



Українські Медичні Вісті

Т. 14 № 1 (додаток) • 2023

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЧАСОПИС

Всеукраїнського Лікарського Товариства

Засновано 1918 р. як часопис Всеукраїнської спілки лікарів у
Києві, відновлено 1997 р.

МАТЕРІАЛИ

**ХІХ З'їзду
Всеукраїнського
Лікарського
Товариства
Науково-
практичної
конференції
“Нове в медицині”**

**16.11.2023-
17.11.2023
м. Острог**

**Історико-
термінологічної
наукової
конференції “10-
річчя революції
гідності та
Всеукраїнське
Лікарське
товариство”**

**30.06.2023
м. Київ**



Засновник
Всеукраїнське Лікарське Товариство
Часопис зареєстрований
У Міністерстві інформації України
Свідчення про реєстрацію:
КВ № 2652 від 16 квітня 1997 року

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР
Мусій Олег Степанович
(Київ, Україна)

ЗАВІДУВАЧ РЕДАКЦІЇ
Нечаїв Станіслав Владиславович
(Київ, Україна)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ
Базилевич Андрій Ярославович
(Львів, Україна)
Богомолець Ольга Валеріївна
(Київ, Україна)
Волосовець Олександр Петрович
(Київ, Україна)
Кехайов Андрій Веселинов
(Софія, Болгарія)
Князевич Василь Михайлович
(Київ, Україна)
Корпан Микола Миколайович
(Відень, Австрія)
Кравченко Володимир Григорович
(Полтава, Україна)
Крушинська Ніна Анатоліївна
(Київ, Україна)
Мазур Ірина Петрівна
(Київ, Україна)
Мойсесенко Валентина Олексіївна
(Київ, Україна)
Степаненко Віктор Іванович
(Київ, Україна)
Татарчук Тетяна Феоданівна
(Київ, Україна)
Толстанов Олександр Костянтинович
(Київ, Україна)

РЕДАКЦІЙНА РАДА
Батрух Андрій
(Євер, Німеччина)
Величко Валентина Іванівна
(Одеса, Україна)
Вісвський Анатолій Миколайович
(Київ, Україна)
Гаврилюк Сергій Олегович
(Київ, Україна)
Карабасв Даніель Таїрович
(Київ, Україна)
Літвак Аким Ізраїлович
(Одеса, Україна)
Мушак Світлана Олександрівна
(Київ, Україна)
Найда Ігор Володимирович
(Київ, Україна)
Сорока Іван Миколайович
(Київ, Україна)
Яніна Антоніна Миколаївна
(Київ, Україна)

ISSN 2709-4456 (Print)
ISSN 2709-6432 (Online)
www.umv.com.ua

Адреса редакції
01033, Київ, вул. Л. Толстого, 7
Тел.: (063) 595 99 45
е-пошта: vult.bpr@gmail.com

Адреса редакції
01033, Київ, вул. Л. Толстого, 7
Тел.: (063) 595 99 45
е-пошта: vult.bpr@gmail.com

Підписано до друку
12.12.2023 р. Формат 60×84/8.
Друк офсетний. УМ. друк. арк. 9,3.
Обл.-вид. арк. 7,9. Наклад 50 прим.
Видруковано у ТОВ «ПЦР»
02196, м. Київ, вул. Харківське шосе, 21, к.57

Цілковите або часткове розмноження в
будь-який спосіб матеріалів, опублікованих
у цьому виданні, допускається лише з
письмового дозволу.

© ВУЛТ, 2023

ЗМІСТ

ХІХ З'ЇЗД ВСЕУКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА	10
ЗАЯВА ХІХ З'їзду Всеукраїнського Лікарського Товариства	13
Резолюція ХІХ З'їзду Всеукраїнського Лікарського Товариства	15
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «НОВЕ В МЕДИЦИНІ»	
УПРАВЛІННЯ І ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я, МЕДИЧНА ОСВІТА, ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я	
ЗАБРУДНЕННЯ АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ, ЯК ВАЖЛИВА ПРОБЛЕМА У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	22
<i>Козачок О.В., м. Острозьк, Національний університет «Острозька академія»</i>	
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ НА ВОЛИНІ	23
<i>Дудковська Н.В., м. Острозьк, Національний університет «Острозька академія»</i>	
БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ. ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА	24
<i>Івнєв Б.Б., Солонинка Г.Я., м. Київ, Приватний вищий навчальний заклад «Київський Медичний Університет»</i>	
ПРОГНОСТИЧНІ ТЕНДЕНЦІЇ У СТАНІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ З ПРИЧИНИ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	25
<i>Москвяк-Лесняк Д.Є., Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна</i>	
РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ ТА ПІДЛІТКІВ В КОНТЕКСТІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	26
<i>Шостак А.І., Студентка спеціальності 229 Громадське здоров'я, Національний університет «Острозька академія»</i>	
ПІДГОТОВКА КАДРІВ ДЛЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	27
<i>Гуцул І.В.*, Гайдаш І.В.В.**, Глазкова Н.О.** м.Острозьк, Національний університет «Острозька академія»* м.Рівне, Державний заклад «Луганський державний медичний університет»**</i>	
СТІЙКІСТЬ – ЯК БАЗОВЕ ПИТАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПРОТИДІЇ НАДЗВИЧАЙНИМ СИТУАЦІЯМ	28
<i>Гуцул І.В.*, Вівсанник О.М.**, Сафонов Р.В.*** м.Острозьк, Національний університет «Острозька академія»* м.Рівне, Департамент цивільного захисту та охорони здоров'я населення** м.Рівне, ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»***</i>	
МЕДСЕСТРИНСЬКА ОСВІТА В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ	29
<i>Дуб Н.Є.*, Гвоздецька Г.С.**, Шашков Ю.І.*</i>	
<i>*м. Львів, Комунальний заклад вищої освіти Львівської обласної ради «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського»</i>	
<i>** м. Івано-Франківськ, Фаховий медичний коледж Івано-Франківського національного медичного університету</i>	
ПРИВАТНА МЕДИЦИНА НА ВОЛИНІ: ІСТОРІЯ, СТАНОВЛЕННЯ, СУЧАСНІСТЬ	30
<i>Коцановський А.Ю., Цюх І.М., Цюх У.А., м. Луцьк</i>	

ЗАПРОВАДЖЕННЯ СПІВОПЛАТИ ПРИ ОТРИМАННІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЯК СПОСІБ ПІДВИЩЕННЯ СПРАВЕДЛИВОСТІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я	31
<i>Лехан В.М., Надутий К.О., Дніпро, Дніпровський державний медичний університет</i>	
ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я У ЦЕНТРІ УВАГИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	32
<i>Крячкова Л.В., Кий-Кокареєва В.Г. м. Дніпро, Дніпровський державний медичний університет</i>	
МЕДИЧНА ОСВІТА ТА МЕДИЧНІ КАДРИ В УКРАЇНІ	33
<i>Волосовець О.П.¹, Волосовець А.О.², Вербицький І.В.²</i>	
¹ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, Київ, Україна	
² Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика МОЗ України, Київ, Україна	
ЕФЕКТИВНЕ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ВІДХОДАМИ ЯК ЗАПОРУКА ЕКОЛОГІЧНОЇ БЕЗПЕКИ КРАЇНИ	35
<i>Нестерук Н.В., м. Острозь, Національний університет «Острозька академія»</i>	
КУРОРТОЛОГІЯ, РЕАБІЛІТАЦІЯ І ФІЗІОТЕРАПІЯ	
ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНАЦІЇ ПРЕПАРАТІВ “БЕТАДИН” ТА “АТОКСИЛ” ДЛЯ ТИМЧАСОВОЇ ОБТУРАЦІЇ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВЕРХІВКОВИЙ ПЕРІОДОНТИТ	35
<i>Синиця В.В., Довганик В.В., Гриновець В.С. Україна, м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького</i>	
ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ У ПРОГРАМАХ ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	36
<i>Григус І.М., Цейзер Т.В., м. Рівне, Навчально-науковий інститут охорони здоров'я Національного університету водного господарства та природокористування</i>	
СУЧАСНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА	37
<i>Зарічнюк І.Р., Навчально-науковий інститут охорони здоров'я Національного університету водного господарства та природокористування, м. Рівне, Україна</i>	
ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК	39
<i>Крук І.М., Національний університет водного господарства та природокористування, Навчально-науковий інститут охорони здоров'я, м. Рівне, Україна</i>	
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ ІЗ СИНДРОМОМ КОМП'ЮТЕРНОЇ ШИЇ	39
<i>Нестерчук Н.Є., Національний університет водного господарства та природокористування, м. Рівне</i>	
ПОКРАЩЕННЯ РІВНЯ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТОК З СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ	39
<i>Ніколенко О.І., м. Рівне, Національний університет водного господарства та природокористування, Навчально-науковий інститут охорони здоров'я</i>	
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ В ГОСТРИЙ ПЕРІОД ЛІКУВАННЯ ОПІКОВОЇ ХВОРОБИ	40

Кирик О.О., Нестерчук Н.Є., Національний університет водного господарства та природокористування, м. Рівне

ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ТРАВМ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА 41

Ніколенко І.М., м. Рівне, Національний університет водного господарства та природокористування, Навчально-науковий інститут охорони здоров'я

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ЯК СКЛАДОВА САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ У РЕМІСІЇ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ 42

Шаповалова Г. А., Бойко А.С., Національний університет фізичного виховання і спорту України, м. Київ

НЕВРОЛОГІЯ, НЕЙРОХІРУРГІЯ, ПСИХІАТРІЯ

РЕГУЛЯТОРНІ МЕХАНІЗМИ ДІЯЛЬНОСТІ ГОЛОВНОГО МОЗКУ 42

Карабаєв Д.Т., Теленгатор О.Я., м. Київ, Київський медичний університет

СОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ 43

ЛЕГКУ ЗАКРИТУ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВУ ТРАВМУ (ЛЗЧМТ)

Теленгатор О.Я., м. Київ, Київський медичний університет

СОН: ТРИГЕР, СИМПТОМ І ЛІКУВАННЯ МІГРЕНІ 44

Боженко Н.Л.,¹ Боженко О.Б.,² Боженко М.І.¹

1. м. Львів, Львівський національний університет імені Данила Галицького.

2. м. Львів, Комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний психоневрологічний диспансер»

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, ВІРУСОЛОГІЯ, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА КАШЛЮК НА ЛЬВІВЩИНІ 47

Іванченко Н.О., ДУ «Львівський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ГЕПАТИТАМИ В І С В РІВНЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ 48

Хоронжевська І.С., Мартинюк Г.А., Мороз В.О., Воробей О.В., Гуцук І.В., Сафонов Р.В.

м. Острого, кафедра громадського здоров'я та фізичного виховання Національного університету «Острозька академія»

м. Рівне, ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» (ДУ «Рівненський ОЦКПХ МОЗ»)

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ЗА ПОШИРЕНІСТЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД ЛЮДЕЙ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ НАРКОТИЧНІ ПРЕПАРАТИ ІН'ЄКЦІЙНО, У ВОЛИНСЬКІЙ ОБЛАСТІ 48

Гринішин А.Л., м. Луцьк, ДУ «Волинський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»

МОЛЕКУЛЯРНА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА ЇЇ РОЛЬ У СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я 49

Хоронжевська І.С., Гуцук І.В., Сафонов Р.В.

м. Острого, кафедра громадського здоров'я та фізичного виховання Національного університету «Острозька академія»

м. Рівне, ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»

ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ В КОМУНАЛЬНОМУ НЕКОМЕРЦІЙНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ «ОСТРОЗЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ» У 2013-2023 РОКАХ 50

Савчук Т.М.

ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ – ОДНА ІЗ ГЛОБАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ, ЯКУ НЕОБХІДНО ВИРІШИТИ ДО 2030 РОКУ	51
<i>Юхимчук Ю.М., м. Острозьк, Національний університет «Острозька академія»</i>	
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩИХ ХВОРОБ	52
<i>Марічук О.В., м. Острозьк. Національний університет «Острозька академія»</i>	
КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ	
ДИСФУНКЦІЇ ІМПЛАНТОВАНИХ КАРДІОСТИМУЛЯТОРІВ: У ФОКУСІ ТАКТИКА СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ТА КАРДІОЛОГА	52
<i>¹Середюк Н.М., ¹Середюк В.Н., ²Матлах А.Я., ²Петровський Р.В., ²Процик В.Л., ²Корольок В.Д., ²Діденко О.С., ²Гнатик М.Я., ¹Деніна Р. В., ¹Ванджюра Я.Л., ¹Звонар П.П., ²Кернякевич Г.В., ²Андрійців З.С., ²Гурик А.О., ¹Скакун О.З., ³М.В.Белінський</i>	
<i>м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» ІФОР, м. Івано-Франківськ, МЦ «ФРАНКОМЕД»</i>	
ОДИФІКАЦІЯ СПОСОБУ ЖИТТЯ ЯК МЕТОД ПЕРВИННОЇ ТА ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ	56
<i>І.Чубучна, м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького</i>	
РОЛЬ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	60
<i>Базилевич А.¹, Дужий Д.², Войтила А.³, Войтила-Бучора П.³, Макар О.¹</i>	
<i>¹м. Львів, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, ² м. Львів, Благодійний Фонд «Шпиталь ім. Митрополита Шептицького», ³м. Каліш, Калішський Університет імені Президента Станіслава Войцехівського (Польща)</i>	
СТОМАТОЛОГІЯ, ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВА ХІРУРГІЯ	
ВАЖЛИВІСТЬ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ У МОЛОДИХ ПАЦІЄНТІВ	64
<i>Ріпецька О., Гриновець В., Ренка М., Деніга І.</i>	
ОСОБЛИВІСТЬ ГУМОРАЛЬНОГО СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ.	65
<i>Бежук Ю.А., Горбань І.І., Пасічник М.А.</i>	
<i>м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького</i>	
ДОСЛІДЖЕННЯ ШВИДКОСТІ СЛИНОВИДІЛЕННЯ І СТРУКТУРНОЇ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ СТІЙКОСТІ ЕМАЛІ ЗУБІВ У НАРКОЗАЛЕЖНИХ ХВОРИХ	66
<i>Федун І.Р., Фурдичко А.І., Ільчишин М.П., Ган І.В., Личковська О.Л.</i>	
<i>Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра терапевтичної стоматології</i>	
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ТІОТРИАЗОЛІНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ	66
<i>Горбань І.І., Пасічник М.А., Микиєвич Н.І., Микиєвич Н.О.</i>	
<i>м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького</i>	
ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ БІОРЕПАРАНТІВ НА ПРОЦЕСИ ФОРМУВАННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ЗА ПОКАЗНИКАМИ АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ	67

Ган І.В., к.мед.н., доцент кафедри терапевтичної стоматології ЛНМУ ім. Данила Галицького, Фурдичко А.І. д.мед.н., доцент кафедри терапевтичної стоматології ЛНМУ ім. Данила Галицького, Федун І.Р. к.мед.н., асистент кафедри терапевтичної стоматології ЛНМУ ім. Данила Галицького

м. Львів

ДО 195 РІЧЧЯ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ У ЛЬВОВІ ТА 65 РІЧЧЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЛНМУ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО 68

Гриновець В.С., Синиця В.В., Ріпецька О.Р., Шашков Ю.І., Гриновець І.С., м. Львів. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львівська медична академія імені Андрея Крупінського

ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНАЦІЇ ПРЕПАРАТІВ “БЕТАДИН” ТА “АТОКСИЛ” ДЛЯ ТИМЧАСОВОЇ ОБТУРАЦІЇ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВЕРХІВКОВИЙ ПЕРІОДОНТИТ 68

Синиця В.В., Довганик В.В., Гриновець В.С.

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

ХІРУРГІЯ, ТРАНСПЛАНТОЛОГІЯ, КОСМЕТОЛОГІЯ

СКРУЧЕНИЙ АБО КЛІЩЕПОДІБНИЙ НІГОТЬ: 69

ДЕЯКІ АСПЕКТИ МОРФОГЕНЕЗУ ТА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ

Андрій Вергун*, Юрій Мацяк*, Михайло Литвинчук**, Оксана Моциньська**, Оксана Вергун*, Рустам Жураєв**** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького **Львівське територіальне медичне об'єднання №2, відокремлений підрозділ «4-та лікарня», відділення паліативної допомоги, ***ПМЦ «Салютас», м. Львів, Україна

УСКЛАДНЕННЯ ПРИ АЛОПЛАСТИЦІ ПАХОВИХ ГРИЖ 73

Мельник І.В., Україна. Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра загальної та судинної хірургії

ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ ІНФІКОВАНИХ ТА ГНІЙНИХ РАН В СУЧАСНИХ УМОВАХ 75

Хіміч С.Д., Рауцкіс В.П., Хіміч С.О., Кривонос М.І., Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

ЕНДОКРИНОЛОГІЯ

ЕПІЗОДИЧНА МІГРЕНЬ З АУРОЮ АСОЦІЙОВАНА З АНГІОРЕТИКУЛОМОЮ МОЗОЧКА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК 76

Боженко Н.Л., Ковальчук К.О.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ У ПАЦІЄНТІВ З ІХС ТА ЦД 2 ТИПУ НА ҐРУНТІ МС ЗАЛЕЖНО ВІД КОМПЕНСАЦІЇ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ 79

Чмир Н.В., Дутка Р.Я., Світлик Г.В., Дроник І.С., Абрагамович Х.Я., Діденко О.З., Дробінська Н.В. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна.

ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, ФТІЗІАТРІЯ

МІСЦЕ ВІТАМІНУ D В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ 80

Масік Н.П., Вінниця, Україна, Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

ФІТОТЕРАПІЯ, ГОМЕОПАЦІЯ, НУТРИЦІОЛОГІЯ, ДІЄТОЛОГІЯ

ПРОГРАМА ВИЗНАЧЕННЯ ТА КОРЕКЦІЇ ДЕФЦИТУ МАГНІЮ ЯК СКЛADOVA РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ 81

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

¹Національний університет «Острозька академія»

²Одеський національний медичний університет

ФАРМАКОЛОГІЯ, КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ, ТОКСИКОЛОГІЯ

ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ ФАРМАКОЛОГІЇ В СТУДЕНТІВ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «МЕДСЕСТРИНСТВО» 82

Мельник Р.І., Україна. Івано-Франківськ. Кафедра фармакології, фаховий медичний коледж Івано-Франківського національного медичного університету

САНОЛОГІЯ, ГІГІЄНА, ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА

СЕЗОННІ КОЛИВАННЯ ВМІСТУ ВІТАМІНУ D У ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ 83

Коржик О.В., Дмитроца О.Р.

Волинський національний університет імені Лесі Українки, м. Луцьк

ПЕДІАТРІЯ

МЕДИКАМЕНТОЗНІ УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ. ЯК СЛУХАТИ ТА ПОЧУТИ ЛІКАРЯ 84

І.С. Іванців-Гріга, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра педіатрії і неонатології ФПДО, Львів

ГЕНЕТИКА, ДЕМОГРАФІЯ

ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ СОМАТИЧНОЇ ГЕННОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ НЕЙРОКОГНІТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА (ПЕРЕЙНЯТТЯ ЗАХІДНОГО ДОСВІДУ) 85

Прилуцький С.П., с. Чубинське, Київська область, Інститут розведення та генетики тварин НААН ім. М.В. Зубця

ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ

ОНКОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ В УКРАЇНІ 86

Гаврильчук М.М., м. Острого, Національний Університет Острозька академія

АНАТОМІЯ, ГІСТОЛОГІЯ, МІКРОБІОЛОГІЯ

РОЛЬ ПРЕДСТАВНИКІВ РОДИНИ ENTEROBACTERIACEA У ВИНИКНЕННІ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ МІННО-ВИБУХОВИХ РАНАХ 87

¹Лаврик Г.С., ¹Тимчук І.В., ¹Руминська Т.М., ¹Павлій С.Й., ², ¹Корнійчук О.П.

АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ

L - КАРНІТИН - ВАЖЛИВИЙ КОМПОНЕНТ В КОМПЛЕКСІ ПРЕГРВІДАРНОЇ ПІДГОТОВКИ У ЖІНОК ІЗ БЛЮВАННЯМ ВАГІТНИХ В АНАМНЕЗІ. 87

Гвоздецька Галина, Генік Наталія, Жукуляк Оксана.

м.Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет, Кафедра акушерства та гінекології ім.І.Д. Ланового

ІНШІ РОЗДІЛИ

УКРАЇНСЬКЕ ЛІКАРСЬКЕ ТОВАРИСТВО НА РІВНЕНЩИНІ У МІЖВОЄННИЙ ПЕРІОД (1921-1939 рр.) 89

Мазур П.Є., Горошко Є.Л.

м. Кременець, Україна, Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського

ІСТОРИКО-ТЕРМІНОЛОГІЧНА НАУКОВА КОНФЕРЕНЦІЯ «10-РІЧЧЯ РЕВОЛЮЦІЇ ГІДНОСТІ ТА ВСЕУКРАЇНСЬКЕЛІКАРСЬКЕ ТОВАРИСТВО 92

ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ КОМПЕТЕНТНОСТІ І КОМПЕТЕНЦІЇ 93

А.І. Літвак, канд. мед. наук, доцент, м. Одеса

ЕТИЧНІ ЦІННОСТІ В МОЛИТВАХ ЛІКАРІВ 94

А.І. Літвак, канд. мед. наук, доцент, м. Одеса

АНАЛІЗ БІОЛОГІЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ПОХІДНИХ 1,2,4-ТРИАЗОЛУ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ) 95

ANALYSIS OF BIOLOGICAL POTENTIAL OF 1,2,4-TRIAZOLE DERIVATIVES (LITERATURE REVIEW)

Кальченко В. В., Щербина Р. О., Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя, Україна

ЯК ЖИВЕШ, УКРАЇНСЬКИЙ ЛІКАРЮ?» 103

Зеновій Масний, Головний редактор часопису УЛТ у Львові «Народне здоров'я», член НСЖУ

ЧЛЕН УКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА ЛІТАВ НА ВИКЛИКИ ВЛАСНИМ ЛІТАКОМ 104

Мазур П.Є., Україна, Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського

ДЕТЕКТОР ПОМИЛОК 106

Д.Т. Карабаєв¹, О.Я.Теленгатор²

Консультативно-діагностичний центр Дніпровського району¹

Київська міська клінічна лікарня № 11²

ДУМАЮЧИЙ МОЗОК 106

О.Я.Теленгатор, Київська міська клінічна лікарня № 11

ДО 25-РІЧЧЯ СІДЕЛЬНИКОВСЬКИХ ЧИТАНЬ – ВІХА В ІСТОРІЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ ПЕДІАТРІЇ 107

Волосовець О.П., Кривоустов С.П., Кузьменко А.Я., Прохорова М.П., Дзюба О.Л., Черній О.Ф., Баликіна Н.В., Криворук І.М., Логінова І.О., Гелескул Л.М., Хоменко В.Є., Ковальчук О.Л., Каруліна Ю.В., Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

НЕ БІЙТЕСЬ ЗАГЛЯДАТИ У СЛОВНИК: ЦЕ ПИШНИЙ ЯР, А НЕ СУМНЕ ПРОВАЛЛЯ 108

Т. А. Остапенко, С. М. Булах, Національна наукова медична бібліотека України

ТИПОВІ ПОМИЛКИ В ПРОФЕСІЙНОМУ МОВЛЕННІ МЕДИКІВ 116

Олександр Кіцера, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

МІЖНАРОДНА ДІЯЛЬНІСТЬ ВСЕУКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА ТА СВІТОВОЇ ФЕДЕРАЦІЇ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРСЬКИХ ТОВАРИСТВ В ЧАС ВІЙНИ 124

Базилевич А. Я.

м. Львів, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Світова Федерація Українських Лікарських Товариств, Всеукраїнське лікарське товариство

МАТЕРІАЛИ

**ХІХ З'ЇЗДУ ВСЕУКРАЇНСЬКОГО
ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА**

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«НОВЕ В МЕДИЦИНІ»
16-17 листопада 2023р.**

**ІСТОРИКО-ТЕРМІНОЛОГІЧНОЇ НАУКОВОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ «10-РІЧЧЯ РЕВОЛЮЦІЇ
ГІДНОСТІ ТА ВСЕУКРАЇНСЬКЕ
ЛІКАРСЬКЕ ТОВАРИСТВО»
30 червня 2023р.**



16-17 листопада 2023 року на базі Національного Університету «Острозька академія» в м. Острог відбувся XIX З'їзд Всеукраїнського Лікарського Товариства, в рамках якого поведені наукові заходи та організаційне зібрання делегатів З'їзду для заслуховування звітів Президента, Правління, Ревізійної комісії, обрання Президента,

Членів Правління ВУЛТ та прийняття основних документів з'їзду.

Лікарі України довірили керівництво Всеукраїнського Лікарського Товариства тим, хто зможе вирішити напрузовані З'їздом завдання.

Олега Мусія було обрано Президентом ВУЛТ, Даніеля Карабаєва обрано Головою правління ВУЛТ. Регіональні організації вже вкотре виразили свою довіру пану Олегу та пану Даніелю!

Першим заступником Голови Правління ВУЛТ обрано Андрія Гука, патріота своєї країни, який рятує життя на фронті та було обрано двох заступників Голови Правління – Ірину Мазур, яка призначена відповідальною за міжнародну діяльність організації та Олену Юзвак, відповідальну за регіональну політику. Олександра Квартального обрано скарбником організації, а Костянтина Надутого обрано на посаду відповідального писаря ВУЛТ. Олега Каштеляна обрано Головою Центральної ревізійної комісії, Світлану Мушак – Головою Нагородної комісії, Акіма Литвака – головою Етичної комісії.

