосереднім наслідком декомпенсації і дистресу. В результаті психоемоційного збудження активізуються гіпофіз, гіпоталамус, наднирники, виділяється адреналін, як наслідок - підвищуються пульс, артеріальний тиск, частота дихання, в крові збільшується рівень ліпопротеїдів низької щільності та асоційованого з ними холестерину, тригліцеридів, погіршується пружність судин, розвиваються атеросклероз, гіпертонічна та ішемічна хвороба, їх ускладнення та наслідки. Звуження судин, погіршення кровопостачання, кисневе голодування клітин мозку, що відбуваються при затяжному хронічному стресі, індукують головний біль, мігрень, синдром хронічної втоми, безсоння, неврози, депресії та

інші симптоми психоневрологічних розладів. Нейростимуляція обкладових клітин шлунку при стресі призводить до виділення шлункового соку незалежно від наявності їжі, що провокує утворення ерозій, а в подальшому виразки шлунку, 12-палої кишки, порушення травлення, гіпомоторний та виразковий коліт. Тривале психоемоційне напруження характеризується пригніченням активності імунізаційних систем та механізмів, підвищенням неспецифічної захворюваності. Безпосередніми наслідками хронічного стресу є порушення аліментарного статусу, яке супроводжується активацією катаболізму білків і жирів, порушенням білкового обміну, виникненням полінутрієнтного дефіциту, який поглиблює соматичні проблеми та активує соматопсихічні розлади. Як наслідок, виникає порочне коло – стрес спричиняє аліментарний дефіцит, а аліментарний дефіцит поглиблює стрес.

Найважливішими джерелами есенціальних амінокислот, які беруть участь у анаболічних та регуляторних процесах у мозку, є білки та амінокислоти. Амінокислота гліцин – медіатор гальмівного типу дії; глутамін – амінокислота, яка перетворюється в глутамінову кислоту, підвищує рівень гама-аміномасляної кислоти, необхідних для нормальної мозкової діяльності і розумової активності, входить до складу глутатіону, в нейронах бере участь в транспорті іонів калію, аміногруп і зв'язуванні аміаку; тирозин – бере участь у синтезі адреналіну, гормонів щитоподібної залози; треонін – регулює передачу нервових імпульсів медіаторами в мозку; триптофан – попередник серотоніну; фенілаланін бере участь у синтезі адреналіну і норадреналіну, є природним антидепресантом; холін – субстрат для синтезу ацетилхоліну у мозку; цистеїн входить до складу глутатіону, необхідний для засвоєння селену – важливого регулятора оксидантно-антиоксидантного гомеостазу.

Компоненти жирів беруть безпосередню участь у формуванні нервових тканин та клітин і регуляції функцій мозку. Зокрема, фосфоліпіди (фосфатидилхолін та фосфатидилсерин) формують сфінгомієлінові волокна нейронів, ПНЖК – омега-3 є субстратами синтезу простагланінів, які забезпечують антиоксидантні, антиінфламаторні, антиапоптичні, антиатеросклеротичні, антитромботичні механізми у судинах.

Важлива роль у нормалізації психосоматичного статусу належить вітамінам і мінералам. Вітаміни групи В регулюють функціонування нервової системи, підвищують стійкість до стресів, депресій, втоми, беруть участь у процесах енергозабезпечення, нормалізують роботу серцево-судинної системи, печінки, шлунку, кишечника. Вітамін В1 називають «вітаміном оптимізму»; вітамін В2 бере участь у синтезі кортикостероїдів, глікогену, відновленні глутатіону; вітамін

В3 регулює синтез серотоніну, підсилює гальмівні процеси, сприяє насиченню клітин мозку киснем, нормалізації сну; вітаміни В6, В9 забезпечують участь у синтезі серотоніну; вітамін В12 - участь в утворенні мієлінової оболонки нервів та процесах нервової провідності; вітамін Н забезпечує нервові клітини енергією, зменшує симптоми невропатії. Вітамін С депонується у наднирниках і при стресі його запас виснажується, тому потреба підвищується. Вітамін Е забезпечує антиоксидантний захист, регулює насичення тканин киснем, захищає наднирники, нормалізує роботу печінки та бере участь в синтезі фосфатидилхоліну, який відіграє важливу роль у функціонуванні мозку і всієї нервової системи. Вітамін А є синергістом вітаміну Е, мобілізує залізо з депо та сприяє оксигенації тканин. Важливим нейропротектором є α -ліпоєва кислота, яка забезпечує потужний антиоксидантний ефект. Кальцій підтримує рівновагу між процесами збудження і гальмування в корі головного мозку, бере участь в передачі нервових імпульсів; магній підсилює процеси гальмування в корі головного мозку, забезпечує заспокійливий, антиспастичний, судинорозширюючий ефекти; калій регулює серцевий ритм, водний баланс організму, сприяє повноцінному м'язовому скороченню, проникненню поживних компонентів через клітинні мембрани; селен забезпечує потужну антиоксидантну дію, підсилює антиоксидантну ефективність вітаміну Е і разом з ним уповільнює процеси вільнорадикального окислення ліпідів тканин; йод - необхідний для синтезу гормонів щитоподібної залози, розвитку і функціонування головного мозку, підтримки розумової працездатності та пам'яті.

Ідеальним варіантом забезпечення потреб в нутрієнтах та енергії є повноцінно організоване харчування, яке містить всі необхідні продукти та нутрієнти, проте в умовах військових дій це практично неможливо. У зв'язку з цим виникає необхідність створення функціональних продуктів харчування, які б поєднували в собі комплекс компонентів, що забезпечують стресрезистентність. Такі продукти мають містити джерело легкозасвоюваного білка, який є універсальним транспортером біологічно-активних речовин в організмі, вуглеводів, а також фітонутрієнти специфічної спрямованості. Продукт повинен бути у вигляді сухого концентрату тривалого зберігання і легкого приготування. Прикладом є суха суміш для напою з цикорію з молоком «Цикорлакт», у якого вже доведена висока парафармакологічна ефективність. Цьому напою можна надати антистресову спрямованість завдяки збагаченню фітокомпонентами цільового призначення, що є актуальним за нинішньої ситуації.

Висновки:

1. Стрес є поліетіологічним і поліпатогенетичним процесом, який впливає на нейроендокринні структури і призводить до психосоматичних розладів у діяльності серцево-судинної, нервової систем, шлунково-кишкового тракту, обмінних процесів, супроводжується виснаженням депо вітамінів та мікроелементів, які беруть участь у механізмах стресадаптації, призводить до супутнього полінутрієнтного дефіциту та поглиблює наслідки дистресу.

2. З метою профілактики і корекції дистресу під час війни необхідно застосовувати патогенетично обґрунтовані аліментарні засоби, що сприятиме підвищенню адаптаційних можливостей організму і відновленню фізичного і психологічного статусу.

ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ У ДІТЕЙ В УМОВАХ КРИЗИ: ПРИЧИНИ, НАСЛІДКИ, СТРАТЕГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ

Велика Н.В., Насилівська О.В., Аністратенко Т.І., Кузьмінська О.В.

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

Актуальність теми зумовлена стрімким зростанням рівня захворюваності на цукровий діабет серед дітей, що є актуальною медико-соціальною проблемою сучасності. Умови війни, пандемія COVID-19 та загальне погіршення якості життя спричинили серйозний вплив на фізичний та психологічний стан дітей, значні зміни в організмі, зокрема порушення вуглеводного обміну та обміну речовин в цілому. Стрес, обмежений доступ до здорового харчування, зміни раціону зі збільшенням вмісту простих вуглеводів, а також недостатня обізнаність населення щодо профілактики та ранніх ознак хвороби сприяють поширенню діабету.

Вивчення цієї проблеми є надзвичайно важливим для розробки ефективних профілактичних заходів, покращення діагностики та створення комплексних програм профілактики та підтримки дітей із цукровим діабетом. Усвідомлення основних факторів ризику дозволить впровадити своєчасні заходи, що сприятимуть зниженню захворюваності та покращенню якості життя дітей.

Мета роботи. Вивчення та наукове обґрунтування основних механізмів впливу військових, соціально-економічних та біологічних факторів на розвиток цукрового діабету у дітей, а також розробка ефективних стратегій профілактики

та покращення медико-соціальної підтримки та допомоги дітям із цукровим діабетом.

Результати. Цукровий діабет є однією з найважливіших медико-соціальних проблем сучасності, оскільки його поширеність невпинно зростає як у світі, так і в Україні. Особливо тривожним є зростання захворюваності серед дітей, що обумовлює необхідність детального аналізу факторів ризику, механізмів розвитку патології, а також розробки ефективних заходів профілактики та контролю. Протягом останніх 20 років (2002–2021) в Україні, за умов мирного часу, щорічно спостерігалось поступове зростання поширеності та захворюваності на цукровий діабет серед дітей усіх вікових груп, що відповідає загальносвітовим тенденціям. За даними МОЗ України, станом на 2021 рік зареєстровано 11 193 дітей віком 0–17 років включно, хворих на цукровий діабет, що становить 15,0 випадків на 10 тис. відповідного населення. Порівняно з 2002 роком показники поширеності та захворюваності зросли відповідно на 93% та 80%; найбільше – серед дітей 0–6 років, найменше – серед підлітків 15–17 років. У 2021 році зафіксовано найвищий рівень захворюваності на цукровий діабет серед немовлят за останні 15 років (0,05 на 1000 відповідного населення). Однак сучасні обставини створюють додаткові ризики для розвитку цього захворювання. Повномасштабна війна призвела до значного зростання рівня хронічного стресу серед дітей, що негативно впливає на роботу ендокринної системи та може додатково сприяти виникненню метаболічних порушень.

Стрес спричиняє гіперглікемію, і це є патогенетично обумовленим еволюційним процесом, який допомагає організму пройти через фазу гострого стресу, що було доведено рядом експериментальних досліджень, проведених на тваринах. Спричинені стресом зміни можуть бути компенсаторними і корисними при гострому стресі. Проте, довготривалий вплив стресогенних чинників, вивільнення катехоламінів і підвищення концентрації глюкокортикоїдів у сироватці крові, які є основною гормональною реакцією на стрес, підвищують потребу в інсуліні та інсулінорезистентність, призводять до порушення гомеостазу глюкози. Перенапруження адаптаційних механізмів, розвиток дистресу, можуть призвести до серйозних хронічних розладів вуглеводного обміну та метаболізму в цілому. Хронічна стрес-індукована гіперглікемія разом з іншими механізмами викликає інсулінорезистентність на рівні клітин та тканин, що призводить до цукрового діабету у пацієнтів із хронічними стресовими станами.

Вимушене перебування у сховищах, обмежений доступ до якісних продуктів харчування, дефіцит білків, вітамінів та мікроелементів у поєднанні зі

збільшенням споживання вуглеводів, особливо простих, створюють сприятливі умови для розвитку інсулінорезистентності та порушень обміну глюкози. Економічні труднощі також суттєво впливають на можливість забезпечення дітей належним харчуванням та медичним спостереженням, що ускладнює ранню діагностику та своєчасне лікування хвороби.

Додатковим негативним чинником стала пандемія COVID-19. Систематичний огляд та мета-аналіз результатів 42 досліджень захворюваності на цукровий діабет під час пандемії COVID-19 виявили, що рівень захворюваності на цукровий діабет 1 типу та діабетичний кетоацидоз (ДКА) у дітей та підлітків був вищим після початку пандемії, порівняно з періодом до пандемії. Крім того, в дослідженнях повідомляється, що з кожним роком тривалості пандемії захворюваність на цукровий діабет дітей та підлітків прогресивно зростала в 1,14 – 1,27 рази, порівняно з середньостатистичним щорічним зростанням на 3-4%. Це вказує на прямий зв'язок між перенесеною вірусною інфекцією та розвитком порушень вуглеводного обміну.

У зв'язку з цим особливо актуальним є всебічний аналіз факторів, що сприяють зростанню захворюваності на цукровий діабет серед дітей в умовах пандемії, війни, економічної нестабільності та змін у способі життя.

Для ефективної профілактики, ранньої діагностики та покращення медико-соціальної підтримки дітей із цукровим діабетом необхідний комплексний підхід, який охоплює кілька основних стратегій.

В першу чергу необхідно звернути увагу на здорове збалансоване харчування, яке забезпечує контроль кількості білків та їх якісний склад, оскільки відомо, що підшлункова залоза є дуже чутливою до дефіциту білків та незамінних амінокислот у раціоні. Корекція вуглеводної квоти раціону – збагачення раціону продуктами з низьким глікемічним індексом та глікемічним навантаженням, які сприяють стабільному рівню глюкози в крові. Важливим є також включення до раціону продуктів, багатих на мікроелементи, зокрема цинк та хром. Цинк відіграє ключову роль у роботі інсулярного апарату та синтезі інсуліну; хром забезпечує чутливість рецепторів клітин до нормальних доз інсуліну у крові та попереджає інсулінорезистентність клітин, сприяє відновленню вуглеводного гомеостазу. В раціоні дітей необхідно забезпечити адекватний вміст вітамінів, особливу увагу звернути на вітаміни групи В, які беруть безпосередню участь у вуглеводному обміні. Уважно потрібно ставитись до вибору таких продуктів, тому що переважними джерелами вітамінів групи В є зернові продукти, а більшість з них мають високий глікемічний індекс.

Важливо запроваджувати обґрунтовану різноманітність у харчуванні. Вживання овочів з низьким вмістом вуглеводів, таких як капуста та селера, а також фруктів і ягід із низьким глікемічним індексом унеможливорює різкі коливання рівня цукру в крові та знижує ризик розвитку метаболічних порушень. Розробка та впровадження списку продуктів, що мають низьке глікемічне навантаження, включаючи такі, які змінюють глікемічний індекс під час термічної обробки, дає можливість батькам краще орієнтуватися у харчуванні своїх дітей, що є одним з аспектів профілактики діабету.

Використання парафармакологічних властивостей продуктів у профілактичних та лікувальних стратегіях є прогресивним напрямком боротьби з цукровим діабетом. Зокрема, доведена ефективність напоїв з цикорію з молоком у нормалізації глікемічної кривої пацієнтів з цукровим діабетом. Потрібно обґрунтовано розширювати перелік таких продуктів, застосовувати їх у медикаментозно-дієтичній терапії та поширювати такі знання серед населення.

Активний спосіб життя, нормована фізична активність має не лише позитивний вплив на обмін речовин, але й сприяє зниженню рівня стресу, покращує психоемоційний стан дитини, що є важливим фактором впливу на її загальне здоров'я та благополуччя.

Критично важливою складовою є система ранньої діагностики та медико-соціальної допомоги. Забезпечення своєчасної діагностики, надання необхідної медичної, інформаційної та психологічної підтримки дітям і їхнім сім'ям є ключовим для швидкої реакції на будь-які зміни в стані здоров'я дитини та для попередження розвитку важких ускладнень захворювання.

Висновки. Комплексний підхід, що включає наведені стратегії, дозволяє не лише зменшити ризики розвитку цукрового діабету у дітей, але й забезпечити їм підтримку при виникненні захворювання, а також покращити якість життя та загальний стан здоров'я.

Важливим аспектом є профільна підготовка лікарів та інших медичних працівників з питань нутриціологічної та дієтологічної профілактики та корекції цукрового діабету, його ускладнень та інших захворювань. З цією метою доцільно запроваджувати вивчення науки про харчування, склад, властивості та особливості харчових продуктів, їх парафармакологічну ефективність у базових програмах підготовки студентів-медиків та у програмах безперервного професійного розвитку лікарів.

ПРОБЛЕМА ВИКОРИСТАННЯ ГЕНЕТИЧНО МОДИФІКОВАНИХ ОРГАНІЗМІВ ТА ПОШИРЕНІ ТРАНСГЕННІ ЛІНІЇ РОСЛИН В УКРАЇНІ ПРОТЯГОМ 2013 – 2023 РОКІВ

Гайдей О.С., Велика Н.В., Гринзовський А.М.

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

Актуальність. На сьогодні в Україні та світі велику увагу громадськості привертає питання використання генетично модифікованих організмів (ГМО), оскільки зросли площі посіву трансгенних рослин та дедалі більше їх застосовують в харчових продуктах та кормах для тварин. Ратифікувавши Картахенський протокол в 2002 році, Україна взяла на себе зобов'язання створити національне законодавство щодо генетично модифікованих організмів, маркувати продукти з вмістом ГМО, дотримуватися стандартів безпеки, оцінювати ризики, пов'язані з використанням трансгенних організмів, забезпечити умови транскордонного переміщення ГМО з дотриманням міжнародних вимог безпеки.

Відповідно до чинного законодавства, що регламентує питання ГМО, Україна забороняє їх використання для будь-яких цілей до державної реєстрації. Недосконалість законодавства, відсутність важелів впливу і суворого контролю на етапі ввезення в країну імпортованої рослинної сировини та посівного матеріалу призвело до поширення трансгенних рослин на території України.

Метою дослідження було проаналізувати питання використання ГМО в Україні та встановити, які саме трансгенні лінії рослин поширені в країні.

Методи: молекулярно-генетичний, бібліосемантичний метод, експертні оцінки, структурно-логічний аналіз. Молекулярно-генетичні випробування ГМО проводилися в акредитованих Державному науково-дослідному інституті з лабораторної діагностики та ветеринарно-санітарної експертизи (ДНДІЛДВСЕ) та Регіональних державних лабораторіях Держпродспоживслужби. Об'єктом випробувань були харчові продукти, напівфабрикати м'ясні, рослинна сировина тощо.

Наразі відсутня офіційна інформація щодо кількості площ посівів генетично модифікованих рослин (ГМ-рослин), оскільки, відсутні програми простежуваності та моніторингу ГМО вхідного контролю та зобов'язання імпортерів та фермерів тестувати посівний матеріал на наявність ГМО.

З 2019 року ініційовані Держпродспоживслужбою моніторингові дослідження ГМО у відкритих системах. Відбори зразків рослинної сировини сої, кукурудзи та ріпаку проводяться у полях на етапі вегетації фітосанітарними

фахівцями. Дослідження проводяться Регіональними державними лабораторіями Держпродспоживслужби. Проте, кількість зразків, закладена у моніторингову програму, недостатня для оцінки у повному обсязі всього ринку вирощуваних сільськогосподарських культур.

Результати випробувань за період 2013 – 2023 рр. показали, що найчастіше виявляли ГМО в зразках сої, соєвого шроту, соєвої макухи, комбікормах, напівфабрикатах м'ясних та м'ясних продуктах та в ріпаку, ріпаковій макусі. В досліджуваних зразках у період з 2013 по 2018 роки ідентифіковано ГМ-лінії сої GTS 40-3-2 та MON 89788. У 2019 році, крім зазначених ГМ-ліній сої, ще ідентифікували ГМ-лінію ріпаку GT73. У 2020 році ідентифіковано ГМ-лінії сої GTS 40-3-2, MON 89788 та MON87708. У 2021 році виявлено ГМ-лінії GTS 40-3-2, MON 89788, MON87701, MON87708. У 2022 році ідентифіковано ГМ-лінії сої GTS 40-3-2, MON 89788, MON87701, MON87708 та ГМ-лінії ріпаку GT73, GT200. У 2023 році виявлено лінії ГМ-сої: GTS 40-3-2, MON89788, MON87701, MON87708; та ідентифіковано ГМ-лінії ріпаку GT73, GT200.

Висновки. 1. Розвиток сучасної біотехнології і поява на світовому аграрному ринку трансгенних рослин – закономірний процес. Не дивлячись на вимоги національного законодавства стосовно заборони використання трансгенних рослин, вони активно циркулюють на території України, спостерігається динаміка збільшення появи нових ГМ-ліній рослин, що вказує на недостатні законодавчі важелі впливу щодо контролю імпорتنих операцій.

2. Відсутність простежуваності на внутрішньому ринку та суворої відповідальності за використання ГМО призводить до безконтрольної появи все більшої кількості ГМ-ліній на території України, що негативно позначається на біорізноманітті та розвитку органічного землеробства і виробництва.

3. Питання реєстрації ГМ-рослин, що вирощуються в Україні – найбільш актуальне на сьогодні, та повинно лобіюватися на державному рівні, щоб привести національне законодавство у відповідність з європейським.

АКАДЕМІК Є.Г. ГОНЧАРУК І ПРОБЛЕМА ПРОФІЛАКТИКИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ І ІНВАЗІЙ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Гаркавий С.І., Коршун М.М.

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

Проблема профілактики виникнення та поширення серед населення гострих кишкових інфекцій та інвазій водного походження, як у минулі часи, так і в умовах сьогодення, є актуальною та пріоритетною в сфері громадського здоров'я, діяльності керівників різних рівнів управління та житті пересічних громадян. В комплексі ж заходів з попередження спалахів зазначених захворювань серед населення найефективнішою є санітарна охорона поверхневих і підземних водойм – джерел централізованого водопостачання, а також орного шару ґрунту сільськогосподарських угідь і підсобних господарств від забруднення побутовими стічними водами, що утворюються в житлових будинках і громадських будівлях, у тому числі й інфекційних відділеннях лікарень, та є контамінованими кишковими бактеріями, вірусами, найпростішими, яйцями геогельмінтів.

На цьому робив акцент і підкреслював у своїй науково-педагогічній діяльності вчений-гігієніст зі світовим іменем, академік 9-ти державних і громадських академій Євген Гнатович Гончарук, 95-річчя від дня народження якого відзначила медична спільнота в 2025 ювілейному році, коли виповнюється 95 років від дня створення в Київському медичному інституті (КМІ) санітарно-гігієнічного факультету для підготовки санітарних лікарів і епідеміологів [нині Навчально-науковий інститут громадського здоров'я та профілактичної медицини (ННІ ГЗ та ПМ) в НМУ імені О.О. Богомольця]. Цей рік є ювілейним і для кафедри комунальної гігієни (нині кафедри комунальної і військової гігієни та екології людини), якій виповнюється 90 років від дня заснування як самостійного підрозділу в структурі санітарно-гігієнічного факультету. Саме на цій кафедрі майбутній вчений-гігієніст Є.Г. Гончарук, після закінчення в 1954 р. з відзнакою та рекомендацією на наукову роботу санітарно-гігієнічного факультету КМІ, успішного навчання в очній аспірантурі (1954–1957) кафедри загальної гігієни КМІ, роботи за направленням МОЗ України асистентом кафедри гігієни (1957–1961) Тернопільського медичного інституту, створеного саме в 1957 р., публічного захисту в 1961 р. на засіданні Спеціалізованої вченої ради Вінницького медичного інституту імені М.І. Пирогова, пройшов шлях від

асистента, кандидата медичних наук (1961–1964), згодом доцента (1964–1968), а після блискучого захисту в 1968 р. докторської дисертації, за керівництва завідувача кафедри комунальної гігієни професора Р.Д. Габовича, продовжив свою діяльність саме на цій посаді, де став професором (1969), Заслуженим діячем науки і техніки УРСР, дійсним членом державних і зарубіжних академій, лауреатом Державної премії в галузі науки і техніки України (двічі), Премії НАМН України в галузі профілактичної медицини (2007 р., посмертно). Вчений 11 років (1969–1980) очолював деканат санітарно-гігієнічного факультету КМІ, майже 20 років (1984–2003) був ректором, першим почесним ректором (2003–2004) НМУ імені О.О. Богомольця. Понад 60 років творчої діяльності вченого пройшли на одній кафедрі – комунальної гігієни КМІ. Помер Є.Г. Гончарук в 2004 р., похований на Байковому цвинтарі м. Києва.

Початок творчого шляху професора Є.Г. Гончарука на посаді завідувача кафедри прийшовся на час запровадження в Державі програми з підвищення благоустрою малих, у тому числі й сільських, неканалізованих населених пунктів. Саме на проблемі санітарного благоустрою сільських населених пунктів і окремо розташованих об'єктів, на цих важливих для збереження здоров'я населення гігієнічних заходах, і була сконцентрована наукова тематика кафедри. Експериментальні дослідження, що виконувалися на кафедрі понад півстоліття безпосередньо самим проф. Є.Г. Гончаруком та його учнями, були зосереджені на обґрунтуванні оптимальних параметрів роботи очисних споруд малої каналізації з активним мулом, які забезпечували найефективнішу очистку стічних вод від органічних і бактеріальних забруднень, у тому числі й при їх контамінації патогенними кишковими бактеріями, вірусами та найпростішими, і тим самим гарантували надійну санітарну охорону водойм і профілактику інфекційних захворювань та інвазій серед населення. Серед цих параметрів: доза активного мулу в зоні аерації каналізаційної споруди, вагове та гідравлічне навантаження на активний мул, тривалість аерації та освітлення біологічно очищених стічних вод у каналізаційній споруді, шляхи інтенсифікації біологічно дозрівання активного мулу та пришвидшення пуску в експлуатацію очисних споруд на об'єктах каналізування, тощо.