За результати голосування було обрано новий склад Правління ВУЛТ
Правління ВУЛТ:

Базилевич Андрій Ярославович, Львів
 Волосовець Олександр Петрович, Київ
 Гук Андрій Петрович, Київ
 Гушук Ігор Віталійович, Рівне
 Дуб Наталія Євстахівна, Львів

Євстігнєєва Олена Валентинівна, Київ
Карабаєв Данієль Таїрович, Київ
Кавецький Тарас Михайлович, Київ
Квартальний Олександр Анатолійович, Київ
Островський Мирон Миколайович, Львів
Мазур Ірина Петрівна, Київ
Мазур Петро Євстахіїв, Тернопіль
Надуть Костянтин Олександрович, Київ
Нечаїв Станіслав Владиславович, Київ
Скрипка Сергій Миколайович, Київ
Шупік Людмила Володимирівна, Київ
Юзвак Олена Войцехівна, Київ
Синиця Володимир Валерійович, Львів
Середюк Нестор Миколайович, Івано-Франківськ

Оновлений склад Ревізійної комісії:

Каштелян Олег Аркадійович (Голова)
Солонинка Григорія Ярославович
Поліванова Надія Петрівна

Оновлений склад Етичної комісії:

Літвак Аким Ізраїлович (Голова)
Гордієнко Олена Василівна
Галіна Ірина Вікторівна
Гмиза Оксана Володимирівна
Мельник Іван Васильович

Оновлений склад Нагородної комісії:

Мушак Світлана Олександрівна (Голова)
Луценко Марія Олександрівна
Секунда Марта Олександрівна



Традиційно, в
рамках XIX З'їзду
ВСЕУКРАЇНСЬКОГО
ЛІКАРСЬКОГО
ТОВАРИСТВА, за
сумлінну й плідну
працю, високий
професіоналізм,
вагомий внесок у
розвиток охорони
здоров'я, проявлений
патріотизм в умовах
російсько-української

війни, активну громадянську позицію, за поданням керівників крайових організацій ВУЛТ було відзначено медичних працівників Почесними грамотами та медалями ВУЛТ.



Особливо приємно було отримати нагороди від Президента ВУЛТ - Олега Степановича Мусія та Голови правління ВУЛТ - Даніеля Таїровича Карабасва особисто.



Дякуємо Ректору Національного Університету «Острозька академія» Пасічнику Ігору Демидовичу, його колективу та Члену Правління ВУЛТ Ігорю Гущуку за неймовірну допомогу в організації наших заходів! Щиро вдячні, також, нашим партнерам, які безпосередньо брали участь в наших заходах.

І звісно, дякуємо Збройним Силам України за можливість провести такі важливі для організації заходи в такі непрості часи!

СЛАВА УКРАЇНІ! ГЕРОЯМ СЛАВА!

ЗАЯВА XIX з'їзду Всеукраїнського Лікарського Товариства

Листопад 2023 року, Остроз

Ми, члени професійної лікарської спільноти України, об'єднані у Всеукраїнське Лікарське Товариство (ВУЛТ), яке має понад столітню історію, незмінно прагнучи процвітання України і її народу, піднесення професійної гідності лікарів й безперервного вдосконалення медичної практики, заявляємо що:

Останні роки принесли надзвичайні випробування системі охорони здоров'я і кожному з нас. Спочатку пандемія COVID-19, а тепер повномасштабна московська агресія та російсько-українська війна створили незвідані раніше виклики здоров'ю людей та системі його захисту й підтримки.

Сьогодні кращі з нас добровільно й за призовом рятують українських воїнів, самі наражаючись на смертельний ризик. Схиляємо голови перед їх мужністю й приспускаємо прапор ВУЛТу в скорботі за загиблими Колегами.

Водночас не менші, а можливо й небезпечніші, ризики як для професії лікаря так і для наших пацієнтів, зумовила так звана реформа медицини. І її продовження, що триває. Ми завжди наголошували і наголошуємо, що необхідність зміни моделі системи медичного обслуговування давно назріла. На превеликий жаль реформа, що впроваджується, не отримала належного економічного обґрунтування і фінансової підтримки, здійснюється в більшості випадків квапливо й непрозоро. Вона так і не отримала підтримки серед більшості професійної спільноти. Констатуємо, що найбільшого провалу зазнає її комунікативна складова з суспільством з боку державних інституцій. Законом державі було дозволено не обґрунтовувати медичні тарифи й не зважати на збитки провайдерів послуг. Нова модель характеризується надконцентрацією влади і коштів без жодних балансів. Натомість тягар нівелювання фінансових і інших ризиків реформи був повністю покладений на громади, мед заклади, медиків і громадян.

Державні інституції відповідальні за охорону здоров'я, неспроможні дотримуватись Конституції та прийнятого законодавства й фінансувати медичну галузь достатньо, приховують факт тінізації економіки галузі та не знаходять кращого виходу, як налаштовувати пацієнтів проти медиків і менеджерів закладів. Це перетворило галузь в поле боротьби за виживання. За таких умов чільне місце серед цінностей медицини невідворотно посіли гроші, які витісняють етичні й гуманістичні засади професії медика. Наразі медики України практично позбавлені можливості заперечити такій політиці.

Ми, представники ВУЛТу незмінно обстоюємо право лікаря, медсестри, фармацевтичних працівників на професійну самоврядність та правосуб'єктність

і вкотре пропонуємо законодавчо врегулювати впровадження лікарського самоврядування у відповідності до усталеної європейської практики, на дотримання законодавства ЄС.

Серцевиною нового для України інституту має бути етичний кодекс лікаря й інструментарій розв'язання проблем на етичній основі. Економічним підґрунтям здійснення делегованих повноважень відповідно до законодавства ЄС мають стати спеціальні умови оподаткування професійної діяльності медиків та можливість медикам бути самозайнятими особами, а також індивідуальне ліцензування професіоналів галузі здійснюване органом професійного самоврядування. ВУЛТ, будучи послідовним у таких підходах протягом останніх 17 років, уже 7 разів оприлюднював і виступав співавтором у поданні до Верховної Ради України відповідних законопроектів. Вони завжди ґрунтувалися на позитивній практиці та досвіді наших західних європейських партнерів.

На жаль, періодично виникаючі альтернативні ВУЛТ вогнища громадської ініціативи щодо лікарського самоврядування діють в інтересах влади та послідовно ігнорують вказані засадничі аспекти, що значно обмежує можливості об'єднання зусиль та досягнення результату в інтересах суспільства та не має нічого спільного з подібною практикою у країнах Європейського Співтовариства.

У нас попереду відновлення територіальної цілісності й зміцнення України. Цей процес має базуватись не на відновленні того, що було, адже в минулому було багато такого, чого не варто відновлювати й повторювати. Наша позиція - формування принципово нових стосунків між державою, бізнесом, громадами у т.ч. професійними і людиною та професіоналом, заснованих на визнанні рівносуб'єктності усіх сторін публічного процесу суспільствотворення, творення ладу.

Лікар повинен отримати професійну незалежність, право й інституційний інструмент для обстоювання своєї професійної гідності і інтересів й у такий спосіб забезпечувати захист життя і здоров'я своїх пацієнтів. Це шлях долучення до глобального цивілізаційного процесу, доєднання до ЄС, узгодження діяльності соціальних інститутів з іншими нашими партнерами, та однозначно ґрунтуючись на позитивах їх досвіду.

Майбутнє України – в створенні середовища доброзичливого для людини і сім'ї, сприятливого для професійної діяльності і бізнесу. Лише так ми зможемо вийти з смертельного піке втрат людського капіталу й започаткувати тренд його відновлення та накопичення, як першорядної умови економічного благополуччя і розвитку як людини так і держави.

Ми маємо відповідні напрацювання та відкриті для співпраці в розбудові України мрії.

РЕЗОЛЮЦІЯ
XIX з'їзду Всеукраїнського Лікарського Товариства

Листопад 2023 року, Острог

Ми, делегати та учасники XIX з'їзду Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ) яке має понад столітню історію, як члени професійної лікарської спільноти України, незмінно прагнучи процвітання України і її народу, перемоги України у новітній російсько-українській війні, піднесення професійної гідності лікарів й безперервного вдосконалення медичної практики, заслухавши доповіді щодо актуальних можливостей і ризиків для національної системи охорони здоров'я та обговоривши відповідні питання на нашому зібранні **КОНСТАТУЄМО**, що:

впровадження необхідних змін у системі охорони здоров'я України та формування національної моделі охорони здоров'я лишається украй актуальним питанням;

досягнення позитивного результату змін можливе за забезпечення комплексності реформи, планування і здійснення гармонізованих змін усіх складових національної системи охорони здоров'я України з урахуванням викликів, не врахованих реформою, що проводиться, зокрема епідемічних, демографічних та воєнних;

ключовий елемент реформи, що проводиться - реформа фінансування не забезпечив реалізації його першорядного принципу і завдання – захисту громадян від фінансових ризиків пов'язаних зі здоров'ям, обсяг недофінансування галузі сягає понад 60% з тенденцією до погіршення цього показника, тарифи на гарантовані державною медичні послуги економічно не обґрунтовані, занижені і погано структуровані й тягар пов'язаних з цим фінансових ризиків лягає виключно на заклади охорони здоров'я, громади і окремих громадян, щороку майже кожна 5-а сім'я зазнає катастрофічних витрат у зв'язку з необхідністю лікування, найбільше страждають соціально-незахищені верстви,

епідемія і повномасштабне вторгнення російської федерації в Україну створили нові виклики для національної системи охорони здоров'я й вихід галузі з кризи невідповідності викликам потребує відкритого суспільного діалогу, мобілізації усіх сторін: професійних спільнот, громад і громадськості, бізнесу та ефективної компетентної координації з боку держави;

попри епідемію і війну не зазнало ревізії політичне рішення про надлишок медичних кадрів та інфраструктури, яке зумовило відповідну стратегію, що в умовах повномасштабного вторгнення створює загрозу національній безпеці та категорично вимагає нових політичних рішень, адекватних ситуації і викликам з якими зіткнулася Україна;

пандемія COVID-19 показала неспроможність світових моделей системи охорони громадського здоров'я (СОГЗ), в т.ч., таких як CDC та ECDC, ефективно

протистояти сучасним викликам та загрозам для життя і здоров'я людини. Наразі є необхідність в підготовці нової «архітектури» СОГЗ, яка буде базуватись на стратегічному підході «охорона здоров'я в усіх політиках держави» та функціонально розбудовуватись з використанням кращих міжнародних та вітчизняних практик;

сучасна кадрова політика в системі охорони здоров'я України не відповідає вимогам розвитку і збереженню кадрового потенціалу галузі і вимогам воєнного стану в країні;

просування України в ЄС, процес входження в праве європейське правове поле потребує впровадження професійного, зокрема лікарського, самоврядування в Україні, як неодмінної умови збалансованої системи управління галуззю, ефективного захисту прав пацієнтів на якісну медицину, ключовими аспектами цього є примат етики в регулюванні професійної діяльності та захист економічних прав професіоналів, як основи їх професійної незалежності;

війна показала необхідність розвитку сил і засобів військової медицини та поглиблення її інтеграції у т.ч. щодо кадрових активів, технологій та інфраструктури з цивільною, збільшення мобілізаційного потенціалу останньої;

системне порушення російською федерацією Женевських конвенцій щодо особливого статусу як цивільних так і військових медичних працівників як не комбатантів, їх незаконне утримання в полоні спонукає нас звернутись до колег про підтримку нашої справедливої вимоги дотримання агресором російською федерацією законів і звичаїв війни;

системне знищення російськими військами цивільної медичної інфраструктури України вказує на необхідність вжиття заходів спрямованих на збільшення її стійкості до сучасних факторів ураження за подобою країн, що живуть в умовах воєнних ризиків;

підтримка інновацій в охороні здоров'я знаходиться на вкрай низькому рівні, а розвиток медичної науки не корелюється з потребами клінічної практики та занепадає через вкрай низьке фінансування;

вказані та інші чинники та процеси не сприяють подоланню демографічної кризи в країні, зростає негативний демографічний зсув, тривалість життя українців низька, Україна посідає аутсайдерські позиції серед європейських та інших розвинених країн по стану охорони здоров'я та розвитку людського капіталу й негативні тенденції посилюються.

У зв'язку з вищевказаним ПРОПОНУЄМО:

Президенту України:

- прийняти відповідний акт у якому, з урахуванням передвиборчої Програми Президента та вимог професійної медичної спільноти: ініціювати незалежний аудит результатів реформи з використанням усталених міжнародних індикаторів стану здоров'я, доступності і якості медичної допомоги та інших послуг з охорони здоров'я; ініціювати за підсумками аудиту невідкладний

перегляд положень реформи, які увійшли в протиріччя з вимогами часу, новими викликами галузі і державі в цілому;

- прийняти системну концепцію побудови в Україні Нової національної системи охорони здоров'я;

- прийняти Укази «Про Національну програму «Здоров'я нації - 2030» та «Про щорічну Національну доповідь «Здоров'я нації»;

- ініціювати не менше одного разу на рік спеціальні засідання Ради Національної безпеки та оборони України з розгляду питань стану української медицини із залученням усіх заінтересованих державних органів та професійних організацій;

Верховній Раді України:

- ініціювати розгляд законопроекту «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я (щодо управління змінами в охороні здоров'я)»;

- ініціювати внесення змін до Закону України «Про ціни і ціноутворення» та відновлення поширення дії положень вказаного закону на медичні тарифи щодо обов'язковості їх економічного обґрунтування й права надавачів послуг позоватись на замовника внаслідок шкоди, спричиненої необґрунтованістю медичних тарифів;

- ініціювати розгляд законопроекту «Про організацію медичного обслуговування в Україні» та взяти до уваги абсолютну необхідність детінізації економіки галузі шляхом легалізації багатоджерельного фінансування системи медичного обслуговування у т.ч. співоплати послуг;

- на охорону здоров'я при розгляді Державного бюджету України щорічно передбачати не менше 5% від ВВП, з тенденцією щорічного зростання, що прямо передбачено законодавством України, та подальше збільшення цього показника, відповідно до європейської практики фінансування медичної допомоги, припинивши практику щорічного скасування законом про Державний бюджет України норм фінансування охорони здоров'я передбачених іншими законами України;

- ініціювати розгляд законопроекту «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні» з введенням його в дію після детінізації економіки країни, а в перехідному періоді запровадити економічні стимули в царині добровільного медичного страхування для страхувальників і страховиків;

- взяти за основу найбільш прийнятний для професійної спільноти варіант організації лікарського самоврядування викладений в законопроекті «Про лікарське самоврядування» зареєстрованому 06.04.2018р. за номером 8250, який ґрунтується на позитивних європейських прикладах і отримав схвальну оцінку європейських лікарських самоврядних організацій;

- ініціювати зміни пункту 11 статті 10-1 Закону України “Про соціальний та правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей”, який встановлює

максимальний час перебування поранених військовослужбовців у закладах охорони здоров'я у 4 місяці, скасувавши подібні обмеження;

- ініціювати проведення парламентських слухань щодо підготовки «Кодексу з охорони здоров'я».

Конституційному Суду України:

- негайно оприлюднити наявні висновки щодо відповідності Конституції України закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» який знаходиться на розгляду Суду понад 5 років.

Кабінету Міністрів України, Міністерству охорони здоров'я України та Національній Академії медичних наук України:

Прийняти відповідні підзаконні акти щодо:

- збільшення мінімальної заробітної плати лікарів до 50 тисяч гривень;
- призупинення на час воєнного стану реалізації Постанови Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» та примусового запровадження у галузі охорони здоров'я системи спроможної мережі закладів охорони здоров'я, яка призводить до відповідного скорочення медичних працівників;

- внесення змін до вищевказаної Постанови КМУ, де передбачити, що при створенні спроможної мережі закладів охорони здоров'я обов'язково враховується специфіка населених пунктів, їх потреба у видах медичної допомоги, кількість населення та інші особливості відповідного регіону та населеного пункту. Реалізацію Постанови в містах з районним поділом, особливо, у великих містах, як Київ, Одеса, Львів, Харків, Дніпро, має бути виокремлено та більш деталізовано, з урахування специфіки великих міст;

- внесення змін до Порядку функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж, регламентувавши подальшу роботу закладів охорони здоров'я, які не потраплять у спроможну мережу. Залучити до обговорення проекту відповідного документу органи місцевого самоврядування, громадські організації та трудові колективи закладів охорони здоров'я;

- збереження мережі лікарень та доступності медичної допомоги для населення, особливо для деокупованих і прифронтових територій та сільських районів;

- надання медичним працівникам пакетів пільг на комунальні платежі, особливо у прифронтових, деокупованих територіях та сільській місцевості;

- розробки та прийняття «Національного плану розвитку кадрового забезпечення системи охорони громадського здоров'я до 2030 року» за міжгалузевим та міжсекторальним спрямуванням – «охорона здоров'я в усіх політиках держави», на основі оцінки кращих практик зарубіжного та вітчизняного досвіду;

- звільнення від сплати за інтернатуру, випускників, які навчались у медичних вишах за контрактом, якщо вони виявили бажання працювати на

умовах відповідних договорів у державних та комунальних закладах за необхідними для регіону спеціальностями;

- надання демобілізованим військовим медикам і парамедикам, зокрема з інвалідністю, які не мають медичної освіти, пріоритетне право вступу без іспитів на місця державного замовлення до медичних університетів і коледжів;

- скасування на час воєнного стану штучного обмеження для вступу абітурієнтів до медичних вишів у 150 балів національного мультипредметного тесту;

- збільшення обсягу комунального замовлення у закладах фахової передвищої освіти на підготовку медсестер та фельдшерів до 12 тисяч осіб з пріоритетом для прифронтових, деокупованих областей, найбільш постраждалих від війни, та сільських районів;

- збільшення обсягу державного замовлення на підготовку лікарів до 10 тисяч осіб з пріоритетом для прифронтових і деокупованих областей та сільських районів найменш забезпечених лікарями;

- розширення підготовки до 1000 дитячих лікарів, 500 лікарів профілактичного спрямування та 1000 фахівців з громадського здоров'я і фахівців з довкілля та здоров'я (бакалаврів та магістрів) за цільовим регіональним держзамовленням для потреб областей;

- відновлення у Переліку освітніх галузей та спеціальностей наступних спеціальностей: «Педіатрія», «Медична психологія», «Громадське здоров'я», що були прибрані МОН України у рамках його «реформаторських» дій;

- відновлення на час воєнного стану цільового прийому сільської молоді до медичних вишів і коледжів;

- відновлення на час воєнного стану системи державного розподілу медичних працівників після завершення навчання у медичних коледжах і університетах за державним замовленням з наступним відпрацюванням відповідно до укладеного договору не менше 3 років, зокрема у закладах охорони здоров'я прифронтових, деокупованих територій та сільській місцевості;

- прийняття програми співфінансування з місцевими громадами надання молодим спеціалістам службового житла за першим місцем роботи;

- відновлення та створення в усіх медичних вищих навчальних закладах військових кафедр та забезпечення навчання на них усіх студентів з подальшою атестацією та присвоєнням відповідних первинних звань в запасі чи резерві. У системі післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку – введення обов'язкових курсів тематичного удосконалення з військової медицини;

- відновлення функціонування військово-цивільного координаційного штабу медичної допомоги (медичного захисту);

- зміни функцій Військово-лікарських комісій (ВЛК). Вони повинні стати єдиною системою медичної інформації. Розробити алгоритми верифікації діагнозів (на основі стандартних клінічних протоколів за принципом «є ознака/нема», «є порушення функції/нема»);

- підготовки і прийняття плану заходів з трансформації роботи цивільних лікувальних закладів у військовий час;
- прийняття програми комунікативного та інформаційного супроводу змін в системі охорони здоров'я, які пропонують та впроваджують державні органи;
- прийняття і запровадження практики прозорого обґрунтування медичних тарифів;
- встановлення вартості послуги, яку оплачуватиме НСЗУ надавачам послуг не менше ніж собівартість такої послуги, під час підготовки програми державних медичних гарантій на 2024 рік;
- державної системи соціально-гігієнічного моніторингу за детермінантами здоров'я;
- державного нагляду у сфері громадського здоров'я;
- затвердження Методики розрахунку витрат та збитків внаслідок масових випадків інфекційних, професійних, масових неінфекційних хвороб;
- затвердження Порядку проведення оцінки ризиків для здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя населення та проведення за результатами такої оцінки відповідних профілактичних, наглядових, консультаційних та інших заходів;
- розробки та затвердження методологічних засад щодо оцінки соціально-економічних та медико-екологічних збитків та завданої шкоди для здоров'я від забруднення довкілля, що виникло в результаті російської військової агресії⁴
- змін до наказу МОЗ України від 03.08.2021 №1614 щодо можливості очолювати відділи інфекційного контролю фахівцям за спеціальністю «Громадське здоров'я»;
- перегляду стандартів вищої освіти зі спеціальності 229 "Громадське здоров'я» для всіх рівнів освіти – бакалаврського, магістерського та третього (освітньо-наукового) у відповідності до вимог Закону України «Про систему громадського здоров'я».

Громадським об'єднанням у сфері охорони здоров'я України:

- об'єднати зусилля з опрацювання й лобіювання законодавчих ініціатив щодо галузевого професійного самоврядування;
- максимально використати наявні напрацювання щодо принципів і інструментів професійного самоврядування, експертовані й схвалені європейськими колегами, в інтересах усіх професійних медичних спільнот;
- припинити практику кулуарних та непрозорих рішень щодо питань які стосуються функціонування усіх медичних професій;
- використати платформу Національної Лікарської Ради України (НЛРУ), як незаангажований майданчик для колегіальної дискусії й об'єднання зусиль сімейних лікарів, стоматологів і лікарів-спеціалістів, для просування лікарського самоврядування в галузі;

- доєднатися до НЛРУ усім зацікавленим сторонам для узгодження і прийняття єдиного законопроекту, який би відповідав сучасним викликам та забезпечував впровадження реального лікарського самоврядування в Україні.

Ми, Всеукраїнське Лікарське Товариство (ВУЛТ) маємо відповідні напрацювання та відкриті для співпраці в розбудові України мрії.

Міжнародним об'єднанням та організаціям пропонуємо і просимо:

- звернутися на всіх наявних у вас площадках до російської федерації щодо безумовного і негайного звільнення полонених українських медиків;
- звернутися щодо припинення росією в подальшому практики порушення Женевських конвенцій та міжнародних норм щодо особливого статусу медичних працівників у військових конфліктах;
- звернутися щодо припинення росією поширеної практики атак та знищення об'єктів цивільної медичної інфраструктури України;
- підтримати звернення до ЮНЕСКО щодо перегляду Міжнародної стандартної класифікації освіти (ISCED) у сфері охорони громадського здоров'я до сучасних викликів, в т.ч. щодо внесення Громадського здоров'я/Public health до галузі - 09 Health and Welfare.

ВУЛТ, як один із ініціаторів створення Платформи «МІСІЯ – ЗДОРОВ'Я», підтримує створення екосистеми турботи про здоров'я, безпечного середовища життєдіяльності людини та санітарно-епідемічного благополуччя, що сприятиме зростанню людських активів нації і активному довголіттю українців, покращенню економічних перспектив держави і зміцненню національної безпеки України.

Вважаємо життєвою потребою кожного українця провадити здоровий спосіб життя, що найкращим чином надихає, уможливорює і підтримує прагнення людини до активного довголіття та щастя.

Закликаємо усі державні та недержавні організації свої зусилля спрямовувати на запобігання і подолання медико-екологічних та епідемічних викликів фізичному та ментальному здоров'ю, передусім пандемії метаболічного синдрому та його наслідків, неінфекційних захворювань як основної причини смертності, провадити системні заходи з подолання антимікробної резистентності.

Опублікувати у відкритих джерелах прийняті на XIX з'їзді Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ) Резолюції та Заяви і направити їх до українських державних органів і організацій та закордонним партнерам.

**МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«НОВЕ В МЕДИЦИНІ»
16-17 Листопада 2023**

Захід зареєстровано в реєстрі заходів безперервного професійного розвитку за номером 5503718.

Провайдер безперервного професійного розвитку № 1343, Товариство з обмеженою відповідальністю «Професійний центр розвитку»

**УПРАВЛІННЯ І ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНОЮ
ЗДОРОВ'Я, МЕДИЧНА ОСВІТА, ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я**

**ЗАБРУДНЕННЯ АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ, ЯК ВАЖЛИВА
ПРОБЛЕМА У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

Козачок О.В., м. Острог, Національний університет «Острозька академія»

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) констатує, що забруднення повітря є – однією із трьох значних екологічних проблем та призводить до збільшення захворюваності та смертності у світі. Науково підтверджено, що забруднене повітря безпосередньо впливає на неінфекційну захворюваність (розвиток серцево-судинної патології, органів дихання, появу новоутворень). За даними ВООЗ, щороку у світі від забруднення повітря передчасно помирає близько 7 млн людей, а кілька мільярдів щодня змушені дихати шкідливими речовинами. Експерти ВООЗ зазначають, що особливо серйозні проблеми внаслідок забруднення повітря спостерігаються в більшості міст країн, що розвиваються.

Для Європи питання якості атмосферного повітря є також актуальним. Метою ЄС у цій сфері є розвиток загальної стратегії шляхом встановлення довгострокових цілей стосовно якості атмосферного повітря.