В цей період під науковим керівництвом Є.Г. Гончарука на кафедрі підготували та успішно захистили кандидатські та докторські дисертації: очний аспірант кафедри Шуляк Е.В. (1969) «Гігієнічна оцінка циркуляційно-окислювальних каналів»; головний Державний санітарний лікар Київської області Дучинський Б.М. (1972) «Гігієнічні питання каналізування та очистки стічних вод сільських лікарень»; асистент кафедри Прокопов В.О. (1974)

«Експериментально-теоретичне дослідження з централізованого знезаражування стічних вод інфекційних лікарень», він же в 1987 р. захистив докторську дисертацію на тему «Гігієнічне обґрунтування заходів з оптимізації знезаражування лікарняних стічних вод, попередження їх несприятливого впливу на умови водокористування та здоров'я населення». Нині він професор, заслужений діяч науки і техніки України, очолює лабораторію гігієни природних, питних вод в ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України». Аспірант кафедри Забарна Л.М. в 1974 р. захистила кандидатську дисертацію на тему: «Гігієнічна оцінка аероокислювачів радіального типу»; головний Державний санітарний лікар Таращанського району Гайдук В.П. (1977) - на тему: «Гігієнічна оцінка третинної адсорбційної очистки стічних вод»; санітарний лікар з комунальної гігієни Київської обласної санітарно-епідеміологічної станції; випускник КМІ 1971 р. Федосенко М.Г. (1977) - на тему : «Гігієнічна оцінка стічних вод від ветеринарних закладів». У цьому ж році (1977) молодший науковий співробітник кафедри Салата О.В. захистила дисертацію на тему: «Гігієнічна оцінка третинної адсорбційної очистки стічних вод», вона ж (1990) захистила докторську дисертацію на тему «Гігієнічне обґрунтування ефективних природних і штучних сорбентів для звільнення питних і стічних вод від ентеровірусів і ентеробактерій». Нині Салата О.В., доктор медичних наук, професор, працює на посаді професора кафедри мікробіології, паразитології з основами імунології, відповідає за навчально-методичну роботу кафедри. Асистент кафедри, випускник КМІ 1971 р., Волошин В.О. (1978) захистив кандидатську дисертацію на тему: «Гігієнічна оцінка інтенсифікації процесів біологічного дозрівання очисних каналізаційних споруд сухим активним мулом». Асистент кафедри, теж випускник КМІ 1971 р., Гаркавий С.І. (1980) захистив кандидатську дисертацію на тему: «Порівняльна гігієнічна оцінка компактних каналізаційних установок заводського виготовлення», він же (2003) захистив докторську дисертацію на тему: «Гігієнічне обґрунтування оптимальних параметрів роботи нових типів очисних каналізаційних споруд з метою санітарної охорони джерел господарсько-питного водопостачання населення», пропрацював з Є.Г. Гончаруком на кафедрі понад 30 років, нині (з 2004 р.) завідувач цієї кафедри. На кафедрі з проблеми профілактики гострих кишкових інфекцій і інвазій серед населення шляхом санітарної охорони підземних джерел господарсько-питного водопостачання та малих річок від побутових і промислових забруднень, очистки і знезаражування стічних вод, у тому числі від лікувально-профілактичних закладів, санітарної охорони ґрунту, благоустрою села успішно, під керівництвом Є.Г. Гончарука, виконані та захищені й інші

докторські та кандидатські дисертації. Школа академіка Є.Г. Гончарука з цього наукового напрямку налічує 11 докторських і 14 кандидатських дисертацій, чим зроблено суттєвий внесок у профілактику серед населення гострих кишкових інфекцій і інвазій водного походження, а отже й охорону громадського здоров'я.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИКЛАДАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я» ДЛЯ МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Грузєва Т.С.

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна
ДНУ «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» ДУС, м. Київ, Україна*

Викладання навчальної дисципліни «Системи охорони здоров'я» для студентів, що навчаються на другому (магістерському) рівні вищої освіти за спеціальністю «громадське здоров'я», вимагає комплексного, міждисциплінарного підходу, який поєднує знання з основ організації охорони здоров'я, менеджменту, економіки, права, суспільних наук тощо. Навчальний процес має спрямовуватися на формування у майбутніх магістрів громадського здоров'я ключових компетентностей, зокрема здатності аналізувати, порівнювати й оцінювати ефективність різних моделей систем охорони здоров'я у світовому та національному контексті, виконувати управлінські функції та організовувати надання якісних послуг у сфері громадського здоров'я.

Базові концепції повинні охоплювати визначення системи охорони здоров'я та її основні параметри, цілі, цінності та принципи побудови, складові, функції, у т. ч. надання послуг, фінансування, генерування ресурсів та управління. Одним з основних завдань викладання є вивчення ключових параметрів систем охорони здоров'я, таких як доступність, якість, ефективність, фінансова стійкість і справедливість. Студентам необхідно надати інструменти для кількісного й якісного аналізу цих параметрів. Доцільно використовувати приклади з міжнародного, європейського регіонального та національного досвіду, що сприятиме формуванню аналітичного мислення.

Послуги систем охорони здоров'я мають розглядатися у розрізі видів медичної допомоги, у т.ч. екстреної, первинної, спеціалізованої, паліативної. з акцентом на особливості їх організації та надання. Важливим є вивчення сучасних змін у наданні медичних послуг, таких як розвиток телемедицини, цифрової

медицини та мультидисциплінарного підходу до пацієнта. Практичні заняття можуть включати аналіз маршрутів пацієнта, симуляції взаємодії між рівнями допомоги.

Професійно орієнтоване навчання потребує поглибленого розгляду питань забезпечення здорових і безпечних умов життя, захисту та зміцнення здоров'я населення та формування здорового способу життя з акцентом на розвиток систем громадського здоров'я і посиленні їх лідерських позицій в структурі систем охорони здоров'я та на міжсекторальному, міжгалузевому рівні.

Особливу увагу слід приділити фінансуванню систем охорони здоров'я. Студенти повинні засвоїти основні моделі фінансування: бюджетну, страхову та змішану; методи збору коштів, їх об'єднання та закупівлі послуг. Ефективними підходами до викладання є розбір кейсів фінансових моделей різних країн, аналіз витрат на охорону здоров'я, обговорення переваг і недоліків кожної системи фінансування.

Кадрове забезпечення систем охорони здоров'я варто вивчати з урахуванням глобальних тенденцій, зокрема дефіциту медичних працівників, нерівномірного розподілу кадрів, питань їх підготовки, мотивації та утримання в системі. Методично корисними є ділові ігри, рольові моделі управління персоналом, робота з аналітичними звітами ВООЗ.

Окремий блок слід присвятити управлінню системами охорони здоров'я, включаючи структуру державного і місцевого управління, організаційні моделі, питання стратегічного планування та реагування на кризи. Методичними інструментами можуть бути SWOT-аналіз, аналіз зацікавлених сторін, розробка моделей управління медичними установами.

Вивчення питань типологізації систем охорони здоров'я потребує аналітичного розгляду різних світових моделей. Важливо ознайомити студентів з класифікаційними підходами, зокрема моделями Бевериджа (державна), Бісмарка (страхова), ліберальними моделями, а також змішаними варіантами. Практичні завдання можуть включати проведення порівняльного аналізу показників діяльності систем та дискусії на тему переваг і викликів кожної моделі. Варто акцентувати увагу на прикладах забезпечення універсального доступу до послуг охорони здоров'я, які фінансуються з бюджету, в державних (національних) системах охорони здоров'я, зокрема у Великій Британії, Швеції, Італії. У ході навчання доцільно обговорювати роль держави у забезпеченні охорони здоров'я та її вплив на рівень здоров'я населення. Страхові системи охорони здоров'я, представлені, зокрема у Німеччині та Франції, доцільно аналізувати в контексті забезпечення охоплення населення обов'язковим соціальним медичним

страхуванням. Студенти мають опанувати особливостями взаємодії між страховими фондами, закладами охорони здоров'я та державою. Вивчення особливостей функціонування приватних (страхових) систем, як у США, варто проводити у взаємозв'язку з тенденціями комерціалізації охорони здоров'я, високим рівнем приватного фінансування. Методично важливо організовувати дискусії про нерівність доступу до послуг охорони здоров'я, роль добровільного страхування, ринок медичних послуг.

Особливої уваги потребує вивчення системи охорони здоров'я України з акцентом на її реформуванні та напрямих трансформаційних процесів. Студенти повинні ознайомитися з ключовими аспектами реформи: створення НСЗУ, перехід до фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», впровадження eHealth, автономізація медичних закладів.

Для ефективного викладання дисципліни варто застосовувати кейс-метод, який включає розбір ситуацій з реального досвіду систем охорони здоров'я різних країн; рольові ігри та симуляції для моделювання управлінських ситуацій, взаємодії між елементами системи; дебати та дискусії з метою обговорення реформ, етичних дилем, ефективності політик; змішане навчання та проєктну роботу, у т.ч. створення міні-досліджень, презентацій, аналізу політик охорони здоров'я.

Таким чином, методичні підходи до викладання дисципліни «Системи охорони здоров'я» повинні сприяти формуванню критично мислячих, інформованих і відповідальних фахівців, здатних працювати в умовах постійних змін та глобальних викликів у сфері охорони здоров'я.

АНАЛІЗ ЧИННИКІВ РИЗИКУ ЗАПІЗНІЛОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ НА РІВНІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Децик О.З., Федорика Н.З., Карпінець І.М., Ковальчук Р.Є.

Івано-Франківський національний медичний університет,

м. Івано-Франківськ, Україна

Злоякісні новоутворення (ЗН) складають значний соціально-економічний тягар для систем охорони здоров'я, що акцентує важливість їх профілактики. Особливе місце серед ЗН займають пухлини щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД), які внаслідок того, що призводять до порушення життєво важливих функцій

(жування, ковтання, мови, слуху, дихання) та косметичних дефектів, вкрай негативно впливають на якість життя пацієнтів. Водночас, попри переважно візуальну локалізацію, ЗН ЩЛД в Україні зазвичай діагностують пізно. Це вимагає розробки та впровадження управлінських рішень щодо поліпшення раннього виявлення патології, в першу чергу серед осіб з передраковими та доброякісними захворюваннями (ПРДЗ).

Мета. Виявити чинники ризику пізньої діагностики злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки на рівні системи охорони здоров'я.

Матеріали і методи. Провели медико-соціологічне дослідження за авторською програмою 150 осіб із злоякісними новоутвореннями щелепно-лицевої ділянки та 100 осіб із передраковими і доброякісними захворюваннями цієї ж локалізації. Збір даних проводився на базі Прикарпатського клінічного онкологічного центру та Центральної клінічної міської лікарні м. Івано-Франківська.

Результати. Групи порівняння не відрізнялися за статтю і місцем проживання ($p > 0,05$): більшість становили чоловіки – 59,0-60,0%, мешканці сіл – 57,0-62,0%. Проте, суттєвими були відмінності за віком ($p < 0,001$). Частка осіб до 40 років в основній групі була у 3-4 рази меншою в порівнянні із контрольною (5,3% проти 20,0%), а найбільша питома вага серед них припадала на вік 40-59 років (60,0% проти 36,0% відповідно). Водночас, осіб старших 60 років в основній групі було менше, ніж в контрольній (34,7% проти 44,0%).

Аналіз даних дослідження дозволив засвідчити низьку частку діагностування як ЗН, так і ПРДЗ ЩЛД під час медичних оглядів (10,2-15,8%); понад третину усіх випадків (35,8-37,4%) виявляли випадково – при зверненні і лікуванні у лікаря іншої, ніж загальна практика/сімейна медицина та стоматологія, спеціальності; не усім пацієнтам проводили гістологічну верифікацію діагнозу (охоплені цим видом діагностики 74,3% пацієнтів із ЗН ЩЛД та 56,8% осіб з ПРДЗ); не всі перебували під подальшим динамічним лікарським спостереженням (72,3-75,3% перебували, решта – ні).

Водночас третина опитаних зі ЗН ЩЛД (30,3%) та половина з ПРДЗ (51,0%) визнали, що не дотримуються рекомендацій лікарів. Можливою причиною цього є те, що практично 60% респондентів із ЗН ЩЛД (57,1%) та 40% із ПРДЗ (38,5%) в тій чи іншій мірі були незадоволеними медичною допомогою. Не довіряли своїм лікарям повністю чи частково близько 65% опитаних обох груп (64,5% та 68,1%). При цьому, більш негативно налаштованими були особи зі ЗН ЩЛД, серед яких 22,7% висловлювали категоричну недовіру до лікарів, у порівнянні з 14,3% пацієнтів із ПРДЗ ($p < 0,01$).

За допомогою розрахунку показника відношення шансів (OR) та його 95% довірчого інтервалу (95%CI) доведено, що ризик переродження передракових та доброякісних захворювань ШЧД в онкологічні найвищий у 40-59 років (OR=4,4; 95%CI: 1,9-10,5), а також зростає при тривалості захворювання понад 5 років (2,2; 1,2-4,10), у пацієнтів, яким не проводили гістологічну верифікацію діагнозу (2,2; 1,3-3,8), які не дотримуються рекомендацій лікарів щодо регулярності обстежень та лікування (2,4; 1,4-4,1), не довіряють лікарям та незадоволені медичною допомогою (2,1; 1,3-3,6).

Висновки. Необхідно удосконалити систему профілактики та медичної допомоги у напрямі поліпшення раннього виявлення злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки з врахуванням встановлених чинників ризику їх запізнілої діагностики на рівні системи охорони здоров'я.

ПРОПОЗИЦІЇ З РЕГЛАМЕНТОВАНОГО ВИКОРИСТАННЯ ОСАДІВ СТІЧНИХ ВОД ВЕЛИКИХ МІСТ І ПРОМЦЕНТРІВ УКРАЇНИ В ЯКОСТІ НЕТРАДИЦІЙНИХ ДОБРІВ У СІЛЬСЬКОМУ ГОСПОДАРСТВІ

Дишлюк В.Є.¹, Гаркавий С.І.²

*¹Національний науковий центр «Інститут ґрунтознавства та агрохімії
імені О.Н. Соколовського», м. Харків, Україна*

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність. В Україні накопичено понад 50 млн т у сухій речовині (с.р.) осадів стічних вод (ОСВ) каналізаційних очисних споруд (КОС) і щороку їх утворюється 14,2 млн т у с.р. ОСВ збагачені елементами живлення рослин і можуть позитивно впливати на ґрунти та їх родючість, тому перспективним напрямом їх ліквідації могло б стати використання у сільському господарстві в якості добрива. В останні десятиліття внаслідок надмірно інтенсивних агротехнологій і зменшення обсягу внесення добрив прогресують деградаційні процеси ґрунтів. За щорічного дефіциту тваринницького гною, в 250-300 млн т, науково обґрунтоване використання ОСВ КОС в якості добрива могло б стати ефективним засобом для відтворення родючості ґрунтів. Однак ОСВ КОС (відходи IV–V класів) містять важкі метали (ВМ), які здатні до міграції, зокрема в системі «добрива – ґрунт – рослина – тварина - людина» та бути небезпечними для здоров'я населення. Для безпечної утилізації ОСВ необхідне встановлення

ступеню забруднення їх ВМ і розроблення принципів унормованого використання.

Мета дослідження: дати токсикологічну оцінку ОСВ КОС великих міст і промцентрів за вмістом ВМ та розробити пропозиції з регламентованого використання їх в якості нетрадиційних добрив у сільському господарстві.

Матеріали та методи. Виконані дослідження з визначення валового вмісту ВМ в ОСВ 23 КОС 22 міст з населенням понад 200 тис. жителів і розвиненим промисловим потенціалом у 20 областях, з них 20 обласних міст, сформованих в докризовий період суспільного виробництва. Репрезентативні зразки ОСВ, після заключного витримування на мулових майданчиках, досліджували на вміст ВМ згідно з чинними методиками. Оцінювання ступеня забруднення ґрунту сільськогосподарських угідь ОСВ КОС міст ВМ та ранжування їх за групами використання на добриво здійснювали порівнянням фактичного вмісту 10 ВМ І-ІІІ класів небезпечності з медико-санітарними нормативами (ГДК) хімічних елементів для використання на добрива та з параметрами класифікаційних груп допустимих величин вмісту ВМ у відходах, рекомендованих ДСТУ 7369-2013.

Результати досліджень. Встановлено, що ОСВ більшості КОС збагачені на ВМ і їх концентрації перевищують ГДК хімічних елементів. Залежно від вмісту ВМ у ОСВ та виходячи із градацій класифікаційних груп виділено 3 групи міст, згідно з якими визначається унормована технологія використання відходів на добриво. Через високий вміст ВМ у ОСВ КОС до складу 1 і 2 груп не виділено жодних очисних споруд міст. До 3 групи (з використанням ОСВ у дозі 5-6 т/га за с.р. 1 раз на 5-7 років з обов'язковим контролюванням фоновому вмісту елементів у ґрунтах) належать очисні споруди Вінниці та Житомира. До 4 групи (з використанням ОСВ лише як компонента для виготовлення компосту з органічними наповнювачами) належать очисні споруди міст Миколаєва, Полтави (Затуринські ОС), Хмельницького та Донецька. Відзначимо, що ОСВ КОС 3-4 груп міст придатні для виготовлення органо-мінеральних добрив з внесенням у дозах 1-3 т/га у с.р. До 5 групи (з використанням ОСВ лише для удобрення декоративних насаджень, у зеленому, лісопарковому господарстві і для рекультивації земель) віднесено очисні споруди міст Рівного і Сімферополя. Встановлено понаднормовий вміст ВМ у ОСВ КОС міст: Києва Бортницька СА (Cd), Харкова Безлюдівська СА (Cd, Sr), Дніпра (ЦСА) (Cd), Одеси (СБО „Північна”) (Sr), Львова (Cd, Sr), Кривого Рогу (Sr), Маріуполя (Sr), Херсону (Sr), Полтави (Супрунівські ОС) (Cd, Ni, Cr), Чернігова (Sr), Черкас (Sr), Сум (Ni, Sr), Кропивницького (Cd), Івано-Франківська (Cr) і Тернополя (Cd, Sr).

Висновки. Сформовані в докризовий період суспільного виробництва ОСВ більшості КОС великих міст і промцентрів забруднені ВМ. З 23 КОС відходи лише 6 КОС придатні на добрива у сільському господарстві і 2 КОС – для удобрення декоративних насаджень тощо. Виокремлено групу КОС (15) з понаднормовим вмістом ВМ у відходах, непридатних для ґрунтової утилізації.

ВПЛИВ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ: СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ

Донік О.М.

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

Психоактивні речовини (ПАР) залишаються ключовим чинником, що впливає на психічне здоров'я молоді, особливо в кризові періоди суспільства. Протягом 2020–2023 років Україна зіткнулася з двома значними викликами – пандемією COVID-19 та повномасштабною війною, що суттєво змінило характер та структуру споживання ПАР серед молоді.

Метою дослідження було вивчення динаміки та основних тенденцій захворюваності серед молоді, пов'язаної з ПАР за період з 2019 по 2023 роки.

Дослідження базувалося на даних диспансерного нагляду за особами вікової групи 15-35 років з уперше діагностованими розладами через вживання ПАР. Використано методи описової статистики, розрахунок середньорічного темпу змін, а також порівняльний аналіз динаміки показників.

За період 2019–2023 років загальна кількість розладів, пов'язаних із залежністю від ПАР, знизилася на 35,3%. Найбільше скорочення зафіксовано серед алкогольних розладів (-48,1%) та розладів, пов'язаних із вживанням канабіноїдів (-36,9%). Це стало наслідком обмежень, запроваджених під час пандемії (закриття розважальних закладів, соціальна ізоляція). Проте, у 2023 році відзначено зростання алкогольних розладів на 4,0%, що корелюється з даними про підвищення рівня стресу, викликаного війною.

Водночас суттєво збільшилася кількість випадків розладів, спричинених вживанням опіоїдів (+29,7%), що свідчить про поширення тяжких форм опіоїдної залежності. Зростання вживання кількох наркотичних речовин та інших ПАР (+26,4% у 2022 році) вказує на поглиблення проблем, пов'язаних із залежністю. Стабільне зниження канабіноїдів (-9,2% щороку) може бути наслідком ефективності законодавчих заходів. Проте, зростання полінаркоманії у 2023 році

(+25,4%) свідчить про поширення комбінованого вживання ПАР, що підвищує ризик передозування та ускладнює лікування. Особливо тривожним є різке збільшення кількості розладів, зумовлених новими синтетичними речовинами та появою нових дизайнерських препаратів, які важко діагностувати (+74,6%). Це є підтвердженням активного розповсюдження нових ПАР на чорному ринку та підвищення їх доступності.

Результати аналізу свідчать про значну трансформацію структури зловживання ПАР серед молоді в Україні. Соціально-економічна дестабілізація, зокрема безробіття та міграція, а також зростання доступності дешевих синтетичних речовин сприяють збільшенню захворюваності. Спостерігається загальне зменшення випадків алкогольних розладів і залежності від канабіноїдів, однак стрімко поширюється полінаркоманія та вживання синтетичних ПАР. 2023 рік став переломним у динаміці захворюваності на розлади психіки та поведінки, зі зростанням на 4,8%, що, ймовірно, пов'язано із соціально-економічними наслідками війни.

Подолання цих викликів вимагає комплексного підходу, який включає профілактичні програми, посилений моніторинг нових ПАР, розробку протоколів лікування полінаркоманії з урахуванням міждисциплінарного підходу, а також науково обґрунтоване прогнозування майбутніх тенденцій.

ВИСВІТЛЕННЯ ПИТАНЬ ПРОТИДІЇ ЗЛОВЖИВАННЮ АЛКОГОЛЕМ В НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТАХ РІЗНОГО РІВНЯ

Свтушенко І.В., Іншакова Г.В.

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

Алкогольна залежність становить значну небезпеку для громадського здоров'я на глобальному рівні, що спричиняє значний тягар хвороб, травм та соціальних проблем. Це явище не лише стосується окремих осіб, але й створює значні виклики для державних інституцій, системи охорони здоров'я та всього суспільства в цілому. Визнаючи цю проблему, міжнародні, європейські та національні організації розробили стратегічні документи, спрямовані на мінімізацію шкоди, пов'язаної з алкоголем.

Нормативно-правові акти, які розробляються на цих рівнях, визначають пріоритети, механізми й інструменти для ефективного зменшення шкоди від зловживання алкоголем, підвищення обізнаності населення, а також

впровадження заходів профілактики і реабілітації. Вони включають як директиви та рекомендації, що визначають політичний курс, так і конкретні ініціативи для реалізації на місцевому рівні. Важливість таких стратегій полягає в тому, що вони дозволяють створити правову основу для протидії алкоголізму та сприяють включенню цієї проблеми до ширшого кола питань, пов'язаних зі здоров'ям, розвитком, правами людини та соціальною справедливістю.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розробила Глобальну стратегію скорочення шкідливого вживання алкоголю (2010 р.). Ця стратегія є основним документом, який визначає напрями діяльності держав-членів ВООЗ у сфері контролю над алкоголем. Документ пропонує десять сфер політичних дій, які в сукупності забезпечують комплексний підхід до зменшення шкідливого вживання алкоголю на всіх рівнях суспільства, сприяючи створенню здорового та безпечного середовища для всіх. Стратегія охоплює такі напрями, як формування політичної волі та підвищення рівня обізнаності суспільства про шкоду, яку завдає алкоголь; обмеження фізичної та економічної доступності алкогольних напоїв; контроль за рекламою, спонсорством та іншими формами маркетингу алкоголю; встановлення податків та мінімальних цін на алкогольні напої; запобігання керуванню транспортними засобами в стані алкогольного сп'яніння; забезпечення доступу до лікування та реабілітації для людей з алкогольною залежністю; підтримка місцевих програм та ініціатив, спрямованих на скорочення шкідливого вживання алкоголю; поширення інформації про ризики, пов'язані з вживанням алкоголю; збір даних та оцінка ефективності заходів щодо контролю над алкоголем; а також проведення наукових досліджень для кращого розуміння проблеми та розробки ефективних стратегій.

ВООЗ представлено Глобальний план дій щодо алкоголю на 2022–2030 роки, який має на меті значно зменшити рівень захворюваності та смертності, пов'язаних з алкоголем, а також пом'якшити його шкідливий вплив на суспільство. Для досягнення цих цілей необхідно ефективно впроваджувати глобальну стратегію щодо зменшення шкідливого вживання алкоголю на регіональному рівні, розробляючи або адаптуючи відповідні плани дій у співпраці з Секретаріатом ВООЗ.

План дій ВООЗ визначає шість основних операційних цілей, спрямованих на розширення охоплення населення ефективними заходами щодо зменшення шкідливого вживання алкоголю з урахуванням гендерних аспектів та підходу, що охоплює весь життєвий цикл; активізацію багатосекторальних дій через ефективне управління, політичну підтримку та координацію; зміцнення систем охорони здоров'я та соціального забезпечення для профілактики та лікування

алкогольних розладів як складової загального охоплення послугами охорони здоров'я; підвищення обізнаності про ризики та шкоду від вживання алкоголю та ефективність політики щодо його скорочення; зміцнення інформаційних систем та досліджень для моніторингу споживання алкоголю та заходів політики; активізацію мобілізації ресурсів для ефективних заходів щодо зменшення шкідливого вживання алкоголю.

Цілі сталого розвитку (ЦСР) ООН, прийняті у 2015 р., охоплюють широкий спектр питань, включаючи здоров'я, освіту, гендерну рівність, економічне зростання та зміну клімату. Що стосується алкоголю, його шкідливий вплив розглядається в контексті ЦСР 3, яка орієнтована на забезпечення здорового способу життя та покращення благополуччя людей на всіх етапах життя. А ціль 3.5 безпосередньо зосереджується на зменшенні шкоди від вживання алкоголю, підкреслюючи важливість профілактики та лікування зловживання психоактивними речовинами, зокрема алкоголем і наркотиками. Згідно з цією ціллю, країни-члени ООН повинні вжити комплексних заходів для: зниження рівня споживання алкоголю, особливо серед молоді та уразливих груп; забезпечення доступу до якісних послуг з лікування та реабілітації для людей, що страждають від алкогольної залежності; розробки та впровадження ефективних політик і програм, спрямованих на запобігання шкідливому вживанню алкоголю та підвищення обізнаності про його негативний вплив на здоров'я.

Європейська рамкова програма дій щодо зменшення шкоди від вживання алкоголю на період 2022–2025 рр. була затверджена Європейською комісією в грудні 2021 р. Основною метою програми є зниження негативного впливу алкоголю на здоров'я населення та покращення його загального добробуту в країнах Європи. Шість пріоритетних напрямів дій та впровадження на національному та субнаціональному рівнях були визначені та запропоновані державами-членами, а саме: ціноутворення, тобто підвищення акцизів та мінімальних цін на алкоголь з урахуванням інфляції, співпраця між міністерствами охорони здоров'я та фінансів; маркетинг, в першу чергу, обмеження реклами алкоголю, у т. ч. цифрової, та співпраця з інтернет-платформами; доступність передбачає регулювання ліцензування, обмеження часу та місць продажу алкоголю, мінімальний вік для покупців; інформація про здоров'я, маркування включає обов'язкове маркування з попередженнями про шкоду для здоров'я, згідно з рекомендаціями ВООЗ; відповідь системи охорони здоров'я охоплює інтеграцію скринінгу та лікування алкоголізму в медичні послуги, зниження стигматизації; дії на рівні громади спрямовані на залучення

громад до прийняття рішень щодо алкоголю, проведення програм з підвищення обізнаності про його шкоду.

Національне законодавство щодо зменшення шкоди від алкоголю включає низку нормативно-правових актів, спрямованих на обмеження споживання алкогольних напоїв, регулювання їх продажу та впровадження заходів для охорони здоров'я населення. Закон України «Про державне регулювання виробництва і обігу спирту етилового, коньячного і плодового, алкогольних напоїв, тютюнових виробів, рідин, що використовуються в електронних сигаретах, та пального» (1995 р.) регулює виробництво, імпорт, експорт, оптову та роздрібну торгівлю алкогольними напоями, встановлює вимоги до ліцензування, маркування та якості алкогольної продукції, визначає обмеження щодо продажу алкоголю неповнолітнім та в певних місцях. У Законі України «Про рекламу» (1996 р.) у частині реклами алкоголю передбачено обмеження на його рекламування в засобах масової інформації, на телебаченні та в інтернеті, особливо в умовах, коли реклама може бути спрямована на неповнолітніх. Згідно з Кодексом України про адміністративні правопорушення передбачені штрафи та інші санкції за порушення правил продажу алкоголю, зокрема продажу неповнолітнім, а також за порушення обмежень щодо споживання алкоголю в громадських місцях. В Україні також активно обговорюються законодавчі ініціативи щодо обов'язкового маркування алкоголю, включаючи попередження про шкоду для здоров'я, відповідно до міжнародних стандартів, зокрема рекомендацій ВООЗ.

Таким чином, проблема зловживання алкоголем є складною та багатогранною, що вимагає комплексного підходу на міжнародному, європейському та національному рівнях. Нормативно-правові акти, розроблені на основі стратегічних документів ВООЗ та ООН, відіграють ключову роль у зменшенні шкоди від алкоголю.

Міжнародні та європейські стратегії визначають загальні напрями політики, такі як обмеження доступності алкоголю, регулювання маркетингу, встановлення цін, підвищення обізнаності та забезпечення лікування.

Національні законодавчі акти України також активно регулюють виробництво, обіг, рекламу алкогольних напоїв, встановлюючи обмеження щодо продажу алкоголю неповнолітнім і в громадських місцях, визначають вимоги до маркування та якості продукції, передбачають санкції за порушення правил продажу та споживання алкоголю. Окремо обговорюються ініціативи щодо обов'язкового маркування продуктів з попередженнями про шкоду для здоров'я.

Важливим є постійне вдосконалення законодавства з урахуванням міжнародних стандартів та рекомендацій ВООЗ, а також активна міжсекторальна співпраця для ефективної протидії зловживанню алкоголем.

ВПЛИВ ЕКОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ НА СТАН РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК

Жолобко О. В., Галієнко Л.І.

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

Сучасний період розвитку суспільства характеризується посиленням впливу несприятливих екологічних чинників на репродуктивне здоров'я населення, яке є невід'ємною складовою громадського здоров'я в цілому і має стратегічне значення для забезпечення сталого розвитку суспільства.

Основними екологічними чинниками, які несуть загрозу репродуктивному здоров'ю населення, є забруднення навколишнього середовища, високий рівень радіації, вплив хімічних речовин, шум, вібрація, незадовільні санітарно-гігієнічні умови, несприятливі виробничі умови тощо. Стан репродуктивного здоров'я значно погіршує поєднана дія декількох шкідливих екологічних чинників, особливо у населення, що проживає у великих містах.

Екологічні фактори можуть мати як прямий, так і опосередкований вплив на стан репродуктивного здоров'я, зокрема, плідність і розлади, пов'язані з фертильністю, шляхом впливу на фізіологічні, анатомічні та біохімічні процеси, задіяні в репродуктивній системі

Відомо, що забруднене навколишнє середовище може викликати гормональні розлади, генетичні мутації, знижувати якість статевих клітин. Це особливо помітно в промислово розвинених регіонах, де концентрація шкідливих речовин у повітрі, воді та ґрунті значно перевищує допустимі норми. Забруднення довкілля, насамперед токсичними речовинами, є одним із ключових факторів, що негативно впливають на здатність до зачаття.

Пестициди, важкі метали, промислові викиди, інші хімічні сполуки, які потрапляють у повітря, воду та продукти харчування, можуть негативно впливати на репродуктивну функцію як чоловіків, так і жінок, зокрема, призводити до зниження якості сперматозоїдів, порушення овуляторного циклу у жінок і викликати генетичні мутації, що впливають на можливість успішного зачаття.

Деякі хімічні сполуки можуть викликати ендокринні розлади, що перешкоджають нормальній роботі яєчників і виробленню якісних яйцеклітин.

Встановлено, що такі хімічні речовини, такі як пестициди, фталати, важкі метали та інші токсини, можуть викликати серйозні проблеми зі здоров'ям. Вони здатні викликати генетичні мутації, порушення вуглеводного обміну, гормональні розлади.

Репродуктивне здоров'я є вирішальним аспектом загального благополуччя, і різні фактори навколишнього середовища можуть суттєво впливати на репродуктивні можливості людини. Наслідком дії так званих ендокринних руйнівників - хімічних речовин, що містяться в пестицидах, пластмасі та деяких промислових хімікатах - на ендокринну систему, яка регулює гормони, відповідальні за відтворення, є порушення менструального циклу, зниження фертильності та негативний вплив на розвиток плода.

Доведено причинний зв'язок між забрудненням повітря та води та проблемами репродуктивного здоров'я. Зокрема, такі забруднювачі, як тверді частинки, важкі метали та летючі органічні сполуки, можуть негативно впливати на якість сперми, підвищувати ризик викиднів і сприяти вродженим дефектам, а при тривалому впливі впливати на розвиток репродуктивних органів.

Непряму загрозу репродуктивному здоров'ю людини може становити зміна клімату внаслідок зміни екосистем, моделей захворювань і екстремальних погодних явищ. Крім того, на репродуктивне здоров'я, особливо вразливих груп населення, можуть впливати перебої з постачанням їжі та води, посилення теплового стресу та поширення інфекційних захворювань.

Вплив різних екологічних стресорів, зокрема, забруднення довкілля, кліматичних катастроф, повеней та інших природних надзвичайних ситуацій, може призводити до стресу, який при тривалому впливі викликає гормональний дисбаланс, що впливає на менструальний цикл і фертильність. Крім того, психічні стани також можуть впливати на сексуальну функцію та загальне репродуктивне благополуччя.

Іонізуюче випромінювання та радіоактивні речовини вкрай негативно впливають на формування яйцеклітин та їх запліднення. У чоловіків при опроміненні виникає ризик безпліддя, зменшується формування, активність сперматозоїдів. Дія іонізуючого випромінювання призводить до онкологічних захворювань репродуктивних органів, безпліддя, а під час вагітності – до різноманітних мутацій, викиднів, переривання вагітності, вроджених вад розвитку, мертвонародження тощо.

Таким чином, вплив екологічних чинників на репродуктивне здоров'я є складною та багатоаспектною проблемою, яка потребує нагального вирішення.

Пріоритети, передбачені Законом України «Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2030 року» і спрямовані на охорону та оздоровлення природного середовища, ефективне поєднання функцій природокористування і охорони довкілля, забезпечення екологічної безпеки громадян, є важливими кроками у захисті репродуктивного здоров'я нинішнього та майбутніх поколінь шляхом створення більш здорового середовища як передумови оптимального репродуктивного благополуччя.

ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ ЩОДО ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИХ ІНФЕКЦІЙ В УКРАЇНІ

Зубленко О.В, Петрусевич Т.В, Глушко-Маківська А.П.

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

Внутрішньолікарняні інфекції (ВЛІ), які також називають інфекціями, пов'язаними з наданням медичної допомоги - це інфекції, які отримують пацієнти під час отримання медичної допомоги на амбулаторному прийомі або при стаціонарному лікуванні. Ці інфекції реєструються по всьому світу, як у розвинених країнах, де вони становлять близько, 5%, так і в країнах, що розвиваються, сягаючи в них 10% та більше. За оцінками ВООЗ, ВЛІ вражають приблизно 10% усіх госпіталізованих пацієнтів, а у відділеннях інтенсивної терапії цей показник досягає 40%. ВЛІ погіршують стан пацієнтів, викликаючи додаткові ускладнення, що призводить до подовження терміну госпіталізації, додаткових витрат на лікування і підвищення ризику летальних випадків. Найбільш поширені ВЛІ включають: інфекції кровотоку, інфекції сечовивідних шляхів, пневмонію, пов'язану зі штучною вентиляцією, інфекції області хірургічного втручання та інфекційну діарею. До факторів ризику, які збільшують поширеність ВЛІ, відносять: збільшення використання інвазивних пристроїв (внутрішньовенних і сечових катетерів), збільшення тривалості госпіталізації, збільшення практик інтенсивної терапії, збільшення використання антимікробних препаратів та появу мікроорганізмів з множинною резистентністю до лікарських препаратів.

В Україні діє Наказ МОЗ №1614 від 3.08.2021 р. "Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та

установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення" (Наказ №1614). Цей Наказ є ключовим документом для забезпечення безпеки пацієнтів та персоналу, зниження рівня ВЛІ та боротьби з антимікробною резистентністю в Україні.

Метою нашого дослідження було вивчення структури внутрішньолікарняних інфекцій в Україні за 2021-2023 рр.

Матеріали та методи. Для проведення ретроспективного епідеміологічного аналізу використані дані статистичних форм №2 (річна) "Звіт про окремі інфекції та паразитарні захворювання" в Україні за 2021-2023 рр. Використано дескриптивні прийоми епідеміологічного методу дослідження.

Результати. За три роки в Україні було зареєстровано 2739 випадків ВЛІ, а саме: в 2021 р. -1563 випадки та зниження в 2,5 раза у 2022 р. - 621 випадок, та у 2023 р. -582 випадки. Така ситуація пов'язана з початком повномасштабного вторгнення росії та зниженням реєстрації цих інфекцій. Також треба зазначити, що згідно з Наказом №1614 заклади охорони здоров'я не повинні передавати в Центри контролю та профілактики хвороб інформацію про інфекції, які пов'язані з наданням медичної допомоги. Виявлення та реєстрація ВЛІ відбувається за результатами дозорного епідеміологічного нагляду, який проводить Центр громадського здоров'я разом з Центрами контролю та профілактики хвороб у визначених закладах охорони здоров'я.

При вивченні структури ВЛІ за 2021-2023 рр. встановлено: перше місце займають інфекції окремих станів, що виникають в перинатальному періоді (23,5%), на другому місці - інфекції, що виникають внаслідок хірургічних та терапевтичних втручань (14,9%), на третьому місці - дві групи інфекцій: інфекції органів дихання та інфекції вагітності, пологів та післяпологового періоду по 13,2%. Були зареєстровані й інші групи інфекцій: інфекції шкіри та підшкірної клітковини, частка яких становила 7,7%; інфекції репродуктивних органів - 5,3%; інфекції органів ока та придаткового апарату - 5,0%; інфекції сечових шляхів - 4,2%; інфекції органів нервової системи - 3,7 %; інфекції органів травлення - 2,6%; інфекції кістково-м'язової системи і сполучної тканини - 2,2%; інфекції органів серцево-судинної системи - 2,05%; інфекції вуха та соскоподібного відростка - 1,4% та інші неуточнені інфекційні хвороби, які не ввійшли до переліку - 1,2%.

При аналізі інфекцій органів дихання встановлено, що кількість випадків у 2021 р. становила 237, а в наступних роках відбулося їх зниження в 3,8 раза (2022 р. - 61, 2023 р. - 63). Таку ситуація ймовірно пов'язана з пандемією COVID-19 у 2020-2021 рр. та збільшенням кількості пацієнтів, які знаходились на штучній вентиляції легень, що є фактором ризику для ВЛІ.

Аналізом інфекцій сечових шляхів встановлено, що в 2023р. виявлено 63 випадки і це в 2,7 раза більше, ніж у 2021 р. та в 2,1 раза більше, ніж у 2022 р. Збільшення випадків інфекцій сечових шляхів пов'язано з проведенням рутинного епідеміологічного нагляду за катетер-асоційованими інфекціями сечових шляхів згідно з Наказом №1614.

Треба зазначити, що за період спостереження не виявлено жодного випадку гострої кишкової інфекцій та вірусних гепатитів.

Висновки. Внутрішньолікарняні інфекції залишаються значущою проблемою для системи охорони здоров'я України. Однак, офіційна статистика щодо ВЛІ в Україні може не повністю відображати реальну ситуацію.

Проблема ВЛІ є надзвичайно актуальною через її медичні, соціальні та економічні наслідки. Ефективна профілактика, своєчасна діагностика та адекватне лікування є основою для зниження рівня поширеності цих інфекцій і покращення якості медичної допомоги. Сучасна та якісна система епідеміологічного нагляду, яка впроваджена в Україні, повинна зіграти ключову роль на національному та локальних рівнях. Всі зацікавлені сторони мають докладати зусиль для запобігання ВЛІ та здійснення контролю над ними.

ІНТЕГРАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАТИКИ ТА БІОСТАТИСТИКИ В ОСВІТНІЙ ПРОЦЕС ПІДГОТОВКИ ДОКТОРІВ ФІЛОСОФІЇ

Іншакова Г.В.¹, Глабець С.П.²

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

² *ДНУ «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» ДУС, м. Київ, Україна*

Формування наукового потенціалу є ключовим завданням для будь-якої наукової установи чи закладу вищої освіти. Важливою складовою цього процесу є підготовка докторів філософії (PhD) через навчання в аспірантурі. У Державній науковій установі «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» Державного управління справами (ДНУ «ЦІТОЗ» ДУС) аспірантура функціонує з 2016 року, забезпечуючи якісну наукову підготовку за спеціальністю 222 «Медицина».

Упродовж 10 років у ДНУ «ЦІТОЗ» ДУС здійснюється підготовка майбутніх науковців, здатних проводити сучасні медичні дослідження та впроваджувати інноваційні рішення в галузі охорони здоров'я. Аспірантам пропонуються різні форми навчання – очна денна, очна вечірня та заочна, а також можливість здобувати знання не лише аудиторно, а й у дистанційному форматі

проведення занять. Тривалість освітньо-наукової програми становить чотири роки.

Освітньо-наукова програма підготовки здобувачів ступеня доктора філософії у ДНУ «ЦІТОЗ» ДУС передбачає засвоєння знань з десяти освітніх компонентів, з яких сім – обов’язкові та три – вибіркові компоненти. Одним із ключових компонентів програми є засвоєння навчальної дисципліни «Основи наукознавства. Медична інформатика та елементи доказової медицини. Охорона прав інтелектуальної власності», яка відіграє важливу роль у формуванні наукової культури здобувачів та забезпеченні міждисциплінарного підходу до проведення наукових досліджень.

Контент програми включає три модулі: «Методологія наукових досліджень у галузі», «Медична інформатика та біостатистика» і «Охорона прав інтелектуальної власності». При цьому, біостатистика відіграє фундаментальну роль у забезпеченні статистичної обґрунтованості наукових висновків. Опанування положень медичної інформатики та біостатистики відіграє ключову роль у формуванні аналітичного мислення здобувачів, дозволяє їм коректно інтерпретувати результати досліджень і забезпечує доказовість наукових висновків, що є дуже важливим у науці та практиці.

Структура модулю «Медична інформатика та біостатистика» охоплює 24 тематичні блоки, які передбачають системне опанування теоретичних і практичних аспектів сучасних інформаційних технологій у медицині та базових методів біостатистичного аналізу. Підсумковий контроль засвоєного матеріалу здійснюється у формі заліку. Загальний обсяг модулю становить 2 кредити ЄКТС, що еквівалентно 60 академічним годинам. З них 4 години відведено на лекційні заняття, 8 годин – на семінарські, 16 годин – на практичні, а 32 години призначено для самостійного опрацювання навчального матеріалу.

У межах модуля передбачено опанування широкого спектру питань, спрямованих на формування у майбутніх науковців компетентностей необхідних для успішної науково-дослідницької діяльності. Це включає здатність генерувати наукові гіпотези, розробляти та управляти науковими проєктами, а також забезпечувати якість досліджень. Важливим аспектом є оволодіння теоретичними та експериментальними методами дослідження, з особливим акцентом на застосуванні методів біостатистики для забезпечення достовірності та обґрунтованості отриманих результатів. Здобувачі також набувають уміння формулювати та представляти власні наукові здобутки, визначати потреби в додаткових знаннях, володіти сучасними методами наукового дослідження, аналізувати та узагальнювати результати.

Зокрема, в рамках модулю вивчаються принципи організації статистичних досліджень, складання дослідницьких програм, визначення діагностичних вимірів і створення баз даних. Значна увага приділяється типології даних (кількісних і якісних), відповідним метричним шкалам та основам роботи з досліджуваними сукупностями.

Модуль містить тематичні блоки, присвячені клінічній епідеміології, зокрема типам та методам епідеміологічних досліджень (випадок-контроль, когортні, рандомізовані клінічні випробування), а також основам дизайну досліджень у медичній науці. Окремо розглядаються питання формування вибірки, стандартизації, оформлення первинної документації та методів представлення результатів досліджень (графічні форми, динамічні ряди тощо).

В процесі вивчення біостатистики здобувачі опановують як параметричні (t-критерій Стюдента, критерій Фішера), так і непараметричні методи статистичного аналізу, а також аналіз кореляційного зв'язку між змінними.

Особливу увагу приділено сучасним методам статистичного аналізу, зокрема дисперсійному, факторному та кластерному аналізу. Розглядаються підходи до оцінки факторів ризику, проведення скринінгових досліджень із використанням показників чутливості, специфічності та ROC-аналізу, а також аналіз часу до настання події з побудовою кривих виживаності.

Таким чином, підготовка докторів філософії у ДНУ «ЦТОЗ» ДУС забезпечує системне формування наукового потенціалу в галузі медицини шляхом цілісної освітньо-наукової програми, орієнтованої на сучасні вимоги до проведення медичних досліджень. Важливою складовою програми є модуль «Медична інформатика та біостатистика», який сприяє розвитку аналітичного мислення, оволодінню методами доказової медицини та набуттю практичних навичок статистичного аналізу. Зміст модуля охоплює повний цикл організації наукового дослідження - від планування до інтерпретації результатів – і забезпечує формування ключових дослідницьких компетентностей здобувачів, необхідних для виконання актуальних і методологічно обґрунтованих медичних досліджень.

HYGIENIC ASSESSMENT OF THE IMPACT OF THE DRINKING WATER QUALITY IN THE KILIYA CITY ON THE POPULATION HEALTH

Koichev S.S., Borysenko A.A., Antonenko A.M.

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Actuality. The body's response to water is a complex process, since water is a vital element for all living things, and it is also critically important for maintaining health and normal functioning of the body. The study of water quality is critically important for preserving the health of the population and the environment. Compliance with the quality of drinking water with regulatory standards allows avoiding the development of a number infectious and non-infectious diseases. The state of water supply in the city of Kiliya in the Odessa region is complicated and requires constant monitoring and management. In Kiliya, as in other areas of the south region, the problem of providing the population with drinking water remains relevant.

The aim. Conduct an analysis of drinking water in the Kiliya city and assess its impact on the population health.

Materials and methods. A questionnaire method using Google Forms was used among 384 respondents. To calculate descriptive statistics (mean and standard deviation), Microsoft® Excel® for Microsoft 365 MSO and MedStat v.5.2 were used.

Research results. Perfectly pure water should not have a taste, smell, colour, but such water does not occur in nature. Water contains many micro- and macro-elements that affect its organoleptic properties, for example: sodium (Na^+) and potassium (K^+) give water a salty taste; calcium (Ca^{2+}) and magnesium (Mg^{2+}) add "hardness" and can give water a slightly bitter or salty taste, etc. As a result of the analysis of the survey, it was found that 196 respondents (51.6%) neutrally assess the taste of the water they use, for 141 (37.1%) – the taste is pleasant, for 23 (6.1%) – unpleasant, 20 (5.3%) do not feel the taste of water. Most respondents (187 people) rarely noticed foreign odors in water, but many people noticed certain odors often (44 people) or depending on the season (67 people). About 90% of respondents described the water as transparent, although half of those surveyed (193) noticed the presence of a certain sediment when the water settled. In addition, more than half of consumers observed the presence of a certain color in the water constantly or depending on the season.

It is shown that among the respondents, 229 people (57.4%) never had digestive disorders after drinking water, 62 (15.5%) were not sure, 52 (13%) had isolated cases of disorders, 49 people (12.3%) - sometimes, and 6 (1.5%) constantly have certain problems with the gastrointestinal tract after drinking water. The main complaints were

nausea, diarrhea, headache, deterioration of general condition. This may mainly be due to the presence of bacteria (*Escherichia coli*, *Salmonella*, *Shigella*), viruses (rotavirus, norovirus) or parasites (*giardia*, *cryptosporidium*) in the water as a result of contamination with wastewater from old water supply networks, improper operation of decentralized water supply sources.

Allergic reactions related to water are quite rare, but they still exist. For example, hydrodermatitis – reactions to chemicals and microorganisms in water. It was found that among the respondents, 305 people (76.4%) – had never noticed allergic reactions that could be associated with drinking water, 54 (13.5%) – were not sure, 19 (4.8%) sometimes had such problems, and 3 people (0.8%) had them all the time. The main potential cause of this could be chlorine, which is used to disinfect water; excess calcium, magnesium or iron can cause dryness and irritation of the skin.

It was found that 200 (50.1%) respondents were not sure whether the quality of drinking water affected the condition of their teeth or those of their family members, 112 (28.1%) were sure that it did not affect them, 87 (21.8%) had changes in the condition of their teeth caused by the quality of drinking water. The reaction of teeth to chemicals in water may vary depending on the composition of the water and the sensitivity of the teeth. Here are some possible aspects: an optimal level of fluoride (0.7-1.2 mg/l) protects teeth from caries, but its excess can cause fluorosis, and a deficiency – caries. Hard water contributes to the formation of tartar. Water with a low pH (acidic water) destroys tooth enamel, while neutral or slightly alkaline pH (7-8) is safe.

Conclusion. It was found that a significant part of the surveyed population (more than 30%) had health problems that could potentially be related to the quality of the drinking water they consumed. At the same time, about half of the respondents noticed negative changes in water quality (taste, smell, sediment, etc.). The study confirmed that water has a significant impact on all systems of the human body and that the introduction of powerful modern water purification technologies is mandatory for preserving the health of the population.

ТЕНДЕНЦІЇ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ У 2020-2023 РОКАХ

Комар О.М.

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

Вступ. Зміцнення і розвиток реабілітаційного кадрового потенціалу є необхідною умовою для багатьох країн світу, які стикаються з певним ступенем дефіциту, неправильного розподілу або проблем з ефективністю та продуктивністю реабілітаційних працівників. Загальновідомо, що відсутність або недостатній доступ до послуг реабілітаційних працівників може призвести до тривалого перебування пацієнта в стаціонарі, повторних госпіталізацій, ускладнень, яким можна запобігти, а також до непотрібних страждань людини або передчасної її смерті.

Мета: проаналізувати показники кадрового забезпечення системи реабілітації в Україні й визначити нагальні потреби провайдерів надання реабілітаційної допомоги у фахівцях з фізичної терапії.

Матеріали й методи: Джерелами інформації слугували звітно-облікові статистичні дані системи МОЗ України (www.medstat.gov.ua/ukr) – «Звіт про медичні кадри за 2020, 2021, 2022, 2023 роки» (форма № 17) – 4 одиниці.

Критеріями вибору для дослідження, відповідно до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників, визначено фахівців мультидисциплінарної реабілітаційної команди (МРК), які можуть здійснювати самостійну практичну діяльність, та їх помічників, а саме: лікар фізичної та реабілітаційної медицини, фізичний терапевт, ерготерапевт і їх асистенти. За період 2020 – 2023 роки відсутні офіційні статистичні дані наявності в Україні терапевтів мови і мовлення, сестер медичних з реабілітації.