Дане питання залишається актуальним і для України при цьому, серед усіх транспортних засобів автотранспорт залишається основним джерелом забруднення атмосферного повітря та порушення екологічної рівноваги. За останніми даними середньорічний вміст твердих частинок в атмосферному повітрі діаметром <2,5 мкм (PM_{2,5}) становила 20,3 мкг/м³, займаючи 9-е місце в Європі.

На Рівненщині більше 80 відсотків викидів шкідливих речовин в атмосферне повітря припадає на автотранспорт. Частка токсичних інгредієнтів, які забруднюють повітря під час експлуатації пересувних джерел забруднення наступна: оксид вуглецю – 73,5%, діоксид азоту – 13%, неметанові леткі органічні сполуки – 10%, сажа – 2%, сірки діоксид – 1,5%.

Слід зауважити, що кліматичні зміни, а для нашої держави і воєнні дії, внаслідок російської агресії, в результаті яких відбуваються пожежі у

промислових, інфраструктурних об'єктах, житловому секторі та природних екосистемах, викиди летких та інших хімічнонебезпечних сполук в результаті бойових дій, ракетних та бомбових ударів, пошкоджень промислових об'єктів спричиняють великі обсяги викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря. Тобто дослідження забруднення повітря шкідливими хімічними речовинами залишається актуальним питанням як на глобальному, національному та регіональному рівні.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ НА ВОЛИНІ

Дудковська Н.В., м. Острог, Національний університет «Острозька академія»

Епідеміологічна у Волинській області щодо гострих кишкових інфекцій є напруженою і нестійкою, нестійкою залишається ситуація щодо захворюваності інфекційними гастроентероколітами, в тому числі рота вірусним ентеритом і вірусним гепатитом А. Всього у 2022 році зареєстровано 1502 випадки інфекцій з фекально-оральним шляхом передачі, з них 1093 серед дітей. В структурі інфекційної захворюваності на кишкові інфекції припадає 65%.

Мета дослідження: виявити та проаналізувати можливий ріст гострих кишкових інфекцій у Волинській області у зв'язку з вимушеною міграцією внутрішньо переміщених осіб у 2022 році.

Матеріали та методи. Групи епідеміологічного спостереження і контролю проводять обстеження на носійство стафілококу, патогенної кишкової флори, за потреби-змиви з харчоблоків, задля недопущення спалахів. Лабораторні дослідження понад 100 проб питної води за санітарно-технічними та мікробіологічними критеріями, також досліджено більше 60 взірців харчових продуктів. Крім цього проводились дослідження з технологічного обладнання та робочих поверхонь(більше 200 змивів), а також проведено обстеження на носійство патогенного стафілококу у 20 працівників харчоблоку.

Результат дослідження. Рівень гострих кишкових інфекцій викликаних патогенними збудниками-сальмонельозу, шигельозу-на рівні минулого року. Проте захворюваність кишкових інфекцій зросла у 2 рази. Ріст захворюваності відбувся за рахунок гастроентероколітів встановленої етіології(+2,8раз), в тому числі рота вірусного ентериту(+3,7раз), гострих кишкових інфекцій, викликаних невстановленими збудниками(+68%), вірусного гепатиту А(+10разів).

Висновок. Встановлено, що одним з головних епідемічних ризиків у період 2022 року у сфері громадського здоров'я в області в умовах воєнного стану, інтенсифікації міграційних процесів, значної чисельності внутрішньо переміщених осіб часто в пристосованих приміщеннях, була загроза поширення гострих кишкових інфекцій і вірусного гепатиту А.

БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ. ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА

Івнєв Б.Б., Солонинка Г.Я., м. Київ, Приватний вищий навчальний заклад «Київський Медичний Університет»

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 р. № 725 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я» лікар має навчатись впродовж всього життя та повинен щорічно отримувати певну кількість балів безперервного професійного розвитку (БПР) для присвоєння лікарської категорії. Міністерством охорони здоров'я України було вжито організаційні заходи для створення системи щорічного обліку та контролю за участю лікарів та фармацевтів у заходах БПР – ці функції покладено на Державне некомерційне підприємство «Центр тестування професійної компетентності фахівців з вищою освітою напрямів підготовки «Медицина» і «Фармація» при Міністерстві охорони здоров'я України».

ПВНЗ «Київський Медичний Університет» (КМУ), маючи чималий досвід в організації післядипломної освіти з перших місяців введення в дію законодавства щодо БПР розпочав активну організаційну роботу з створення навчальних програм циклів тематичного удосконалення, тренінгів, фахових шкіл тощо. Кафедри Університету разом з партнерами розробили навчальні програми заходів БПР з актуальної тематики для лікарів різних спеціальностей. Створено наступні навчальні програми: цикли тематичного удосконалення: «Діагностика, лікування і супровід осіб із ВІЛ (та підозрою на ВІЛ)»; «Стаціонарна та амбулаторна паліативна допомога важкохворим пацієнтам»; «Курс інформації і стажування з трансплант-координації»; «Організація реабілітаційної допомоги в стаціонарних та амбулаторних умовах»; «Профілактика інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги. Гігієна рук медичних працівників»; «Сучасні підходи до лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота та червоної облямівки губ».

Було також впроваджено цикли спеціалізації з ортодонтії, дитячої стоматології, дитячої дерматовенерології та організації та управління фармацією.

Враховуючи те, що в КМУ навчається майже 650 лікарів (фармацевтів)-інтернів та з метою координації діяльності у багатогранній сфері післядипломної освіти галузі знань «Охорона здоров'я» в КМУ створено Факультет безперервного професійного медичного розвитку, до якого увійшли клінічні кафедри, які мають великий досвід роботи на ринку післядипломної освіти.

У 2023 році кафедрами Університету було проведено майже 50 заходів БПР. Загалом 635 працівників системи охорони здоров'я пройшли підвищення кваліфікації та отримали бали БПР. ПВНЗ «Київський Медичний Університет» став частиною системи БПР нашої країни і вносить суттєвий вклад в розвиток системи охорони здоров'я України.

ПРОГНОСТИЧНІ ТЕНДЕНЦІЇ У СТАНІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ З ПРИЧИНИ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Москвяк-Лесняк Д.Є., Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Вступ. Рак молочної залози є найпоширенішим онкологічним захворюванням серед жінок як у розвинених країнах, так і в тих, що розвиваються. Щороку понад півмільйона жінок по всьому світі помирає через цю недугу.

Основна частина. Нами був проведений епідеміологічний аналіз раку молочної залози (РМЗ) серед населення України з 2000 до 2014 років. Рівень захворюваності у наведений період мав хвилеподібну природу та характеризувався щорічним зростанням порівняно з попереднім роком (в діапазоні від + 0,2 до + 4,2 випадків) і у 2000 році становив 31,5 випадок на 100 тис. населення. Також було проаналізовано показники смертності з причин РМЗ за цей же період часу: рівень смертності знаходився в межах 16,0-17,5 випадків на 100 тис. населення. Аналіз регіональних особливостей захворюваності та смертності на РМЗ серед населення України показав, що перше рейтингове місце захворюваності посідає південний регіон, друге – східний регіон, третє – північний регіон, четверте – центральний регіон, п'яте – західний. Щодо смертності: перше рейтингове місце – східний регіон, друге – південний регіон, третє – центральний регіон, четверте – північний регіон, п'яте – західний регіон.

Для прогнозування стану захворюваності та смертності з причини РМЗ серед осіб жіночої статі на найближчу перспективу ми використали метод експоненціального згладжування за способом Брауна на коротко-, середньо- та довготерміновий періоди з екстраполяцією отриманих даних, що дало змогу позбутися слабких сторін обраного методу прогнозування.

За нашими даними у 2020 році прогнозований рівень захворюваності на цю патологію у населення України мав збільшитись і становити 44,0 випадки на 100 тис. населення в цілому та 80,6 випадки на 100 тис. жіночого населення, чоловіки без змін – 0,8 випадки на 100 тис. населення. Згідно даних Національного канцер-реєстру за 2020 рік показник захворюваності на 100 тис. населення для жінок становив 67,1 випадки; для чоловіків – 0,5 випадки на 100 тис. населення та загально серед всього населення рівень захворюваності на РМЗ становить 36,1. Ці дані Національного канцер-реєстру не охоплюють показники Донецької, Луганської областей, АР Крим та м. Севастополь.

Прогнозовані дані смертності з причини РМЗ на 2020 рік становлять серед населення України 19,2 вип. на 100 тис. населення, серед жінок – 35,1 та серед чоловіків – 0,4 випадки на 100 тис. населення. Згідно даних Національного канцер-реєстру за 2020 рік показник смертності з причини РМЗ серед населення України склав 14,1 випадків, серед жінок – 26,1 випадків та чоловіків – 0,2 випадків на 100 тис. населення. Аналогічно до показників захворюваності,

отримані дані по смертності від РМЗ не охоплюють вищенаведені території України.

Нами обраховано прогноз захворюваності на 2025 рік серед населення України 47,5 випадків на 100 тис. населення, серед жінок 86,9 випадків на 100 тис. населення та серед чоловіків динаміка стабільна 0,8 випадків на 100 тис. населення. Та прогностичні дані смертності на 2025 рік серед населення України 20,1 випадків на 100 тис. населення, серед жінок 36,6 випадків на 100 тис. населення та серед чоловіків не змінно 0,4 випадків на 100 тис. населення.

Аналізуючи прогностичні дані щодо захворюваності та смертності РМЗ та дані Національного канцер-реєстру, ми бачимо чітку тенденцію зростання захворюваності та смертності з даного захворювання. Незначна різниця в отриманих прогностичних та фактичних даних щодо цих показників є пов'язана з відсутністю даних тимчасово окупованих територій (Донецької, Луганської областей, АР Крим та м. Севастополь), які по захворюваності та смертності займають перші рейтингові місця у попередні аналізовані роки (до 2014 року). Відповідно, можна стверджувати, що прогноз щодо захворюваності та смертності на РМЗ є достовірним.

Висновки. Результати аналізу стану захворюваності та смертності від РМЗ серед населення України і, зокрема осіб жіночої статі, переконливо свідчать про необхідність запровадження до практичної діяльності лікарів первинного рівня та лікарів-спеціалістів превентивних заходів щодо своєчасного/раннього виявлення цієї патології.

РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ ТА ПІДЛІТКІВ В КОНТЕКСТІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Шостак А.І., Студентка спеціальності 229 Громадське здоров'я, Національний університет «Острозька академія»

Значне занепокоєння в Україні викликає збереження репродуктивного потенціалу та народження здорового потомства. Відсутність ознак демографічного відтворення становить особливу небезпеку для держави. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, наразі Україна посідає одне з найнижчих місць за природними темпами приросту населення в межах ЄС. Така ситуація формується особливостями репродуктивної поведінки і мотивації, які залежать від економічного і соціально-психологічного стану населення. Найважливішою детермінантою виконання прокреативної функції є стан репродуктивного здоров'я.

Репродуктивне здоров'я – це стан повного фізичного, психологічного та соціального благополуччя, а не лише відсутності захворювань, пов'язаних із репродуктивною системою, її функціями та процесами. Національна система охорони репродуктивного здоров'я організована для контролю стану здоров'я майбутніх батьків на різних етапах розвитку і функціонування організму. В її основу покладено стратегію ВООЗ, яка наголошує на зміцненні здоров'я, включаючи репродуктивне, шляхом організації доступної та менш дорогої

якісної медичної допомоги, що включає послуги з охорони репродуктивного здоров'я, центри планування сім'ї та інформаційні послуги, а також розробку освітньої політики та програм для забезпечення безпечного материнства та відповідального батьківства.

Вирішення проблеми репродуктивного здоров'я молоді та підлітків має важливе значення для громадського здоров'я. Такі ініціативи, як розширення доступу до сексуальної освіти, пропаганда відповідальної сексуальної поведінки, забезпечення доступності контрацепції та запобігання інфекціям, що передаються статевим шляхом, мають вирішальне значення для виховання здоровішого майбутнього покоління.

Ключові слова: Репродуктивне здоров'я, молодь та підлітки, громадське здоров'я, сексуальна освіта, профілактика захворювань, ризики для громадського здоров'я, рекомендації для покращення репродуктивного здоров'я, соціальний розвиток молоді.

ПІДГОТОВКА КАДРІВ ДЛЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

*Гуцук І.В. *, Гайдаш І.В.В. **, Глазкова Н.О. ** м.Острогоз, Національний університет «Острозька академія» * м.Рівне, Державний заклад «Луганський державний медичний університет» ***

При реформуванні будь-якої галузі, в тому числі охорони здоров'я, ключову роль відіграє кадрова політика та кадрове забезпечення галузі. Після ліквідації у грудні 2012 року обласних, районних та міських санепідстанцій, як юридичних осіб, а в подальшому у березні 2017 року Держсанепідслужби України, найбільш гострою проблемою для вітчизняної сфери громадського здоров'я стала втрата висококваліфікованих і досвідчених фахівців профілактичної медицини, на підготовку яких держава витратила десятки років і значні кошти. Окрім цього, при відкритті у лютому 2017 року нової спеціальності 229 «Громадське здоров'я» галузі знань 22 «Охорона здоров'я» та введення у серпні 2020 року нових професій (Зміна №9 до ДК 003:2010) за шифром 2225.2.

«Фахівець з громадського здоров'я» та «Фахівець з довкілля та здоров'я» виявились не вирішеними питання щодо подальшого працевлаштування випускників-бакалаврів за даною спеціальністю. Наразі, у відповідності до наказу МОЗ від 10.10.23. №1769 «Про затвердження змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників.

Випуск 78 «Охорона здоров'я», ці питання частково вирішені.

Основною стратегічною ціллю підготовки кадрів у сфері громадського здоров'я є реалізація політики та розбудови ефективної вітчизняної системи охорони громадського здоров'я за міжгалузевим та міжсекторальним спрямуванням у відповідності до принципу «Охорона здоров'я в усіх політиках держави». Відкриття спеціальності «Громадське здоров'я» та підготовка фахівців за новими професіями в ближнє десятиліття буде надзвичайно

затребуване з огляду як на суспільний запит щодо безпечного середовища життєдіяльності, біобезпеки територій, санітарно-епідемічного благополуччя населення, так і з боку держави у сфері національної безпеки, враховуючи наслідки пандемії COVID- 19 та російської військової агресії.

Тому необхідно, в найкоротші терміни, провести підготовку та прийняття «Національного плану розвитку кадрового забезпечення системи охорони громадського здоров'я до 2030 року» за міжгалузевим та міжсекторальним спрямуванням, за вищевказаним загальнонаціональним принципом – «охорона здоров'я в усіх політиках держави», на основі оцінки кращих практик зарубіжного та вітчизняного досвіду.

СТІЙКІСТЬ – ЯК БАЗОВЕ ПИТАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПРОТИДІЇ НАДЗВИЧАЙНИМ СИТУАЦІЯМ

*Гуцук І.В. *, Вівсяник О.М. **, Сафонов Р.В. *** м.Острозьк, Національний університет «Острозька академія» * м.Рівне, Департамент цивільного захисту та охорони здоров'я населення ** м.Рівне, ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» ****

Пандемія COVID-19, яка стала глобальною загрозою та надзвичайною ситуацією у сфері охорони громадського здоров'я показала неспроможність основних світових моделей системи охорони громадського здоров'я (СОГЗ), таких як CDC та ECDC, ефективно протистояти сучасним викликам та загрозам для життя і здоров'я людини.

З іншого боку російська військова агресія призвела не тільки до гуманітарної катастрофи, а й несе реальні екологічні загрози, які можуть мати катастрофічні наслідки у сфері громадського здоров'я як на регіональному, так і глобальному рівні.

Зі вступом в дію з 1 жовтня 2023 року Закону України «Про систему громадського здоров'я», створені ключові регіональні інституції, державні установи – обласні Центри контролю та профілактики хвороб МОЗ України (ЦКПХ), на які покладено основні функції з протидії надзвичайним ситуаціям у сфері громадського здоров'я, разом із залученням сил медичної служби та цивільного захисту.

В одному із своїх виступів головний державний санітарний лікар України наголосив, що фахова оцінка ризиків – це головна функція ЦКПХ, це ризикоорієнтований підхід на обласному рівні з фокусом на кожну людину. Що, в свою чергу, передбачає підготовку нової генерації фахівців громадського здоров'я для органів державного управління, місцевого самоврядування, суб'єктів господарювання різних форм власності, в т.ч.

недержавних організацій, у сфері громадського здоров'я. Вони будуть сприяти удосконаленню та впровадженню державної політики і державного управління спрямованих на розбудову стійкої, дієздатної та ефективної системи охорони громадського здоров'я, яка направлена на вирішення проблем, пов'язаних з надзвичайними ситуаціями у сфері громадського здоров'я, за

біологічними, хімічними, фізичними та соціальними детермінантами. Стійкість вітчизняної СОГЗ є надзвичайно важливою, як зараз, під час російської агресії, так і в післявоєнній відбудові нашої країни.

Наразі залишаються актуальними питаннями щодо взаємодії ЗОЗ з обласними ЦКПХ і їх відокремленими структурними підрозділами при розробці планів із зміцнення спроможності попереджувати, виявляти та реагувати на загрози громадському здоров'ю, виконання оперативних функцій в кризовий період та захисту здоров'я населення області.

Цій роботі сприяє проєкт USAID «Розбудова стійкої системи громадського здоров'я», наприклад, в Рівненській області по впровадженню базових елементів забезпечення стійкості системи охорони громадського здоров'я, що включає і технічну допомогу, і розбудову потенціалу критичної інфраструктури, і відпрацювання рішень на основі даних, і адаптивне управління та підтримка ініціатив громад в питаннях стійкості СОГЗ з біобезпеки територій.

Слід зауважити, що ефективне, тобто доказово аргументоване повідомлення про ризики для здоров'я та рекомендації щодо зменшення цих ризиків є основоположними для мотивації бажаних змін у поведінці людей та громадськості. Особливо це важливо в кризових ситуаціях чи при загрозах, що ми маємо сьогодні в умовах війни. Тобіж комунікаційний менеджмент, інформаційна гігієна використання штучного інтелекту також слід удосконалювати при забезпеченні стійкості СОГЗ.

МЕДСЕСТРИНСЬКА ОСВІТА В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Дуб Н.Є., Гвоздецька Г.С.**, Шашков Ю.І.**

**м. Львів, Комунальний заклад вищої освіти Львівської обласної ради
«Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського»*

***м. Івано-Франківськ, Фаховий медичний коледж Івано-Франківського
національного медичного університету*

За останні 20 років в медсестринській освіті відбувається справжній поступ та розвиток.

Наказом Міністерства освіти і науки України від 06.11.2015 року №1151 затверджено Перелік галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, в якому вперше виділено спеціальність 223 Медсестринство. У межах цієї спеціальності може здійснюватися підготовка сестер/братів медичних, акушерок/акушерів, фельдшерів, помічників санітарного лікаря та лікаря-епідеміолога.

Ступенева медсестринська освіта зрештою здобула своє реальне становлення. Молодший спеціаліст, відповідно до Закону України про фахову передвищу освіту, трансформувався у фахового молодшого бакалавра і перейшов із системи вищої освіти у фахову передвищу освіту. На сучасному етапі вже нікого не здивуєш дипломом бакалавра медсестринства. Достатньо звичним є і підготовка магістрів медсестринства. В Україні навіть є два освітніх

заклади: Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського та Буковинський національний медичний університет, які здійснюють підготовку докторів філософії з медсестринства і вже навіть мають захищених таких науковців. Це ще раз доводить, що медсестринська спеціальність може бути і є самостійною, поважною, окремою від лікарської спеціальності. Медична сестра чи брат, які поєднали своє життя з улюбленою спеціальністю, мають можливість освітнього, і хочеться сподіватися, що й кар'єрного руху вперед.

ПРИВАТНА МЕДИЦИНА НА ВОЛИНІ: ІСТОРІЯ, СТАНОВЛЕННЯ, СУЧАСНІСТЬ

Кощановський А.Ю., Цюх І.М., Цюх У.А., м. Луцьк

Становлення сучасної приватної медицини на Волині нерозривно пов'язане із загальнодержавними економічними і соціальними змінами та процесами, що настали після здобуття нашою країною незалежності. Формування приватної медицини, як окремого сектору економіки у сфері охорони здоров'я, проходило, без винятку, по всій території України, проте з певними регіональними особливостями. Передумовами формування приватної ініціативи в галузі охорони здоров'я насамперед були: становлення підприємництва та законодавче його закріплення згідно законодавства України; розвиток ринкових відносин, як заміна системи командно-адміністративної економіки; труднощі в перебудові механізмів управління та підтримання державного та комунального секторів охорони здоров'я; лідерські якості окремих представників медичної галузі та бажання створювати "якісно новий продукт" в медицині.

Першочергово, приватна медицина розвивалася у вигляді невеликих за розміром та потенціалом приватних підприємств або ж одноосібною діяльністю самих засновників-підприємців. Це, зокрема, приватні стоматологічні кабінети, дрібні аптечні пункти, кабінети ультразвукової діагностики, окремі приватні практики вузьких спеціалістів, що займали один-два кабінети, найчастіше в комунальних закладах охорони здоров'я. Згодом, а це період кінця 1990-тих років - початку 2000-них, йшло формування уже окремих приватних медичних центрів, зокрема й діагностичних, де вже було більше 4-5 кабінетів і не менше 3-5 різних вузьких спеціалістів. Якщо, на початку 2000-них, таких центрів у Луцьку та на Волині було 3-4 одиниці, то вже з 2010-тих, їх нараховувалося близько 10 штук (і це, без врахування аптечних та стоматологічних закладів). В подальшому, а це 2012-2015 роки, створюються багатопрофільні приватні заклади із стаціонарами, що забезпечують цілодобове перебування пацієнтів, та надання медичної допомоги в рамках "хірургії одного дня" з відповідними денними стаціонарами. В ході реформи первинної медичної допомоги, швидкими темпами відбувається відкриття приватних медичних практик сімейними лікарями, зокрема, одноосібно, у формі фізичних осіб-підприємців, та у вигляді приватних амбулаторій на декілька лікарів. На сьогодні, є багато

напрацювань та ресурсів з точки зору організації та ведення медичного бізнесу. Набагато складніше, даний процес давався на початку становлення приватної медицини. На Волині, значну юридичну, організаційну та комунікативну підтримку для становлення підприємців-початківців, надавала Асоціація підприємців галузі медицини та фармації Волині, створена та тривало очолювана Цюх Миколою Федоровичем (1950-2020 рр). Юридично, асоціація створена у 1998 році, і цьогогоріч, їй виповнюється 25 років від часу заснування. Тому, зважаючи на такий доволі поважний період існування асоціації, хотілося б оглянути пройдений шлях та згадати його основні етапи, успіхи та уроки.

ЗАПРОВАДЖЕННЯ СПІВОПЛАТИ ПРИ ОТРИМАННІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЯК СПОСІБ ПІДВИЩЕННЯ СПРАВЕДЛИВОСТІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

Лехан В.М., Надутий К.О., Дніпро, Дніпровський державний медичний університет

Фінансовий захист при отриманні медичної допомоги є центральною передумовою для досягнення загального охоплення населення медичними послугами – однієї з провідних цілей сталого розвитку, визначених ООН до 2030р. Фінансування охорони здоров'я в Україні з державних джерел протягом останніх 20 років було недостатнім (мінімальний рівень - 2,5% ВВП в 2000р., максимальний - 3,8% в 2009р.), що істотно менше рекомендованого ВООЗ рівня в 5% ВВП і обумовлено двома причинами: 1) економічною – Україна за класифікацією Світового банку належить до числа країн з доходами нижче середнього; 2) політичною - охорона здоров'я реально не належала і не належить до числа державних пріоритетів. За даними глобальної бази даних про витрати на охорону здоров'я ВООЗ, в 2019 р. витрати на охорону здоров'я в країні становили 3,2% ВВП, що в 1,6 та 2,4 рази нижче порівняно з Європейським регіоном в цілому в цілому та країнами ЄС. Для покриття реальних витрат на медичні потреби широко використовуються платежі з кишені пацієнтів, питома вага яких в структурі фінансування постійно зростала: з 2006р., коли частка приватних витрат складала 35,1% (95% ДІ 30,7-39,5), до 2019р., коли така частка перевищила половину всіх витрат на охорону здоров'я і досягла 51,1% (95% ДІ 46,7-55,5), переважна більшість яких здійснювалася на неофіційній основі. Запроваджена в Україні реформа фінансування не змінила цієї негативної тенденції через постійне недофінансування Програми державних гарантій медичного обслуговування населення (ПМГ). За даними Європейського регіонального бюро ВООЗ, в 2021р. 17% (майже 2,5 мільйона) домогосподарств зазнали катастрофічних платежів із власної кишені на охорону здоров'я, що істотно вище, ніж у багатьох інших країнах Європи. Основними причинами катастрофічних витрат є ліки в і стаціонарне лікування. Найбільше від катастрофічних платежів страждають літні люди або пенсіонери. Згладити існуючі фінансові бар'єри доступу населення України до медичного обслуговування може легалізація співоплати медичних послуг. Існують три

основних види співоплат: 1) фіксована співоплата – фіксована сума за одиницю товару або послугу; 2) процентна співоплата - вимагає від користувача послуг сплати частки ціни товару або послуги; 3) франшиза (мінімум, що не страхується) – потребує від користувача послуг спочатку сплатити фіксовану суму, перш ніж третя сторона покриватиме будь-які витрати. Для України найбільш прийнятною є фіксована співоплата, коли при отриманні медичних послуг сплачується визначена сума за амбулаторне звернення, ліжко день тощо. Низка експертів вважає, що застосування співоплати може створити, при наявності і без того високого рівня витрат «з кишені», додаткові фінансові труднощі для отримання медичної допомоги. Подоланню такої загрози сприятиме запровадження чіткого обліку реальної вартості основних амбулаторних та стаціонарних медичних послуг, включаючи їх медикаментозне забезпечення. Витрати, що не покриваються ПМГ (після вилучення обсягів державного фінансування медичного обслуговування) розподіляються як фіксована доплата для всіх категорій населення за отриману амбулаторну або стаціонарну послугу. Якщо необхідно виділити пільгові категорії населення, то розрахунки ускладнюються, оскільки перерозподіл здійснюється на населення, яке не має прав на таку пільгу. В цілому методика визначення співоплат повинна бути простою і прозорою. Обсяги співоплати повинні щорічно переглядатися з врахуванням економічного стану країни та прагнути до зменшення. Запровадження запропонованої системи співоплати дозволить витіснити переважну більшість неофіційних платежів, підвищити справедливість в доступності населення до сучасних медичних послуг та фінансову захищеність населення. Легалізація співоплати сприятиме детінізації економіки медичної галузі та усуненню корупційних проявів.