Методи дослідження: епідеміологічний, медико-статистичний.

Основний матеріал. Прийнятий у 2005 році Закон України №2961-IV «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» і, в подальшому, Закон України №1053-IX від 03.12.2020 р. «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» сприяли появі у 2020 році 68 осіб (0,05% від усієї кількості лікарів) – лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, які не мали кваліфікаційної категорії. За територіальним розподілом найбільша кількість останніх здійснювала свою діяльність у Вінницькій та Дніпропетровській – по 12 осіб (17,6%) і Тернопільській – 8 осіб (11,8%) областях.

У подальші роки дослідження траєкторія показника забезпечення системи реабілітації та охорони здоров'я в цілому фахівцями з вищою освітою рухалася вгору швидкими темпами: відсоток його зміни у 2023 році становив (+)1375% (935 осіб) до базового 2020 року (68 ос.). Лідуючі територіальні позиції забезпечення лікарями з фізичної та реабілітаційної медицини у 2023 році посідали м. Київ - 112 осіб (12,0%), Дніпропетровська - 88 ос. (9,4%), Львівська - 71 ос. (7,6%), Івано-Франківська і Вінницька області – 67 (7,2%) і 62 (6,6%) особи відповідно. Однак, серед 935 лікарів, лише 16 осіб (1,7%) мали вищу кваліфікаційну категорію, один – першу і п'ять – другу.

З огляду на зростання нагальної потреби у фахівцях мультидисциплінарної реабілітаційної команди – фізичних терапевтів і ерготерапевтів, їх кількість щорічно збільшується, але це не може на теперішній час ліквідувати катастрофічну їх нестачу для забезпечення доступних реабілітаційних послуг, особливо в громадах і вдома у довгостроковому періоді надання реабілітаційної допомоги.

Показники забезпечення закладів охорони здоров'я України фізичними терапевтами і ерготерапевтами за чотирирічний період (в абсолютних цифрах) наступні: 2020 р. – 39 й 22 особи; 2021 р. – 71 й 61 ос.; 2022 р. – 91 й 78 ос.; 2023 р. – 112 й 90 ос. При цьому, лише один фахівець – фізичний терапевт і два ерготерапевти мали вищу кваліфікаційну категорію у 2023 році, всі інші її не мали взагалі. Найбільша кількість цих двох категорій фахівців МРК реєструвались у Львівській області – 30%.

Наступний показник забезпечення системи реабілітації України середнім реабілітаційним персоналом – асистентами реабілітолога, фізичного терапевта і ерготерапевта, зробив значний стрибок у 2023 р., темп зростання якого становив у асистентів фізичного терапевта і ерготерапевта - (+) 741% (778 осіб) і (+) 338% (372 ос.) відповідно, а кількість асистентів реабілітолога навпаки знизилася на 4,9% (з 123 до 60 осіб). Слід зазначити, що серед останніх 12 осіб (20%) мали вищу кваліфікаційну категорію, першу і другу – по одному спеціалісту, а серед асистентів фізичного терапевта – 187 ос. (24,0% - вища), 42 ос. (5,4% - перша) і 24 ос. (3,1% - друга); ерготерапевта – 93 ос. (25%), 15 ос. (4,0%), 14 ос. (3,8%) відповідно.

Висновки.

1. Підготовка фахівців з фізичної терапії для системи реабілітації в Україні за період з 2020 до 2023 року значно покращилася через відкриття акредитованих профільних спеціальностей у закладах вищої освіти, але їх кількість не може покрити навіть половину потреб населення у реабілітаційних послугах.

2. Для досягнення цілі загального охоплення медичними послугами і створення МРК необхідно досягти оптимального кадрового співвідношення фахівців, які співпрацюють разом, а проведений аналіз виявив недостатній рівень забезпечення фізичними терапевтами і ерготерапевтами, а також вкрай необхідними терапевтами мови й мовлення, протезистами-ортезистами та сестрами медичними з реабілітації.

3. Одним із критеріїв надання якісної медичної і реабілітаційної допомоги є наявність кваліфікаційної категорії у фахівців. Однак дані звітних статистичних форм показали дуже малу частку її наявності у спеціалістів. Враховуючи, що нормативною умовою для отримання другої категорії є стаж роботи п'ять років можна спрогнозувати, що з 2025 року більшій частці фахівців буде її присвоєно.

ПРОГНОЗУВАННЯ НЕБЕЗПЕКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ ІМІДАЗОЛІНОВИХ ТА СУЛЬФОНІЛСЕЧОВИННИХ ГЕРБІЦИДІВ ЗА КОНТАМІНАЦІЇ НИМИ РОСЛИННИХ ПРОДУКТІВ

Коршун М.М., Горбачевський Р.В.

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

Стан навколишнього середовища, зокрема якість атмосферного повітря, води, харчових продуктів, поряд з індивідуальними (генетичні особливості та спосіб життя конкретної людини) та соціально-економічними детермінантами, суттєво позначається на здоров'ї населення, рівнях його захворюваності та смертності. Серед хімічних шкідливих чинників, що можуть забруднювати довкілля, чільне місце посідають засоби захисту рослин (ЗЗР), які залишаються найбільш дієвим способом підвищення врожайності та економічної ефективності сучасного сільськогосподарського виробництва. Відомо, що в організм людини, яка не має професійного контакту з ЗЗР, пестициди надходять переважно перорально з харчовими продуктами – до (70–80) % від добового надходження.

Метою роботи була гігієнічна оцінка небезпеки для людини гербіцидів з класу інгібіторів ацетолататсинтази (інгібіторів синтезу амінокислот) при вживанні контамінованих ними харчових продуктів рослинного походження.

Досліджувані діючі речовини (ДР) належали до двох хімічних класів: сульфонілсечовини (з триазиновим – метсульфурон-метил, просульфурон, тріасульфурон, трибенурон-метил, тритосульфурон, або піримідиновим –

нікосульфурон, римсульфурон, форамсульфурон, хлоримурон-етил гетероциклом) та імідазоліони (імазамокс, імазапір та імазетапір).

Натурні експерименти були проведені в різних агрокліматичних зонах України протягом декількох вегетаційних сезонів при застосуванні препаратів на основі сульфонілсечовин з триазиновим гетероциклом на посівах хлібних зернових культур (пшениця, ячмінь) та кукурудзи, з піримідиновим гетероциклом – на посівах кукурудзи та сої (хлоримурон-етил), імідазоліонів – на посівах зернобобових (соя, горох) та олійних (соняшник, ріпак) культур. Для дослідження відбирали проби рослин, починаючи з дня проведення обробки, і в подальшому через певні проміжки часу 4–6 разів протягом вегетаційного сезону до моменту збирання врожаю. Визначення вмісту досліджуваних ДР у пробах здійснювали методом високоефективної рідинної хроматографії згідно з офіційно затвердженими методичними вказівками. За отриманими емпіричними даними проводили математичне моделювання та розраховували параметри персистентності – константу швидкості руйнації та період, протягом якого початкова (в день обробки) кількість речовини зменшилася на 50 % (DT_{50}).

Стабільність досліджуваних ДР у вегетуючих сільськогосподарських рослинах оцінювали за DT_{50} відповідно до ДСП 8.8.1.2.002-98 «Гігієнічна класифікація пестицидів за ступенем небезпечності». Прогнозування небезпеки для здоров'я людини впливу досліджуваних ДР при вживанні контамінованих ними рослинних продуктів здійснювали за методикою, що наведена в Інформаційному листі (ІЛ) № 29-2018 «Гігієнічне обґрунтування моделі прогнозування небезпеки для людини при вживанні сільськогосподарських продуктів контамінованих пестицидами». Методика враховує 3 критерії: допустиму добову дозу (ДДД) речовини, як показник токсичності та кумулятивності; DT_{50} у рослинах, що характеризує тривалість контамінації, та середньодобове споживання продукту, яке формує загальну експозицію.

Встановлено, що динаміка залишкових кількостей досліджуваних ДР у рослинах при застосуванні препаратів на їх основі в ґрунтово-кліматичних умовах України описується експоненціальною функцією. Значення DT_{50} більшості сульфонілсечовинних гербіцидів та імазетапіру дозволило віднести їх за стійкістю у вегетуючих сільськогосподарських культурах до помірно стійких пестицидів (III клас небезпечності), імазамоксу та імазапіру – до стійких (II клас небезпечності), римсульфурону – до малостійких (IV клас небезпечності) пестицидів.

За значенням ДДД нікосульфурон, форамсульфурон та усі імідазоліони, згідно з оціночною шкалою, запропонованою в ІЛ № 29-2018, отримують 1 бал,

метсульфурон-метил, просульфурон та римсульфурон – 2 бали, тріасульфурон, трибенурон-метил та тритосульфурон – 3 бали, хлоримурон-етил – 4 бали.

Середньодобове споживання продуктів визначено на підставі набору продуктів харчування для дорослого працездатного населення згідно з Постановою Кабінету Міністрів України № 780 від 11.10.2016 та даних Державної служби статистики України про споживання основних продуктів харчування населенням України у 2021 р. Оскільки споживання дорослою людиною хлібних продуктів перевищує 200 г за добу, то сульфонілсечовини з триазиновим гетероциклом (ССТГ) за цим критерієм отримали по 3 бали. Водночас споживання кукурудзи, бобових (горох, соя) та олійних (соняшник, ріпак) культур не перевищує 100 г на добу; отже, сульфонілсечовини з піримідиновим гетероциклом (ССПГ) та імідазолінони за зазначеним критерієм отримали 1 бал.

Інтегральний показник небезпечності при вживанні продуктів (ІПНВП), контамінованих ССТГ склав 8 (тріасульфурон, трибенурон-метил та тритосульфурон) або 7 (метсульфурон-метил та просульфурон) балів; хлоримурон-етилом – 7 балів; іншими ССПГ (нікосульфурон, римсульфурон, форамсульфурон) та імазетапіром – 4 бали, імазамоксом та імазапіром – 5 балів.

Отже, за величиною ІПНВП усі досліджувані ССТГ і хлоримурон-етил належать до III класу небезпечності (помірно небезпечні), інші ССПГ та імідазолінони – до IV класу (мало небезпечні). При цьому провідним критерієм, який визначає небезпеку усіх сульфонілсечовин з триазиновим гетероциклом, є високе споживання хлібопродуктів, хлоримурон-етилу, тріасульфурону, трибенурон-метилу та тритосульфурону – їх небезпечність за токсикологічними характеристиками (низьке значення ДДД), імідазолінонів – їх стійкість у вегетуючих сільськогосподарських рослинах.

Висновок. Гербіциди – інгібітори ацетолактатсинтази з хімічних класів сульфонілсечовин та імідазолінонів є мало або помірно небезпечними для здоров'я людини за інтегральним показником, який характеризує небезпеку при вживанні контамінованих харчових продуктів. Для дотримання вимог харчової безпеки (Food Safety) при застосуванні ЗЗР на основі досліджуваних ДР необхідно дотримуватися всіх встановлених медико-санітарних нормативів та регламентів.

ПРАГНЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДО АВТОНОМІЇ: ПРИЙНЯТТЯ МЕДИЧНИХ РІШЕНЬ ТА ОТРИМАННЯ ІНФОРМАЦІЇ

Кротова Л.О., Крячкова Л.В., Кротова В.Ю., Зайцев В.В.

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна

Вступ. Пацієнт-орієнтований підхід до медичного обслуговування дає можливість пацієнтам бути партнерами лікаря та брати безпосередню участь в охороні власного здоров'я, що є вкрай важливим при лікуванні хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ). Автономія пацієнтів розглядається як залученість пацієнтів до лікувального процесу, тобто прийняття медичних рішень, та інформована згода на застосування тих чи інших методів лікування. Питання самооцінки пацієнтами своєї автономії є актуальним з огляду на етичну, клінічну та економічну значущість.

Мета. Оцінити прагнення пацієнтів до автономії за параметрами прийняття медичних рішень та отримання інформації на прикладі пацієнтів з ХНІЗ.

Матеріали та методи. Було проведено опитування серед 247 респондентів стосовно їхньої думки про те, хто має приймати рішення щодо діагностики та лікування захворювань та наскільки вони бажають бути поінформовані щодо власного захворювання та його лікування. Обидва питання мали по п'ять варіантів відповідей, які оцінювались за шкалою від 1 до 5, де 1 - "лише лікар" та "не хочу знати" відповідно, 5 - "лише пацієнт" та "хочу знати все" відповідно. Анкета включала також демографічні дані та питання щодо наявності ХНІЗ.

Статистичний аналіз, що включав розрахунок відносних та середніх величин із 95 % ДІ; оцінку достовірності розбіжностей кількісних змінних за критерієм Манна-Уїтні, ранговий кореляційний аналіз із розрахунком коефіцієнта кореляції Спірмена (rs), здійснювався за допомогою програмного забезпечення R Commander (version 4.2.1 – <https://www.R-project.org>).

Результати. В дослідженні взяли участь 175 (70,9 %) жінок та 72 (29,1 %) чоловіки, 110 (44,5 %) респондентів мали ХНІЗ. Середній вік опитаних з ХНІЗ становив 49,4 (95 % ДІ 46,5 - 52,3) років, без ХНІЗ – 39,2 (95 % ДІ 37,3 - 41,0) років, ($p < 0,001$). Більшість (128, 51,8 %) учасників дослідження вважали, що медичні рішення має приймати тільки лікар (табл. 1).

Таблиця 1

Позиція пацієнтів щодо прийняття медичних рішень

Хто, на Вашу думку, має приймати рішення щодо діагностики та лікування захворювання?	Респонденти з ХНІЗ	Респонденти без ХНІЗ	Всього
Лише лікар	58 (52,7 %)	70 (51,1 %)	128 (51,8 %)
Переважно лікар	19 (17,3 %)	25 (18,2 %)	44 (17,8 %)
Лікар та пацієнт разом	33 (30,0 %)	42 (30,7 %)	75 (30,4 %)
Переважно пацієнт	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Лише пацієнт	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Всього	110 (44,5 %)	137 (55,5 %)	247 (100,0 %)

Рівень автономії щодо прийняття рішень склав 1,77 (95 % ДІ 1,61 - 1,94) у групі з ХНІЗ та 1,80 (95 % ДІ 1,65 - 1,95) у групі без ХНІЗ, ($p=0,83$). Разом з тим, 176 (71,3 %) респондентів бажали знати все про власне захворювання та його лікування (табл. 2).

Таблиця 2

Позиція пацієнтів щодо отримання медичної інформації

Наскільки Ви б хотіли бути поінформовані щодо Вашого захворювання та лікування?	Респонденти з ХНІЗ	Респонденти без ХНІЗ	Всього
Не хочу знати	0 (0,0 %)	1 (0,7 %)	1 (0,4 %)
Переважно не хочу знати	2 (1,8 %)	1 (0,7 %)	3 (1,2 %)
Важко відповісти	9 (8,2 %)	9 (6,6 %)	18 (7,3 %)
Хочу знати переважно все	19 (17,3 %)	30 (21,9 %)	49 (19,8 %)
Хочу знати все	80 (72,7 %)	96 (70,1 %)	176 (71,3 %)
Всього	110 (44,5 %)	137 (55,5 %)	247 (100,0 %)

Рівень прагнення до отримання інформації склав 4,61 (95 % ДІ 4,47 - 4,74) у групі з ХНІЗ та 4,60 (95 % ДІ 4,48 - 4,72) у групі без ХНІЗ, ($p=0,75$).

Ранговий кореляційний аналіз показав непряму залежність між прагненням до прийняття рішень та отриманням вичерпної інформації серед пацієнтів з ХНІЗ (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена $r_s=-0,20$; $p=0,04$).

Висновки. У проведеному дослідженні спостерігається слабе прагнення пацієнтів до прийняття медичних рішень, в той же час пацієнти з ХНІЗ бажають отримувати якомога більше інформації про своє захворювання та лікування.

ОЦІНКА ДОСТУПНОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПОСЛУГ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ ПРИКАРПАТТЯ

Кузь Я.В., Савчук Л.М., Ціхонь З.О., Стовбан І.В.
*Івано-Франківський національний медичний університет,
м. Івано-Франківськ, Україна*

Актуальність. Доступність стоматологічної допомоги є важливим показником ефективності системи охорони здоров'я та вагомим чинником підтримки належного рівня здоров'я населення. Вона залежить від сукупності соціально-економічних, географічних та організаційних чинників, які визначають можливість своєчасного та якісного отримання медичних послуг. В Україні існують значні диспропорції у доступі до стоматологічної допомоги, зумовлені нерівномірним розподілом медичних установ, фінансовими бар'єрами, обмеженістю державного фінансування та недостатньою інтеграцією профілактичних заходів у систему охорони здоров'я. Особливої уваги потребує забезпечення стоматологічною допомогою мешканців сільських регіонів та соціально вразливих груп населення.

Метою дослідження є оцінка доступності стоматологічних послуг, аналіз основних бар'єрів та можливих шляхів покращення якості та своєчасності надання стоматологічних послуг.

Матеріали і методи: результати соціологічного опитування 478 респондентів віком від 18 років, мешканців Івано-Франківської області, які надали інформовану згоду на опитування. Анкетування проводилося на базі надкластерних закладів охорони здоров'я м. Івано-Франківська. Для статистичного аналізу дані були внесені до бази, створеної у Microsoft Excel. Обчислення частоти ознак здійснювалося у розрахунку на 100 опитаних із визначенням стандартної похибки ($\pm m$). Оцінку достовірності відмінностей між окремими групами проводили за допомогою критерію хі-квадрат (χ^2).

Результати дослідження. У вибірці респондентів частка осіб чоловічої статі становила 48,3%, жіночої – 51,7%. За місцем проживання 58,4% опитаних мешкали в міських населених пунктах, тоді як 41,6% – у сільській місцевості, що

загалом відповідає демографічній структурі Івано-Франківської області. Відносно рівномірний розподіл вікових груп забезпечує репрезентативність вибірки та дозволяє отримати об'єктивні результати дослідження.

Результати опитування засвідчили, що лише 27,0% респондентів, незалежно від вікової групи, статі та місця проживання ($p > 0,05$), дотримуються систематичного контролю за станом свого стоматологічного здоров'я, регулярно відвідуючи стоматолога з профілактичною метою: один раз на рік (17,6%) або двічі на рік (9,3%). Майже така ж частка опитаних (28,5%) зазначили, що проходять огляди у стоматолога, проте нерегулярно. Водночас значна частина респондентів (44,6%) звертається до лікаря-стоматолога виключно у разі виникнення гострої потреби, тобто для лікування наявних стоматологічних захворювань.

Серед респондентів, які зазначили, що відвідують стоматолога нерегулярно або лише за необхідності, було визначено основні причини такої поведінки. Найчастіше опитані вказували на фінансові труднощі ($65,1 \pm 3,3\%$), що є ключовим бар'єром для отримання стоматологічної допомоги. Значна частка респондентів ($41,5 \pm 2,4\%$) вважала такі візити непотрібними, що може свідчити про недостатню обізнаність щодо важливості профілактичних оглядів. Дефіцит вільного часу став перешкодою для $39,2 \pm 3,4\%$ опитаних, тоді як $12,3 \pm 2,3\%$ зазначили, що не мають стоматолога, якому могли б довіряти.

Лише 19,6% респондентів, незалежно від віку, статі та місця проживання ($p > 0,05$), оцінюють стоматологічну допомогу як повністю доступну. Це свідчить про наявність значних бар'єрів у доступі до стоматологічних послуг. У той же час більшість опитаних (64,6%) вважають стоматологічну допомогу частково доступною, що може означати певні труднощі в отриманні послуг, наприклад, через обмежене фінансування або недоступність певних видів лікування в їхньому регіоні. Ще 15,8% респондентів зазначили, що стоматологічна допомога є для них повністю недоступною, що може свідчити про серйозні проблеми з доступом до базових стоматологічних послуг, таких як профілактичні огляди або лікування карієсу.

Відповіді респондентів щодо доступності окремих стоматологічних послуг для осіб із середнім рівнем доходу загалом узгоджуються з тими послугами, що включені до програм медичних гарантій в Україні. Це свідчить про те, що більшість основних стоматологічних послуг, таких як лікування карієсу, профілактичні огляди та санація ротової порожнини, є в межах досяжності для громадян із середнім рівнем доходу. Однак, доступність більш складних та дорогих процедур, таких як імплантація зубів, протезування та встановлення брекетів, залишається обмеженою через високу вартість цих послуг, що не

покривається повністю програмою медичних гарантій. Це вказує на необхідність подальшої роботи щодо розширення доступу до високотехнологічних стоматологічних послуг для широких верств населення.

За оцінками респондентів, найбільш доступними стоматологічними послугами є ургентна стоматологічна допомога, яку 60,6% опитаних вважають повністю доступною, і лише 5,1% — зовсім недоступною. Також досить доступними виявилися послуги з видалення зубів (58,7% оцінюють їх як повністю доступні, 10,4% — як зовсім недоступні), рентген-діагностика (57,0% та 12,3% відповідно), лікування карієсу (52,2% і 7,1%) та профілактичні огляди (51,6% і 6,4%). Натомість найбільш недоступними, на думку опитаних, є високотехнологічні послуги, такі як встановлення імплантів (18,6% і 56,4%), брекети (20,4% та 55,5%) і протезування зубів (24,2% та 41,4%).

Висновки. Дослідження показало, що значна частина населення Прикарпаття або не відвідує лікарів-стоматологів з метою профілактичних оглядів, або робить це несистематично, що зумовлено переважно фінансовими обмеженнями та недостатньою обізнаністю про важливість регулярних візитів. Для більшості респондентів стоматологічна допомога є частково або повністю недоступною, а найбільш доступними виявилися послуги, що охоплюються Програмою медичних гарантій, тоді як високотехнологічні послуги, такі як встановлення імплантів, брекети і протезування зубів, залишаються найбільш недоступними для значної частини населення.

АНАЛІЗ 30-річної ДИНАМІКИ СЕРЕДНЬОЇ ОЧІКУВАНОЇ ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

Литвинова Л.О., Чахоян В.А.

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

Середня очікувана тривалість життя (СОТЖ) є одним із найбільш важливих показників, що дозволяють оцінити рівень розвитку держави, ефективність системи охорони здоров'я, а також загальне благополуччя населення. У 2024 році в світі СОТЖ становила 73,3 роки (76,0 – для жінок, 70,7 – для чоловіків). У 1990 цей показник дорівнював відповідно 64,0; 66,4 та 61,5; практично за 30 років показник СОТЖ в світі зріс майже на 10 років, а саме: на 14,5%, у жінок – на 14,5; у чоловіків - на 15%, тобто приблизно однаково щодо чоловіків та жінок. Лідером за рівнем СОТЖ у світі серед 200 країн можна вважати Гонконг, де цей показник

в цілому становить 85,63; для жінок – 88,26; чоловіків – 82,97. Найнижчий показник має Нігерія із мінімальними розбіжностями між чоловіками і жінками (відповідно 54,64; 54,94 та 54,33 роки).

Серед регіонів ВООЗ найвищий рівень СОТЖ спостерігається в країнах Тихоокеанського регіону (81 рік у жінок, 76 – у чоловіків), Європейському регіоні (81 та 75 відповідно) та Північній Америці (80 та 74). Африка вирізняється найменшими показниками СОТЖ (65 та 61).

Очікується, що до 2050 року Азія майже наздожене західний світ із середньою тривалістю життя 80 років. Однак Африка є єдиним регіоном, який, як очікується, відстане від решти світу за тривалістю життя.

Очікувана тривалість життя є показником людського розвитку і загальним показником рівня розвитку країни. Коротка тривалість життя пов'язана з тим, що країна є біднішою, а отже, має менше закладів охорони здоров'я, погане харчування, обмежений доступ до освіти і загалом нижчий рівень життя. Різниця в доходах може вплинути на доступ людини до охорони здоров'я, освіти, житла та здорового харчування, що може вплинути на тривалість життя. Жінки живуть довше за чоловіків, тому що жінки, як правило, більш фізично активні, ніж чоловіки, і рідше курять або вживають алкоголь. Крім того жінки біологічно витриваліші за чоловіків, а жіночі гормони захищають від деяких хвороб. Чоловіки ж більше піддаються впливу шкідливих звичок, хімічних речовин або забруднюючих речовин на робочому місці. Також, напевно, очікувана тривалість життя залежить від витрат на охорону здоров'я на душу населення. Однак, наприклад, витрати на охорону здоров'я в США на душу населення знаходяться на найвищому рівні в світі, проте США мають найнижчу очікувану тривалість життя серед великих, багатих країн.

Очікувана тривалість життя при народженні значно знизилась в усьому світі в 2020-2021 роках через пандемію COVID-19. Однак зараз показники майже відновилися в більшості країн до рівня до пандемії. Глобальна очікувана тривалість життя в 2022 році зрівнялася з показником 2019 року і становила 72,6 року, а у 2023 році зросла до 73,2 року.

Очікувана тривалість життя в країнах Європейського союзу (ЄС) у 2023 році становила 81,5 року. У 15 країнах очікувана тривалість життя перевищила середній показник по ЄС, причому найвища очікувана тривалість життя зафіксована в Іспанії (84,0 року), Італії (83,8) і Мальті (83,6). Натомість найнижча очікувана тривалість життя була зафіксована в Болгарії (75,8), Латвії (75,9) і Румунії (76,6).