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я У ЦЕНТРІ УВАГИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Крячкова Л.В., Кий-Кокарева В.Г.

м. Дніпро, Дніпровський державний медичний університет

У центрі уваги громадського здоров'я в умовах війни є поліпшення психічного здоров'я населення країни.

За глобальними оцінками ВООЗ, кожна п'ята людина (22%) в Україні, яка проживає на території, що постраждала від війни в будь-який час упродовж останніх 10 років, має певну форму психічного розладу. З цього приводу виникають високі потреби у послугах із охорони психічного здоров'я. Зазначимо основні. По перше, це доступна допомога у сфері психічного здоров'я. Сімейні лікарі перший, найчастіший рівень за зверненням пацієнтів. Наразі триває підготовка цих спеціалістів за програмою mhGAP з метою навчання попередній діагностиці та лікуванню психічних розладів. На сьогодні більше 700 медичних закладів мають договори на пакет «Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги» і більш ніж 50 000 українців отримали допомогу в межах цього пакету. По друге, відповідно Закону України «Про систему громадського здоров'я» планується здійснювати

епідеміологічний нагляд за напрямом психічне здоров'я. Епідеміологічний нагляд включає питання вивчення, оцінки і прогнозу епідемічної ситуації, виявлення причинно-наслідкових зв'язків між станом психічного здоров'я населення та впливом на нього різних факторів. Необхідно звернути увагу на важливість розроблення та впровадження науково обґрунтованих рекомендацій для прийняття, своєчасних та ефективних заходів з метою покращення психічного здоров'я.

МЕДИЧНА ОСВІТА ТА МЕДИЧНІ КАДРИ В УКРАЇНІ

Волосовець О.П.¹, Волосовець А.О.², Вербицький І.В.²

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України,
Київ, Україна

²Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика МОЗ
України, Київ, Україна

Вступ. Важливою складовою галузі охорони здоров'я є якісна підготовка медичних кадрів у достатніх обсягах відповідно до сучасних викликів. Пандемія і війна призвели до суттєвого зменшення кількості медичних працівників в Україні та зміни парадигми медичної освіти у бік розвитку дистанційних і стимуляційних технологій

Мета дослідження. Визначити можливі шляхи щодо покращення якості підготовки та забезпечення лікарями та медичними сестрами в Україні.

Матеріали та методи. У цій роботі використано аналітичні методи оцінки стану забезпеченості лікарями та молодшими медичними спеціалістами з медичною освітою за даними Центру медичної статистики МОЗ України та Єдиної державної електронної бази освіти.

Результати. За даними МОЗ України нині у закладах охорони здоров'я країни працює лише 137549 лікарів та 241 147 молодших спеціалістів з медичною освітою (далі – молодші спеціалісти), що є найнижчими показниками за усю історію незалежної України і безумовно впливає на якість надання медичної допомоги населенню особливо у прифронтових, деокупованих територіях та сільських районах.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України забезпеченість практикуючими лікарями становить лише 23,6 (2021 рік – 35,1) на 10 тис. населення, а молодшими спеціалістами – тільки 58,8 на 10 тисяч населення (у 2021 р. – 63,7). Укомплектованість лікарських посад не перевищує 80,6%, сестринських – 84,5%. Кількість вакантних лікарських посад у галузі досягла 33,1 тисяч, а сестринських – 39 тисяч. У той же час прийом абітурієнтів на спеціальність 222 «Медицина» склав лише 2285 осіб, що на 8% менше, ніж у 2022 році, на спеціальність 228 «Педіатрія» - лише 172 особи, що склало тільки 76,5% від плану прийому на місця державного замовлення. Це стало одним з чинників для МОН України щодо припинення підготовки дитячих лікарів, медичних психологів та спеціалістів з громадського здоров'я в Україні на додипломному етапі. Суттєво зменшились обсягу прийому студентів медичних вишів і коледжів

на контрактну форму навчання. Так, на спеціальність 223 «Медсестринство» у 2023 році загальний прийом на бюджетні і контрактні місця не сягнув і 5 тисяч осіб. За числом випускників медичних вишів на 100 тисяч населення Україна посідає в Європейському регіоні останні місця.

Відповідно у 2022 в Україні співвідношення між лікарями і молодшими спеціалістами зменшилось до найнижчих цифр в історії країни та галузі 1:1,75 (у ЄС – 1:2,4). Кількість лікарів за 2022 рік зменшилась на 6 350 осіб, а кількість молодших медичних працівників з медичною освітою на 20 108 осіб. У цілому ж за останні 5 років кількість лікарів зменшилась на 12,8%, а медичних сестер, акушерок та фельдшерів в країні – на 22,8%. На фоні формування у країні спроможної мережі закладів охорони та їх оптимізації це створює ризики щодо доступності медичної допомоги для населення і продовження щорічного скорочення лікарських і сестринських та фельдшерських посад.

Зазначене вимагає міжсекторальних заходів на рівні держави щодо збільшення обсягів державного та комунального замовлення у воюючій країні на підготовку не менше ніж 10 тисяч лікарів та 12 тисяч молодших спеціалістів з медичною освітою щорічно з пріоритетом для прифронтових і деокупованих областей та сільських районів найменш забезпечених медичними працівниками. Рекомендовано розширити підготовку до 1000 дитячих лікарів та 500 лікарів профілактичного спрямування за цільовим регіональним держзамовленням для потреб областей.

Також необхідне запровадження на час війни норми обов'язкового відпрацювання випускниками медуніверситетів та коледжів, які навчались за державним замовленням, у державних та комунальних закладах охорони здоров'я не менше ніж 3-5 років за місцем направлення. Необхідно припинити штучне обмеження щодо прийому абітурієнтів до медичних університетів на основні лікарські спеціальності через відміну необхідних для вступу 150 балів. Варто відновити на час воєнного стану цільовий прийом сільської молоді до медичних вишів і коледжів для прифронтових та деокупованих територій і сільських районів, що найгірше забезпечені медичними працівниками. Також рекомендовано створити гідну фінансову мотивацію для роботи лікарів та медсестер на деокупованих територіях і сільських районах, а також для роботи на непрестижних спеціальностях, в яких існує потреба держави. Доцільно доручити МОН України негайно відновити у Переліку освітніх галузей та спеціальностей наступні спеціальності: «Педіатрія», «Медична психологія», «Громадське здоров'я».

Сучасні виклики вимагають змін у системі підготовці лікарів та медичних сестер на засадах студентоцентризму через запровадження проблемно-орієнтованих підходів до викладання матеріалу, зокрема у такому важливому розділі як медицина невідкладних станів та військова медицина.

Важливою умовою забезпечення належної якості практичної підготовки майбутніх медичних сестер та лікарів має стати розвиток симуляційного навчання та створення відповідних центрів підготовки за прикладами провідних університетів м. Києва, Чернівців, Запоріжжя і Тернополя.

Висновок. Триваюча війна і пандемія потребують системних змін у якості та обсягах підготовки медичних працівників в Україні задля забезпечення належного обсягів рівня медичної допомоги населенню.

ЕФЕКТИВНЕ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ВІДХОДАМИ ЯК ЗАПОРУКА ЕКОЛОГІЧНОЇ БЕЗПЕКИ КРАЇНИ

Нестерук Н.В., м. Острог, Національний університет «Острозька академія»

Актуальність. Управління медичними відходами це важливий аспект для екологічної безпеки. Ефективна вторинна переробка дозволяє зменшити негативний вплив на довкілля та сприяє сталому використанню ресурсів.

Мета і завдання. Дослідження необхідності ефективного управління медичним відходами, для забезпечення екологічної безпеки країни.

Отримані результати. Програми вторинної переробки медичних відходів відіграють ключову роль у забезпеченні екологічної безпеки країни.

Вторинна переробка медичних відходів створює нові матеріали та енергію, зменшуючи обсяг відходів та мінімізуючи їхній негативний вплив на навколишнє середовище.

Переробка медичних відходів при правильному сортуванні дає такі можливості:

- при механічній обробці безпечних медичних відходів, таких як пластикові контейнери, упаковка, скляні вироби, шляхом процесу рециклінгу, можна отримати сировину для виробництва нових продуктів;

- деякі медичні відходи можуть бути перероблені для відновлення енергії. Наприклад, органічні відходи можуть біологічно розкладатися, створюючи біопаливо, або бути спалені для виробництва електроенергії, перетворюючи їх у корисну енергію.

Утилізація, спалення та переробка медичних відходів сприяють створенню робочих місць та розвитку економіки через інноваційні галузі промисловості. Це сприяє зеленому розвитку та привертає інвестиції в технології та ресурси для вторинної переробки.

Висновок. Сприяння програмам ефективного управління медичними відходами важливо для екологічної безпеки та сталого розвитку економіки, зберігаючи ресурси та дбаючи про довкілля для майбутніх поколінь.

КУРОРТОЛОГІЯ, РЕАБІЛІТАЦІЯ І ФІЗІОТЕРАПІЯ

КОМПЛЕКСНЕ ВІДНОВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ГОСПІТАЛЯХ

Корнієнко О.Є., Військовий медичний клінічний центр південного регіону

Сучасна реабілітація військовослужбовців, які брали участь в російсько-українському конфлікті базується на комплексному підході і є дуже важливою

задачею спрямованою на покращення їхнього фізичного, психологічного та соціального благополуччя.

Важливу роль в цьому відіграють реабілітаційні госпіталі та програми.

Основні аспекти комплексного відновлення включають:

1. Медична реабілітація яка включає в себе хірургічні, ортопедичні втручання, протезування кінцівок та органів, стоматологічна допомога.

2. Фізична реабілітація: цей аспект орієнтований на відновлення фізичного здоров'я. Він складається з фізичної терапії, лікувальної фізкультури, механотерапії, масажу, фізіотерапії та інших методів відновлення фізичних функцій.

3. Психологічна підтримка: Військовослужбовці можуть отримати травматичні досвіди, посттравматичний стресовий розлад та інші психологічні проблеми. Психологи, психіатри та психотерапевти надають консультації та проводять індивідуальну і групову терапію, яка допомагає їм вирішити ці питання.

4. Соціальна реабілітація: Цей аспект спрямований на інтеграцію та адаптацію військовослужбовців в цивільне життя. Включає в себе підтримку у пошуку роботи, навчанні новим навичкам або підвищення кваліфікації з метою соціальної адаптації.

5. Медична допомога та реабілітація сімей: Родини військовослужбовців також можуть потребувати допомоги та підтримки, особливо у випадках, коли члени сім'ї також постраждали внаслідок конфлікту.

Сучасні програми реабілітації враховують індивідуальні потреби військовослужбовців і можуть здійснюватися в спеціалізованих центрах, госпіталях або у військових установах. Важливо, щоб вони були адаптовані до конкретних потреб і можливостей військовослужбовців, щоб забезпечити їхнє успішне відновлення та інтеграцію в суспільство

ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ У ПРОГРАМАХ ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Григус І.М., Цейзер Т.В., м. Рівне, Навчально-науковий інститут охорони здоров'я Національного університету водного господарства та природокористування

Фізична активність – будь-який рух тіла, який забезпечують скелетні м'язи, і який вимагає витрат енергії. У поняття фізичної активності також входять активність у вільний час, повсякденна і професійна активність.

Фізична активність у осіб із кардіореспіраторними захворюваннями значно знижена, вони менше часу витрачають на ходьбу, порівняно зі здоровими людьми. Однією з найбільш поширених скарг пацієнтів є те, що вони не можуть завершити діяльність, яку люблять виконувати. За даними American Lung Association, опитування показало, що 51 % із них обмежені у своїй здатності функціонувати на роботі, 70 % заявили, що обмежують власну фізичну активність, для 56 % домашні справи є проблемою, 50 % мають проблеми зі сном, 53 % почуваються обмеженими в соціальній діяльності.

Головним симптомом, який знижує можливість витримувати фізичне навантаження цими хворими, є задишка.

Одним з основних завдань фізичної терапії є сприяння збільшенню їхньої фізичної активності та підтриманню фізичної активності на достатньому рівні після завершення програми легеневої реабілітації.

Втілення мети щодо збільшення рівня фізичної активності в осіб із кардіореспіраторними захворюваннями може починатись із найпростіших кроків, поступово досягаючи необхідної інтенсивності й рівня. Таким алгоритмом дій для пацієнтів у міру зростання складності втілення є:

1) зменшити час, проведений сидячи (найбільш реальне завдання). Більша участь у фізичній активності, наприклад, повільна ходьба зменшує ризик госпіталізації з приводу дихальних процесів;

2) будь-яка фізична активність – це краще, ніж нічого не робити. Регулярна фізична активність рекомендована для всіх людей із кардіореспіраторними захворюваннями на рівні, який не відрізняється від рекомендацій для «здорового» населення;

3) фізична терапія (у тому числі дихальні вправи).

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

*Зарічнюк І.Р., Навчально-науковий інститут охорони здоров'я
Національного університету водного господарства та природокористування,
м. Рівне, Україна*

Сучасні воєнні події на території України серйозно впливають на психоемоційний та фізичний стан населення. Війна значно погіршує якість життя, сприяючи виникненню труднощів у житті та професійній діяльності.

Саме під впливом стресових та емоційних подій м'язи шиї постійно перебувають в стані напруження. Це пояснює актуальність проблеми остеохондрозу шийного відділу хребта.

Остеохондроз шийного відділу хребта став значущою медичною проблемою в сучасному світі, обумовленою низкою факторів, включаючи малорухливий спосіб життя та психоемоційний стан. Дослідники сьогодення безспідставно вважають, що шийний остеохондроз – це не захворювання, а пристосувальна реакція хребта на неправильний розподіл навантажень, що виникає під час рухів. Недостатня фізична активність (гіподинамія) може спричинити збільшення статичного навантаження на шийний відділ хребта та сприяти розвитку болю, дискомфорту, і обмеженню рухів.

Розробка та застосування сучасних засобів та методів фізичної терапії для лікування та профілактики остеохондрозу шийного відділу хребта стає надзвичайно важливою, оскільки вони можуть поліпшити стан пацієнтів, зменшити ступінь обмеження їхньої функціональності, покращити професійну діяльність та якість життя.

В сучасному підході до лікування остеохондрозу шийного відділу хребта робиться акцент на використанні різноманітних засобів та методів фізичної терапії, до них входять: терапевтичні вправи, постізометрична релаксація, міофасціальний реліз, лікувальний масаж, ударно-вібраційна терапія, масаж Гуаша. Вони підбираються з урахуванням вираженості симптомів, стадії захворювання, причин його виникнення та індивідуальних особливостей пацієнта.

Таким чином, усі вищеописані методи інтегруються в сучасній схемі фізичної терапії для ефективного лікування остеохондрозу шийного відділу хребта, допомагаючи пацієнтам відчувати комфорт та покращити їх працездатний стан та якість життя.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК

*Крук І.М., Національний університет водного господарства та природокористування. Навчально-науковий інститут охорони здоров'я,
м. Рівне, Україна*

Наближення перемоги, деокупація регіонів України, розмінування територій даються надзвичайно важкою та страшною ціною. Щодня наші Збройні Сили завдають ударів окупанту, відбивають російські штурми і рухаються вперед. Причинно-наслідковим зв'язком цих дій є зростання великої кількості поранених з мінно-вибуховими травмами, які призводять до втрати сегмента кінцівки.

Важливим питанням є реабілітація бійців після ампутації нижньої кінцівки. На сьогодні проблема залишається складною та актуальною в силу багатофакторності аспектів. Внаслідок ампутації людина обмежується в пересуванні, самообслуговуванні, знижуються резервні можливості організму, обмежується життєдіяльність, виникають порушення постави та розлади емоційної сфери.

Важливою складовою реабілітації є фізична терапія, яка допомагає військовим відновити рухову активність, самостійність та якість життя після ампутації. Вона спрямована на поліпшення мобільності, сили, балансу та координації, а також на навчання використанню протезів та здійснення повсякденних дій, допомагає бійцям інтегруватись у суспільство.

Військовослужбовці, які постраждали від мінно-вибухових поранень кінцівок, часто потребують індивідуального підходу до реабілітації. Тому фізичні терапевти надають індивідуальні програми вправ та процедур, які спрямовані на відновлення максимально можливої функціональності. Окрім цього, реабілітація включає засоби для зменшення болю, покращення кровообігу, зменшення запалення та прискорення загоєння ран, а саме: лікувальну гімнастику, масаж і фізіотерапевтичні процедури.

Отже, основним завданням реабілітації є відновлення функції самостійної ходьби, яка досягається шляхом забезпечення пацієнта протезно-ортопедичними виробами і навчання користуватися ними у повсякденному житті.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ ІЗ СИНДРОМОМ КОМП'ЮТЕРНОЇ ШИЇ

Нестерчук Н.Є., Національний університет водного господарства та природокористування, м. Рівне

Вступ. У сучасному світі населення, незалежно від віку, активно користується комп'ютерами, мобільними телефонами, планшетами, не усвідомлюючи негативний вплив тривалого перебування у вимушеній позі на організм. Тривале користування комп'ютером, гаджетами призвело до виникнення синдрому комп'ютерної шиї або синдрому текстової шиї («Text neck»).

Мета дослідження – визначити основні компоненти фізичної терапії осіб із синдромом комп'ютерної шиї.

Результати дослідження. Довготривале статичне положення, коли людина звикає постійно нахилятися до екрана комп'ютера, ноутбука або мобільного, щоб краще роздивитися написане, не повертаючись в нормальне, фізіологічне положення, сприяє формуванню синдрому комп'ютерної шиї. Для прояву синдрому комп'ютерної шиї характерні: біль (голови, шиї, плечей, спини), втома, обмежений діапазон рухів, оніміння, поколювання, м'язова слабкість одних м'язів та спастика інших. Враховуючи характерні симптоми, фізична терапія має бути спрямована на: зменшення, до повного зникнення болю, покращення функціонального стану хребта, зміцнення м'язів та нормалізацію їхнього тонусу, збільшення рухливості хребта, мотивацію до збільшення рухової активності, як наслідок, покращення функціонального та психоемоційного стану, ментального здоров'я та якості життя в цілому. Фізична терапія має включати: терапевтичні вправи, лікувальне положення, кінезіотейпування, постізометричну релаксацію, реабілітаційний масаж, медовий масаж та східні методи оздоровлення (масаж: Гуа Ша, Ток Сен, Ребозо, тайський терапевтичний, тайський стретчинг), які сприяють відновленню всіх систем організму, розслабленню, поверненню рухливості хребта, розвитку гнучкості.

Висновки. Фізична терапія осіб із синдромом комп'ютерної шиї має бути комплексною, її компоненти мають підбиратися індивідуально під кожного пацієнта для зменшення або усунення всіх характерних симптомів та ознак.

ПОКРАЩЕННЯ РІВНЯ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТОК З СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Ніколенко О.І., м. Рівне, Національний університет водного господарства та природокористування, Навчально-науковий інститут охорони здоров'я

Вегето-судинні дисфункції є однією з актуальних проблем сучасної

медицини. Це обумовлено багатьма чинниками, і перш за все значною поширеністю вегетативних порушень. Як свідчать дані літератури, вегетосудинні дисфункції зустрічаються в загальній популяції дитячого населення більш ніж в 20% випадків. Оскільки вегетативну іннервацію має кожен орган, первинне порушення функції вегетативної нервової системи спочатку обумовлює розвиток функціональних розладів (таких як судинні дисфункції, функціональні кардіопатії, дискінезії жовчовивідних шляхів), які згодом з високою ймовірністю призводять до розвитку органічної патології.

В результаті вегетативної дисфункції порушується іннервація внутрішніх органів, що обумовлює появу дискінезії шлунково-кишкового тракту, порушень серцевого ритму і провідності, судинних дистоній. Доведено, що при пошкодженні та роздратуванні структур вегетативної нервової системи в різних органах виникають стереотипні морфологічні зміни (спазм судин, дистрофія), пов'язані з виділенням медіаторів (норадреналін, адреналін, серотонін), гормонів кори надниркових залоз, біологічно активних речовин. Ці гуморальні зміни у свою чергу посилюють вегетативний дисбаланс.

Вегетативна дисфункція характеризується змінами вегетативної реактивності та вегетативного забезпечення діяльності, що в свою чергу викликає порушення обміну речовин.

Застосування терапевтичних вправ та фізичної реабілітації корисне для студенток із синдромом вегетативної дисфункції, оскільки це сприяє покращенню функції автономної нервової системи, зменшує стрес, підвищує фізичну та психологічну стійкість, покращує роботу серця та знижує симптоми, такі як головний біль, безсоння та втома. Це допомагає студенткам покращити якість життя та успішність навчання.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ В ГОСТРИЙ ПЕРІОД ЛІКУВАННЯ ОПІКОВОЇ ХВОРОБИ

Кирик О.О., Нестерчук Н.Є., Національний університет водного господарства та природокористування, м. Рівне

Вступ. Одним із основних завдань стаціонарного лікування є повне виведення із шоку, забезпечення профілактики контрактур та рубцеутворення. Залежно від розміру та тяжкості опікової травми ця стадія може тривати від кількох днів до кількох місяців.

Мета дослідження – визначити основні компоненти фізичної терапії осіб у гострий період лікування опікової хвороби.

Результати дослідження. Залежно від частини тіла, де відбулась опікова травма розрізняють наступні положення пацієнта, щоб попередити контрактири відповідних ділянок:

Передня частина шиї - загроза виникнення згинальної контрактури шиї, втрата контурів та розгинання шиї. Рекомендовано: шия в розгинанні;

задня частина шиї - розгинальна контрактура шиї. Втрата згинання та інших рухів. Голова в згинанні. Сидячи/лежачи з подушкою за головою;

пахвова западина - привідна контрактура. Лежачи/сидячи з розведеними руками. Лежачи на животі;

передня частина ліктя - згинальна контрактура. Розгинання ліктя;

пах - привідна контрактура промежини. Лежачи на животі, ноги витягнуті, розведені, без подушки під колінами в лежачому положенні, обмеження сидіння/лежачи на боці;

задня частина коліна - згинальна контрактура колінного суглоба. Тривале сидіння/лежання на спині, відсутність подушки під колінами;

обличчя - різновид: неможливість відкрити/закрити рот/повіки. Регулярна зміна виразу. М'які булочки можна вставляти в рот.

Висновки. Фізична терапія осіб з опіковою хворобою, під час гострої стадії повинна збігатися з розкладом прийому знеболюючих препаратів, щоб зменшити вплив болю під час виконання терапевтичних вправ. Необхідно застосовувати лікувальні позиції (положення) під час опікової хвороби, для попередження зростання післяопікових рубців, появи деформації та контрактур.

ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ТРАВМ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА

Ніколенко І.М., м. Рівне, Національний університет водного господарства та природокористування, Навчально-науковий інститут охорони здоров'я

За останні двадцять років в Україні статистика невиробничого травматизму має позитивну динаміку, а спортивні травми, сягають 10% від загальної кількості, що є проблемою, яку необхідно вирішувати на початковій стадії.

Локалізація спортивних травм у різних видах спорту має свою специфіку. Однак найбільше навантаження отримують верхні й нижні кінцівки. Для нижніх кінцівок найбільш травмонебезпечним видом спорту є футбол, де загальна кількість пошкоджень досягає 76,7 %, для верхніх – спортивна гімнастика з показником 54,5 %.

Найчастіше втрата працездатності відзначається при ушкодженнях ліктьового суглоба. У результаті пошкоджень виникають як анатомічні, так і функціональні порушення, які обмежують спортсмена не лише у професійній діяльності, а й у сфері самообслуговування, забезпечення побутових потреб.

На думку вітчизняних і зарубіжних авторів (Тодд С. Елленбекера, Едуарда Дорошенка та ін.), завданням фізкультурно-спортивної реабілітації спортсменів є відновлення як загальної, так і спеціальної працездатності.

Під час фізкультурно-спортивної реабілітації засоби комбінуються таким чином, що взаємно підсилюють і доповнюють дію один одного на організм спортсмена.

Основними засобами реабілітації спортсменів після травми ліктьового суглоба є: ударно хвильова терапія, кріотерапія, магнітне поле, кінезітерапія, кінезіотейпінг, масаж, терапевтичні вправи.

Важливу роль відіграє різноманітність використовуваних засобів відновлення, що об'єднуються в комплексні програми. Чим вони багатогранніші, тим вища їх ефективність, оскільки вони діють на різні механізми регуляції організму спортсмена (гуморальні, імунні, нервові, функціональні).

Головним завданням фізкультурно-спортивної реабілітації, окрім відновлення анатомо-функціональних властивостей пошкодження ліктьового суглоба, є підтримання загальної та спеціальної працездатності.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ЯК СКЛАДОВА САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ У РЕМІСІЇ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Шановалова Г. А., Бойко А.С., Національний університет фізичного виховання і спорту України, м. Київ

Як метод лікування фізична терапія (ФТ) є частиною комплексної терапії. Її застосовують на всіх етапах реабілітації як у гострі періоди хвороби, так і на завершальних, постстаціонарних і санаторно-курортних, успішно поєднують із медикаментозною терапією та з різними фізіотерапевтичними методами лікування.

Аналіз даних літератури та результатів власних досліджень показав, що найбільш оптимальним є застосування ФТ для дітей у періоді ремісії онкологічних захворювань з наступними супутніми захворюваннями.

Неревматичні кардіоміопатії - сприяє економізації роботи серця в умовах фізичного навантаження та розвантаження.

Синдром вегетативно-судинної дисфункції - сприяє полегшенню периферійного кровообігу, тренуванню гемодинамічних реакцій, полегшенню притоку венозної крові до серця, притоку крові до головного мозку.

Астеноневротичний синдром - сприяє виникненню рівноваги та рухомості нервових процесів, нормалізації порушених соматичних, психічних та вегетативних функцій

Захворювання органів дихання - сприяє поліпшенню регуляції респіраторної функції. За рахунок спеціальних вправ та систем тренування можливо змінювати у необхідних межах найважливіші параметри легеневої вентиляції та кисневий режим.

НЕВРОЛОГІЯ, НЕЙРОХІРУРГІЯ, ПСИХІАТРІЯ

РЕГУЛЯТОРНІ МЕХАНІЗМИ ДІЯЛЬНОСТІ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Карабаєв Д.Т., Теленгатор О.Я., м.Київ, Київський медичний університет

Робота головного мозку дуже складна. Мозок виконує велику кількість функцій. Як же регулюються всі ці функції, як вибирається потрібна в даний момент функція? Деякі функції не залежать від контролю людини. В той же час,

людина постійно вирішує, що їй зробити(чи не зробити).В головному мозку постійно відбувається багато біохімічних реакцій. Що об'єднує, регулює всі ці окремі системи, морфологічні утворення, біохімічні речовини і реакції? Відомо, що інтегруючими механізмами роботи головного мозку є ретикулярна формація, аміноспецифічні нейрони стовбура, лімбічна система,пам'ять,третичні зони кори,асоціативні волокна. Можна думати, що формування цілісної роботи головного мозку відбувається за типом ланцюгової естафетної реакції, коли одне внутрішньомозкове утворення, система включає в роботу інші, одна біохімічна (електробіохімічна) реакція включає в роботу іншу і т.д.. Ймовірно, все це засновано на принципах фрактальної геометрії (теорія хаосу Бенуа Мандельброта) Ми вважаємо, що кожна людина створює свій індивідуальний інформаційно-енергетично-морфофункціональний когнітивний континуум. Принцип його роботи полягає в багатоканальному, багатоплощинному, багатовекторному функціонуванні головного мозку з постійною зворотною аферентацією, естафетною передачею нервових імпульсів, постійним контролем за використанням, як окремих когнітивних функцій, так і всього головного мозку в цілому, постійним динамізмом гнучких нервовопсихічних зв'язків, заснованих на жорстких зв'язках, постійним пристосуванням до навколишнього зовнішнього світу.

СОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЛЕГКУ ЗАКРИТУ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВУ ТРВМУ(ЛЗЧМТ)

Теленгатор О.Я., м. Київ, Київський медичний університет

ЛЗЧМТ складає основну частину церебрального травматизму. Наслідки ЛЗЧМТ досягають 50 – 70% випадків. Під нашим наглядом були 210 хворих у віці від 18 до 75 років(127 чоловіків і 83 жінки), які перенесли ЛЗЧМТ. Всі пацієнти були поділені на 2 групи: І – 110 хворих. Дотравматичний анамнез у них був необтяжним. ІІ групу склали 100 людей. Вони до ЛЗЧМТ страждали на дисциркуляторну енцефалопатію І та ІІ ст. на фоні артеріальної гіпертензії, церебрального атеросклерозу. Строки обстеження складали від 1 місяця до 20 років. Основним був строк в 1 рік після ЛЗЧМТ, який дозволяв говорити про віддалений період. Хворим виділеної нами І групи інвалідність 3 групи була встановлена в 4%, 2 групи – в 1%, 1 групи – в 0% випадків. В ІІ групі інвалідність 3 групи отримали пацієнти в 3%, 2 групи – в 11%, 1 групи – в 1% випадків. Виробнича кваліфікація знизилася в І групі в 20% випадків, в ІІ групі – в 35%. Рівень соціальної адаптації в І групі в катанезі був наступним: 1 рівень(без зниження) був в 74% випадків, 2-й – в 23%(помірне зниження), 3-й(виражене зниження) – в 4%. В ІІ групі: 1 рівень був в 44%, 2-й рівень – в 34%, 3-й – в 22% випадків. Сімейні зв'язки хворих І групи були більш стійкими, ніж у хворих ІІ групи. Розлучення в сім'ї у хворих І групи через 5 років після ЛЗЧМТ не відмічені, в ІІ групі вони відмічені в 22% випадків. Хворі ІІ групи на 27% випадків частіше, ніж хворі І групи, міняли місце роботи, менше намагалися побудувати свою виробничу кар'єру, частіше відмічали незадоволеність своєю

роботою. Отримані результати можуть представляти інтерес для практичних лікарів при нагляді і лікуванні пацієнтів, які перенесли ЛЗЧМТ.

СОН: ТРИГЕР, СИМПТОМ І ЛІКУВАННЯ МІГРЕНІ

Боженко Н.Л.,¹ Боженко О.Б.,² Боженко М.І.¹

- 1. м. Львів, Львівський національний університет імені Данила Галицького.*
- 2. м. Львів, Комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний психоневрологічний диспансер»*

Коли справа доходить до мігрени, сон — це майстер на всі руки. Поганий сон може бути як тригером, так і симптомом мігрени, тоді як якісний сон може допомогти в лікуванні нападу мігрени. Сон є тригером, коли він нерегулярний: або занадто мало, або занадто багато сну в різні години може посилити мігрень. Проте, коли хтось має напад, сон може бути корисним для лікування. У звіті про головний біль зазначено: «Порушення регуляції сну (наприклад, депривація сну, надмірний сон, порушення або переривання сну) тепер визнано одним із найбільш поширених тригерів гострого головного болю серед пацієнтів із мігренню та головним болем напруги». Результати кількох наукових досліджень свідчать, що безсоння, а також відсутність відчуття бадьорості після пробудження можуть спричиняти мігрень.

Про взаємозв'язок між нападами мігренозного болю і сном знали ще в другій половині 19 сторіччя. Перша публікація, присвячена цій темі вийшла в 1873 році і називалася «Ефект сну на полегшення головного болю». У середині 20 сторіччя вчені виявили, що деякі фази сну (зокрема, фази швидкого сну) імовірно посилюють (або провокують) напади головного болю.

Отже, сон може як полегшити головний біль, так і спровокувати його. У ролі «полегшувача» сон часто виступає при нападах мігрени. Якщо хворому вдалося заснути, то больові відчуття проходять. У той же час існує й інша форма мігрени — так звана «мігрень вихідного дня», коли біль виникає після пробудження і є наслідком надлишку сну. Треба зазначити, що і нестача сну також негативно відбивається на нервовій системі і може призводити до ранкових головних болів.

Недавні дослідження показали, що напади головного болю найчастіше виникають в період швидкої фази сну, тривалість якої у пацієнтів з мігренню скорочена. При больових атаках в нічний час пацієнти з мігренню, зазвичай, бачать драматичні і страхітливі сни, однак сновидіння не є каталізаторами мігренозних нападів. Напад може перервати сон хворого, але не позбавляє людину сну на всю ніч. У дослідженні, опублікованому в журналі *Headache*, вчені провели детальне опитування про особливості сну 147 жінок із трансформованою мігренню. На запитання, чи були вони бадьорими або, навпаки, втомленими при пробудженні, жодна не повідомила, що відчувала бадьорість, і більше 80% учасниць дослідження відповіли, що, прокинувшись, почувалися втомленими. Також серед цієї групи були поширені скарги на проблеми зі сном.

У другому дослідженні, присвяченому особливостям сну та мігрені, також опублікованому в журналі *Headache*, його автори надали вагомі докази того, що правильна гігієна сну зменшує як частоту, так і інтенсивність головного болю при мігрені. Більшість людей проходять близько шести циклів сну з приблизно чотирма стадіями сну, плюс так звана стадія «швидкого руху очей». Найглибші стадії сну (стадії 3 та 4) необхідні для вироблення достатньої кількості серотоніну та дофаміну, які є нейромедіаторами. Обидва нейромедіатори, за наявності в мозку у достатній кількості, є запорукою гарного самопочуття і відповідного настрою, забезпечують адекватний обмін сигналами між клітинами мозку, і рівень обох цих речовин у тканинах мозку залежить від того, чи був сон достатнім. Водночас зниження рівня серотоніну та дофаміну пов'язане з поганим сном або проблемами з засинанням. Однією з причин пробудження з головним болем є те, що швидкий сон є найглибшим безпосередньо перед пробудженням. А проблеми зі сном можуть зумовлювати мігрень, спричиняючи нестабільність рівня серотоніну та зниження рівня дофаміну. Антидепресанти, зокрема селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), можуть допомогти стабілізувати рівень серотоніну та блокувати розвиток мігрені. Ці лікарські засоби іноді використовують для превентивного лікування мігрені. З цієї ж метою зараз можуть рекомендуватись антиконвульсанти з протитривожним ефектом (наприклад прегабалін). Останній може сприяти нормалізації сну, особливо при наявності тривожного розладу – стану, який достатньо часто супроводжує мігрень.

Хоча багато біологічних процесів можуть бути пов'язані з мігренню, на ці проблеми, зокрема, безпосередньо впливає мелатонін. Так мелатонін впливає на циркадні ритми. Ви коли-небудь помічали, що використання пристроїв уночі заважає сну? За це відповідає шишкоподібна залоза, яка виділяє мелатонін. Мелатонін схожий на біологічного вампіра, який вивільняється в темряві і відступає на світлі. Він керує нашими циклами сну та неспання, також відомими як циркадні ритми, процес, який підвищує пильність вдень і сонливість вночі. Коли ця система функціонує оптимально, ми можемо функціонувати добре. На жаль, у людей з мігренню циркадні ритми можуть порушуватися, і вивільнення мелатоніну може сповільнюватися. Проте, оптимізуючи час вивільнення мелатоніну, ми потенційно можемо зменшити ризик нападів мігрені, викликаних порушеннями циркадного ритму. Щоб допомогти відновити циркадні ритми до оптимального функціонування, потрібно збільшити перебування під природнім світлом протягом дня та уникати синього світла перед сном. Сприяючи гормональному балансу, мелатонін може допомогти зменшити ймовірність виникнення мігрені, пов'язаної з гормонами. Мелатонін має й протизапальну дію. Мігрень і запалення - це тісно пов'язана пара, яка сприяє неврологічним розладам. Тригеміно-васкулярна система починає діяти, коли виникає нейрогенне запалення. У результаті білок під назвою пептид, пов'язаний з геном кальцитоніну (CGRP), наповнює сусідні кровоносні судини, викликаючи розширення та дискомфорт. Одним із способів протидії цьому запальному каскаду є мелатонін, який регулює вивільнення CGRP. За допомогою цієї

модуляції мелатонін може перешкоджати активації трійчастого нерва та мігрені. Діючи як антиоксидант, мелатонін подвоює свої протизапальні властивості. Зменшуючи запалення та окислювальний стрес, мелатонін може допомогти запобігти або зменшити тяжкість нападів мігрені. Люди з хронічною мігренню мають нижчий рівень мелатоніну, ніж люди без хронічної мігрені. Крім того, зниження рівня мелатоніну корелює з наявністю тривоги та депресії, станів, які часто супроводжуються мігренню.

Незалежно від того, страждає людина від мігрені, чи ні, сон, який не забезпечує відновлення організму, та порушення денної функції є проблемою для мільйонів людей. Проблеми сну не тільки руйнують настрій та погіршують здатність приймати рішення, але й також призводять до відчуття нездужання, поганої концентрації уваги та інших розладів.

Чи здатне покращення сну припинити напади мігрені? Хоча ніхто не може гарантувати, що покращення сну призведе до зменшення частоти нападів мігрені, існує кілька практичних способів контролювати проблеми зі сном.

Протягом чотирьох тижнів щодня необхідно слідкувати за особливостями сну та частотою виникнення мігрені. Використовуючи спеціальний календар або щоденник, записувати, як спали щоночі, та фіксувати у щоденнику, чи спостерігалася мігрень. Старанно вивчивши свої записи за чотири тижні, можна визначити характер проблем зі сном, які спричиняють мігрень. Навіть якщо не буде помічена закономірність, потрібно продовжувати роботу над покращенням свого сну, щоб почуватися краще та бути сконцентрованим і продуктивнішим на роботі та вдома. Проблеми зі сном також часто зустрічаються у хворих на фіброміалгію (50% до 75% пацієнтів), яка характеризується сильним болем у м'язах, втомою, тривожністю та депресією.

Якщо лікар підозрює такі проблеми зі сном, як «сонне апное», синдром неспокійних ніг або інші порушення сну, він може порекомендувати дослідження сну, або полісомнографію. Проводячи дослідження сну, лікарі-сомнологи оцінюють особливості сну пацієнта. Вночі, коли пацієнт спить, лікарі проводять різні дослідження, включаючи електроенцефалограму (ЕЕГ), яка контролює електричну активність мозку, визначають рівень кисню у крові, глибину дихання та інші фізіологічні функції.

Як можна подолати проблеми зі сном при мігрені? Це питання часто виникає у наших пацієнтів та є важкою проблемою для лікаря. Прийом певних ліків, стрес та надмірний шум можуть впливати на щоденні ритми життя, настрій та сон. Необхідно, щоб хворий оцінював свої повсякденні звички та гігієну сну, щоб переконатися, що організм підготований до відпочинку. У цьому можуть допомогти прості поради.

- Перед тим, як лягати спати, треба забезпечити умови, необхідні для повноцінного відпочинку: вимкнути світло, телевізор і комп'ютер.
- Виключити кофеїн зі свого раціону.
- Спробувати регулярно робити фізичні вправи вранці або вдень (але не безпосередньо перед сном, бо фізичне навантаження може діяти як сильний збудник).

- Вечеряти варто щонайменше за три години до того, як лягати спати. Деякі фахівці рекомендують споживати перед сном продукти харчування з високим вмістом вуглеводів, наприклад, крупи та молоко, або булочку, що сприятиме засинанню завдяки підвищенню рівня серотоніну.

- Як природний профілактик можна приймати мелатонін за 1-2 години до сну.

Але, перш за все, пацієнт має звернутися до лікаря, який проконсультує щодо змін способу життя та прийому лікарських засобів, які зможуть допомогти впоратися з мігренню та покласти край проблемам зі сном.

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, ВІРУСОЛОГІЯ, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА КАШЛЮК НА ЛЬВІВЩИНІ

Іванченко Н.О., ДУ «Львівський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»

Кашлюк залишається проблемою охорони здоров'я більшості країн світу. Було проаналізовано екстрені повідомлення Ф 058/о та державну статистичну звітність Ф1 «Звіт про окремі інфекційні а паразитарні захворювання». За 9 місяців 2023 року_ зареєстровано 42 випадки захворювання на кашлюк проти 1 за аналогічний період 2022 року. До 1 року - 16 (42,9%); 1-4 роки – 8 (17,1%); 5-9 років – 10 (20,0%), 10-14 років – 7 (20,0%). Лабораторно (серологічно) підтверджено 16 випадків – 38%. Зареєстровано 1 летальний випадок у дитини віком місяць, не вакцинованої згідно віку. В домашньому осередку контактних 5 осіб, 2 дітей. При бактеріологічному обстеженні контактних збудник кашлюку не виявлено. Контактним призначено хіміопротекцію (азитроміцин). Вакцинальний статус хворих на кашлюк: не щеплені – 22 дітей (53,7%), щеплені з порушенням Календаря – 19 (46,3%) . В осередках кашлюку зареєстровано 190 контактних, з них обстежено бактеріологічним методом – 122 осіб, у т. ч. 88 дітей, 95,2% від числа тих, що підлягали, результати від'ємні. Профілактичне лікування отримали лише 12,1% контактних. Випадки зареєстровані у Яворівському (11), Львівському (7), Стрийському (6), Золочівському (4), Червоноградському районі (4), Дрогобицькому районі (2) та Самбірському (1) районах. Враховуючи реєстрацію захворювання на кашлюк серед не вакцинованих дітей або з порушенням Календаря профілактичних щеплень, реєстрацію летального випадку у немовляти, підвищена настороженість щодо кашлюку серед медичних працівників та активна промоція вакцинації є пріоритетним завданням медиків Львівщини.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ГЕПАТИТАМИ В І С В РІВНЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ

*Хоронжєвська І.С. Мартинюк Г.А., Мороз В.О., Воробей О.В., Гуцук І.В.,
Сафонов Р.В.*

*м. Острог, кафедра громадського здоров'я та фізичного виховання
Національного університету "Острозька академія"*

*м. Рівне, ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб
МОЗ України» (ДУ «Рівненський ОЦКПХ МОЗ»)*

На шляху до елімінації вірусних гепатитів В і С до 2030 р. передбачено зниження рівня їх захворюваності на 90% порівняно з базисним індикаторним показником (ІП) 2015 р.

Дослідження проводили в ДУ «Рівненський ОЦКПХ МОЗ», де аналізували захворюваність гострими гепатитами В (ГГВ) і С (ГГС) та вперше виявленими хронічними гепатитами В (ВВ ХГВ) і С (ВВ ХГС) населення Рівненської області за період 2015-2022 рр. Результати спостереження показали, що загальна захворюваність ГГВ у 2015 р.в становила 3,46 випадки на 100 тисяч населення ($3,46 \text{ }^0_{/0000}$), у 2022 р. цей показник знизився на 21,4% до $2,72 \text{ }^0_{/0000}$. Захворюваність ГГС в регіоні за цей період зросла на 14,7% і становила відповідно $0,95 \text{ }^0_{/0000}$ (2015 р.) та $1,09 \text{ }^0_{/0000}$ (2022 р.). Показник інцидентності ВВ ХГВ у 2022 р. реєструвався на рівні $1,45 \text{ }^0_{/0000}$, що на 62,7% нижче вихідного ІП 2015 р. ($3,89 \text{ }^0_{/0000}$). Захворюваність ВВ ХГС у 2022 р. становила $3,89 \text{ }^0_{/0000}$, що на 60,2% нижче вихідного ІП 2015 р. ($9,78 \text{ }^0_{/0000}$). Проте вищі рівні захворюваності ГГВ у 2022 р. відмічались у Зарічненській громаді, показник - 8,52, Рокитнівській - 5,17, Володимирецькій - 4,56, Дубенській - 4,46, Рівненській - 4,35, м. Вараш - 4,63, хворі ВВ ХГВ більше виявлялись у Костопільській громаді - 4,69, Березнівській - 4,68, Рівненській - 2,17. м. Вараш - 4,63. Вищі рівні захворюваності ГГС у 2022 р. відмічались у Дубенській громаді - 8,91, Радивилівській - 2,72, Млинівській - 2,69, м. Вараш - 2,32, м. Рівне - 1,65, захворюваність ВВ ХГС виявлялись у м. Вараш, показник - 30,12, Дубенській громаді - 6,68, Костопільській - 6,26, Радивилівській - 5,44, Рівненській - 4,35, м. Рівне - 4,94.

Висновок. З метою забезпечення виконання заходів стратегії елімінації вірусних гепатитів В і С до 2030 року необхідно систематично проводити аналіз індикаторних показників в цілому по області, а також по окремих районах і закладах охорони здоров'я.

**ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ЗА ПОШИРЕНІСТЮ ВІЛ-
ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД ЛЮДЕЙ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ НАРКОТИЧНІ
ПРЕПАРАТИ ІН'ЄКЦІЙНО, У ВОЛИНСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

*Гринішин А.Л., м. Луцьк, ДУ «Волинський обласний центр контролю та
профілактики хвороб МОЗ України»*

В період військової агресії РФ проти України проблема немедичного зловживання наркотичними речовинами серед осіб, які застосовують наркотичні

препарати ін'єкційно (ЛВНІ), набуває різкого зростання. Найбільш непокоїть той факт, що вживають наркотики саме молоді люди. Внутрішньовенне ведення наркотичних речовин призводить до ризику інфікування ВІЛ-інфекцією, гепатитом В та С, сифілісом через часте використання однієї голки декількома особами. Метою роботи було проаналізувати стан виявлення маркерів ВІЛ-інфекції серед ЛВНІ у Волинській області. Дослідження проводили в ДУ «Волинський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України», вивчали статистичні дані структурного підрозділу «Волинський центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» протягом 2022 р. Результати дослідження показали, що найпоширенішим у Волинській області вже багато років залишається споживання опіатів – 90% ЛВНІ, ін'єкційно використовують кущовий «хімшир», близько 7% – стимулятори, решта 3% – вживають наркотик перорально, нюхають або курять. В останній час все рідше трапляються ЛВНІ, які практикують моновживання, частіше всього, споживачі змінюють види наркотиків: якийсь період переважає опіати, потім вживають стимулятори, і навпаки. За даними Структурного підрозділу «Волинський центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» КП «Волинська обласна інфекційна лікарня Волинської обласної ради» протягом 2022 року в області із 164 обстежених на ВІЛ-інфекцію ЛВНІ виявлено серологічні маркери ВІЛ-інфекції у 12 (7,3%) осіб.

Висновок. Зловживання наркотичних препаратів ін'єкційно у Волинській області призвело до інфікування ВІЛ-інфекцією 7,3% ЛВНІ.

МОЛЕКУЛЯРНА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА ЇЇ РОЛЬ У СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Хоронжєвська І.С., Гуцук І.В., Сафонов Р.В.

*м. Острого, кафедра громадського здоров'я та фізичного виховання
Національного університету "Острозька академія"*

*м. Рівне, ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб
МОЗ України»*

Молекулярна епідеміологія — розділ медицини, що швидко розвивається і характеризується синтезом методологічних підходів класичної епідеміології й молекулярної біології.

Метою роботи було проаналізувати структуру досліджень методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) в ДУ «Рівненська обласна санітарно - епідеміологічна станція», сьогодні ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ» для епіднагляду за небезпечними інфекціями на Рівненщині за 2007–2021 рр.

Дослідження проводили в лабораторії ПЛР, спочатку класичним методом ПЛР з електрофоретичною детекцією продуктів ампліфікації, а з 2009 року - в режимі реального часу на ампліфікаторі iQ5 Bio Rad (США). Результати дослідження показали, що ПЛР-лабораторія Рівненської обласної СЕС розпочала свою роботу в 2007 році, що забезпечило своєчасну ПЛР-діагностику пандемії

грипу А H1N1 pdm 29 жовтня 2009 року в Рівненській області та Україні, пандемії COVID-19 26 березня 2020 року, проведення молекулярно-біологічних досліджень на вірусні гепатити В і С та інші патогени на території області. Всього за період 2007-2021 роки в ПЛР-лабораторії було проведено 324083 досліджень, в тому числі на виявлення нуклеїнової кислоти (НК) вірусів грипу типів А,В - 7799 досліджень (що склало 2,41% від усієї кількості проведених досліджень), вірусу SARS-CoV-2 -286311 (88,34%) досліджень, вірусів гепатитів А,В,С - 2332 (0,72%). За цей період серед 647 досліджень було виявлено НК вірусів грипу типів А,В, у 98379 дослідженнях було діагностовано НК вірусу SARS-CoV-2, у 651 дослідженнях - НК вірусів гепатитів –В і С.

Висновок. ПЛР – діагностика на сучасному етапі є ефективним інструментом молекулярної епідеміології і відіграє важливу роль для організації виконання оперативних функцій системи громадського здоров'я.

ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ В КОМУНАЛЬНОМУ НЕКОМЕРЦІЙНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ «ОСТРОЗЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ» У 2013-2023 РОКАХ *Савчук Т.М.*

В.о. керівника відділу інфекційного контролю комунального некомерційного підприємства «Острозька багатoproфільна лікарня» Острозької міської ради Рівненського району Рівненської області, бакалавр громадського здоров'я, здобувач освітнього ступеня магістра за спеціальністю «Громадське здоров'я» Національного університету «Острозька академія»

Постановка проблеми.

Рівень поширення таких інфекцій характеризує та оцінює якість надання медичної послуги в закладі, та є не тільки медичною проблемою але й такою, що включає в себе правові, соціальні, економічні та наукові аспекти.

Актуальність. Відповідно до статистики Всесвітньої організації охорони здоров'я поширеність інфекцій пов'язаних з наданням медичної допомоги в країнах з високим рівнем розвитку становить від 5 до 7%, а з низьким – від 10 до 15% , та є причиною 10% смертності населення. Статистичні дані свідчать, що в Україні інфекції пов'язані з наданням медичної допомоги становлять 5-7 тисяч випадків щороку, але насправді кількість таких пацієнтів від 500 тисяч до 1 млн осіб.

Матеріали та методи: Дослідження проводилось на базі комунального некомерційного підприємства «Острозька багатoproфільна лікарня». Використані методи дослідження: епідеміологічний метод, системний аналіз, описовий та статистичні методи.