Аналіз динаміки СОТЖ в Україні виявив певні особливості. За 30-річний період (з 1990 по 2019 рік) СОТЖ поступово зросла до 72,1 року (фактично на 3 роки, що становить 4,3%), проте не так інтенсивно, як в світі чи в Європі за аналогічний період часу. В Україні, як і у світі, жінки живуть довше чоловіків, але особливістю країни є 10-річний розрив СОТЖ між чоловіками і жінками. Міські жителі живуть на 2 роки довше сільських. Наразі в офіційному доступі наявні дані за 2021 рік, які свідчать про зниження СОТЖ внаслідок COVID-19 до 69,87 року, скорочення різниці між чоловіками і жінками, міськими і сільськими жителями. Різниця у показниках в різних областях України у 2021 році була незначною, і все ж найдовше живуть жителі Західних областей України – Тернопільської (72,11), Івано-Франківської (72,03) та Чернівецької (72,07), особливо жінки. Зокрема найбільшу СОТЖ в Україні мали міські жінки Тернопільської області (76,83 року) та найменшу – сільські чоловіки Чернігівської області (60,76 року).

Не встигла Україна оговтатися від COVID-19, як розпочалось повномасштабне вторгнення росії. На думку експертів-демографів нині в країні спостерігається справжня демографічна криза, хоча масштабне внутрішнє переміщення населення ускладнило повноцінний демографічний аналіз. Середня очікувана тривалість життя чоловіків за період 2020-2023 років відчутно скоротилася з 66,4 року до 57,3 року, жінок - із 76,2 до 70,9. Безумовно зниження тривалості життя пов'язано з війною, а саме зі зростанням чисельності осіб з інвалідністю, високого рівня передчасної смертності через безліч причин (підвищення рівня бідності та поширення шкідливих звичок на фоні стресу, погіршення доступності та якості медичної допомоги). Вимушена еміграція за кордон великої кількості жінок з дітьми та безпрецедентне зниження народжуваності посилює постаріння населення України («старіння знизу») та втрату трудових ресурсів. Тому, як ніколи зростає актуальність ідеї здорового та активного довголіття, що сприятиме не тільки збільшенню СОТЖ, але й допоможе у скрутний час в країні замінити втрачені трудові ресурси. Показник середньої очікуваної тривалості життя потребує постійного моніторингу, тому що СОТЖ є важливим індикатором загального стану здоров'я нації та ефективності системи охорони здоров'я.

АНАЛІЗ ЧИННИКІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

Лямець А.М., Бібик І.Г.

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

Вступ. Проблеми психічного здоров'я стають найбільш гострими в часи епідемій, кризових явищ міжнародного та локального масштабів. Їх розв'язання часто не є очевидним, оскільки урбанізоване суспільство недостатньо обізнане про низку ризиків, що виникають в результаті, як психологічних, так і психіатричних причин. Згідно з базою, даних «Здоров'я для всіх» суїцидальна поведінка не є раптовим процесом, однак, як свідчить статистика, середній коефіцієнт смертності від самогубств та самопошкодження в Україні на 10 тис. нас. становив у 2017 р. 13,6. Це означає, що на кожні 10 тис. нас. жителів мегаполіса, міста або іншого населеного пункту близько 14 людей не змогли знайти адекватної допомоги, терапії або соціального розуміння при розв'язанні тих чи інших проблем, що призвело до спроб суїцидів, а також завершених суїцидів, яким запобігти не вдалося. Отже, за певних причин система охорони здоров'я не змогла вчасно спрацювати або відкоригувати ризики. Більш того, поки що невідомі всі причини та їх взаємозв'язки, що призводять до суїцидальної поведінки. В Україні за даними ВООЗ на 2019 р. стандартизований коефіцієнт смертності (СКС) від самогубств та самоушкоджень дорівнював 12,1 на 10 тис. нас., водночас цей, для порівняння, показник в Швейцарії дорівнював 8,5; в Англії – 8,4; в Румунії – 7,2. Це означає, що певні чинники ризику в Україні просто не враховуються. Відповідно, біостатистичні розрахунки та визначення кореляцій між різними епідеміологічними параметрами (що є близькими до тематики психіатрії та психічних хвороб) дозволяють наблизитися до виявлення тих факторів ризику, які мають відношення до суїцидальних тенденцій в Україні. Для дослідження нових стратегій подолання суїцидальної поведінки серед населення України необхідно вивчити зарубіжні публікації, що присвячені вищезазначеній проблемі.

Мета роботи – дослідити та проаналізувати чинники ризику розвитку суїцидальної поведінки.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стала база Pubmed (National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information), було здійснено літературний пошук за ключовими словами (зафіксовано 15 досліджень). Ключові слова для пошуку: «suicide», «suicide correlations», «correlates of suicide», «suicide behavior», «suicide risks». Пошук за часом здійснювався від початку створення

бази і до 2023 р. У дослідженні було використано бібліосемантичний метод, метод системного підходу та системного аналізу дослідження.

Результати. Розлади психіки та поведінки значно впливають на здоров'я населення, погіршуючи взаємодію пацієнтів із соціумом. За інформацією Центру громадського здоров'я МОЗ України, психічні розлади знижують соціальну адаптацію та благополуччя людей, сприяючи зниженню рівня їх життя, призводять до стигматизації низки пацієнтів. Відповідно, людина, що має психічні розлади такі, як шизофренія або біполярний розлад, швидше за інших вичерпує свої фізичні та психічні ресурси та не реалізує повною мірою свій потенціал, реагуючи на стресові ситуації більш гостро. В ході роботи було проаналізовано 15 досліджень і вивчено наступні тенденції, такі, як превалентність суїцидального мислення у дітей на рівні 15,1%, суїцидальні спроби у 2,6 % і несуїцидальне самоушкодження у 6,2 % (Liu R. T., Walsh R. F. L., Sheehan A. E. at all. (2022). Встановлено наявність у 1997–2007 рр. в США суттєвого аспекту, що стосувався кореляції між віком і статтю осіб, які реалізовували суїциди. Серед підлітків віком до 15-19 років не відмічалось суттєвої різниці між хлопцями та дівчатами щодо кількості самогубств, однак після 15-19 років епідеміологічні показники для хлопців були значно вищими ((Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J. & all. (2008). Поєднання різних непсихічних хвороб та суїцидів також є актуальним, оскільки тяжкість захворювання може спричинити і психічні зміни. Встановлено, що суїцидальне мислення властиве для людей, котрі хворіють на тяжкі форми акне (Bhate, K., & Williams, H. C. (2013). В одному з мета-аналізів стверджується, що приблизно 6 % дорослих та 16–18 % підлітків можуть демонструвати несуїцидальні самоушкодження. Кореляційні зв'язки між спробами суїциду та самоушкоджуючою поведінкою з несуїцидальними намірами часто з'являються у пацієнтів, що знаходяться в психіатричних стаціонарах, при чому рівень цих явищ може становити більше 60 % (Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2014). В певній мірі також спостерігається недооцінка особистісних рис, що можуть корелювати із суїцидальним мисленням, суїцидальними спробами та реалізаціями суїцидів (Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). В США, як мінімум, половина студентів вищих медичних навчальних закладів можуть страждати від вигоряння упродовж курсів навчання (Ishak, W., Nikraves, R., Lederer, S. & all (2013). Відповідно, виникає певна «ланцюгова реакція», коли певні особистісні риси та розлади корелюють із вигорянням, а вигоряння може асоціюватися із психіатричними хворобами, суїцидальним мисленням, депресіями тощо. Слід зауважити, що у населення часто не формується потреба щодо послуг допомоги при суїцидах, не всі можуть

розпізнати ризик суїцидальності (Wang, X., Beltran, S., Burns, R. & all (2023). Часто аналіз суїцидів не може наблизитися до психологічних, психіатричних, профілактичних та соціальних формулювань ідеї відпрацювання у населення поведінки пошуку допомоги.

Висновки. Суїцидальну поведінку слід діагностувати з дитячого та підліткового віку. Після 19 років особи чоловічої статі мають проходити спеціальні скринінги та психологічні тестування для виявлення суїцидального мислення, оскільки саме чоловіча стать є одним з чинників ризику розвитку суїцидів. Смертність від самогубств і самоушкоджень може корелювати та асоціюватися із непсихічними хворобами, особливо, які пов'язані із зміною зовнішності, больовими синдромами, несуйцидальними ушкодженнями, перебуванням в психіатричних стаціонарах, особистісними рисами, вигорянням під час навчання або роботи, депресіями, алкогольними психозами, відсутністю навичок пошуку допомоги під час стресових подій.

STATE REGULATION OF TOBACCO SMOKING AS PROTECTION OF CURRENT AND FUTURE GENERATIONS FROM THE DEVASTATING EFFECTS OF TOBACCO SMOKE ON PUBLIC HEALTH

**Makhniuk V.M.¹, Ivanko O.M.², Deputat Y.M.², Makhniuk V.V.³,
Mohylnyi S.M.¹, Shpak I.I.⁴, Pavlenko N.P.¹**

¹ *State institution «Institute of Public Health named after O.H. Marzheiev of the
National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kyiv, Ukraine
Research Institute of Military Medicine Problems of the Ukrainian Military Medical
Academy, Kyiv, Ukraine*

³ *State Tax University, Irpin, Kyiv region*

⁴ *Kyiv Medical University, Republic of Poland, Katowice*

Tobacco smoking is an urgent medical and social problem in today's modern environment. According to the WHO, 1.3 billion people in the world are tobacco users, which is 22.3% of the world's population. About 80% of tobacco users (approximately 1 billion people) live in low- and middle-income countries. Tobacco-related diseases take the lives of about 8 million people annually.

In Ukraine, according to a survey conducted by the Center of the Public Health of the Ministry of Health of Ukraine, as of 2023, 27.4% of Ukrainians are smokers: 44.0% of them are men and 13.7% are women. The prevalence of tobacco use among

adolescents remains high and amounts to 14.6% among children aged 13 to 15, 17.8% among boys, and 12.1% among girls. At the same time, according to a recent study conducted in the WHO European Region, Ukraine had one of the highest rates of consumption of E-cigarettes (electronic cigarettes) - 18.4%, which is currently increasing exponentially, especially among women. Thus, among men, the proportion of E-cigarettes smokers has increased from 3.9% to 6.4% over the past year, and among women, this figure has increased from 5.8% to 13.2%. The number of E-cigarettes smokers has also increased over the past year - among men from 1.5% to 6.1%, and among women from 3.4% to 10.5%.

Such consequences became possible due to the public perception of the new tobacco product as safe and in the absence of legislative regulation of advertising and restrictions on the sale of E-cigarettes and devices for smoking them as more progressive and modern. At the same time, aggressive advertising by corporations about the lesser health risks of electronic tobacco heating systems creates a false impression of their superiority over conventional tobacco smoking, which threatens people's health. The impression is that the product resembles a food or cosmetic product and has improved biodegradability or other environmental benefits. However, these claims are misleading and untrue.

According to the WHO (Eighth WHO Report on the Global Tobacco Epidemic), such products are highly addictive and harmful to health, just like regular tobacco smoking. For example, E-cigarettes aerosol contains up to 50 carcinogens, which is almost as many dangerous compounds as in regular cigarette smoke. Among these compounds, 22 have a level of toxicity twice as high as their counterparts in conventional cigarettes, and 7 of them are more than 10 times more toxic than cigarettes. An extremely negative phenomenon is that E-cigarettes are often used by minors or young people. The use of tobacco products is one of the main risk factors for cancer, diseases of the mouth, esophagus and non-communicable diseases (cardiovascular diseases, diabetes, cancer, chronic obstructive pulmonary disease and mental health disorders), which causes almost 84% of all deaths in Ukraine. Every year, 85 thousand Ukrainians die from diseases caused by smoking.

To prevent the spread of tobacco use, Ukraine has ratified the WHO Framework Convention on Tobacco Control. The purpose of this Convention and its Protocols is to protect present and future generations from the devastating health consequences of tobacco use and the social, environmental and economic consequences of tobacco consumption and exposure to tobacco smoke.

In accordance with Target 3.8 of the Sustainable Development Goals of Ukraine for the period up to 2030, approved by Presidential Decree No. 722/2019 of 30.09.2019,

the Government of Ukraine envisages reducing the prevalence of tobacco use among the population using innovative means of informing about the negative effects of tobacco use. The goal of this task is to reduce the number of smokers in Ukraine to 15% by 2025.

The European Union takes various measures to control tobacco, including the adoption by the European Parliament and the Council of Directive 2014/40/EU “On the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the production, presentation and sale of tobacco products and related products”.

On December 16, 2021, the Verkhovna Rada of Ukraine adopted Law of Ukraine No. 4358 “On Amendments to Certain Laws of Ukraine on Protection of Public Health from the Harmful Effects of Tobacco”, which prohibits advertising, sponsorship and promotion of such products, prohibits the sale of E-cigarettes and liquids used in e-cigarettes, devices for the consumption of tobacco products without combustion to persons under 18, prohibits the use of flavoring additives (fruit, berry, etc.) in any components of tobacco products and E-cigarettes.

On January 11, 2024, new regulations came into force in Ukraine regarding the labeling of tobacco products with graphic images of diseases caused by smoking on 65% of the pack area with the text of medical warnings about the dangers and consequences of smoking. These measures will help to reduce the number of smokers in Ukraine to 15% by 2025, which is in line with the Sustainable Development Goals of Ukraine for the period up to 2030, and bring Ukrainian anti-tobacco legislation in line with Directive 2014/40/EU.

ENSURING CIVIL PROTECTION OF THE POPULATION AS THE MAIN PRIORITY OF THE PROGRAM OF COMPREHENSIVE RESTORATION OF THE TERRITORIES AFFECTED BY HOSTILITIES IN THE POST-WAR PERIOD OF UKRAINE

**Makhniuk V.M.¹, Makhniuk V.V.², Ivanko O.M.², Deputat Y.M.²,
Mohylnyi S.M.¹, Shpak I.I.⁴, Pavlenko N.P.¹**

¹ *State institution "Institute of Public Health named after O.H. Marzheiev of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kyiv, Ukraine*

² *State Tax University, Irpin, Kyiv region*

³ *Research Institute of Military Medicine Problems of the Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine*

⁴ *Kyiv Medical University, Republic of Poland, Katowice*

As a result of Russia's large-scale armed aggression against Ukraine, a significant number of infrastructure facilities, industrial enterprises, production facilities, and multifunctional residential complexes were destroyed, and, unfortunately, these losses continue to increase. Reforming society under such difficult conditions calls for a global review of all parameters of modern urban planning with a focus on civilian protection of the entire population.

Taking into account the requirements of the latest legislation, namely Articles 21, 32 of the Civil Protection Code of Ukraine, the Law of Ukraine "On Amendments to Certain Legislative Acts of Ukraine on Ensuring Civil Protection Requirements in Planning and Development of Territories", the civil protection plan should take into account collective protection facilities for all categories of the territorial community's population - employees, teachers and students, doctors and patients, as well as ordinary citizens of territorial communities. These laws of Ukraine are aimed at increasing the percentage of population coverage by civil protection facilities at the stage of developing project documentation for the construction of a facility, and thus at the stage of developing an program of comprehensive recovery (PCR).

Analyzing the indicators of civil protection facilities in Ukraine and neighboring European countries, the following can be stated. According to the State Emergency Service of Ukraine, at the beginning of 2022, more than 21,000 civil defense structures were registered in Ukraine, in which only 10 percent of the population of Ukraine could take refuge. During the war, this number of protective structures increased to more than 62,000.

There are 39892 shelters in the Republic of Poland. These shelters can accommodate about 1 million people, which is about 3% of the country's total population. The situation is the same in Germany, which has about 95,000 ready-to-use shelters that can accommodate 2.496 million people (3%). Among all EU member states, only Swiss municipalities have realized the provision of civil protection shelters for all citizens of the country, which is an example to follow when creating a PCR.

The new SBN B.2.2-5:2023 "Civil Protection Facilities", developed with the participation of experts from the SI "IPH NAMSU", establishes requirements for the design and construction of civil protection facilities (shelters, radiation shelters) and dual-purpose facilities with protective properties of shelters or radiation shelters.

These standards apply to both new construction and restoration/reconstruction of civil protection structures (shelters, radiation shelters) and dual-purpose structures with protective properties of shelters or radiation shelters at industrial, public and residential facilities during martial law and afterwards - the use of these structures for dual purposes.

existing civil defense structures of basement (basement) premises are used for another dual purpose in peacetime - for conducting a pre-conscription military training lesson "Defenders of Ukraine", and in Soviet times - for rifle shooting (shooting ranges). As 1 legislation. Specialists of the Laboratory of Hygiene of Planning and Development of Settlements of the State Institution "IPH NAMSU" have developed sanitary and

- be located in the basement or ground floor, and, if there are enclosing building structures, on the first floor of the building;

- be provided with power supply, artificial lighting, water supply and sewage systems, and have forced or natural ventilation. If there is no water supply and sewerage, there must be separate rooms for installing dry closets;

- have at least two evacuation exits, one of which may be an emergency exit (in a dual-purpose building or a simple shelter with a capacity of less than 50 people, one evacuation exit is allowed);

- have a flat floor suitable for providing places for sitting or lying down (benches, other places for sitting and lying down);

- have a height of at least 2 m (at least 1.8 m is allowed if it was provided for in the project documentation);

- have a shelter capacity of 1.0 m² of main premises per person;

- be equipped with equipment with continuous operation for at least 48 hours;

- be provided with food storage containers, backup artificial lighting, primary fire extinguishing equipment, medical care facilities, communication and warning equipment.

In the absence of shelters in the building of the GSEI, it is proposed, as an element of borrowing the experience of the warring country of Israel, to install street shelters within walking distance of GSEI students, which will ensure the creation of safety conditions in case of temporary air raid alert under martial law.

СТРАТЕГІЧНІ ПРІОРИТЕТИ ТА НАПРЯМИ РОЗВИТКУ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Мельниченко А.А., Галкін О.Ю., Білошицька О.К.

*Національний технічний університет України «Київський політехнічний
інститут імені Ігоря Сікорського», м. Київ, Україна*

Більшість країн Європи обрали шлях зміцнення здоров'я, профілактики захворювань і міжсекторальної взаємодії. Сучасні основи профілактичної медицини передбачають заходи, які спрямовані на збереження здоров'я населення та зменшення витрат на медичне обслуговування.

Робота з профілактики захворювань, зміцнення здоров'я та підвищення рівня добробуту потребує наявності програм, які демонструють чіткі наміри здійснення цілеспрямованих і специфічних дій у сфері громадського здоров'я.

Комплекси заходів і програм, спрямованих на зміцнення здоров'я та покращення добробуту на всіх етапах життя, об'єднують традиції у сфері громадського здоров'я, які були основою для роботи Всесвітньої організації охорони здоров'я протягом кількох десятиліть: програми контролю захворювань та гігієни довкілля, які були її фундаментом; робота над основними оперативними функціями системи громадського здоров'я, соціальними детермінантами й відновленням первинної медичної допомоги; інтеграція питань здоров'я у всі політики, особливо в контексті узгодження політики охорони здоров'я та соціальної політики.

На теперішній час теми, пов'язані зі здоров'ям та системами охорони здоров'я, отримують безпрецедентну увагу на регіональних, субрегіональних і національних обговореннях. Населення очікує, що система охорони здоров'я реагуватиме на всі загрози для здоров'я та проблеми із ним: колективні й

індивідуальні, гострі і хронічні, інфекційні й неінфекційні. Основними напрямками розвитку є:

- Усунення розриву між медичними та соціальними послугами шляхом інституціоналізації, що забезпечує орієнтованість послуг на потреби людей на всіх етапах надання допомоги при інфекційних і неінфекційних захворюваннях та протягом усього життя.

- Зменшення розриву між первинною медичною допомогою та послугами громадського здоров'я через інтеграцію ключових функцій системи громадського здоров'я і зосередження зусиль на моніторингу та оцінці потреб у сфері охорони здоров'я на рівні громад.

- Зменшення розриву між первинною, спеціалізованою амбулаторною та спеціалізованою стаціонарною допомогою (як у державних, так і в приватних закладах) з акцентом на центральну роль первинної ланки медичної допомоги в наданні послуг охорони здоров'я, орієнтованих на потреби людей.

- Оптимізація надання медичної допомоги на всіх етапах – від клінічної профілактики, раннього виявлення та скринінгу до діагностики та лікування, реабілітації та паліативної допомоги – для задоволення потреб пацієнтів із неінфекційними та інфекційними захворюваннями.

- Розробка узгоджених стратегій та політичних цілей з метою надання доступних фізично й за вартістю прийнятних і якісних послуг з охорони здоров'я для забезпечення ефективного надання допомоги на всіх етапах – від клінічної профілактики, раннього виявлення і скринінгу до діагностики та лікування, реабілітації та паліативної допомоги.

На теперішній час в Україні впроваджено моніторинг показників окремих станів і неінфекційних захворювань та систему епідеміологічного нагляду за інфекційними захворюваннями, що не дозволяє мати повну інформацію про стан здоров'я населення та використовувати ці дані для прийняття рішень щодо пріоритетних напрямів фінансування державних програм.

Тому стає актуальним вирішення проблеми всебічного аналізу стану здоров'я населення для прийняття ефективних стратегічних рішень у сфері охорони здоров'я.

Для поліпшення ситуації в Україні необхідно здійснити наступні кроки:

1. Розробка комплексної системи моніторингу та оцінки здоров'я населення:

- Впровадження електронних медичних карток та баз даних.
- Створення методології оцінки та моніторингу стану здоров'я населення та його ключових детермінант.

- Використання єдиної платформи для збору та аналізу даних про здоров'я населення.

- Інтеграція даних з різних джерел, включаючи регіональні відділи Центру громадського здоров'я, заклади охорони здоров'я різних форм власності, університетські клініки, наукові установи та інші організації.

2. Посилення міжсекторальної взаємодії:

- Залучення до процесу моніторингу стану здоров'я населення не тільки медичних закладів, але й освітніх установ, соціальних служб та інших організацій.

- Розробка програм профілактики, що охоплюють різні аспекти життя населення, включаючи харчування, фізичну активність, умови праці та навколишнє середовище.

3. Підвищення рівня інформованості населення:

- Проведення освітніх кампаній щодо важливості профілактики захворювань.

- Надання громадянам доступу до інформації про стан їхнього здоров'я та рекомендацій щодо його покращення.

4. Фінансування та підтримка державних програм:

- Пріоритетне фінансування програм, спрямованих на профілактику захворювань та зміцнення здоров'я населення.

- Залучення міжнародних організацій та інвесторів до фінансування ініціатив у сфері охорони здоров'я.

Здійснення цих заходів допоможе забезпечити ефективний аналіз стану здоров'я населення України, що дозволить приймати обґрунтовані стратегічні рішення та покращити загальний рівень здоров'я населення.

Зв'язок роботи з науковою темою. Робота виконана за рахунок бюджетних коштів в рамках Договору №ДЗ/166-2025 між Міністерством освіти та науки України та Національним технічним університетом України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського» у рамках виконання НТР н

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЄЮ МОЗКУ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО СИМПТОМАТИЧНОГО COVID-19

Михайліченко М.О., Ільїна О.А.

Університетська клініка НМУ імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета. Метою нашого дослідження було вивчення особливостей когнітивних порушень у пацієнтів із хронічною ішемією мозку після перенесеного симптоматичного COVID-19.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 60 пацієнтів з хронічною ішемією мозку (ХІМ) після перенесеного симптоматичного COVID-19, які становили основну групу та 40 пацієнтів з ХІМ без перенесеного симптоматичного COVID-19, що становлять контрольну групу. Визначені три точки спостереження: через 4-12 тижнів після перенесеного симптоматичного COVID-19 (1-ша точка), через 6 та 12 місяців після перенесеного симптоматичного COVID-19 (2-га та 3-тя точки). Обстеження пацієнтів проводилося на базі Університетської клініки Національного медичного університету імені О.О. Богомольця за період 2022-2024 роки. Учасників також було розподілено за віком (молодий (25-44 роки), середній (44-60 років), літній (60-70 років), старечий (75-90 років) вік).

Результати. При проведенні ANOVA аналізу було виявлено достовірні відмінності середнього балу за МоСА тестом між всіма віковими групами пацієнтів у трьох точках виміру. Найгірші результати по МоСА тесту спостерігалися у групі пацієнтів похилого віку у всіх трьох точках спостереження ($22,69 \pm 4,31$, $24,65 \pm 3,6$ та $26,11 \pm 3,06$ бала відповідно), а найкращі – серед пацієнтів середнього віку ($23,82 \pm 3,69$, $25,77 \pm 3,17$ та $27,44 \pm 2,85$ відповідно), $p < 0,05$).

При аналізі кореляційної залежності між віком і результатами МоСА в трьох точках спостереження була виявлена негативна кореляція, яка полягала в тому, що чим старшим був пацієнт, тим гіршим був результат за тестом МоСА (коефіцієнт кореляції $r = -0.753$, $p < 0.05$). Визначення кореляційного взаємозв'язку між тривалістю COVID-19 та динамікою показників МоСА показало наявність негативної кореляції – у пацієнтів з більшою тривалістю симптомів коронавірусної інфекції спостерігалась гірша динаміка відновлення когнітивних функцій за тестом МоСА (коефіцієнт кореляції $r = -0.698$, $p < 0.05$). Необхідно зазначити, що до третьої точки спостереження даний кореляційний зв'язок зникав (коефіцієнт кореляції $r = 0.334$, $p > 0.05$), що може свідчити про те, що перенесений

COVID-19 негативно впливає на динаміку відновлення когнітивних функцій, особливо в перші два місяці після перенесеного COVID-19.