Результати. В ході дослідження проаналізовано дані епідемічного спостереження за гнійно – септичними інфекціями визначено, що фоновий рівень захворюваності на гнійно – запальні захворювання становить 55,9(середній рівень захворюваності 0,5). Визначено видовий спектр інфекційних агентів які спричиняли внутрішньоутробні інфікування, а саме

питому вагу збудників ставить *St.aureus* 28,5%, *St.Epider* – 35,7%, *E.coli* – 14,2%, *St.haemoliticus* – 14,2%, *Enterococcus* та *Acitenobacter* – 7,1%. Проведено вивчення результатів мікробіологічного моніторингу епідемічно значимих об'єктів та встановлено, що позитивні результати становлять лише 1,3%, питому вагу виявлених ізолятів складають *St.aureus* – 50%, БГКП – 13,6%, *Proteus inconstans* – 9,0%, *Enterobacter aerogenes* – 13,6%, *Klebsiella pneumonia* – 4,5%. Визначено особливості розвитку антибіотикорезистентності в закладі та впровадження системи профілактики інфекцій та інфекційного контролю відповідно до змін законодавства.

Висновки. Проведено обґрунтування ефективності інфекційного контролю та профілактики інфекцій пов'язаних з наданням медичної допомоги в комунальному некомерційному підприємстві «Острозька багатопрофільна лікарня» та запропоновано комплекс заходів.

ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ – ОДНА ІЗ ГЛОБАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ, ЯКУ НЕОБХІДНО ВИРІШИТИ ДО 2030 РОКУ

Юхимчук Ю.М., м.Острог, Національний університет «Острозька академія»

За даними ВООЗ 300 млн. людей інфіковані Вірусними гепатитами в світі. За даними МОЗ в Україні інфіковано гепатитом С- 1,3 млн., гепатитом В – понад 500 тисяч осіб. Щодня відбувається понад 8 тисяч нових випадків зараження гепатитом В та С в світі, це понад 5 заражень за хвилину. Про свій діагноз знає лише кожен десятий інфікований вірусом гепатиту. Основна проблема в тому, що більшість людей, які живуть з гепатитом не пройшли діагностику і не отримують лікування.

Вірусні гепатити створюють серйозну загрозу життю та здоров'ю населення України у період війни. Інфікування вірусними гепатитами В та С зростає в рази, оскільки вірус гепатиту передається через кров. Поранення, травми, контакти з кров'ю з невідомим статусом, несуть реальну загрозу як для військових, так і цивільних. Під час ведення бойових дій вражаються та руйнуються системи життєзабезпечення людей, погіршуються або взагалі зникають санітарно-побутові умови, доступ до чистої питної води та продуктів харчування, що збільшує вірогідність захворювання на вірусний гепатит А.

Україна співпрацюючи з ВООЗ ухвалила державну стратегію протидії ВІЛ – інфекції, туберкульозу та вірусним гепатитам до 2030 року та приєдналася до Глобальної стратегії до елімінації вірусних гепатитів. Головна ціль стратегії - запобігання та діагностика 90% вірусного гепатиту у людей, які хворіють на це захворювання і не знають про це, посилення епіднагляду та моніторингу. Також з 01 жовтня 2023 вступив в дію Закон України «Про систему громадського здоров'я», який сприятиме зміцненню здоров'я населення, запобіганню хворобам.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩИХ ХВОРОБ*Марічук О.В., м. Острог. Національний університет «Острозька академія»*

Соціально значущі хвороби відносяться до числа найбільш актуальних проблем у сучасній системі охорони здоров'я та становлять загрозу для здоров'я населення. Це хвороби, що мають не лише медичне, але й соціальне значення. Основні ознаки соціально значущих інфекційних хвороб це:

- масовість захворювання (високий рівень поширеності);
- високі темпи щорічного приросту кількості захворюлих;
- обмеження повноцінного функціонування хворого в суспільстві;
- небезпека для оточуючих (інфекційна).

Аналіз нормативно-методичних документів України та інших країн дозволив встановити, що деякі інфекційні хвороби водночас наявні в переліку особливо небезпечних та соціально значущих хвороб. До них відносять туберкульоз, ВІЛ, гепатити В та С. Хворі з зазначеною патологією являють безпосередню загрозу для здоров'я оточуючих, як джерела збудників інфекції. При цьому перебіг епідемічного процесу на теперішній час значною мірою обумовлений соціально-економічними змінами, що відбуваються в суспільстві. Всі ці інфекції несуть суттєвий тягар для системи охорони здоров'я та суспільства в цілому. Це обумовлюється тим, що більшість з цих захворювань спричиняють тимчасову або стійку втрату працездатності; потребують значних фінансових витрат на профілактику, лікування, реабілітацію (а деякі – терапії впродовж усього життя); негативно впливають на якість і тривалість життя та спричиняють передчасну смерть.

КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ**ДИСФУНКЦІЇ ІМПЛАНТОВАНИХ КАРДІОСТИМУЛЯТОРІВ: У
ФОКУСІ ТАКТИКА СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ТА КАРДІОЛОГА**

¹*Середюк Н.М.,* ¹*Середюк В.Н.,* ²*Матлах А.Я.,* ²*Петровський Р.В.,* ²*Процик В.Л.,*
²*Корольок В.Д.,* ²*Діденко О.С.,* ²*Гнатик М.Я.,* ¹*Деніна Р. В.,* ¹*Ванджюра Я.Л.,*
¹*Звонар П.П.,* ²*Кернякевич Г.В.,* ²*Андрійців З.С.,* ²*Гурик А.О.,* ¹*Скакун О.З.,*
³*М.В.Белінський*

м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет.
м. Івано-Франківськ, КНП «Обласний клінічний кардіологічний центр» ІФОР
м. Івано-Франківськ, МЦ «ФРАНКОМЕД»

Актуальність. Двокамерні електрокардіостимулятори (ЕКС) із функцією атріо-вентрикулярної модуляції (АВМ) є найбільш фізіологічними пристроями серед сучасних трансвенозних систем і натеper вважаються основним методом лікування брадиаритмій при дисфункціях синусового вузла, сино-атріальних, атріовентрикулярних блокадах та брадисистолічній фібриляції

передсердь Новітні технології електрокардіостимуляції, зокрема такі, як ресинхронізуєча серцева стимуляція (CRT-P/CRT-D), стимуляція лівої ніжки пучка Гіса (ЛНПГ) дистальніше місця блокади та безелектродна кардіостимуляція за допомогою систем Micra та Nanostim (прикріплюються до міокада) впроваджені в Україні, однак ще не набули широкого застосування в реальній клінічній практиці.

Мета: систематизувати найбільш часті ускладнення електрокардіостимуляції та розробити рекомендації щодо менеджменту пацієнтів із імплантованими кардіостимуляторами типу DDD/DDDR.

Матеріал та методи. В ретроспективне дослідження включено 200 випадків імплантацій електрокардіостимуляторів DDD/DDDR у пацієнтів, які надійшли у Івано-Франківський обласний клінічний кардіологічний центр у 2022-2023 роках. Аналізували інформацію із програматора, амбулаторних карт, заключень контрольних візитів, протоколів холтер-ЕКГ-моніторування, епікрізів із медичних карт стаціонарних хворих.

Результати. Встановлено, що аритмії у пацієнтів із імплантованими ЕКС не завжди є свідченням порушення роботи пристрою (гістерезис, автоматичні зміни частоти та режиму стимуляції, включення антитакікардитичного алгоритму), які не потребують спеціального втручання.

Гістерезис. Це вичікування кардіостимулятором появи наступного природнього скорочення. Пауза, яка при цьому виникає, складається із суми тривалості базового інтервалу стимуляції та запрограмованого часу очікування імпульса синусового вузла - гістерезису (рис. 1).

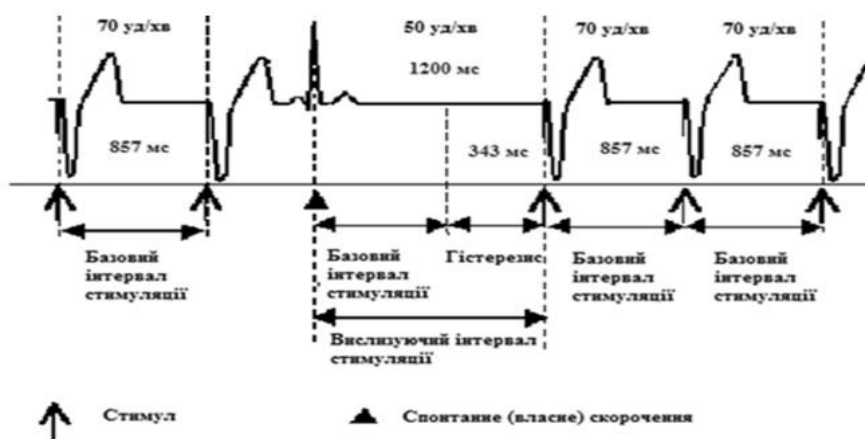


Рис. 1. Механізм виникнення гістерезису.

Примітка: базовий ритм ЕКС – 857 мс, гістерезис – 343 мс, тривалість псевдопаузи – 1200 мс.

Такі псевдопаузи не слід вважати аритмією, асоційованою із несправністю девайсу. Це одна із функцій пристрою (DDR), вона надає перевагу (пріоритет) природньому синусовому ритму.

Відтак, у сучасних DDDR-кардіостимуляторах програмується максимальна частота стимуляції шлуночків, синхронізована зі спонтанними передсердними скороченнями у співвідношенні 1:1, або за варіантом періодики

Венкебаха. Цей алгоритм дозволяє обмежити літнім пацієнтам максимальну ЧСС 110-120/хв. Водночас, фізично активним молодим пацієнтам встановлюється максимальна ЧСС 130-140/хв. Якщо ж частота спонтанних передсердних скорочень перетне межу максимальної Р-синхронізованої стимуляції шлуночків, автоматично збільшиться тривалість АВ-затримки - імітується АВ блокада II ступеня I типу або типу 2:1 (рис. 2).

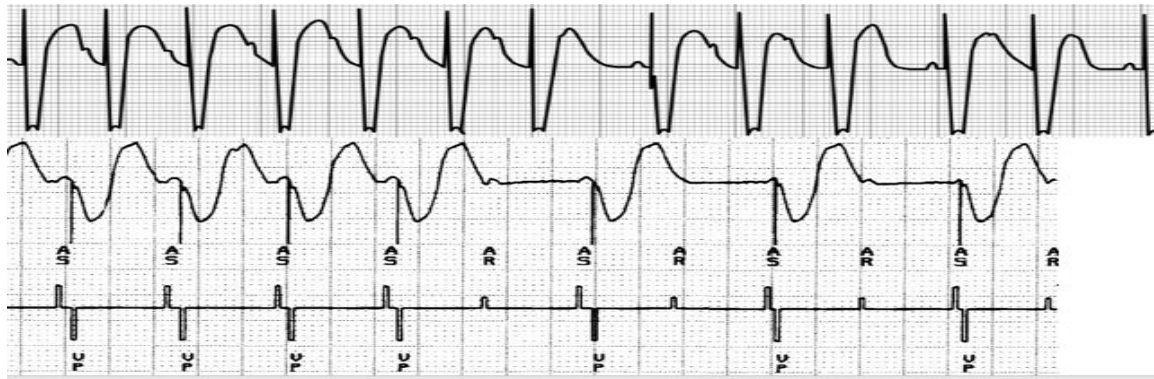


Рис. 2. Імітація АВ блокади II ступеня I типу

Failure to pace - дисфункція ЕКС внаслідок нездатності пристрою генерувати імпульси по причинах розрядження батареї, перелому електродів, дислокації електродів з місця імплантації.

Failure to capture - дисфункція ЕКС внаслідок порушення захоплення імпульсів міокардом можлива у пацієнтів із перенесеним обширним інфарктом міокарду, прийомі антиаритмічних препаратів ІС класу (рис. 3).

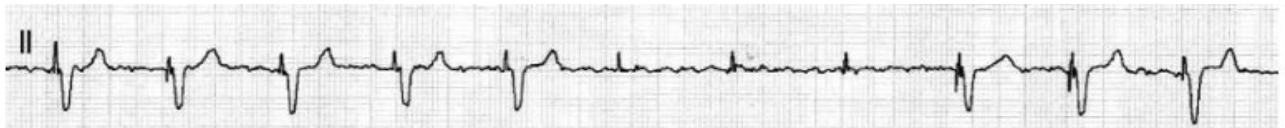


Рис. 3. Дисфункція ЕКС внаслідок порушення захоплення імпульсів міокардом

Failure to sense - дисфункції ЕКС спричинені порушенням функції відстеження: гіперсенсинг або гіпердетекція та гіпосенсинг або гіподетекція.

Гіперсенсинг - це сприйняття екстракардіальних імпульсів, як власних (міопотенційна інгібіція, вплив електромагнітного поля тощо) (рис. 4);



Рис. 4. Дисфункція ЕКС спричинена порушенням функції відстеження

Гіпосенсинг або гіподетекція може призвести до конкуренції стимульованого і спонтанного ритмів (рис. 5).



Рис. 5. Гіпосенсинг або гіподетекція: конкуренція ритмів- стимуляційного і власного.

Дисфункції, асоційовані з порушенням стимуляції у режимі DDD/DDDR. Найбільш серйозною в цьому кластері є **пейсмейкер-асоційована тахікардія (ПАТ)** – це аритмія, коли в коло re-entry залучаються екстрасистола, ретроградне вентрикуло-атріальне проведення (РВАП), відстеження екстрасistolічного імпульса передсердним електродом, прискорена робота стимулятора (рис. 6).

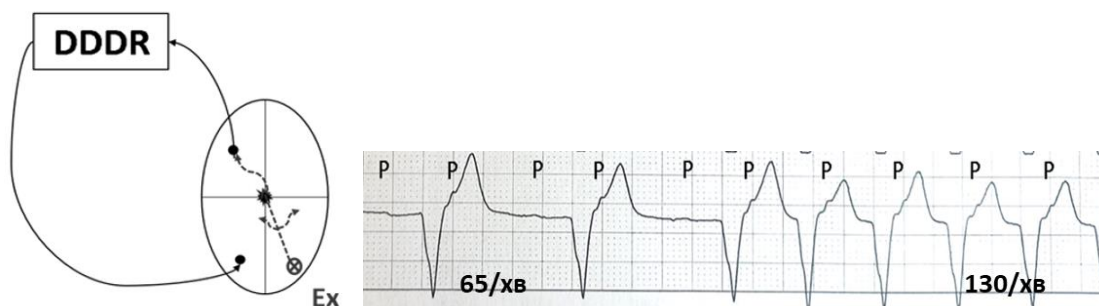


Рис. 6. Механізм виникнення та приклад пейсмейкер-асоційованої тахікардії (ПАТ)

Такого пацієнта слід негайно скерувати на перелаштування пристрою та включення Anti-PMT algorithm. Можлива медикаментозна підтримка інгібування РВАП (ангелон 80-120мг/д).

Особливі варіанти дисфункції ЕКС: синдром стимулятора (пейсмейкерний синдром) -асинхронність збудження передсердь і шлуночків, внаслідок чого передсердя скорочуються при закритих атріо-вентрикулярних клапанах. При цьому кров повертається в порожнисті вени із правого передсердя та в легеневі вени із лівого передсердя. В таких випадках необхідно змінити режим стимуляції (із VVI-стимуляції перейти на більш “фізіологічні режими стимуляції” - DDD, AAI, VDD або DDI – стимуляцію).

Синдром “пам’яті серця” або феномен Шатер’є - проявляється депресією сегмента ST та інверсією зубця Т після відновлення нормального (синусового) ритму у пацієнтів із тривалим епізодом стимульованого ритму. Механізм “пам’яті серця”: хвиля реполяризації у перших спонтанних (нормальних) комплексах QRS нібито “пам’ятає” напрямок попередньої реполяризації підчас стимульованого ритму і деякий час повторює її (рис. 7). Якщо такі зміни швидко минають спонтанно, то це підтверджує наявність феномену Шатер’є, якщо ж ST-депресія та Т-інверсія утримуються довго, то це справді ішемія міокарда.

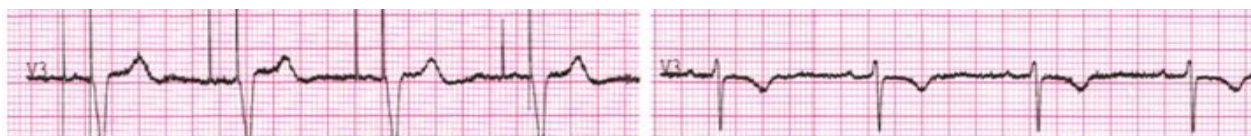


Рис. 7. Механізм “пам’яті серця”

Висновки. 1. З метою розпізнавання дисфункції кардіостимулятора необхідні: стандартне та Холтер-ЕКГ-дослідження (сімейний лікар), провести аналіз роботи пристрою з допомогою програматора (кардіолог-аритмолог, інтервенційний кардіолог). 2. При неможливості переналаштування девайсу пацієнта слід скерувати у аритмологічний центр із електрофізіологічною лабораторією та рентген-операційною. 3. Рішення щодо подальшого менеджменту пацієнта із виявленою дисфункцією імплантованого ЕКС повинна приймати мультидисциплінарна команда (Heart Team).

ОДИФІКАЦІЯ СПОСОБУ ЖИТТЯ ЯК МЕТОД ПЕРВИННОЇ ТА ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

І. Чубучна, м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Термін профілактика передбачає скоординовану систему заходів як у межах популяції так і на індивідуальному рівні, спрямованих на попередження або мінімізації наслідків захворювання і попередження інвалідності.

Метою первинної профілактики серцево-судинних захворювань є попередження захворювань в першу чергу у осіб без явних симптомів серцево-судинної патології, але які мають підвищений ризик їх розвитку у зв’язку з наявністю множинних факторів ризику

(ризик смертності від серцево-судинних захворювань впродовж 10 років за шкалою SCORE > 5%) з метою зменшення цього ризику, а пацієнтам з низьким ризиком допомогти підтримати цей стан впродовж усього їхнього життя.

Фактори ризику поділяються на модифіковані і немодифіковані. Щодо немодифікованих факторів ризику належать чинники, які ми не можемо змінити, тому їх наявність у пацієнтів потребуватиме особливої уваги щодо проведення первинної профілактики. До таких факторів належать: вік – з віком ризик розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) зростає, гендерні особливості (стать) – частіше і раніше ІХС розвивається у чоловіків, проте зі зростанням віку ця різниця нівелюється і у осіб похилого та старечого віку ІХС домінує у когорті жінок. Важливе значення має також спадкова схильність – наявність хвороби у батьків чи близьких родичів.

Щодо модифікованих факторів, то ми можемо нівелювати їх за допомогою як медикаментозних так і немедикаментозних засобів, здійснивши

вплив на них. До таких факторів належать: куріння, гіподинамія, дисліпідемія, артеріальна гіпертензія, порушення толерантності до глюкози та цукровий діабет (ЦД), ожиріння, гіперурикемія тощо.

Основним профілактичним заходом, як на популяційному, так і на індивідуальному рівні, має стати зміна способу життя, яка включає відмову від куріння, нормалізацію ваги тіла, щоденну фізичну активність, здорове харчування, боротьбу зі стресовими ситуаціями та депресією. Але цього можна досягнути лише тоді, коли пацієнт займає активну життєву позицію, коли він розуміє цінність власного здоров'я та особисту відповідальність за його збереження. Без цього розуміння всі наші заходи не будуть реалізовані або будуть реалізовані не в повній мірі.

Профілактичні заходи повинні мати також і державну підтримку для їх реалізації в повній мірі як мінімум на популяційному рівні. Так у ряді країн запровадженні заходи фінансової мотивації у відмові від шкідливих звичок, наявні різноманітні заохочення до фізичної активності і наявні доступні засоби (вело- та бігові доріжки, спортивні майданчики тощо) та мережа відповідних закладів для цього.

Куріння. За даними ВООЗ смертність від ІХС у курців зі стажем у віці 55 років у 5 разів вища, ніж у тих, що не курять. Куріння не лише збільшує смертність від раку легень, ротоглотки, шлунка, поводить розвиток хронічного обструктивного захворювання легень, але й сприяє прискореному розвитку атеросклерозу різної локалізації. Продукти горіння цигарок та нікотин негативно впливають на ендотелій судин, викликаючи його дисфункцію, що прискорює атеросклеротичне ушкодження судини. Тривалий спазм судин під дією нікотину призводить до розвитку артеріальної гіпертензії, яка в свою чергу теж сприяє прискоренню атеросклерозу. У тих, хто кинув курити, ризик ІХС знижується вдвічі впродовж року у порівнянні з курцями. Навіть відмова від куріння після інфаркту міокарда зменшує вдвічі ризик повторного інфаркту у порівнянні з хворими, що продовжують курити.

Методів боротьби з курінням є багато: психотерапія, рефлексотерапія, використання замісної терапії (нікотинові гумки, антинікотинові пластирі, назальні спреї, сублінгвальні таблетки), застосування медикаментів – часткових агоністів нікотинових рецепторів: варениклін (чемпікс), цитизин (табекс). Але основний чинником у боротьбі з цією залежністю є мотиваційний компонент, без якого будь-яку залежність подолати неможливо, які б засоби для цього не використовувалися. Наявність переконливої мотивації дозволяє остаточно категорично порвати з цією звичкою, або поступово зменшувати кількість викурених цигарок чи зменшувати їх міцність. Заміна на електронні сигарети, вейпи, айкоси чи гло дещо зменшує шкоду за рахунок зменшення продуктів горіння паперу та тютюну, проте не позбавляє від впливу нікотину та нікотинової залежності, натомість провокує розвиток вейпасоційованого ураження легень, яке призводить навіть до летальних наслідків. Необхідно пам'ятати також про шкоду так званого пасивного куріння, яка є не меншою, ніж активне куріння.

Раціональне харчування. Воно повинно бути різноманітним, а калорійність відповідати енергетичним затратам. Основу здорового харчування мають складати зернові продукти, хліб, каші, овочі та фрукти – на них має припадати 60-70% добової енергії. Нежирне м'ясо, риба, молоко та молочні продукти (нежирні) мають займати в раціоні 20-30% добової енергії. Харчування має бути регулярним та збалансованим, останній прийом їжі – не пізніше за 2-3 години до сну. Щодо профілактики ІХС найбільше переконливих даних існує щодо так званої середземноморської дієти, яка включає овочі та фрукти як основа харчування, також бобові та цільозернові продукти, оливкову олію, рибу і морепродукти, різноманітні прянощі та спеції замість солі, помірне вживання червоного вина переважно за їжею, обмеження вживання у раціоні червоного м'яса, молочних продуктів та насичених жирів.

Особливе значення у профілактиці ІХС займає гіпохолестеринова дієта, основними принципами якої є обмеження вживання жирів тваринного походження та виключення вживання трансгенних жирів, збільшення вживання нерафінованих рослинних олій, які містять антиатерогенні поліненасичені жирні кислоти, виключення смажених та копчених страв, жирних сортів червоного м'яса та субпродуктів, віддаючи перевагу рибі та птиці (без шкірки), зменшення вживання кухонної солі менше 5 г на день, зменшення вживання легкозасвоюваних вуглеводів: цукру, борошняних виробів, картоплі, заміна їх на вироби з твердих сортів пшениці, борошна грубого помолу або з висівками, молоко та молочні продукти мають бути зниженої жирності. Кількість прийомів їжі має бути 4-5 разів на день невеликими порціями.

Відомо, що надмірне вживання алкоголю, окрім наркотичної залежності, поводить ризик розвитку практично усієї гастроентерологічної патології. Але надмір вживання алкоголю також порушує нормальне співвідношення ліпопротеїдів на користь атерогенних фракцій, що прискорює атеросклероз. Не існує однозначних даних щодо безпечної дози алкоголю і в різних країнах вона визначається по-різному. Загальновизнаним є безпечність 20 г чистого етанолу для чоловіків і половинна доза – для жінок на добу. Перевага з алкогольних напоїв надається червоному сухому вину, враховуючи профілактичний вплив на ендотелій судин наявного у ньому антиоксиданта ресвератролу, проте великих переконливих дослідження щодо цього на сьогоднішній день не існує.

Важливо прищеплювати звичку здорового харчування ще з дитячого віку, для чого необхідно розробити та впровадити спеціальні раціони для садочків і шкіл і вести активну боротьбу з фаст-фудами та запозиченою у американців звичкою обов'язково «заїдати» фільм.

Фізична активність. Регулярні фізичні навантаження знижують ризик у всіх вікових групах смертності від усіх причин та серцево-судинну смертність у здорових осіб на 20-30%. Фізична активність впливає також на багато факторів ризику – артеріальну гіпертензію, покращує ліпідний спектр шляхом зниження ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), нормалізує масу тіла та позитивно впливає на рівень глікемії у осіб з ЦД 2 типу.

Фізичні навантаження мають безпосередній тренувальний вплив на серцевий м'яз, сприяють розвитку колатералей, залученню до кровообігу так званого «другого серця», що покращує кровопостачання усього організму та сприяє покращенню мікроциркуляції. Фізична активність також покращує психоемоційний стан, зменшує частоту депресивних розладів.

За рекомендаціями Європейської асоціації кардіологів рекомендується 30 хвилин щоденної фізичної активності помірної інтенсивності 5 днів на тиждень (тобто 150 хвилин на тиждень). Для детренованих осіб початкова тривалість може бути і меншою. Для контролю дисліпідемії та маси тіла тривалість навантажень має бути більшою – до 40-60 хв./день. Віддавати перевагу слід динамічним вправам, тобто аеробним навантаженням. Критерієм адекватно фізичного навантаження слугує задовільне самопочуття, може бути легка втома, але не відчуття виснаження. Хороші тренувальні можливості для серцево-судинної системи дають плавання, нордична ходьба (з палицями), їзда на велосипеді, де задіюються майже всі групи м'язів. Заняття мають бути регулярними, якщо не щоденними, то не менше 3-х разів на тиждень. Розширювати тривалість та збільшувати інтенсивність навантаження потрібно поступово з настанням тренувального ефекту.

Щодо інших модифікованих факторів ризику, то їх наявність потребує здебільшого медикаментозної корекції і передбачає вже індивідуальну профілактику. Так при ЦД необхідно нормалізувати рівень глікемії і підтримувати її оптимальні значення за допомогою як дієтичних рекомендацій, так і медикаментозної терапії. Це ж стосується і артеріальної гіпертензії та симптомної гіперурикемії. Щодо гіперхолестеролемії, то для первинної профілактики у пацієнтів з низьким ризиком рівень ЛПНЩ має становити менше 3,0 ммоль/л. Якщо рівні перевищують рекомендоване значення і не коригуються гіполіпідемічною дієтою, а також існують інші чинники ризику серцево-судинних захворювань, необхідна медикаментозна корекція. На сьогоднішній день препаратами вибору є статини, селективний інгібітор абсорбції в кишківнику езетиміб і інгібітор протеїнкінвертази 9 типу PCSK9.

Вторинна профілактика. Вона включає в себе обов'язкове медикаментозне лікування, оскільки вже задокументовано наявність ІХС, проте рекомендації щодо корекції способу життя залишаються такими ж, як і для первинної профілактики, і є обов'язковими для виконання пацієнтами, оскільки навіть успішна реваскуляризація коронарних артерій не запобігає прогресуванню ІХС, бо морфологічним субстратом є і залишається атеросклероз, який має тенденцію до прогресування. Метою вторинної профілактики у хворих з ІХС є сповільнення прогресування атеросклерозу, попередження тромботичних ускладнень, а також профілактика розвитку серцевої недостатності.

РОЛЬ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮБазилевич А.¹, Дужий Д.², Войтила А.³, Войтила-Бучора П.³, Макар О.¹*¹м. Львів, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, ² м. Львів, Благодійний Фонд «Шпиталь ім. Митрополита Шептицького», ³м. Каліш, Калішський Університет імені Президента Станіслава Войцехівського (Польща)*

Вступ. На емпіричному рівні фізичні вправи (ФВ) ще з античних часів вважалися фундаментальною передумовою людського благополуччя та фізичної досконалості. Однак лише в останні десятиліття накопичилися наукові дані, які доводять, що роль ФВ у профілактиці та лікуванні багатьох хронічних захворювань не підлягає жодним сумнівам. Мало яка стратегія лікування в медицині була настільки ретельно перевірена на великих вибірках пацієнтів, як регулярні фізичні навантаження (ФН).

Серцево-судинні захворювання є провідною проблемою охорони здоров'я в сучасному світі. Вони є першою причиною смертності як у розвинених країнах, так і в країнах з перехідною економікою. Фізична активність (ФА) позитивно впливає на серцево-судинну систему як безпосередньо через покращення функції ендотелію, так і опосередковано через нормалізацію факторів ризику атеросклерозу, таких як дисліпідемія, високий артеріальний тиск, ожиріння та позитивний вплив на механізм коагуляції.

Мета дослідження: узагальнити сучасні знання про вплив ФН в профілактиці та реабілітації пацієнтів з серцево-судинною патологією. Оцінити роль оздоровчих стежок (теренкурів) для реабілітації кардіологічних пацієнтів.

Результати.

Дослідження Katzmarzyk та ін. [1] показало, що зменшення часу сидіння до менше ніж 3 годин на день та часу перегляду телевізора до менше ніж 2 годин на день може збільшити тривалість життя на 2.0 та 1.4 роки відповідно. Myers та ін. [2] виявили сильний зворотний зв'язок між фізичною працездатністю, виміряною на біговій доріжці в метаболічних еквівалентах (METs), та 6-річною смертністю як у здорових осіб, так і у пацієнтів на серцево-судинні захворювання (ССЗ). Nocon та ін. встановили, що ФА асоційована зі зниженням ризику смертності від ССЗ на 35% та всіх причин на 33%. Дослідження Wen et al. та Sattelmair та ін. [3,4] показали, що навіть 15 хвилин щоденних вправ можуть значно знизити ризик смертності. Це підтверджує твердження, що будь-яка ФА краща за її відсутність. Ці результати підкреслюють важливість регулярних ФВ для профілактики первинних ССЗ та підтримки загального здоров'я. Вони також вказують на потребу включення ФА у повсякденне життя для зниження ризику ССЗ.

Встановлено, що програма зміни способу життя, яка включає ФВ та зниження ваги, призводить до значного зниження ризику розвитку діабету. Зокрема, втрата ваги на 7% та ФА не менше 150 хвилин на тиждень знижують ризик на 58%, що ефективніше, ніж лікування метформіном [5]. Дослідження

Tanasescu та ін. показало, що загальна кількість ФА обернено корелює зі смертністю від усіх причин у чоловіків з діабетом. Швидкість ходьби була обернено пов'язана з ССЗ, смертністю від ССЗ та смертністю від усіх причин, незалежно від тривалості ходьби [6].

Висококалорійні вправи (3000–3500 ккал/тиждень) спонукають до більшої втрати ваги та кращого профілю ризику ССЗ порівняно зі стандартними вправами (700–800 ккал/тиждень) [7]. Участь у програмах кардіореабілітації (КР) пов'язана зі зниженням смертності та ризику рецидиву інфаркту міокарда. Відвідування сеансів КР обернено корелює з ризиком смертності та інфаркту міокарда через 4 роки [8]. Ці дані підкреслюють важливість інтеграції ФА у програми профілактики та реабілітації для пацієнтів з ССЗ, особливо для тих, хто страждає на діабет або ожиріння. Вони також вказують на потенціал ФА як засобу зниження загальної смертності та покращення кардіометаболічного здоров'я.

Мета-аналіз Taylor та ін. показав, що зниження загальної смертності не було значно відрізняється між ФВ та комплексною КР. Приблизно половина зниження смертності від серцевих захворювань, досягнута з допомогою ФВ, може бути приписана зниженню основних факторів ризику [9]. Дослідження Hambrecht та ін. та Niebauer та ін. показали, що довготривалі ФВ можуть зупинити прогресування та навіть сприяти регресії коронарних атеросклеротичних уражень [10,11].

Згідно рекомендацій Європейського товариства кардіологів від 2021 року (Клас рекомендацій I, рівень доказовості A) дорослим усіх вікових груп рекомендується прагнути до щонайменше 150-300 хвилин помірної або 75-150 хвилин інтенсивної аеробної ФА на тиждень, або еквівалентного поєднання обох, для зниження загальної смертності, смертності від серцево-судинних захворювань та захворюваності [12].

Помірна аеробна ФА - це така активність, яка підвищує ваш пульс і дихання, але дозволяє вам підтримувати розмову. Приклади помірної активності включають:

- Пилесосити, прибирання, миття вікон або інші домашні обов'язки
- Ходьба, теренкур, або інші види ходьби зі швидкістю 4-6 км/год
- Їзда на велосипеді зі швидкістю до 15 км/год
- Йога, водне аеробіка, танці або інші види гімнастики

Інтенсивна аеробна ФА - це така активність, яка сильно підвищує ваш пульс і дихання, і ви не можете розмовляти без перерви. Приклади інтенсивної активності включають:

- Біг, біг підтюпцем, спринт або інші види бігу, швидка скандинавська ходьба
- Їзда на велосипеді зі швидкістю більше 15 км/год
- Плавання, каное або інші види плавання
- інтенсивне садівництво

Необхідно визначення частоти серцевих скорочень (ЧСС) під час активності. Помірна активність відповідає 64–76% від вашої максимальної ЧСС, а інтенсивна активність - 77-95% від вашої максимальної ЧСС. Ваша максимальна ЧСС може бути приблизно розрахована за формулою 220 мінус ваш вік [12].

Вивчення ефекту від повсякденної рухової активності у поєднанні з певними кліматоландшафтними характеристиками дозволило сформувати науково-методичну основу та обґрунтувати застосування цих ФН для профілактики та лікування низки захворювань. Перші публікації про теренкур і його лікувальне застосування датовані кінцем XIX століття і належать відомому лікарю Максу Ертель (М. Oertel), хоча і раніше лікарі відзначали сприятливий вплив дозованих піших прогулянок у пацієнтів на ССЗ [13]. Ходьба, в порівнянні з іншими видами ФА, є дуже доступною та легко виконуваною. Вона не потребує спеціальних навичок або обладнання та може бути проведена майже в будь-якому місці. Ходьба також може бути виконана у різні пори дня, що дає можливість адаптувати її до особистого розкладу. Теренкур — це форма лікувальної ходьби, яка використовує природні умови, такі як клімат та ландшафт, для підвищення терапевтичного ефекту. Ефективність теренкуру у комплексному лікуванні ССЗ та інших патологій була підтверджена численними дослідженнями. Цей метод включає дозовані піші сходження, які регулюються за дистанцією, часом та перепадами висоти, і є ефективним засобом реабілітації для пацієнтів з кардіологічними захворюваннями та іншими станами [13].

На пізніших етапах реабілітації для пацієнтів, які мають кращу фізичну підготовку, може бути рекомендована скандинавська ходьба. Цей вид ходьби вимагає використання спеціальних палиць, що дозволяє залучити до роботи більше м'язів, зокрема верхнього плечового поясу та тулуба, тим самим забезпечуючи більш ефективне тренування. Скандинавська ходьба сприяє поліпшенню біомеханіки кроку та техніки ходьби, що впливає на більшість м'язів тіла і веде до покращення функцій серцево-судинної системи, збільшення фізичної працездатності та толерантності до ФН [14].

У Львові в парку «ЗНЕСІННЯ» нами вже було започатковано теренкур, розроблено, та встановлено стенди та вказівники. в 2019 році, що складався з 5 стежок здоров'я. В кінці 2021 року нами було розроблено методологію занять на теренкурі та запропоновано систему з 26 стежок, від 3 до 8 в кожному в 5 парках) спільно з міською радою: які прокладені у ландшафтних парках (розміщених в різних частинах міста). Це перша система теренкурів в некурортному місті (нерекреаційному) місті – та розрахований на місцевих жителів та туристів міста.

В 2022 році ми розробили та впровадили теренкур в Замарстинівському парку м.Львова, який містить 4 стежки різних рівнів складності: 2 легкі – 702 м та 1111 м – без перепадів висоти, 1 середній - 1822 м, з незначними перепадами висот та складний – 3030 м зі значними перепадами висот. Маршрути обладнані вказівниками відстані та напрямку руху на роздоріжжях. Також було встановлено 5 інформаційних стендів по всьому парку, які містять інформацію про оздоровчу та скандинавську ходьбу, коротку історію теренкурів, місця

активного дозвілля, загальну карту міста, де позначені парки з наявними теренкурними маршрутами. Стенди містять рекомендації для відвідувачів парків про теренкур та скандинавську ходьбу та QR коди.

У сучасному світі, де сидячий спосіб життя стає нормою, важливість ФА не може бути переоцінена. Вона є ключовим елементом не тільки для підтримання фізичного здоров'я, але й для забезпечення добробуту та якості життя. ВООЗ надає рекомендації щодо ФА, які базуються на останніх дослідженнях та клінічних настановах. Ці рекомендації підкреслюють значення помірної та інтенсивної аеробної активності, зменшення сидячого часу, виконання силових вправ, а також впровадження інтервенцій способу життя для збільшення участі у ФА.

Висновки. Аналіз даних наукової літератури доводить позитивну роль ФН в профілактиці та реабілітації пацієнтів з серцево-судинною патологією. Також встановлено, що в комплексній системі кардіореабілітації пацієнтів чільне місце посідають аеробні фізичні тренування. Теренкур можна розглядати як доступний і безпечний метод первинної та вторинної профілактики серцево-судинної патології та реабілітації.

Список використаних джерел:

1. Katzmarzyk PT, Lee IM. Sedentary behaviour and life expectancy in the USA: a cause-deleted life table analysis, *BMJ Open*, 2012, vol. 2 P. e000828.
2. Myers J, Prakash M, Froelicher V, Do D, Partington S, Atwood JE. Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing, *N Engl J Med*, 2002, vol. 346 P. 793-801
3. Wen CP, Wai JP, Tsai MK, Yang YC, Cheng TY, Lee MC, Chan HT, Tsao CK, Tsai SP, Wu X. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study, *Lancet*, 2011, vol. 378 Pg. 1244-1253/
4. Sattelmair J, Pertman J, Ding EL, Kohl HW, Haskell W, Lee IM. Dose response between physical activity and risk of coronary heart disease / clinical perspective, *Circulation*, 2011, vol. 124 Pg. 789-795.
5. Marwick TH, Hordern MD, Miller T, Chyun DA, Bertoni AG, Blumenthal RS, Philippides G, Rocchini A. on behalf of the American Heart Association Exercise CRaPCotCoCC, Council on Cardiovascular Disease in the Young, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Nutrition PExercise training for type 2 diabetes mellitus, *Circulation*, 2009, vol. 119 P. 3244-3262.
6. Tanasescu M, Leitzmann MF, Rimm EB, Hu FB. Physical activity in relation to cardiovascular disease and total mortality among men with type 2 diabetes, *Circulation*, 2003, vol. 107 P. 2435-2439.
7. Ades PA, Savage PD, Toth MJ, Harvey-Berino J, Schneider DJ, Bunn JY, Audelin MC, Ludlow M. High-calorie-expenditure exercise, *Circulation*, 2009, vol. 119 P. 2671-2678.
8. Witt BJ, Jacobsen SJ, Weston SA, Killian JM, Meverden RA, Allison TG, Reeder GS, Roger V. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction in the community, *J Am Coll Cardiol*, 2004, vol. 44 P. 988-996.

9. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, Jolliffe J, Noorani H, Rees K, Skidmore B, Stone JA, Thompson DR, Oldridge N. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, *Am J Med*, 2004, vol. 116 P. 682-692.
10. Hambrecht R, Niebauer J, Marburger CH, Grunze M, Kälberer B, Hauer K, Schlierf G, Kübler W, Schuler G. Various intensities of leisure time physical activity in patients with coronary artery disease: effects on cardiorespiratory fitness and progression of coronary atherosclerotic lesions, *J Am Coll Cardiol*, 1993, vol. 22 P. 468-477.
11. Niebauer J, Hambrecht R, Velich T, Hauer K, Marburger C, Kälberer B, Weiss C, von Hodenberg E, Schlierf G, Schuler G, Zimmermann R, Kübler W. Attenuated progression of coronary artery disease after 6 years of multifactorial risk intervention: role of physical exercise, *Circulation*, 1997, vol. 96 P. 2534-2541.
12. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC) / Frank L J Visseren, François Mach, Yvo M Smulders at al., // *European Heart Journal*, Volume 42, Issue 34, 7 September 2021, P. 3227–3337.
13. Базилевич А. Я. Теренкур в кардіореабілітації / А.Я.Базилевич, А.Войтила, Д.І.Дужий // *Українські Медичні Вісті*. 2022, Т. 14 • № 3–4 (92–93), С.26-28.
14. Князюк, О.О. Метод «скандинавської ходьби» в реабілітації хворих на інфаркт міокарда / О.О. Князюк. *Здоров'я. Медична екологія*. Наука. – 2014. Т. 56, № 2. С. 83-86.

СТОМАТОЛОГІЯ, ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВА ХІРУРГІЯ

ВАЖЛИВІСТЬ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ У МОЛОДИХ ПАЦІЄНТІВ

Ріпецька О., Гриновець В., Ренка М., Денега І.

За останні десятиліття значно зросла кількість гінгівітів і пародонтитів у пацієнтів молодого віку. Тому виявлення та раннє лікування захворювань пародонту є важливою не лише клінічною, а й етично-психологічною проблемою. Пацієнт повинен відчувати себе не пасивним об'єктом лікування, а брати активну участь у процесі. Ознайомлення з планом лікування, передбачуваною тривалістю лікування та його результатами допомагає пацієнту відчувати себе комфортніше та позитивніше щодо процедур лікування.

На клініці терапевтичної стоматології Львівського національного медичного університету ми практикуємо щорічні профілактичні огляди стану здоров'я ротової порожнини студентів. Під наглядом перебувало 65 хворих 16-

29 років. Серед обстежених хворих – у 32 діагностовано генералізований пародонтит 1-ї стадії важкості (глибина пародонтальних кишень до 3,5 мм), у 5 пацієнтів – пародонтит 2-ї стадії важкості (глибина пародонтальних кишень 5 мм-6 мм), 14 пацієнтів мали хронічний простий гінгівіт, 14 осіб – гіпертрофічний гінгівіт. Контрольну групу склали 10 здорових осіб 20-25 років з інтактним пародонтом.

Захворювання пародонту характеризуються запальними та дистрофічно-запальними процесами в оточуючих зуб тканинах і кістковій тканині. У багатьох випадках ситуація ускладнюється відсутністю скарг у пацієнтів, які не знають про свої проблеми і звертаються за консультацією лише після того, як помітили, що зуби починають рухатися. Тому завдання кожного стоматолога, який помітив у свого пацієнта проблеми з пародонтом, переконати його негайно почати лікування або звернутися до пародонтолога.

ОСОБЛИВІСТЬ ГУМОРАЛЬНОГО СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ.

Бежук Ю.А., Горбань І.І., Пасічник М.А.

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

Тонзилогенна інфекція при катаральному гінгівіті призводить до імунологічних змін, тому метою нашого дослідження є визначення особливостей гуморального системного імунітету у хворих з хронічним катаральним гінгівітом на тлі хронічного тонзиліту. Об'єктом дослідження обрано стан показників імунітету ротоглотки та периферичної крові за наявності діагностованих хронічного тонзиліту та патології тканин пародонта. У дослідженні брали участь 20 пацієнтів віком 18-40 років, з яких групу А склали 10 хворих на хронічний тонзиліт на тлі хронічного катарального гінгівіту; група Б – 5 хворих на хронічний тонзиліт в стадії клінічної ремісії без патології пародонта. Група В включала 5 практично здорових донорів. Отже, у хворих на хронічний катаральний гінгівіт у поєднанні з хронічним тонзилітом (група А) має місце значне підвищення ($p < 0,05$ - $< 0,002$) рівнів імуноглобулінів усіх класів (IgM, IgG, IgA, IgE) і, навіть, реактинового виду. Отриманий результат може вказувати на можливість сенсibiliзації хворих даної групи. Результати показників імуноглобулінів. IgM - Контроль В ($1,2 \pm 0,3$), група А ($3,9^* \pm 0,7$), група Б ($1,7 \pm 0,4$). IgG - Контроль В ($9,8 \pm 3,1$), група А ($21,8 \pm 0,7^*$), група Б ($13,6 \pm 4,1$). IgA - Контроль В ($1,3 \pm 0,22$), група А ($2,9^* \pm 0,3$), група Б ($1,9 \pm 0,35$). IgE - Контроль В ($40 \pm 11,5$), група А ($153,2 \pm 25,5^*$), група Б ($70,4 \pm 12,5$). Встановлено суттєве підвищення в рото глотковому секреті рівня секреторного імуноглобуліну, що слугує пусковим механізмом у розвитку запальних процесів в піднебінних мигдаликах та тканинах пародонта.

ДОСЛІДЖЕННЯ ШВИДКОСТІ СЛИНОВИДІЛЕННЯ І СТРУКТУРНОЇ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ СТІЙКОСТІ ЕМАЛІ ЗУБІВ У НАРКОЗАЛЕЖНИХ ХВОРИХ

*Федун І.Р., Фурдичко А.І., Ільчишин М.П., Ган І.В., Личковська О.Л.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
кафедра терапевтичної стоматології*

До найпоширеніших захворювань порожнини рота у наркозалежних осіб належать каріозне ураження твердих тканин та запальні захворювання пародонту.

Мета. Дослідити швидкість слиновиділення і структурну та функціональну стійкість емалі зубів у наркозалежних хворих.

Матеріали і методи. У дослідженні брали участь 65 пацієнтів, яких поділили на три групи: основна група – 28 наркозалежних осіб, у яких діагностовано карієс, група порівняння – 22 особи хворих на карієс твердих тканин зуба, у анамнезі яких не зафіксовано вживання наркотичних речовин та група контролю – 15 осіб з інтактними твердими тканинами зубів. Швидкість слиновиділення вираховували за формулою: $Шс = V/T$, де Шс – швидкість слиновиділення (мл/хв), V – об'єм виділеної слини (мл), T – час збору слини (хв). Структурну та функціональну стійкість емалі зуба визначали за експрес-методом TER-test.

Результати. Швидкість слиновиділення серед обстежених осіб найбільш сповільнена у пацієнтів 1 групи, а саме $0,39 \pm 0,01$ мл/хв, що суттєво відрізняється ($p < 0,05$) з показником групи 2, а саме $0,46 \pm 0,01$ мл/хв, та показником групи 3, який становив $0,50 \pm 0,01$ мл/хв. Дослідження стійкості емалі зубів за допомогою TER-test показали, що у наркозалежних хворих дані ($2,1 \pm 0,2$ бали) у 2,5 рази нижчі порівняно з даними ненаркозалежних хворих та у 5 раз порівняно з особами з інтактними твердими тканинами ($1,9 \pm 0,2$ бали).

Висновок. На тлі зловживання наркотичними речовинами спостерігають суттєве зниження швидкості слиновиділення та погіршення стійкості емалі зубів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ТІОТРІАЗОЛІНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ.

*Горбань І.І., Пасічник М.А., Микієвич Н.І., Микієвич Н.О..
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила
Галицького*

Для медикаментозного лікування генералізованого пародонтиту перспективним є застосування тіотріазоліну, дія якого зумовлена мембраностабілізуючими властивостями, гальмуванням в процесі перекисного окислення ліпідів та активація ферментів антирадикального захисту в ушкоджених тканинах шкіри та слизових оболонок, що призводить до гальмування розвитку травматичного запалення, збільшення інтенсивності та

швидкості репаративних процесів. Метою було оцінити і обґрунтувати клінічну ефективність застосування тіотріазоліну. Під нашим спостереженням знаходилося 50 хворих на хронічний генералізований пародонтит початкового та І ступеня тяжкості віком від 35 до 60 років, серед яких кількість жінок становило 20 осіб, а чоловіків 30 осіб. Для вирішення поставленої мети враховували наявність зубних відкладень, травматичної оклюзії, визначали індекси PI (Russel, 1967), GI (Silness, Loe, 1964), вимірювали глибину пародонтальних кишень. Стан кісткової тканини пародонту оцінювали за результатами внутрішньоротової контактної рентгенографії і ортопантомографії. Лікування генералізованого пародонтиту проводили хворим за допомогою традиційної методики, включаючи тіотріазолін. Отримані клінічні дані оцінювали безпосередньо після лікування, а також через 1 та 3 місяці. Встановлено, ефективність застосування тіотріазоліну, що доводить пригнічення запального процесу в тканинах пародонту. Результати підтверджені зниженням показників пародонтальних індексів, скорочення термінів та динаміки лікування.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ БІОРЕПАРАНТІВ НА ПРОЦЕСИ ФОРМУВАННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ЗА ПОКАЗНИКАМИ АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

*Ган І.В., к.мед.н., доцент кафедри терапевтичної стоматології ЛНМУ ім. Данила Галицького, Фурдичко А.І. д.мед.н., доцент кафедри терапевтичної стоматології ЛНМУ ім. Данила Галицького, Федун І.Р. к.мед.н., асистент кафедри терапевтичної стоматології ЛНМУ ім. Данила Галицького
м. Львів*

Актуальною проблемою сучасної медицини залишається пошук методик спрямованого впливу на процеси регенерації кісткової тканини. Надзвичайно важливою ланкою лікування хронічних форм періодонтиту є регенерація кісткової тканини при запально-деструктивних процесах у позаапикальній ділянці зуба.

Експеримент проведено на щурах, створювали дефект кісткової тканини, який заповнювали досліджуваними біоматеріалами, або залишали із кров'яним згустком та закривали слизовою оболонкою і накладали шви. У крові щурів досліджували активність процесів пероксидного окиснення ліпідів (ПОЛ) – малонового діальдигіду (МДА) та ферментів антиоксидантної системи (АОС) – каталази та супероксиддисмутази (СОД).

Результати досліджень показали, що у групах тварин, де використовували композиції на основі гідроксіапатиту і β -трикальційфосфату спостерігається менша активність процесів ліпопероксидації у порівнянні з тваринами, де застосовували МТА та Nano Gen. Композиції на основі гідроксіапатиту і β -трикальційфосфату володіють антиоксидантними властивостями, які сприяють зменшенню активності запального процесу вже з перших тижнів. Композиції на основі гідроксіапатиту і β -трикальційфосфату в більш ранні терміни

відновлюють баланс в системі ПОЛ-АОС, що створює умови для біоревіталізації та регенерації позаапикальних тканин.