Висновки. Перенесений COVID-19 у пацієнтів з хронічною ішемією мозку негативно впливає на когнітивні функції у пацієнтів всіх вікових груп, однак спостерігається краща динаміка їх відновлення у пацієнтів середньої вікової групи. Тривалість симптоматичного COVID-19 впливає на динаміку відновлення когнітивних функцій, особливо в перші два місяці відновного періоду.

Ключові слова: хронічна ішемія мозку; COVID-19; когнітивні порушення, вік, конституційні відмінності, артеріальна гіпертензія.

ПРОБЛЕМИ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Михальчук В.М., Мельник В.М., Пожевілова А.А.

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

На сьогодні в Україні активно розбудовується сучасна система реабілітаційної допомоги (РД). Для забезпечення доступності РД вона включена до програми медичних гарантій (ПМГ), у якій передбачено 3 окремі реабілітаційні пакети: «Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя», «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах», «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах».

Важливим чинником забезпечення якісної РД населенню та можливості контракування ЗОЗ на реабілітаційні пакети згідно з ПМГ є їх кадрове забезпечення. У відповідності до умов НСЗУ щодо закупівлі медичних послуг із реабілітації її надавачі мають бути не тільки оснащені необхідним для реабілітації обладнанням, а й мати мультидисциплінарні команди фахівців, що працюють за індивідуальним реабілітаційним планом, складеним для кожного пацієнта.

Згідно з Законом України 1053-ІХ від 20.11.2024 «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», до фахівців з реабілітації належать лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти, терапевти мови та мовлення, протезисти-ортезисти, психологи, психотерапевти, сестри медичні з реабілітації, асистенти фізичних терапевтів та асистенти ерготерапевтів.

Умови закупівлі реабілітаційних послуг НСЗУ передбачають, що надавач РД в амбулаторних умовах має бути укомплектований мінімум 2-ма лікарями з фізичної та реабілітаційної медицини, 2-ма фізичними терапевтами, 2-ма ерготерапевтами, асистентом фізичного терапевта та/або асистентом ерготерапевта, які працюють за основним місцем роботи у даному ЗОЗ, а також логопедом та 2-ма лікарями-психологами (лікарями-психотерапевтами, клінічними психологами, психологами), які працюють за основним місцем роботи або за сумісництвом.

Надавач РД у стаціонарних умовах має мати у своєму штаті 2-х лікарів з фізичної та реабілітаційної медицини, 3-х фізичних терапевтів, 2-х ерготерапевтів, 3-х асистентів фізичного терапевта та/або ерготерапевта, які працюють за основним місцем роботи у даному ЗОЗ. А також 2-х фахівців психологічного профілю, які працюють за основним місцем роботи або за сумісництвом.

Для багатьох ЗОЗ України відсутність необхідних фахівців із надання РД є перешкодою до укладання угод із НСЗУ на реабілітаційні пакети.

Здійснений нами аналіз чисельності фахівців (фізичних осіб), які мають входити до складу мультидисциплінарних бригад, а також кількості відповідних посад та їх укомплектованість у ЗОЗ системи МОЗ України виявив суттєвий дефіцит кадрів реабілітаційного профілю.

Станом на 01.01.2024 р. в Україні налічувався 971 лікар фізичної та реабілітаційної медицини та всього 369 фізичних терапевтів. Згідно із згаданими умовами НСЗУ щодо закупівлі медичних послуг із реабілітації в амбулаторних умовах, то у надавачів даного пакета на 2-х лікарів з фізичної та реабілітаційної медицини має бути передбачено два фізичні терапевти, а у стаціонарних умовах на 2-х лікарів – три фізичні терапевти. Тобто за існуючої кількості лікарів фізичної та реабілітаційної медицини для надання РД за ПМГ в амбулаторних умовах ЗОЗ слід мати не менше 971 фізичних терапевтів (дефіцит складає 609 – фахівців), а для контракування за пакетом РД у стаціонарних умовах, відповідно, необхідно 1457 фізичних терапевтів (дефіцит – 1088 фахівців).

Ще більш критичною є ситуація із ерготерапевтами, яких налічується лише 171 у ЗОЗ системи МОЗ України. Згідно з умовами НСЗУ щодо закупівлі медичних послуг із реабілітації, як в амбулаторних, так і стаціонарних умовах, у надавачів даних пакетів на 2-х лікарів з фізичної та реабілітаційної медицини має бути передбачено 2 ерготерапевта (тобто співвідношення 1:1). Реально, в ЗОЗ системи МОЗ України це співвідношення становило 1:0.17 (тобто лише 1 ерготерапевт припадає на 5-6 лікарів з фізичної та реабілітаційної медицини). На

існуючу кількість лікарів фізичної та реабілітаційної медицини слід мати 971 ерготерапевта (дефіцит – 800 фахівців).

Існують проблеми із комплектуванням передбачених у ЗОЗ системи МОЗ України посад фахівців реабілітаційного профілю. Зокрема, посади лікарів фізичної та реабілітаційної медицини укомплектовані на 69.4%, фізичних терапевтів – на 71.9%, ерготерапевтів – на 61.2%. Ще нижчими є показники укомплектованості даними фахівцями амбулаторних ЗОЗ: 68.7% та 60.7%, відповідно. Недоукомплектованими залишаються і посади спеціалістів із психологічної реабілітації та терапевтів мови та мовлення (логопедів).

З метою вивчення впливу наявного кадрового потенціалу реабілітаційної служби на регіональну варіацію кількості укладених договорів із НСЗУ за 3-ма пакетами РД, нами проведене спеціальне дослідження, у ході якого проаналізовано кореляційні зв'язки між кількістю лікарів фізичної та реабілітаційної медицини та кількістю надавачів РД у регіональному розрізі. Доведено, що кількість лікарів фізичної та реабілітаційної медицини значною мірою детермінує регіональну варіацію кількості надавачів РД, як у стаціонарних ($r=0.72$, $R^2=51.12$, $p<0,05$), так і в амбулаторних умовах ($r=0.89$, $R^2=80.02$, $p<0,05$), і медичної реабілітації немовлятам ($r=0.87$, $R^2=76.24$, $p<0,05$), а отже і доступності для населення РД.

Таким чином, нагальною проблемою організації сучасної реабілітаційної допомоги в Україні та її регіонах є налагодження ефективної системи її кадрового забезпечення фахівцями з надання реабілітаційної допомоги на засадах мультидисциплінарності, пацієнтоорієнтованості та доказової медицини. На вирішення даної проблеми будуть спрямовані наші подальші дослідження.

ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я ЯК ГОЛОВНІ ЧИННИКИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Мокієнко А.В., Гущук І.В.

*Національний університет «Острозька академія», м. Острог,
Рівненська обл., Україна*

Проведений аналіз сучасних поглядів на детермінанти здоров'я дозволив виконати конспективну оцінку стану питання в Україні, узагальнити досвід щодо вивчення соціальних факторів ризиків для здоров'я, провести аналіз точок зору

щодо факторів ризику для здоров'я населення, надати характеристику відносного внеску факторів ризику.

У літературі виділяють п'ять основних категорій детермінант здоров'я: генетика, поведінка, соціальні обставини, вплив навколишнього середовища та медичне обслуговування. Існують різні думки щодо того, як ці категорії співвідносяться одна з одною та зі здоров'ям і результатами, пов'язаними зі здоров'ям. Ряд дослідників і організацій, такі як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) і Центр з контролю і профілактики захворювань США (CDC USA), запропонували моделі для пояснення цих складних взаємозв'язків. Ці моделі зазвичай відображають чотири елементи складності:

- Численні детермінанти здоров'я.
- Численні виміри здоров'я, на які впливають детермінанти, включаючи смертність, захворюваність, функціонування та благополуччя.
- Численні причинно-наслідкові шляхи, через які детермінанти впливають одна на одну та на результати здоров'я, включаючи прямий і опосередкований вплив на здоров'я та різні часові рамки, через які реалізуються наслідки та результати (зокрема протягом життя та поколінь).
- Кілька рівнів впливу, включаючи індивідуальні, міжособистісні та суспільні.

У той час як п'ять категорій детермінант, як правило, вважаються основними факторами, що впливають на здоров'я, останні дослідження показали, що інші фактори також мають сильний і унікальний вплив на здоров'я і можуть розглядатися як можливі механізми, що пов'язують прямі та непрямі детермінанти або як самостійні детермінанти. Наприклад, стрес, який часто вважають складовою соціальних або «психосоціальних» обставин, теж має прямий вплив на результати здоров'я і може впливати на те, як людина реагує на інші детермінанти.

Незважаючи на ці проблеми, дослідники розрахували низку оцінок, щоб оцінити внесок детермінант у здоров'я. При цьому важливо розглядати відносний внесок, а не абсолютний, зважаючи на те, що детермінанти діють не поодиночці чи «просто додатковим способом», а скоріше разом один з одним у складних, взаємозалежних, двоспрямованих відносинах.

Дослідження внутрішньоутробного впливу екологічних небезпек показує, що відмінності, які здаються вродженими, насправді можуть бути продуктом впливу екологічних факторів, і що ці пренатальні впливи, у свою чергу, впливають на людей у дорослому віці, а також на наступні покоління.

Проведений аналіз дає всі підстави вважати, що існуюча досі система

оцінки впливу різних детермінант на здоров'я населення є абстрактною, некоректною і тому потребує радикальних змін. З нашої точки зору за основу слід взяти 2 великі групи детермінант, які у свою чергу ділять на 2 підгрупи. Це група екзогенних детермінант (соціальних та екологічних) та група ендогенних детермінант (біологічних та поведінкових). Надмірна масштабованість та узагальненість потребують заміни на диференційованість із обов'язковим врахуванням регіональних особливостей. Для цього необхідно розробити адекватний, гнучкий і простий у використанні математичний апарат. Розрахунок конкретних детермінант для кожної конкретної групи населення дозволить отримати конкретні висновки щодо тих чи інших впливів на стан здоров'я. Ці висновки, у свою чергу, стануть підґрунтям для прийняття відповідних організаційних заходів. Така ціль зараз здається недосяжною. Але, на наше глибоке переконання, реалізація саме такої цілі забезпечить здоров'я індивіда як основи здорового суспільства.

ПРОЦЕСИ ІНТЕГРАЦІЇ МЕДИЧНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ СИСТЕМ В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Нагірний Б.М., Любінець О.В., Ходор О.Є., Сушко Ю.І.

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

Інформаційні системи стали невід'ємною складовою надання медичної допомоги. Інформаційні комп'ютерні технології (ІКТ) в поєднанні зі змінами, які впроваджуються в закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) чи змінами в законодавстві, забезпечують надання своєчасної та якісної медичної допомоги, а також зменшують фінансові видатки (Сорока І.М., 2023).

Станом на початок 2025 року існує близько 40 медичних інформаційних систем (МІС), які забезпечують ті чи інші потреби закладу (надання медичної допомоги, облік, статистичні дані тощо). Проте, на думку дослідників, жодна з цих систем не може взаємодіяти з іншою, а саме відсутня основна необхідна функція – обмін медичною інформацією про стан здоров'я пацієнта: частина МІС не підключені до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я (ЦБД eHealth). Відповідно це обмежує знання лікаря про стан здоров'я пацієнта, який може загубити, забути, втратити свою медичну документацію, що в свою чергу змушує проводити нові, додаткові обстеження, які часто можуть бути

непотрібними. В плані надання ургентної медичної допомоги роль медичної документації в електронному форматі значно зростає. Не завжди є родичі, чи супроводжуючі особи, які можуть інформувати, чим хворіє людина та її анамнез, що відповідно підвищує ризики для життя та здоров'я пацієнта, а також ускладнює роботу лікаря.

Центральна база даних eHealth в Україні частково забезпечує взаємодію між медичними інформаційними системами. Проте, фахівці, котрі щодня стикаються з цією системою, розуміють всю її недосконалість. На теперішній час, даних, які можна отримати з ЦБД eHealth, вкрай недостатньо, а процес внесення результатів надання медичної допомоги став для лікарів викликом. Чому? Тому що взаємодія з eHealth потрібна лише для того, щоб Національна служба охорони здоров'я (НСЗУ) оплатила пролікований випадок чи надану послугу. Швидше не «проплатила». Тому що, одна допущена помилка в кодуванні випадку, з великою ймовірністю, призведе до того, що оплата не відбудеться. Також незрозумілою є велика кількість критеріїв, які визначає НСЗУ, що не мають відношення до реальної та практичної медицини. Відповідно сама суть системи eHealth, яка є інтегрованою цифровою екосистемою, що включає використання ІКТ для надання, управління та покращення медичних послуг, забута. Замість збору інформації про стан здоров'я пацієнта, ця система стала способом оплати державою пролікованого випадку, та ще однією причиною, через яку відбуваються конфліктні ситуації між лікарем та адміністрацією закладу.

У Збройних Силах України з 2023 року використовується єдина медична інформаційна система, що дає можливість своєчасного обміну медичною інформацією, контролю стану ресурсів та обліково-статистичних даних і забезпечує безперервність та безпеку передачі необхідної інформації.

Повномасштабна російсько-українська війна стала початком нових викликів для всієї держави, зокрема для організації медичної допомоги як для військових, так і для цивільних пацієнтів. На сьогоднішній день обмін інформацією про стан здоров'я військовослужбовців в електронному форматі доступний лише для лікарів Збройних Сил України, для цивільних лікарів – ця інформація не доступна. Оскільки військовослужбовець може отримувати медичну допомогу в цивільних закладах охорони здоров'я, недоступність електронної інформації про стан здоров'я значно ускладнює процес та якість надання медичної допомоги. На даний момент – служба в Збройних Силах України створює так звану сліпу пляму в електронній медичній документації пацієнта, тому що за період проходження служби, будь-які дані про стан здоров'я пацієнта, відсутні в ЦБД eHealth.

МІС у забезпеченні ефективної медичної допомоги в умовах війни відіграє ключову роль. та забезпечує ефективне управління та контроль за всіма аспектами надання медичної допомоги, дає змогу ефективного планування, впровадження та адаптації до нових стандартів надання медичної допомоги, відповідно до стандартів НАТО, таких як STANAG 2542 та AJMedP-5 (Лівінський В. Г. та ін., 2023). В період військового стану, який кардинально відрізняється від мирного, стандарти надання медичної допомоги під час бойових дій постійно змінюються, відповідно адаптована МІС дозволить вчасно та ефективно впроваджувати нововведення. Це дозволяє поліпшити взаємодію між національними та міжнародними військовими структурами, забезпечуючи уніфіковані підходи до лікування військовослужбовців у різних умовах.

Особливо важливим є документ AJMedP-5 (2020), який регулює медичні комунікаційні та інформаційні системи у військових умовах. Цей стандарт створює основу для забезпечення ефективного управління медичними інформаційними потоками, що є ключовим елементом у системі військової медицини (https://www.coemed.org/files/stanags/02_AJMEDP/AJMedP-5_EDB_V1_E_2562.pdf).

Також ефективна МІС забезпечує організацію логістичних процесів, що в період військового стану значно підвищує ефективність розподілу медичних ресурсів (Білоус М.В. та співав., 2019).

Євроінтеграційні процеси, які відбуваються в Україні висувають нові вимоги до МІС. Європейські організації й комісії по Інформаційно-комунікаційних технологіях (ІКТ) мають за мету об'єднати всі національні інформаційні мережі охорони здоров'я країн ЄС та забезпечити для населення цих країн дію уніфікованої електронної картки здоров'я (EHR) на всій території нинішнього Європейського Союзу (ЄС). Здійснюється впровадження разом з національними програмами єдиної програми ЄС E-HEALTH, яка виконуватиме такі першочергові завдання, як стандартизація, забезпечення страхового покриття незалежно від розташування, оброблення медичної інформації про пацієнта з використанням інформаційних технологій (<https://eufordigital.eu/uk/ehealth/news>).

Враховуючи значну кількість МІС, які діють в Україні, відсутність їх взаємодії з МІС Збройних Сил України та зважаючи на євроінтеграційні процеси в державі, доцільним є створення єдиної МІС в Україні, яка в свою чергу буде мати перспективу у взаємодії з системами ЄС.

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ФІЗИЧНОЇ ІНВАЛІДНОСТІ НА ЗДАТНІСТЬ НАДАВАТИ ПЕРШУ ДОПОМОГУ

Нікольська А.Д., Висоцька О.А., Яримович С.М., Ніколенко В.

Товариство Червоного Хреста України, м. Київ, Україна

На тлі викликів, які стоять перед сучасним українським суспільством, щодня зростає інтерес до підготовки населення до надзвичайних ситуацій та реагування на них. Потреба у навчанні першій допомозі значно зросла серед українців, починаючи з 2022 року. На думку учасників тренінгів з першої допомоги, знання чіткого алгоритму дій у надзвичайних ситуаціях знижує тривожність та допомагає усвідомити власні можливості діяти у небезпечних ситуаціях.

Команда інструкторів з першої допомоги Товариства Червоного Хреста України працює з багатьма категоріями населення, зокрема, з особами, що мають інвалідність. Протягом 2023-2025 років було проведено дослідження, результатом якого має стати адаптація загальноприйнятних методів надання першої допомоги до можливостей осіб з фізичною інвалідністю (осіб з ампутаціями, порушенням зору, порушенням слуху тощо).

Щоб відповісти на питання про вплив фізичної інвалідності на здатність надавати першу допомогу, було використано такі методи як спостереження, бесіда та анкетування. Станом на березень 2025 року, у дослідженні взяло участь 120 осіб, які є пацієнтами реабілітаційних центрів на території України. Серед них, 67% отримали інвалідність внаслідок бойових дій, 28% - внаслідок захворювань і 5% - через нещасний випадок.

Учасникам занять з першої допомоги було запропоновано виконати практичну частину занять, спрямовану на відпрацювання нових навичок, так, як виявляється можливим, з урахуванням розуміння мети надання допомоги постраждалому у тому чи іншому стані (кровотеча, непрохідність дихальних шляхів, опік тощо). Інструктори фіксували результати спостережень за допомогою спеціально розробленого «Рефлексивного щоденника інструктора», ці спостереження згодом опрацьовувалися кількісно та якісно. Учасники мали змогу відповісти на питання анкети до та після занять.

Відповідно до отриманих даних, 95% осіб виявили готовність надавати допомогу у надзвичайній ситуації, здобувати нові навички у цій галузі, просити оточуючих долучатися, керувати їх діями, якщо сам рятівник не має фізичної змоги це зробити (перебуває в кріслі колісному, заважає висока ампутація

кінцівки, або самостійно надати допомогу неможливо через наявність незручного протезу).

Учасники, які мають повну ампутацію верхньої кінцівки, можуть виконати прийом Геймліха, серцево-легеневу реанімацію однією рукою. За допомогою третіх осіб – посприяти зупинці кровотечі, зафіксувати травмовану кінцівку тощо. Часткова втрата верхньої кінцівки майже не впливає на швидкість та спосіб надання допомоги, складнощі виникають лише у випадках, де потрібна робота дрібної моторики рук.

Учасники, які мають високу ампутацію нижньої кінцівки, можуть використовувати деякі прийоми першої допомоги (серцево-легенева реанімація, переведення у відновне положення тощо), якщо отримають знання про базові функції самообслуговування, зокрема, спосіб швидкого та безпечного залишення крісла колісного або милиць.

При травмі спинного мозку, не маючи фізичної можливості застосувати прийоми першої допомоги, учасники виявляли потенціал лідера та були здатні керувати діями третіх осіб, використовуючи отримані знання.

Отже, не зважаючи на фізичну інвалідність, учасники навчальних занять з першої допомоги виявили високий рівень вмотивованості до отримання нових знань. Дослідження продемонструвало, що адаптація прийомів першої допомоги до можливостей осіб з фізичною інвалідністю сприяє підвищенню рівня готовності населення до надзвичайних ситуацій.

Висновки:

1. Більшість осіб з фізичною інвалідністю висловили готовність навчатися першій допомозі та застосовувати її у випадку необхідності.
2. Фізична інвалідність не є перепорою для засвоєння нових навичок, їх практичне використання можливе за умови урахування індивідуальних можливостей.
3. Навчання першій допомозі сприяє розвитку вміння керувати процесом реагування на надзвичайну ситуацію та знизити негативний вплив її наслідків.

ПОСИЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ В ФОКУСІ УВАГИ ДЕРЖАВИ

Орличенко К.В.

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

В Україні рак шийки матки (далі – РШМ) займає третє місце в структурі захворюваності жіночого населення на злоякісні новоутворення. За відомостями Національного канцер-реєстру, в державі щорічно реєструється близько 3000 нових випадків злоякісних новоутворень шийки матки (зокрема, у 2023 році зареєстровано 2962 випадки, померло від недуги 1075 жінок від загальної кількості хворих на РШМ).

У 2023 році найвищий показник захворюваності реєструвався в Кіровоградській, Волинській, Житомирській, Черкаській областях, найнижчий – в Івано-Франківській, Чернігівській та Запорізькій областях, значною є частка виявлення хвороби у занедбаному стані.

РШМ є одним із найагресивніших видів раку, який асоціюється із онкогенними штамами вірусу папіломи людини. Вірус папіломи людини (ВПЛ) – одна з найпоширеніших інфекцій у світі, що передається статевим шляхом, та може призвести до онкохвороб шийки матки, ротової порожнини, горла, статевих органів і ануса. Проведення вакцинації від ВПЛ дівчат (за наявності фінансової спроможності держави – дівчат і хлопчиків) у віці до 15 років (початку статевого життя) дозволяє знизити ризики захворювання та смертності від цього недугу. Проте в Україні вакцинація від ВПЛ не була впроваджена на державному рівні. В межах окремих регіональних програм, зокрема, в Житомирі, Луцьку, Одесі, Києві, на Львівщині, вакцинація підлітків була доступна за рахунок коштів місцевих громад. Також вакцини від ВПЛ доступні за кошти фізичних осіб в приватних закладах охорони здоров'я і аптеках.

На виконання рішення Ради національної безпеки і оборони України від 22 грудня 2023 року «Щодо профілактики, ранньої діагностики та лікування злоякісних новоутворень», введеного в дію Указом Президента України від 22 грудня 2023 року № 842/2023, після здійснення державної оцінки медичних технологій проведено громадське обговорення внесення відповідних змін до Календаря профілактичних щеплень в Україні, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 вересня 2011 року № 595. Зазначені зміни дозволять забезпечити безкоштовну вакцинацію проти ВПЛ

дівчат у віці 12–13 років з метою зниження ризиків захворювань та смертності від РШМ.

У зв'язку з необхідністю дотримання процедур, потрібних для проведення централізованої закупівлі імунобіологічних препаратів (вакцин) для проведення безоплатних щеплень проти ВПЛ, набрання чинності прийнятого проєкту акту про внесення змін відбудеться з 01 січня 2026 року.

Під час аналізу наслідків для населення впровадження обов'язкової вакцинації проти ВПЛ у короткостроковому періоді визначено можливий негативний вплив за рахунок супротиву до змін. Мінімізація зазначеного вимагає посилення інформаційно-роз'яснювальної роботи фахівцями у сфері громадського здоров'я.

За повідомленням з офіційного сайту Центра громадського здоров'я (далі – ЦГЗ) 20 січня цього року спільно із Центром контролю та профілактики захворювань США (CDC) розпочато дослідження «Загальна обізнаність та прийнятність вакцин і вакцинації проти вірусу папіломи людини (ВПЛ): мобільне телефонне опитування в Україні, 2025 рік». Під час анонімного телефонного опитування українців віком 18-44 років будуть з'ясовувати загальне ставлення до вакцинації (зокрема від ВПЛ), рівень знань респондентів про ВПЛ, ключові бар'єри, які необхідно подолати для прийняття людиною рішення на користь вакцинації. Результати дослідження буде покладено в основу розробки ефективних інформаційних кампаній та поглиблення профілактики ВПЛ та РШМ.

З 1 січня 2025 року в Україні набрав чинності Порядок скринінгу і ранньої діагностики раку шийки матки та моніторингу стану здоров'я пацієнток з груп ризику. Фактично цим Порядком запроваджено комплексну систему профілактики РШМ, повністю засновану на рекомендаціях ВООЗ та сучасних наукових підходах, що дозволить зменшити захворюваність та смертність від РШМ. Також скринінг на РШМ віднесено до переліку медичних послуг, які забезпечуються надавачами первинної медичної допомоги, і проводиться за чітко визначеним алгоритмом.

Щороку в січні під егідою ВООЗ відзначається місяць обізнаності про РШМ, в рамках якого фахівці у сфері охорони здоров'я та громадського здоров'я, медичні заклади, громадські організації, блогери та публічні персони привертають увагу до факторів ризику розвитку зазначеної патології, профілактики, важливості скринінгових обстежень.

Традиційно під час комунікаційних заходів із жіночим населенням працівниками обласних центрів контролю та профілактики хвороб здійснюється інформування про фактори ризику розвитку РШМ, важливість регулярних

профілактичних обстежень у гінеколога, переваги та безпечність вакцинації від ВПЛ, досвід європейських країн у вакцинації підлітків тощо.

Таким чином, незважаючи на військовий стан, державою послідовно впроваджуються сучасні науково обґрунтовані комплексні заходи, спрямовані на зменшення захворюваності та смертності від РШМ.

ОБІЗНАНІСТЬ ТА ПРИХИЛЬНІСТЬ ЖІНОК ДО СКРИНІНГУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Орлова Н.М., Шкондін С.В., Ткач В.С.

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

Вступ. Рак молочної залози (РМЗ) посідає перше місце у структурі захворюваності жіночого населення України на злоякісні новоутворення (із питомою вагою 22.4%) та смертності від них (20.6%). Проблема своєчасного виявлення РМЗ залишається надзвичайно актуальною, адже в Україні майже кожний 3-й випадок РМЗ діагностується у занедбаній стадії (III – IV TNM), що суттєво знижує ефективність його лікування та показники 5-ти річної виживаності пацієнток із РМЗ і обумовлює необхідність удосконалення вторинної профілактики, зокрема, шляхом ширшого залучення жінок до скринінгових обстежень молочних залоз (МЗ).

Мета дослідження: за матеріалами соціологічного дослідження оцінити обізнаність жіночого населення м. Вінниці щодо методів своєчасної діагностики РМЗ та їх залученість до скринінгу РМЗ.

Матеріали і методи. Соціологічне дослідження проводилось за спеціально розробленою програмою шляхом анонімного онлайн-опитування на платформі Google Form. Посилання на опитувальник було розповсюджене у публічних чатах соціальних мереж м. Вінниці: Viber, Telegram, Facebook. Дослідження проведене у жовтні 2024 року і охопило 403 вінничанки. Вікова структура жінок-учасниць опитування була наступною: 18-34 років - 173 (42.8%), 35-54 років - 204 (50.7%), 55 років і старші - 26 (6,5%). 256 (63.5%) опитаних жінок мали вищу освіту, а 147 (36.5%) загальну та спеціальну середню освіту. Результати опитування опрацьовані із використанням статистичних методів групування, узагальнення (у абсолютних та відносних величинах) та співставлення. Суттєвість відмінностей між групами порівняння оцінювалась за критерієм Пірсона (χ^2).

Результати дослідження. Самообстеження (самопальпація) є важливим методом скринінгу РМЗ, яким має володіти кожна жінка. Згідно з результатами нашого дослідження, більшість (74,4%) опитаних жінок відповіли, що вони знають, як проводити пальпацію молочних залоз. У той же час, майже чверть (22,4%) респонденток ніколи не проводила самообстеження МЗ. Основними причинами відсутності практики самопальпації МЗ жінки назвали відсутність часу (38,0%), недостатність знань та навичок щодо методики самообстеження МЗ (30,0%), відсутність скарг (5,0%). Встановлено, що частка жінок, які ніколи не проводили самообстеження МЗ була суттєво вищою серед жінок із середньою освітою, порівняно із жінками із вищою освітою (30,0% та 18,2%, відповідно, $p < 0.05$). У віковому аспекті найменш активною виявилась наймолодша вікова група, 28,8% жінок 18-34 років ніколи не проводили пальпації молочних залоз. У віковій групі 35-54 років цей показник становив 22,0%, а у найстаршій (55+) – 7,7%. Слід відмітити, що навіть серед тих жінок, які згідно з їх відповідями, практикують самообстеження МЗ, лише 30,1% робить це із належною частотою – 1 раз на місяць. Найбільша частка таких жінок виявлена у віці 55+ (42,3%), найменша - у 35-54 років (25,0%). У віці 18-34 років самопальпацію МЗ роблять раз на місяць 30,3% жінок.

Провідну роль у своєчасному виявленні патології МЗ, у т.ч. РМЗ, відіграє УЗД молочних залоз та мамографічний скринінг. Згідно з результатами опитування, 82,7% жінок вважають, що УЗД/мамографію необхідно проводити 1 раз на рік. Щодо часу виконання останнього УЗД МЗ, то 42,3% жінок повідомили, що ніколи його не виконували. У поточному році виконали УЗД МЗ близько 18% опитаних, минулого року – 21,2%, протягом останніх п'яти років – 17,3%, решта - ще раніше. Частка жінок, які ніколи не виконували УЗД молочних залоз зменшується із віком: від 51,5% у віці 18-34 років, до 34,4% у 35-54 років та 16,0% у групі 55+ ($p < 0.05$). Рівень освіти також вірогідно впливає на охоплення жінок УЗД МЗ. Частка тих жінок, які ніколи у житті не проходили даного дослідження, становила 60,0% серед опитаних із середньою освітою та 32,2% - із вищою освітою ($p < 0.05$). Результати нашого дослідження засвідчили, що лише 8,3% жінок не знали, що таке мамографія. Водночас більшість опитаних жінок (58,3%) ніколи не проходили мамографії, 9,6% респонденток пройшли це дослідження у поточному році, 10,3% - минулого року; 13,5% - протягом останніх 5-ти років, 8,3% більше, ніж 5-ть років тому. Не виявлено статистично вірогідних відмінностей у частоті проходження мамографії в залежності від рівня освіти жінок. Зокрема, частка тих, які жодного разу у житті не проходили даного дослідження, була практично однаковою серед респонденток із вищою та

середньою освітою (57.6% та 60.0%, $p > 0.05$). Встановлено, що із віком вірогідно зменшується частка жінок, які ніколи не проходили мамографію, (з 78.8% у віці 18-34 до 56.2% у віці 35-54 та до 11.54% у віці 55+ ($p < 0.05$)). Але навіть у найстаршій групі жінок (55+), якій згідно з наказом МОЗ України від 05.08.2024 № 1368, необхідно проходити скринінгову мамографію не рідше, ніж раз на 2 роки (за наявності факторів ризику РМЗ або патології МЗ – 1 раз на рік), лише половина (50.0%) жінок виконала це дослідження впродовж останніх 2-х років.

Висновки. Таким чином, результати проведеного соціологічного дослідження виявили низьку обізнаність та прихильність жінок (особливо молодших вікових груп) м. Вінниці до скринінгу РМЗ. Удосконалення вторинної профілактики РМЗ потребує ширшого залучення лікарів первинної ланки та лікарів акушер-гінекологів до просвітницької роботи та скерування жінок на скринінгові дослідження за програмою державних медичних гарантій, зміцнення служб громадського здоров'я та посилення їх взаємодії із засобами масової інформації, освітніми закладами, громадами для забезпечення формування у жінок відповідального ставлення до свого здоров'я та розуміння важливості регулярного проходження скринінгу для своєчасного виявлення РМЗ. Наші подальші дослідження будуть спрямовані на розробку інформаційних матеріалів про методи та рекомендовану періодичність скринінгу РМЗ для різних вікових груп жінок для поширення їх у соціальних мережах.

ЕКОЛОГО-ГІГІЄНИЧНІ АСПЕКТИ ПОВОДЖЕННЯ З ВІДХОДАМИ – АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА В СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Пасічник В.І., Гаркавий С.І.

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

Питання поводження з побутовими відходами у сучасному світі завжди було великою проблемою. Сьогодні, у зв'язку з воєнними діями та масовими обстрілами територій населених пунктів, ситуація особливо загострилася. Неконтрольоване накопичення, видалення та неналежна утилізація твердих побутових відходів спричиняють забруднення довкілля, зокрема ґрунту та контактуючих з ґрунтом середовищ токсичними хімічними речовинами та органічними сполуками, в тому числі й небезпечними з епідеміологічної точки зору, що негативно впливає на стан здоров'я населення. Особливо небезпечними є токсичні відходи, які можуть викликати неінфекційні захворювання, гострі і

хронічні отруєння серед населення, яке проживає на територіях, прилеглих до місць накопичення відходів, також порушення екосистем. У багатьох країнах світу запроваджуються сучасні методи управління відходами, однак проблема залишається нагальною, потребуючи подальшого дослідження та розробки ефективних рішень.

Мета: дослідити вплив поводження з відходами на громадське здоров'я та запропонувати ефективні заходи для мінімізації негативних наслідків.

Матеріали та методи. Для досягнення мети при виконанні наукової роботи були проаналізовані наукові публікації, нормативно-правові акти та міжнародний досвід управління відходами. Проведено оцінку впливу різних видів відходів на здоров'я населення за допомогою статистичних та експертних методів. Використано порівняльний аналіз стратегій управління відходами в Україні та розвинених країнах.

Результати. Дослідження показало, що існуюча система управління відходами в Україні має деякі недоліки, зокрема недостатню кількість підприємств, які займаються переробкою відходів, низький рівень екологічної свідомості населення та недосконалість законодавчого регулювання.

Забруднення складовими відходів ґрунту, підземних і поверхневих вод, приземного шару атмосферного повітря призводить до підвищення ризику виникнення інфекційних і неінфекційних, зокрема онкологічних, захворювань, що передаються через забруднені небезпечними токсичними відходами (хімічними, медичними, електронними) ґрунту і води, а також респіраторних захворювань внаслідок забруднення атмосферного повітря.

Оцінка поточної ситуації в Україні показала, що рівень переробки та утилізації відходів залишається недостатнім, лише близько 6% від загального обсягу відходів підлягають переробці. Відсутність дієвого контролю за незаконним захороненням відходів та недостатня інфраструктура роздільного видалення відходів значно ускладнюють ситуацію. Крім того, недостатнє фінансування екологічних програм та низька екологічна свідомість населення є додатковими перешкодами для ефективного управління відходами.

Аналіз міжнародного досвіду свідчить, що принцип «забруднювач платить» активно застосовується в країнах ЄС, заохочуючи компанії до поводження з відходами екологічно свідомим способом. Крім того, використання сучасних технологій, зокрема біотехнологій та цифрового моніторингу відходів, дає змогу мінімізувати негативний вплив на здоров'я населення.

Встановлено, що впровадження сучасних технологій, таких як розширена відповідальність виробників, цифровий моніторинг відходів та біотехнологічні

методи переробки, які активно використовуються в світі, значно знижує ризики для здоров'я. Запропоновано комплексні заходи з оптимізації поводження з відходами, що сприятимуть покращенню санітарно-епідеміологічної ситуації.

Висновки. Проблема поводження з відходами є однією з найбільших загроз для здоров'я населення, оскільки неправильне поводження з відходами призводить до забруднення навколишнього середовища, що в свою чергу призводить до зростання захворюваності населення. Аналіз поточної ситуації в Україні свідчить про низький рівень переробки та утилізації відходів, який становить лише близько 6% від загального обсягу. Крім того, бракує ефективного контролю за незаконним захороненням відходів, інфраструктура роздільного видалення відходів є недостатньою, а екологічні програми недостатньо фінансуються. Важливим фактором залишається низький рівень екологічної свідомості населення, що ускладнює реалізацію ефективних рішень у сфері поводження з відходами.

Вивчення міжнародного досвіду показує, що принцип «забруднювач платить» активно застосовується в країнах ЄС, що мотивує компанії відповідально утилізувати свої відходи. Крім того, використання сучасних технологій, особливо біотехнологій та цифрового моніторингу відходів, дає змогу мінімізувати негативний вплив на здоров'я населення та екологічний стан регіонів.

Тому ефективне поводження з відходами є необхідною умовою охорони здоров'я населення та покращення екологічної ситуації в Україні. Впровадження сучасних технологій, міжнародних практик та свідомий підхід до переробки відходів допоможе зменшити вплив на довкілля та побудувати сталу систему поводження з відходами..

Ключові слова: управління відходами, громадське здоров'я, екологічна безпека, переробка відходів, небезпечні відходи.

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ РОБОТИ ЛІКАРЯ ПРИЙМАЛЬНОГО ВІДДІЛЕННЯ

Петрух А.А., Гутор Т.Г.

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

Вступ. Звична робота приймального відділення складається з прийому пацієнтів 24/7 з будь-якими скаргами та їх розподілом по відповідним профільним

відділенням. Враховуючи постійний потік пацієнтів критично важливо витратити мінімальну кількість часу на один прийом, не знижуючи при цьому якість надання послуг. Додатковим фактором є те, що у випадку постановки неправильного первинного діагнозу, його зміна та перереєстрація пацієнта займає ще більше часу.

Мета: аналіз роботи лікаря приймального відділення та пошук варіантів оптимізації його роботи шляхом її автоматизації.

Матеріали та методи: Здійснено аналіз роботи лікарів приймального відділення багатопрофільної лікарні. Вимірювався час прийому пацієнтів при первинному зверненні з використанням автоматизованої програми первинного опитування пацієнта та без неї. Робота проведена з використанням методів системного підходу та структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження. На першому етапі було проведено аналіз того, як виглядає розподіл часу під час прийому пацієнта у приймальному відділенні, а також яка його тривалість. За результатами заміру розподіл часу у відсотковому співвідношенні становив: 50% - збір анамнезу, 30% - загальний огляд пацієнта, 20% - внесення отриманої інформації в медичну інформаційну систему (МІС).

На другому етапі було проведено тестову апробацію автоматизованого опитувальника симптомів в роботі лікаря приймального відділення. За його основу був взятий алгоритм для парамедиків з програми їх навчання у США та Канаді. Завданням даного опитувальника було зменшити час на збір анамнезу та внесення інформації в МІС, а також зменшити кількість помилково поставлених діагнозів. Для цього лікарі, паралельно зі звичним прийомом, вносили всю інформацію про пацієнта в опитувальник та звіряли виставлені діагнози. Такий підхід був застосований у 2000 первинних прийомах.

В результаті лікарі відмітили, що користування опитувальником як помічником дозволило структурувати алгоритм опитування пацієнта, і в результаті швидше виставляти попередній діагноз. У середньому без опитувальника тривалість спілкування становила $7,0 \pm 1,0$ хв, тоді як з опитувальником вона скоротилася до $5,5 \pm 1,0$ хв, особливо це було помітно під час нічних змін.

Висновки:

1. Більшість часу під час первинного прийому пацієнтів у приймальному відділенні займає збір анамнезу та заповнення інформації в МІС. Ці дві ділянки роботи можуть ефективно оптимізуватися за допомогою електронних асистентів.

2. Опитувальник дозволив скоротити час лікарів на проведення збору анамнезу та постановки первинного діагнозу. Це привело до зменшення часу прийому пацієнта у приймальному відділенні на 21%.

3. Автоматизовані опитувальники, створені на базі літератури доказової медицини, можуть бути корисними для допомоги в роботі медичного персоналу у багатопрофільних медичних закладах, з метою швидшої постановки попереднього діагнозу та скерування пацієнта у профільне відділення.

ЧИННИКИ ВПЛИВУ ВОЄННОЇ АГРЕСІЇ НА ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК

Платонова А.Г., Яцковська Н.Я., Шкарбан К.С., Баленко К.В., Сомов О.І.

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

Рівень і темп фізичного розвитку дітей є критерієм реакції організму до змін характеристик оточуючого середовища, відображенням генетичних, індивідуальних морфо-функціональних особливостей організму, соціально-побутових умов та способу життя, індикатором соціального благополуччя, відповідності умов навчання і виховання.

Війна спричиняє численні психологічні та фізичні наслідки для дітей, які опинилися в зоні конфлікту і були вимушені покинути свої домівки або втратили доступ до життєво важливих ресурсів. Основними групами чинників впливу воєнних дій на українських дітей слід вважати наступні.

Травматичний стрес і психічне здоров'я. Діти, які переживають обстріли, втрату близьких або евакуацію, піддаються значному емоційному та психологічному стресу. Це може призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривожних розладів та інших проблем психічного здоров'я. Постійний стрес впливає на рівень гормонів, таких як кортизол, що може інгібувати процеси росту. Недостатній рівень жирової тканини (де виробляються та накопичуються певні гормони) та порушення в роботі гіпоталамо-гіпофізарної системи через стрес призводять до затримки у статевому дозріванні дитини. В окремих випадках, у відповідь на хронічний стрес, може спостерігатися прискорене статеве дозрівання, особливо у дівчаток.

Проблеми з харчуванням та доступом до медичної допомоги. Під час війни діти часто стикаються з дефіцитом поживних речовин, що призводить до затримки росту, втрати маси тіла та довготривалих проблем із розвитком

кісткової системи, зниженням імунітету, що робить дітей більш вразливими до інфекційних захворювань. Особливо це стосується дітей, які знаходяться в зонах конфлікту, де доступ до їжі та медичних послуг є обмеженим (іноді неможливим) через зруйновану інфраструктуру та перебої в постачанні.

Фізичні травми та поранення. Діти, які опинилися в зоні активних бойових дій, часто отримують фізичні травми, поранення, які можуть мати довгострокові наслідки для їх фізичного розвитку та життя.

Вимушене переміщення та біженство. Багато дітей були вимушені залишити свої домівки та стати внутрішньо переміщеними особами або біженцями в інших країнах. Оцінка моделей внутрішнього переміщення в Україні на початку російського вторгнення у 2022 році за даними японських дослідників з використанням геолокації мобільних телефонів показала, що у період з 1 січня по 31 березня 2022 року 9 мільйонів українців перемістили своє місце проживання більш ніж на 500 км. Вимушено переміщені діти опиняються в нових соціальних умовах без підтримки та стабільного середовища, що негативно впливає на емоційний та фізичний стан.

Вплив на соціальну адаптацію та взаємодію. Внаслідок переміщення та розриву з рідними, діти можуть втратити навички соціальної адаптації. Багато хто з них стикається з труднощами в нових середовищах, що підвищує ризики соціальної ізоляції, булінгу та інших форм насильства. Польські дослідники оцінили зв'язок між функціонуванням школи, фізичною активністю (ФА), статтю, індексом маси тіла (ІМТ) українських дітей 10-15 років, які мігрували до Польщі через війну. Основні висновки включають позитивний вплив підтримки вчителів і позитивного шкільного досвіду на стійкість як хлопчиків, так і дівчаток. Для хлопчиків підтримка однолітків і любов до школи суттєво позитивно вплинули на стійкість, у той час як для дівчат більша підтримка вчителя та ФА були вирішальними, причому високий ІМТ негативно впливав на їхню стійкість. Дослідження показало необхідність створення адаптованих систем підтримки в школах країн-реципієнтів, враховуючи унікальні потреби українських хлопчиків і дівчаток у подоланні стресу/психологічної травми.

Під час війни докорінно змінилися умови і спосіб життя та соціально-економічні і екологічні умови, в яких зростають діти, а як відомо, саме ці чинники на 70% впливають на процес формування здоров'я дитини. Функціональні порушення можуть поступово трансформуватися в нозологічну форму, тобто привести до конкретного захворювання і обмеження фізичної дієздатності в майбутньому.

Таким чином, вплив війни може проявлятися через різні шляхи, включаючи недостатнє харчування, хронічний стрес, порушення ендокринної системи та загальне зниження якості медичної допомоги, що, в свою чергу, значно впливає на фізичні показники розвитку дітей, зокрема на динаміку зросту, масу тіла та настання статевого розвитку.

Незважаючи на нечисленні роботи українських дослідників щодо вивчення впливу збройної агресії РФ на ФР дітей, була виявлена тенденція до грацілізації статури дітей всіх вікових груп в межах території майже всієї України. В основі цього процесу лежить дисбаланс між темпами змін подовжених і поперечних розмірів тіла дітей, в результаті чого довжина тіла дітей зростає, тоді як темпи збільшення розмірів грудної клітки характеризуються значним уповільненням. Темпи зростання маси тіла дітей також характеризуються деяким уповільненням. Однак, одночасно з цим відбувається збільшення товщини підшкірно-жирового шару, що свідчить про порушення співвідношення жирового та м'язового компоненту у складі маси тіла за рахунок послаблення розвитку м'язового компоненту. Крім того, проведеними дослідженнями встановлено погіршення функціональних можливостей дихальної та серцево-судинної систем організму дітей.

Висновок щодо впливу воєнних дій на фізичний і біологічний розвиток дітей в Україні є однозначним: війна створює значні загрози для здоров'я та благополуччя дітей, може мати як негайні наслідки (затримка росту, травми, емоційні розлади), так і довгострокові. Тому, в умовах сьогодення важливими є розробка та реалізація державних програм, спрямованих на підтримку, реабілітацію та відновлення здоров'я дітей, що постраждали від масштабного вторгнення РФ.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ТЕЛЕКОМУНІКАЦІЙ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Руденко А.А.

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

Реалії сьогодення змушують людину пристосовуватись до численних викликів. Освіта, виховання, життєві навички допомагають адаптуватись, проте організм людини, на жаль, не завжди може підлаштуватись. Воєнні дії, епідемії,

нераціональне харчування, малорухливий спосіб життя, зміна клімату, масова діджиталізація - все це сприяє зростанню захворюваності. Намагаючись зупинити зростання масштабів епідемій, людство почало активно використовувати засоби телекомунікації. Телемедицина стала одним із факторів, що допомагають стримувати поширення коронавірусної інфекції та інших інфекційних захворювань. Телемедичні консультації зручні з ряду причин, як для пацієнтів, так і для лікарів та керівників закладів охорони здоров'я. Проте, небезпечною стороною телемедицини є: великий ризик не розпізнати те чи інше захворювання, недооцінити стан пацієнта, не змогти надати невідкладну допомогу, тощо, не контактуючи з пацієнтом фізично. Задля уникнення таких випадків, одним із неодмінно присутніх факторів має бути достатній стаж роботи лікаря та його кваліфікація.

Для більш детального вивчення залежності між стажем роботи та якістю надання послуг було проведене ретроспективне дослідження, в яке було включено 197 пацієнтів з персистуючою формою фібриляції передсердь. 100 пацієнтів обслуговувались в приватному закладі охорони здоров'я, 97 – в закладі охорони здоров'я комунальної форми власності. Усім пацієнтам протягом 1 року були надані лише online консультації. В ході проведення дослідження виявлено чіткий взаємозв'язок між стажем роботи лікаря-кардіолога та частотою загострень у пацієнтів $r=0.863$, $p<0,05$, між стажем роботи лікаря-кардіолога та частотою переходу з персистуючої в тривало персистуючу форму $r=0,9107$, $p<0,05$.

Зважаючи на отримані дані, які є фрагментом дослідження, можемо бачити чіткий взаємозв'язок між стажем та кваліфікацією лікаря та якість послуг, які він надає. А отже, можемо говорити про те, що попри небезпеки, які несе за собою online консультування, є шляхи їх вирішення, які керівники закладів охорони здоров'я мають взяти на озброєння, додавши можливість користування відповідними девайсами під час ведення таких пацієнтів.

НАВЧАННЯ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ОСНОВ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ СТАТИСТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ НА КАФЕДРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НМУ імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

Слуту Н.Ю.

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

Вища медична освіта в Україні має відповідати сучасним світовим стандартам освітніх програм і водночас реагувати на процеси, які відбуваються в нашій державі. Сучасні підходи в діагностиці хвороб, удосконалення інструментів та обладнання, пандемія коронавірусу та війна створюють необхідність синхронізації процесів реформ у системі охорони здоров'я та впровадженням практично орієнтованого підходу до підготовки медичних кадрів відповідно до європейських протоколів і стандартів надання допомоги, можливістю опанування практичних навичок роботи з сучасним лікувально-діагностичним обладнанням, вмінням пошуку, аналізу та узагальненням потрібної інформації. Практично-орієнтований підхід у навчанні, дозволяє майбутнім фахівцям охорони здоров'я не тільки зрозуміти теоретичні аспекти медичних дисциплін, а й застосовувати їх у своїй подальшій науково-медичній діяльності. Сьогодні всі розуміють необхідність профілактики та ранньої діагностики неінфекційних захворювань, від якої в подальшому залежить тривалість та якість життя пацієнтів. Протоколи діагностики та лікування різних хвороб, розробка заходів щодо попередження захворюваності та інвалідності повинні базуватись на доведених фактах, яким передують статистичне дослідження, що передбачає необхідність засвоєння методики та організації його проведення.

Вивчення основ біостатистики на першому курсі передбачає формування знань, умінь та навичок у професійній діяльності майбутніх лікарів, які визначені освітньо-професійною програмою магістра за спеціальністю 222 «Медицина» галузі знань 22 «Охорона здоров'я». Навчальним процесом, який організовано на кафедрі громадського здоров'я НМУ імені О.О. Богомольця, передбачено проведення практичних занять обсягом 20 годин та самостійну роботу студентів – 60 годин. До кожної теми заняття складено методичні рекомендації, які містять типовий приклад розв'язання завдання, перелік питань та список літератури, необхідних для успішної підготовки до пари. Перша тема дисципліни присвячена засвоєнню дизайну та організації статистичного дослідження та його початковим етапам. Важливим аспектом даної теми є те, що вона закладає фундамент для оволодіння студентами необхідних знань та навичок щодо основ та сучасних

принципів доказової медицини, основ формування статистичних сукупностей, вміння знаходити джерела статистичної інформації та вносити її до звітних документів, працювати з сучасними базами даних. Без проведення статистичних досліджень неможливо виявити вплив численних детермінант на показники здоров'я населення, розробити сучасні та ефективні заходи щодо оптимізації медичної допомоги, визначити новітні підходи у розвитку медичної науки та практики.

На практичному занятті студенти отримують індивідуальне завдання скласти план та розробити програму статистичного спостереження на запропоновану викладачем тему, планують мету та завдання дослідження, обирають об'єкт та одиницю спостереження, метод дослідження в залежності від часу проведення та обсягу охоплення одиниць спостереження, визначають спосіб збору інформації. Важливим кроком в виконанні практичного завдання на парі є розробка та зведення даних. Майбутні магістри медицини навчаються формувати макет реєстраційного бланку з ознак, які вони реєструють в процесі свого дослідження а потім вже зводять отримані дані в таблиці. Студенти мають змогу з'ясувати у викладача всі незрозумілі питання які виникли в ході підготовки до основної теми або теми для самостійного вивчення.

Оцінювання студентів проводиться шляхом виконання тестового контролю, розв'язання завдань та відповідей на усні запитання викладача. Виставлення поточних оцінок з пройденої теми необхідне для визначення рівня, якості знань та умінь, які студенти отримують під час опрацювання матеріалу. Під час практичної частини заняття студенти мають можливість перевірити свої знання, вирішуючи індивідуальні ситуаційні завдання. Отже, оцінювання зосереджене не тільки на теоретичній складовій теми, а й на практичному застосуванні знань та вмінь здобувачів. Оцінка виставляється викладачем за традиційною чотирибальною шкалою «5-4-3-2». Підсумковий модульний контроль передбачений після вивчення всіх 10 тем предмету, на останньому занятті у формі заліку. Оцінка з дисципліни дорівнює сумі поточної успішності в балах, яка виставлялась на практичних заняттях по кожній темі, а також кількості балів за виконання індивідуальної роботи студента.

Опанування теми «Планування та організація статистичних досліджень» є необхідною умовою формування у майбутніх лікарів сучасних підходів та навичок щодо отримання, узагальнення та аналізу інформації про стан здоров'я населення та діяльність закладів охорони здоров'я у відповідності до міжнародних стандартів, забезпечує необхідними знаннями щодо профілактики

захворювань та удосконалення якості надання медичної допомоги і підвищення ефективності використання медичних ресурсів.

ВИВЧЕННЯ РІВНЯ ВМІСТУ PM_{2.5} АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ МІСТ УКРАЇНИ

Степанова О.О., Шкуропат А.В.

Херсонський державний університет, м. Херсон, Україна

Забруднення повітря має суттєвий вплив на дихальну та серцево-судинну систему. Ще в 2013 році Міжнародне агентство з дослідження раку (IARC) класифікувало забруднене повітря як канцероген для людини. До основних забруднювачів повітря відносяться аерозолі, напівлеткі органічні сполуки (SVOC) та тверді часточки (PM). Тверді часточки - суміш органічних та неорганічних сполук. Спосіб дії твердих часточок повітря на організм людини суттєво залежить від розміру, оскільки від нього залежить глибина проникнення часточок в дихальну систему. PM_{2.5} - це тверді часточки, розмір яких не перевищує 2,5 мкм. Вони мають різноманітний хімічний склад - нітрати, сульфати, елементарний вуглець, частинки металів та порід, сажа, тощо. Оскільки розмір частинки дуже малий, то вона може проникати не тільки глибоко в легені, а й в серцево-судинну систему. ВООЗ встановлена норма PM_{2,5} - 25 мкг/м³. Найбільшими забруднювачами PM_{2,5} є спалювання біомаси, викиди промисловості та автотранспорту. На рівень PM_{2,5} мають вплив метеорологічні умови та сезонні зміни.

Мета - визначити показники якості повітря на основі PM_{2,5} найбільш населених міст України.

Матеріали і методи. Для визначення рівня забруднення атмосферного повітря PM_{2,5} найбільших за чисельністю населення міст України ми провели аналіз даних, що надає Copernicus Atmosphere Monitoring Service information 2025 (<https://atmosphere.copernicus.eu>). Для аналізу ми відібрали 10 найчисельніших за населенням міст на 01.01.2022 року (оновлені дані відсутні через війну та вимушену міграцію населення).

Результати та обговорення. Ми проаналізували показники PM_{2.5} у 10 найнаселенніших містах України на 08.03.2025 року. Було встановлено, що в усіх містах, окрім м. Одеси рівень PM_{2,5} перевищував нормативні значення. В м. Одесі це значення майже сягало межі норми - 24,43 мкг/м³. Наше дослідження

показало, що понад 9 млн людей України знаходяться під впливом підвищеного впливу PM_{2,5}.

Zimmermann E.J. продемонстрував цитотоксичну дію забруднення PM_{2,5} атмосферного повітря на культурах бронхіального епітелію, активацію генів, пов'язаних із системним запалення. У дослідженні Azham Umar Abidin було встановлено, що постійне перевищення рівня PM_{2,5} мало значну кореляцію із такими симптомами як кашель, головний біль, подразнення очей, задишка, хрипи.

Група дослідників провела порівняння різних глобальних факторів ризику скорочення тривалості життя та продемонструвала, що забруднення повітря PM_{2,5} є основною причиною надмірної смертності та втрати тривалості життя, в основному через кардіоваскулярні захворювання. Zhang Z та співавтори встановили зв'язок із серцево-судинними хворобами та рівнем PM_{2,5}. Вони досліджували виникнення змін в метаболізмі серцево-судинної системи протягом 7 років у дорослих китайців та виявили, що тривалий вплив PM_{2,5} та низьких температур суттєво підвищували ймовірність розвитку захворювань серцево-судинної системи.

В Індонезії було досліджено зв'язок між забрудненням повітря та поширеністю діабету. Тривалий вплив PM_{2,5} призводив до зміни метаболізму глюкози, зокрема інсулінорезистентності. Припускають, що вплив PM_{2,5} призводить до розвитку в організмі системного запалення, метаболічних змін сфінголіпідів та окисного стресу. Підвищений рівень PM_{2,5} також мав нейротоксичну дію та викликав когнітивні порушення. Muye Ru та співавтори встановили зв'язок зростання кількості деменції із забрудненням PM_{2,5}.

Liu R.L. та співавтори провели дослідження поганої відповіді яєчників при лікуванні безпліддя та рівня PM_{2,5} і встановили, що це залежить від часу впливу PM_{2,5}. Вони визначили, що найбільш чутливим був період за три місяці до збору ооцитів. Тобто, PM_{2,5} мають вплив на репродуктивне здоров'я населення.

Рівні забруднення повітря PM_{2,5} в містах України свідчать про необхідність внесення коректив у політику охорони здоров'я населення, дотримання суворих норм викидів у повітря, запровадження політики сталого розвитку міст. Наприклад, дослідження Fry J.L. та співавторів продемонструвало, що зелені насадження суттєво зменшують рівень PM_{2,5} в атмосферному повітрі.

Зменшити наслідки впливу PM_{2,5} можна частково прийомом вітаміну D. Автори дослідження на модельних організмах продемонстрували, що застосування вітаміну D при хронічному впливі PM_{2,5} сприяє зниженню окисного стресу мітохондрій шляхом впливу на мітохондріальний кальцієвий

транспорт. В іншому дослідженні було продемонстровано захисний ефект етанольного екстракту квітки гібіскуса на кератиноцити, пошкоджені PM_{2,5} та зеленого чаю матча на рівень протизапальних цитокінів, антиоксидантні біомаркери та вміст коротколанцюгових жирних кислот. Пероральне введення α -бісапрололу викликало протективну дію на органи дихання, зменшувало рівень окисного стресу та викликав синтез протизапальних циткінів, α -бісапролол міститься переважно в ефірних оліях ромашки та кандеї.

Висновки. Наше дослідження продемонструвало, що в 10 найбільш населених містах України має місце перевищення рівня PM_{2,5}, окрім м. Одеси, де спостерігається граничний рівень забруднення PM_{2,5}. Тривалий вплив PM_{2,5} призводить до серцево-судинних хвороб, респіраторних розладів, репродуктивного нездоров'я, має нейротоксичну дію та впливає на метаболізм глюкози. Для усунення дії PM_{2,5} необхідно вносити корективи у політику охорони здоров'я населення, дотримуватися суворих норм викидів у повітря, запроваджувати політику сталого розвитку міст.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НУТРИЦІОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ДИСБАЛАНСУ 25-ГІДРОКСИХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛУ В ЕТІОПАТОГЕНЕЗІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Тетеріна В.В., Велика Н.В.

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

Актуальність. 25-гідроксихолекальциферол (25(OH)D) є незамінним регулятором абсорбції кальцію та відіграє важливу роль у численних протизапальних, імуномодулюючих та метаболічних процесах, маючи потужний потенційний вплив на ризик виникнення та клінічний перебіг захворювань шлунково-кишкового тракту, зокрема гострого панкреатиту, - третьої за частотою виникнення ургентної хірургічної патології в Україні. Протягом останніх років особливості метаболізму 25-гідроксихолекальциферолу в контексті менеджменту гострого панкреатиту викликають все більший інтерес науковців та клініцистів, оскільки дисбаланс 25(OH)D призводить до серйозних порушень кальцій-фосфорного обміну, як і більшість етіологічних чинників гострого панкреатиту (алкоголь, гіпоксія, гіперкальціємія, гіперліпідемія, лікарські засоби), а також може бути ланкою патогенезу захворювання, оскільки порушення

внутрішньоклітинного обміну кальцію – це один із пускових елементів при гострому панкреатиті, хоча рідко є первинним етіологічним фактором.

Матеріали і методи. Проведено аналіз даних актуальних наукових досліджень з метою визначення ролі дефіциту та надлишку 25-гідроксиколекальциферолу в етіопатогенезі гострого панкреатиту.

Результати досліджень. Доведено, що недостатність або дефіцит 25-гідроксиколекальциферолу в сироватці крові доволі часто зустрічаються у пацієнтів з гострим панкреатитом: за даними актуальних досліджень зниження рівнів 25(OH)D (<50 нг/мл) різного ступеня тяжкості серед госпіталізованих становила 72,2-84,7%, тоді як нормальні показники (>50 нмоль/л) було виявлено лише у 15,3-27,8% пацієнтів з гострим панкреатитом. Також повідомляється про негативну кореляцію між ступенем важкості гострого панкреатиту згідно з переглянutoю класифікацією (Атланта, 2012) та рівнями 25(OH)D в сироватці крові пацієнтів.

Підвищення загальної обізнаності лікарів та пацієнтів щодо численних позитивних впливів 25-гідроксиколекальциферолу водночас збільшило поширеність надмірної медикаментозної корекції недостатності та легкого дефіциту 25(OH)D. Повідомляється про випадки гострого панкреатиту з тяжкою гіперкальціємією у дорослих та дітей, ускладненого панкреонекрозом і гострим ураженням нирок, як результат ятрогенного передозування або безконтрольного вживання пацієнтами вітамінних препаратів з метою самолікування. Особливої уваги заслуговують випадки гострого панкреатиту, спричиненого топічним застосуванням мазей із синтетичними аналогами холекальциферолу (такальцитол та 22-оксакальцитріол) для терапії псоріазу. У цих випадках причиною гіперкальціємії було надмірне надходження активних компонентів мазі через порушення бар'єрної функції шкіри внаслідок запалення або надто великої загальної площі нанесення засобу.

Висновки. Наведені дані підтверджують важливу роль профілактики дисбалансу 25-гідроксиколекальциферолу в сироватці крові в комплексі заходів, націлених на зниження ризику розвитку гострого панкреатиту. З метою попередження самолікування, принципово важливим є заохочування лікарями пацієнтів отримувати біологічно активні форми 25-гідроксиколекальциферолу виключно з природніх джерел: шляхом ендогенного вироблення в шкірі під час експозиції під прямими сонячними променями та з харчових продуктів (риба, яйця, молочні продукти, м'ясо). **Вищезазначене** також підтверджує необхідність вичерпного інструктажу лікарів щодо показань та побічних ефектів медикаментозної терапії холекальциферолом та його аналогами, а пацієнтів -

щодо коректних превентивних засобів для нутриціологічної корекції дисбалансу 25-гідроксихолекальциферолу та можливих серйозних наслідків самолікування вітамінними препаратами.

АКТУАЛЬНІСТЬ ГЕНОМНИХ І ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТЮТЮНОПАЛІННЯ В УМОВАХ ВІЙНИ

Турос О.І., Коблянська А.В., Башинська В.В.

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

Європейським регіональним бюро ВООЗ розпочато громадське обговорення другої Європейської програми роботи на 2026–2030 рр. (ЕПР-2) (2025).

За словами Д-ра Hans Henri P. Kluge, Європейського регіонального директора ВООЗ, «У нашому світі, що стрімко змінюється, турбота про здоров'я – це розумна інвестиція, ключовий фактор для підвищення рівня благополуччя кожної людини, сприяння економічному процвітання, зміцнення життєстійкості спільнот, забезпечення стабільності в суспільстві та підтримки солідарності» (2024).

Перше обговорення було присвячене протидії «тихої епідемії»: спільні зусилля щодо боротьби з неінфекційною захворюваністю (НІЗ) та профілактикою психічного здоров'я.

За даними ВООЗ куріння є одним із основних факторів ризику НІЗ. Ця страшна звичка носить характер глобальної епідемії і забирає щорічно близько семи мільйонів життів, випереджаючи хвороби серця і рак. Тютюнопаління — єдиний незалежний фактор ризику ІХС в осіб віком молодше 40 років. У цьому віці завзяті курці в 10–15 разів частіше помирають від серцево-судинних захворювань (ССЗ) порівняно з тими, які ніколи не курили. Встановлено, що ризик розвитку ССЗ прямо залежить від інтенсивності тютюнопаління. Куріння також завдає величезну системну шкоду органам дихання, зокрема легеням курця.

За даними організації Healthy Initiatives (2023), куріння є лише одним із аспектів, який відображає реакцію суспільства та психологічний стан. Не зважаючи на те, що проблема куріння здається “не на часі” під час війни, вона має значний середньо- та довгостроковий вплив на здоров'я суспільства, економіку,

систему охорони здоров'я та демографічну ситуацію. Отже, курцям потрібна професійна допомога, щоб подолати свою залежність і покращити своє ментальне здоров'я.

Куріння є провідним поведінковим фактором ризику смертності в усьому світі, на його частку припадає понад 175 мільйонів смертей та майже 4,30 мільярда втрачених років життя з 1990 по 2021 рік. Темпи зниження поширеності куріння сповільнилися останніми роками у багатьох країнах, і хоча нещодавно було запропоновано стратегії досягнення поколінь без тютюну, жодна з них не була реалізована досі. Оцінка того, що може статися, якщо поточні тенденції поширеності куріння збережуться, і що може статися, якщо відбудеться додаткове зниження поширеності куріння, важлива для інформування про ефект потенційної політики щодо куріння.

За даними журналу Lancet (2024) щодо прогнозування впливу сценаріїв поширеності куріння на втрачені роки життя та очікувану тривалість життя з 2022 по 2050 рік: систематичний аналізом для дослідження глобального тягаря хвороб 2021 року було спрогнозовано, що 735 мільйонам (675-808) та 141 мільйону (131-154) кумулятивних років життя можна буде запобігти серед чоловіків та жінок відповідно. Очікувана тривалість життя у 2050 році збільшиться до 77,1 року (95% UI 74,6-79,0) серед чоловіків та 80,8 років (78,3-82,9) серед жінок. (GBD 2021 Tobacco Forecasting Collaborators, 2024).

Через повномасштабну російсько-українську війну 88% українців мають високий або дуже високий рівень стресу. Результати дослідження «Суспільно-політичні настрої під час повномасштабного вторгнення військ російської федерації на територію України», проведеного дослідницькою компанією Gradus Research (2023), демонструють спектр емоцій та станів, що переважають у настроях респондентів останнім часом. Зокрема, враховуючи тривалість повномасштабної війни та ситуацію невизначеності, 88% опитаних респондентів повідомили, що відчують дуже високий або високий рівень суб'єктивного стресу. За попереднім опитуванням 2022 року, цей показник становив 83%. Як один із можливих кроків боротьби зі стресом при опитуванні було відмічено тютюнопаління.

За даними Міністерства охорони здоров'я і Глобального опитування дорослих щодо вживання тютюну (GATS), в 2017 р. в Україні щодня палили 20,1% населення. Є всі підстави вважати, що війна в Україні призведе до погіршення ситуації в цій галузі.

В таких умовах варто звернути увагу на фактори, що зумовлюють розвиток залежностей і збільшують схильність до них. Близнюкові дослідження показали,

що внесок генетичних факторів в мінливість паління становить ~50%, і вплив адитивних генетичних факторів збільшується з віком (Ducci F, Goldman D., 2012). Тютюнозалежність — високополігенна ознака. Локуси, асоційовані з палінням картовані здебільшого в генах нікотинових і серотонінових рецепторів, ферментів, які метаболізують нікотин, нейромедіаторів, задіяних в системах винагород, пам'яті, коннектома кори. Але, попри велику кількість досліджень методами повногеномного пошуку асоціації (GWAS) і «ген-кандидат», генетичні фактори ризику паління досі не є цілком виявлені навіть серед європейського населення Західної Європи та США, яке в основному і було включено в ці дослідження (Deak, Johnson, 2021; Toikumo et al. 2024).

Паління є глобальною загрозою фізичному та психічному здоров'ю населення. В Україні, вважаючи на постійний стрес, поширеність тютюнопаління тільки зростає. Це вимагає більш глибокого дослідження схильності до тютюнопаління, зокрема, генетичних факторів, специфічних для українців (Borysovych et al., 2019; Bashynska et al, 2019).

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН: МІЖНАРОДНИЙ ТА НАЦІОНАЛЬНИЙ АСПЕКТИ

Фокіна Т.О., Гречишкіна Н.В.

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

Проблема незаконного обігу наркотичних речовин залишається однією з ключових загроз для сучасного суспільства, оскільки безпосередньо впливає на громадське здоров'я, рівень злочинності та національну безпеку. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у 2023 році близько 296 мільйонів осіб у світі вживали наркотики принаймні один раз, причому 39.5 мільйонів страждали від розладів, пов'язаних із наркотичною залежністю. Відтак, держави розробляють та впроваджують механізми правового регулювання, спрямовані на запобігання зловживанням, боротьбу з наркаторгівлею та забезпечення доступу пацієнтів до необхідного лікування.

Формування міжнародної правової бази в цій сфері відбувалося поступово, реагуючи на зміну характеру наркопроблеми. Найважливішим документом, що заклав основу глобального контролю, стала Єдина Конвенція про наркотичні засоби 1961 року. Вона визначила класифікацію речовин, встановила суворі квоти на виробництво наркотиків для медичних потреб та запровадила міжнародні механізми нагляду. Проте цей документ мав і певні недоліки: наприклад, він

закріпив репресивний підхід до контролю, що в низці країн призвело до криміналізації споживачів наркотиків без урахування соціальних чи медичних аспектів проблеми.

У 1971 році було ухвалено Конвенцію про психотропні речовини, яка поширила контроль на нові синтетичні наркотики, такі як амфетаміни, ЛСД та барбітурати. Проте цей документ не врахував динамічного розвитку ринку наркотиків, і вже до 2020 року в Європі налічувалося понад 830 нових психоактивних речовин (НПР), що не були охоплені міжнародним регулюванням. Це створило правові прогалини та ускладнило боротьбу з незаконним обігом.

Наступним кроком у посиленні контролю стала Конвенція ООН 1988 року, яка зробила акцент на боротьбі з наркозлочинністю, передбачила жорсткі санкції за незаконний обіг наркотиків, встановила механізми контролю за прекурсорами та запровадила заходи протидії відмиванню коштів, отриманих від наркоторгівлі. Проте навіть ця конвенція виявилася недостатньо ефективною перед новими викликами.

Сучасні тенденції демонструють суттєві зміни в характері наркопроблеми. Згідно з даними Управління ООН з наркотиків і злочинності (UNODC), 70% нових психоактивних речовин, що з'являються на ринку, — це синтетичні канабіноїди та опіоїди, які імітують дію заборонених аналогів. У 2023 році частка синтетичних опіоїдів (зокрема фентанілу) на глобальному ринку зросла до 45%, що спричинило рекордні 120 тисяч смертей від передозувань у США та Європі.

Дедалі більше країн змінюють політику щодо наркотиків, переходячи від каральних до регулювальних підходів. Наприклад, у 2024 році Німеччина офіційно легалізувала рекреаційне вживання канабісу.

На тлі світових змін Україна також адаптує своє законодавство відповідно до міжнародних стандартів. Основним законом, що регулює обіг наркотичних засобів, є Закон України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори». Він встановлює чіткі вимоги до виробництва, зберігання, транспортування та використання таких речовин. Водночас існують серйозні прогалини в оперативному оновленні переліків контрольованих речовин: наприклад, синтетичний опіоїд ізотонітазен, що спричинив масові передозування у 2021 році, було внесено до списку заборонених лише через два роки.

Кримінальне законодавство передбачає суворі покарання за незаконний обіг наркотиків. Стаття 307 Кримінального кодексу України встановлює кримінальну відповідальність за збут наркотичних засобів, однак не диференціює її між дрібними розповсюджувачами та організаторами наркокартелів. За даними судової статистики, у 2023 році 68% засуджених за цією статтею отримали

реальні строки позбавлення волі, тоді як 45% із них торгували незначними партіями.

Важливим напрямом державної політики є контроль за використанням наркотичних препаратів у медичних цілях. У лютому 2024 року Верховна Рада ухвалила законопроект №10234, який спрощує доступ до опіоїдних анальгетиків для паліативних пацієнтів через електронні рецепти та зменшення бюрократичних бар'єрів. Однак складна процедура зберігання, регламентована Постановою КМУ №333 (2013), досі обмежує доступ: лише 30% онкохворих отримують адекватне знеболення.

Окрім жорсткого контролю за обігом наркотичних речовин, важливим є запровадження ефективних програм лікування наркозалежності. В Україні діє система замісної підтримувальної терапії, проте її доступність залишається низькою, особливо у віддалених регіонах. У 2023 році Конституційний Суд України визнав неконституційними обмеження на доступ до медичного канабісу, що призвело до ухвалення закону №741/2021, спрямованого на регулювання його використання в лікувальних цілях.

Основними проблемами у сфері контролю за обігом наркотичних речовин залишаються поширення нових психоактивних речовин, обмежений доступ до лікарських препаратів та застаріла модель кримінального переслідування.

Для вирішення цих проблем необхідно впроваджувати комплексні підходи, які базуються на міжнародному досвіді та сучасних методах регулювання. Одним із важливих кроків є оперативне оновлення переліку контрольованих речовин, щоб своєчасно реагувати на появу нових небезпечних субстанцій. Варто розглянути можливість декриміналізації особистого вживання наркотиків за зразком Португалії, де така реформа дозволила суттєво знизити рівень смертності від передозувань та покращити ефективність реабілітаційних програм. Також доцільним є впровадження європейської системи раннього попередження про появу нових психоактивних речовин (EWS), що дозволить швидше ідентифікувати потенційно небезпечні сполуки та обмежити їхній незаконний обіг. Для забезпечення якісної паліативної допомоги необхідна проста та зрозуміла процедура призначення опіоїдних анальгетиків, активне використання сучасних цифрових технологій для контролю й виписування таких препаратів, підвищення обізнаності медичних працівників шляхом розширення навчальних програм.

Подальший розвиток законодавства у сфері контролю наркотичних засобів має базуватися на пошуку балансу між безпекою суспільства та захистом прав громадян. Світовий досвід доводить, що поєднання правоохоронних заходів із

соціальними та медичними програмами дає кращі результати, ніж виключно репресивна політика.

CONSIDERATIONS FOR VITAMIN D DEFICIENCY AND INSUFFICIENCY SCREENING IN PATIENTS WITH METABOLIC DYSFUNCTION-ASSOCIATED STEATOTIC LIVER DISEASE

Shatylo S.S., Bogomaz V.M.

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Background: The hydroxylation to 25-hydroxyvitamin D [25(OH)D] happens in liver, which may be potentially impaired in patients with metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD).

Aim: To analyze serum 25(OH)D levels in patients with MASLD.

Materials and Methods: This cross-sectional study involved retrospective analysis of data from adult patients (≥ 18 years) with liver steatosis $>5\%$, which was confirmed by Steatotest® and at least one of five cardiometabolic risk factors defined by the American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD). Exclusion criteria: evidence of acute and chronic liver diseases other than MASLD. Vitamin D deficiency was defined as 25(OH)D <50 nmol/L and insufficiency as 25(OH)D 50- <75 nmol/L. Serum 25(OH)D levels were measured using chemiluminescent immunoassay (UniCel DxI 800 Access Immunoassay System, Beckman Coulter Inc, USA). Data were analysed using MedCalc® Statistical Software. Data are presented as median with interquartile range (IQR) and as proportions with confidence intervals (CI). CI for proportions were calculated using the binomial "exact" calculation with software utilities developed by Michael Kohn.

Results: The study included 29 patients with MASLD with a median age of 49 years (IQR: 40.75-54), with males comprising 62% of participants. The median serum 25(OH)D was 61.3 nmol/L (IQR: 53.73-79.55). Vitamin D deficiency was observed in 17.24% (95% CI: 5.85-35.77) of patients and vitamin D insufficiency in 55.17% (95% CI: 35.69-73.55). The combined prevalence of deficiency and insufficiency reached 72.41% (95% CI: 52.76-87.27).

Conclusion: A substantial proportion of patients with MASLD have suboptimal vitamin D levels, suggesting the need for routine serum 25(OH)D measurement in clinical assessment protocols for this patient population.

Keywords: MASLD, vitamin D deficiency, 25(OH)D, screening