ДО 195 РІЧЧЯ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ У ЛЬВОВІ ТА 65 РІЧЧЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЛНМУ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

*Гриновець В.С., Синиця В.В., Ріпецька О.Р., Шашков Ю.І., Гриновець І.С.
Львів. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Львівська медична академія імені Андрея Крупінського*

Мистецтво зуболікування «одонтологія» як навчальна дисципліна вперше з'явилася у навчальних планах студентів-медиків Львівського університету в 1828 р. Її почав викладати професор одонтології Карл Прокоп Каліга (написав книгу «Про хвороби зубів і засоби їх лікування», яка була видана у Відні (1838), Львові (1840) та Мілані (1841)). У 1894 р. при кафедрі шпитальної хірургії медичного факультету Львівського університету, якою тоді керував професор Людвіг Ридигер, відновлено курс стоматології, на якому з 1902 р. викладав доцент (згодом професор) Андрій Гонька. У 1907 р. розпочинає роботу Одонтологічна амбулаторія Львівського університету, на базі якої відбуваються заняття і спеціалізація з одонтології. Згодом клініка отримує назву Інституту дентистики та фактично набуває статусу сучасної кафедри, яку з 1913 до 1941 рр. очолював відомий професор Антон Цешинський. У 1958 р. в Львівському державному медичному інституті було відкрито стоматологічний факультет, деканом якого став Олександр Коваль. Від тоді, впродовж 20 сторіччя значний внесок у розвиток львівської університетської стоматології зробили професори – Любомира Луцик, Яків Збарж, Георгій Чучмай, Євстахій Гоцко, Евальд Варес, Валентин Макєєв, Ніна Смоляр, Тарас Заболотний, Степан Кухта, Іван Готь. У 21 сторіччі стоматологічна школа Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького є центром стоматологічної освіти не тільки західної України. Кафедри стоматологічного профілю 2-х факультетів розташовані у сучасному Стоматологічному медичному центрі, де під керівництвом професорів, доцентів та асистентів, проводяться заняття та набувають практичних навиків студенти та курсанти з України та світу.

ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНАЦІЇ ПРЕПАРАТІВ “БЕТАДИН” ТА “АТОКСИЛ” ДЛЯ ТИМЧАСОВОЇ ОБТУРАЦІЇ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВЕРХІВКОВИЙ ПЕРІОДОНТИТ

*Синиця В.В., Довганик В.В., Гриновець В.С.
Україна, м. Львів, Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

Серед способів лікування хронічного верхівкового періодонтиту часто обирається спосіб, коли кореневий канал обтурують тимчасово за допомогою

пасти з вмістом гідрооксиду кальцію. Проте даний спосіб має певні недоліки, головним з яких є складність вимивання решток гідрооксиду кальцію з кореневого каналу. Залишки ж даної речовини, яка є частково розчинною можуть порушувати герметичність постійної obturaції кореневого каналу.

Для ефективного лікування стану загострення запального процесу у верхівковому періодонті було обрано спосіб лікування інфікованих ран із використанням препарату “Бетадин”. До складу вказаного препарату входить повідон-йод, який має виражену антимікробну дію. Перед застосуванням “Бетадин” змішували з кремнієвим сорбентом “Атоксил”, для забезпечення пролонгованої дії антисептика та сорбції ексудату у кореновому каналі.

Після механічного і медикаментного опрацювання кореневого каналу, препарат вводили каналонаповнювачем у кореневий канал і періапікальний простір (по можливості) і залишали у кореновому каналі на турунді під напівгерметичною пов'язкою для дренажу вмісту каналу на 1-2 доби. Після зникнення або суттєвого зменшення ознак загострення запального процесу проводили тимчасову obturaцію даною композицією терміном на 1 або 2 тижні.

Вищенаведений метод лікування було застосовано під час лікування 25 хворих на хронічний верхівковий періодонтит. У 18 хворих (72 %) через 1-2 доби відзначилось повне зникнення симптомів загострення, а через 1 тиждень зуб був не чутливим при перкусії. 7 пацієнтів (28 %) відзначили суттєве зменшення болю, набряку та відновлення функції зуба через 2 тижні. Пропонована суміш легко вимивалась із кореневого каналу перед пломбуванням останнього і не залишала в каналі окремих частинок, які б могли заважати якійсь obturaції.

ХІРУРГІЯ, ТРАНСПЛАНТОЛОГІЯ, КОСМЕТОЛОГІЯ

СКРУЧЕНИЙ АБО КЛІЩЕПОДІБНИЙ НІГОТЬ: ДЕЯКІ АСПЕКТИ МОРФОГЕНЕЗУ ТА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ

Андрій Вергун, Юрій Мацях*, Михайло Литвинчук**,
Оксана Моциньська**, Оксана Вергун*, Рустам Жураєв****

**Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

***Львівське територіальне медичне об'єднання №2,*

відокремлений підрозділ «4-та лікарня»,

відділення паліативної допомоги,

****ПМЦ «Салютас», м. Львів, Україна*

Скручений або кліщеподібний ніготь (pincer nail), а також його різновид – шатроподібна деформація нігтя являють собою дистрофічні вроджені або набуті деформації, при яких краї нігтьової пластини “скручуються” або відбувається перегинання нігтя по всій довжині з вторинною компресією м'яких тканин нігтьового ложа та епоніхія. Сприятливим чинником вважаємо серединну каналоподібну (каналікулярну) дистрофію, яка проявляється формуванням на

нігтьовій пластині щілиноподібної борозни. В результаті постійної хронічної травми утворюється медіальний поздовжній канал або тріщина. Вона може розвиватися не лише від росткової зони до вільного краю, а й навпаки, – до проксимального краю (висхідний тип). Постійне подразнення пошкоджує матрикс і ріст нігтя порушується. Також сприяють виникненню деформації піднігтьовий екзостоз, виражений трихофітний гіперкератоз і дерматофітоми, які компресують та припіднімають центральну частину нігтя. Хронічні гнійні епоніхеальні процеси, асоційовані з оніхомікозом та вторинними деформаціями залишаються актуальними проблемами дерматології, загальної хірургії та комплексної паліативної допомоги.

Метою нашої роботи було конкретизувати деякі аспекти морфогенезу та патогенетично обґрунтованого комплексного лікування.

Ретро-та проспективно проаналізовано за п'ятирічний період 479 випадків деструктивних мікотично-асоційованих гнійно-некротичних поверхневих хронічних, комбінованих та поєднаних уражень дистальних відділів пальців кисті та стопи у хворих, віком 34-95 років, 370 чоловіків та 109 жінок, які прооперовані за 10-річний період у відділеннях Львівського територіального медичного об'єднання №2, відокремленому підрозділі «4-та лікарня», а також у клінічних поліклініках №2 і №5 і ПМЦ «Салютас» м. Львова. Констатовано наявність трихофітії у 87% спостережень скрученого нігтя та шатроподібної деформації. У 72% субвибірки стверджено наявність дерматофітоми (трихофітоми, оніхоматрикоми). Результати дослідження опрацьовані методами статистики та математичного прогнозування виникнення дослідженого явища у подібних вибірках для конкретизації етапів пато- і морфогенезу деформацій нігтьової пластини та ложа, виникнення ускладнень. Нами виділено варіанти клінічного перебігу хронічного гнійного процесу і стверджено, що у осіб середнього віку розростання гіпергрануляційної тканини є добрими "вхідними воротами" для проникнення мікотичної інфекції. Оніхомікоз у таких випадках може проявлятися як віддалене ускладнення у пізньому післяопераційному періоді; також є причиною пізніх рецидивів "вростання" та формування деформацій нігтьового ложа. Вторинне патологічне "вростання" мікотично зміненої нігтьової пластини характерне для трихофітії у осіб похилого віку. Самолікування або відмова від лікування детермінують хронізацію захворювання і зростання частоти ускладнень. Фонові нейротрофічні та нейроваскулярні розлади нерідко запускають каскад сприяючих чинників і патогенетичних ланок, що детермінують виникнення і прогресування хронічних гнійно-некротичних процесів; порушення гліколізу й енергетичного забезпечення клітин шкіри, разом з іншими чинниками, знижують інтенсивність запальної реакції. Грибкові інфекції нігтів і білянігтьових тканин є однією з найважчих проблем дерматохірургії не лише у терапевтичному, але і в діагностичному та епідеміологічному аспектах, що пов'язано із розповсюдженням мікотичних уражень з затяжним, хронічним перебігом, які нерідко комбінуються з деформаціями нігтьового ложа й оніхокриптозом (приєднання мікст-інфекції детермінує виникнення інших гнійних ускладнень).

На основі аналізу особливостей клінічного перебігу та морфологічних змін нами досліджено послідовність виникнення (етапи) морфогенезу деструктивних гнійно-некротичних хронічних мікотичних оніхеальних уражень. 1) Первинною ланкою патогенезу є мікротравми нігтя і параоніхеальних тканин з контамінацією росткової зони та матриксу нігтя умовно-патогенною флорою, пліснявими і дріжджовими грибами (найчастіше – *C. albicans*) з розвитком хронічного запалення – хронічної мікотичної пароніхії й оніхолізу. 2) Вторинною ланкою патогенезу є інфікування (мікст-інфекція) ураженої поверхні трихофітами (*T. rubrum* & *T. Mentagrophytes*), гіфи яких з однієї сторони спричиняють гіпертрофію та руйнування нігтьової пластини, з іншої – прискорюють проліферацію клітин нігтьового ложа і детермінують формування послідовних шарів піднігтьового гіперкератозу й вогнищевих ділянок оніхолізу. 3) Для піднігтьового гіперкератозу в свою чергу характерне зливне ураження субоніхеального простору, що констатовано у 39,26% субвибірки (прогнозовано з довірчавальним інтервалом 95% у подібних вибірках – 37,297%-41,223%); формується піднігтьова дерматофітома – псевдопухлинний утвір, що складається з епітелізованих ділянок гіперкератозу, кальцинованих гіперкератоїдних мас та організованих мікроабсцесів, що містять друзи патогенних грибів, ($\chi^2=31,23$, $p<0,01$). 4) Піднігтьовий гіперкератоз і дерматофітома з однієї сторони викликають компресію центральної частини нігтя, епоніхеальні краї “врастають” у білянігтьові валики – формується вторинний врослий ніготь, стверджено у 12,24% субвибірки, прогнозовано з довірчавальним інтервалом 95% у подібних вибірках – 11,63%-12,85%; з іншої – внаслідок постійної компресії настає деструкція центральної частини нігтя, – цей процес є типовий для третини трихофітійних уражень ($\chi^2=41,12$, $p<0,01$), діагностовано у 34,31% субвибірки, прогнозовано з довірчавальним інтервалом 95% у подібних вибірках – 32,59%-36,27%; конгломерат нігтьової пластини, піднігтьового гіперкератозу та трихофітоми остаточно може кальцинувати, у 13,6% хворих формуючи оніхогрифоз (прогнозовано з довірчавальним інтервалом 95% у подібних вибірках – 12,92%-14,28%) спостережень. 5) Припіднімання центральної частини нігтя призводить до його розшарування і вогнищового оніхолізу ($\chi^2=25,13$, $p<0,05$), що детермінує не лише появу ліній Мюрке, але також виникнення серединної каналоподібної (каналікулярної) дистрофії та оніхорексису, оніхомадезу. Ніготь набуває форми “шатра”. Вільні бокові краї нігтя внаслідок припіднімання його центральної частини “підриваються”, кліщеподібно компресуючи периепоніхеальні тканини й епоніхії ($\chi^2=22,23$, $p<0,01$). Хронічна компресія епоніхія детермінує двостороннє вrostання – вторинна двохстороння інкарнація (врослий ніготь), компресія епоніхеальних структур призводить до “стискання” центральної й передньоцентральної частини матрикса, що ще більше посилює його деформацію – замикається “порочне коло”.

Розроблено спосіб комплексного хірургічного лікування скрученого нігтя або кліщеподібного нігтя (pincer nail), а також шатроподібної деформації під прикриттям системної пульс-терапії ітраконазолом і топічної – антимікотичним

аморолфіновмісним лаком, локальним застосуванням водовмісних антисептиків і лініменту тербінафіну. Методика базується на послідовному виконанні етапів хірургічного втручання: двобічної блокоподібної епоніхектомії, оніхектомії, передньої матриксектомії з закриттям дефекту ложа фрагментом шкірних покривів пучки пальця; даними заходами досягається механічне анатомічне вирівнювання нігтьового ложа, що детермінує нормальний ріст нігтя. Після підготовки операційного поля та провідникової анестезії виконуємо двосторонні ретроніхеальні контрлатеральні розтини типу Canavel. Останні продовжуємо en block, огинаючи і висікаючи епоніхельні тканини з вогнищевими гнійно-некротичними змінами та гіпергрануляціями – виконуємо двохсторонню блокоподібну епоніхектомію. Відсепаровуємо задній ретроніхеальний лоскут Canavel. Візуалізувавши й макроскопічно оцінивши врослі краї нігтя, виконуємо оніхектомію та візуалізуємо росткову зону і деформоване ложе. Після двохсторонньої парціальної маргінальної матриксектомії механічним висіченням одномоментно видаляємо змінені периепоніхеальні структури. Епоніхеальні розтини продовжуємо на пучку пальця; після додаткового поперечного розтину мобілізуємо шкірні покриви пучки пальця, формуючи передній лоскут. Під дистальний кут нігтя, у ділянці меншої інкарнації (вростання) через оніхолізовані структури між нігтьовою пластиною та нігтьовим ложем у проксимально-латеральному напрямку вводимо сокироподібний наконечник стерильної лопатки манікюрної PE-10/2 (скруглений пушер із сокироподібним распатором), стерильного педикюрного інструменту PE-60/1, якими поетапно мобілізуємо нігтьову пластину маятникоподібними рухами, поетапно видаляючи вишкрібанням гіперкератоїдні маси стерильною лопаткою манікюрною PE-10/2 і малою ложечкою Фолькмана, припіднімаючи нігтьову пластину через локус піднігтьового гіперкератозу, оніхолізовані структури за допомогою послідовного застосування стерильного леза педикюрного інструменту PE-60/1, із застосуванням стерильних манікюрних лез PE-10/2 та стерильного інструменту PE-30 (заокругленого пушера з зігнутих сепараційним лезом), одночасним видаленням масиву гіперкератозу, оніхоматрикоми, змінених тканин у ділянках вростання (парціальною маргінальною матриксектомією механічним висіченням і діатермокоагуляцією) та гіпергрануляцій. Проводимо поперечний розтин матриксу нігтя, висікаючи передню його 1/3 (деформовану частину) до окістя (виконуємо передню матриксектомію). Розсікаємо й відсепаровуємо врастаючий край нігтя від ложа та матриксу до візуально здорових тканин ковзними рухами із застосуванням стерильних манікюрних пушерів PE-10/2 (заокруглений з лопаткою – распатором) і PE-30, виконуємо часткову резекцію із подальшою санацією ділянки резекції за допомогою стерильних педикюрних лез з операційною абразивною пилкою PE-60 (PE-60/2 – кутовим рашпилем і рашпилем із вигнутим кінцем). Виконуємо часткову крайову матриксектомію з поздовжнім механічним висіченням нігтьового матриксу у ділянці вростання. Санацію епоніхеальних “каналів” проводимо ложкою Фолькмана та стерильним пушером. Після укладання лоскута Canavel, останній нерідко фіксуємо

вузловими швами до країв епоніхектомічних ран, зменшуючи проксимальний дефект. Дистальний лоскут шкірних покривів натягуємо у проксимальному напрямку на оголений періост і частково на матрикс, тотально закриваючи передній матриксектомічний дефект. Даний лоскут після укладки фіксуємо за бокові краї окремими вузловими триангулярними та вузловими швами до країв епоніхектомічних ран, чим досягається надійне закриття матриксектомічних й епоніхектомічних дефектів і ліквідація механічним шляхом деформації ложа нігтя. Рану промиваємо 3% розчином перекису водню та розчином полівідон-йоду, здійснюємо девульсію залишених епоніхеальних тканин із гемостатичною тампонадою під візуальним контролем. Нігтьове ложе і матрикс обробляємо лініментом полівідон-йоду. Накладаємо асептичну пов'язку.

Стверджено, що мобілізація нігтів через оніхолізовані структури значно зменшує травматичність процедури і детермінує зменшення післяопераційного больового синдрому ($\chi^2=48,32$, $p<0,01$), поліпшення якості життя пацієнтів. Наявність деформації епоніхеального краю нігтьової пластини, його зазубреностей, крайових ділянок розшарування й оніхолізу свідчить про значну ймовірність виникнення рецидиву вросання, є показаннями до виконання парціальної матриксектомії. У ранньому післяопераційному періоді спостерігалось адекватне механічне анатомічне вирівнювання нігтьового ложа, що детермінує нормальний ріст нігтя, повноцінна ліквідація двосторонньої інкарнації ($\chi^2=15,23$, $p<0,01$), зменшення больового синдрому ($\chi^2=48,32$, $p<0,01$) при задовільному косметичному результаті. Післяопераційних ускладнень зі сторони м'яких тканин і періосту виявлено не було. Рани загоїлись первинним натягом з повноцінною епітелізацією ложа. Спосіб хірургічного лікування деформації нігтьового ложа є достатньо адекватним анатомічно та морфогенетично, може представляти інтерес для лікарів-хірургів і травматологів поліклінік насамперед особливістю проведення мобілізації лоскутів, проведення двохсторонньої епоніхектомії й матриксектомії з наступним пластичним закриттям дефекту матриксу нігтя передньою лоскутною пластикою, що призводить до механічного анатомічного вирівнювання нігтьового ложа, детермінує ліквідацію вросання, скрученого або кліщеподібного нігтя (pincer nail), а також шатроподібної деформації нігтьової пластини та сприяє нормальному росту нігтя.

УСКЛАДНЕННЯ ПРИ АЛОПЛАСТИЦІ ПАХОВИХ ГРИЖ

Мельник І.В.

Україна. Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра загальної та судинної хірургії

Оперативні втручання з приводу пахвинних гриж, доля яких складає 75-80% від загальної кількості гриж черевної стінки, є найчастішими в загальній хірургії. Щорічно на планеті виконують більше 1,5 мільйона операцій з приводу гриж. Не дивлячись на використання сітчастих пластичних матеріалів для пахвинної герніопластики, частота виникнення рецидивів при первинних

пахвинних грижах залишається на рівні 10-15%. Недоліком відомого способу є недостатня ефективність попередження ускладнень та ексудативні реакції, внаслідок чого у 5,3-11,4 % випадках спостерігалися посттравматичні ускладнення у вигляді утворення запальних інфільтратів та нагноєнь.

В клініці протягом 3-х років прооперовано і обстежено 325 пацієнтів з паховими грижами: з них 264 чоловіків, 81-жінок. У 78 хворих оперативне лікування виконано за ургентними показаннями з клінікою защемлення, 23 пацієнти оперовані з приводу рецидивних гриж. При защемленнях пахових гриж на вибір способу пластики крім зазначених критеріїв впливали: час з моменту защемлення та наявність ускладнень. Коли оперативне втручання проводили до 12 годин від початку защемлення та при відсутності деструктивних змін в защемленому органі перевагу надавали герніопластиці сітчастими трансплантатами за Lichtenstein. В більш пізні строки від початку защемлення, приймаючи до уваги високий ризик інфікування післяопераційної рани, пластику грижових воріт проводили власними тканинами. Профілактику гнійних післяопераційних ускладнень починали з внутрішньом'язового введення антибіотика за 1 годину до операції, або разом з премедикацією. У якості антибіотика використовували цефазолін.

Серозне запалення у ділянці післяопераційної рани спостерігалось у 6% пацієнтів, інфільтрат – у 3%, нагноєння рани –у 3%, орхіт-у 1,5%, тривала болючість у ділянці післяопераційної рани (5-8 днів)- у 6% пацієнтів. Усі ці ускладнення були ліквідовані консервативними заходами, призначалися нестероїдні протизапальні препарати (диклофенак, “Моваліс”) та фізіотерапія. Пацієнти починали ходити на 2-у добу після операції, а нормальна фізична активність відновлювалася через (9±2) днів. Слід зазначити, що у 0,2% хворих були відчуття стороннього тіла та незначні незручності при фізичному навантаженні.

Згадані ускладнення нам вдалося ліквідувати консервативними методами лікування з використанням фізіотерапевтичних процедур, перев'язок, антибактеріальних середників. Тільки у 2 хворих (0,8%) ми мали повне відторгнення сітчастого експлантату. Вважаємо, що причина виникнення таких ускладнень є багатогранна: підвищена травматизація тканин під час операції; неадекватне або передчасне видалення дренажу. Фоном для виникнення запальної реакції на імплантовану сітку є і виражена лейкоцитарна інфільтрація м'яких тканин, особливо довкола старих лігатур при оперативному лікуванні рецидивних та защемлених гриж. А тому для зменшення вище згаданих ускладнень в післяопераційному періоді ми підходимо комплексно: операції з приводу ускладнених пахових гриж виконують тільки досвідчені хірурги, рани по ходу операції 2-3 рази промиваємо розчином антисептика, застосовуємо активне дренирування ран за допомогою дренажа типу “Redon”, призначаємо антибіотики в післяопераційному періоді. Якщо ускладнення з боку операційного рубця виникають в віддаленому післяопераційному періоді, ми рекомендуємо використовувати першочергово консервативне лікування, одноразові пункції сером, при необхідності повторне дренирування, яке достатньо

ефективне. Отже ускладнення в ділянці післяопераційної рани після операції необхідно вести активно, як інфіковані.

ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ ІНФІКОВАНИХ ТА ГНІЙНИХ РАН В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Хіміч С.Д., Рауцкіс В.П., Хіміч С.О., Кривонос М.І.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Лікування інфікованих та гнійних ран в усі часи було актуальним завданням, хоча в кожний історичний період мета та задачі лікування постійно корегувались та змінювались. Історичний процес, щодо лікування ран, умовно кажучи, можна було б зобразити приблизно наступним чином. Біля 10000 років тому лікуванням ран практично ніхто не займався. Близько 1000 років лікуванням ран займалися різноманітні «знавці», використовуючи різноманітні методи (в основному «знахарського» походження) і основним завданням було - збереження життя. Біля 100 років тому лікуванням ран у більшості випадків займалися лікарі, з використанням наукових даних, а основна мета була – це видужання пацієнта та профілактика ускладнень. Розвиток суспільства та науки висуває нові вимоги, в тому числі і до лікування ран. Отож 10 років тому – це недопущення летальних випадків, повне видужання, відновлення працездатності та хороший косметичний ефект. Але більше 1 року тому з'явилися нові проблеми у лікуванні ран. Зокрема сучасні причини, зумовлені пандемією Covid-19, що вплинули на імунний стан та частково порушили мікробіологічну рівновагу в організмі, а також поява нових ранових ушкоджень в результаті мінно-вибухових та кульових ушкоджень, висувають перед науковцями і лікарями нові задачі стосовно вироблення сучасних підходів у лікуванні інфікованих та гнійних ран. Виходячи з таких позицій нами почалися проводити наукові дослідження стосовно успішного використання при місцевому застосуванні мазі на основі колагенази з 2-3 дня лікування, яка значно покращує рановий процес, а також розпочата робота щодо місцевого застосування імуномодуляторів в комбінації з антисептиком. Отримані попередні дані вселяють оптимізм у продовження таких наукових досліджень, адже результати роботи дадуть можливість покращити лікування хворих та постраждалих із інфікованими та гнійними ранами.

ЕНДОКРИНОЛОГІЯ

ЕПІЗОДИЧНА МІГРЕНЬ З АУРОЮ АСОЦІЙОВАНА З АНГІОРЕТИКУЛОМОЮ МОЗОЧКА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

*Боженко Н.Л., Ковальчук К.О.**м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

Ключові слова: мігрень, моноклональні антитіла, CGRP (Calcitonin gene-related peptide), ангіоретикулома мозочка, аура, триптани.

Актуальність: метою роботи є узагальнення клінічних даних, які показують роль мозочка в патофізіології мігрені на прикладі клінічного випадку.

Згідно з ВООЗ мігрень входить до 20 захворювань, які найбільше обмежують життєдіяльність людини. Від цього розладу страждає ~ 14,4% населення, при цьому частота вища серед жінок.

Мігрень – це первинний виснажливий головний біль, що може посилюватися при фізичній активності, та супроводжуватись нудотою блюванням і сенсорними порушеннями, такими як фотофобія, фонофобія, запаморочення та аллодинія. Виділяють мігрень з аурою та без аури, епізодичну й хронічну мігрень, частота нападів становить <15 і ≥ 15 днів на місяць відповідно. Для полегшення симптомів застосовують abortивне лікування при нападі та профілактичне для його попередження. До специфічних протимігренозних препаратів належать триптани та інгібітори пептиду, пов'язаного з геном кальцитоніну (CGRP). Більшість препаратів, що діють на CGRP не проникають через гемато-енцефалічний бар'єр, тому практично не мають центрального впливу. Це може бути однією з причин неефективності цих засобів у ~ 30% пацієнтів.

Останні дані виявили високу експресію та множинні сайти зв'язування CGRP в структурах мозочка. Вважається, що CGRP є модулятором ноцицепції та провокує глутаматзалежну кортикальну депресію. Глутамат активує нейрони висхідного тригемінального сигнального шляху, що викликає центральну сенсibilізацію через вивільнення запальних медіаторів і порушує регуляцію тону судин мозку. Всі ці фактори нині вважаються основними ланками патогенезу мігрені. Також виявлено взаємозв'язок між мігренню та точковою імунореактивністю проти цитоплазми нейронів і молекулярного шару мозочка, зокрема, клітин Пуркінє.

У пацієнтів з мігренню рівень CGRP підвищений у плазмі, цереброспінальній рідині та слині. Однієї інфузії CGRP достатньо, щоб викликати мігренеподібний головний біль у 70% пацієнтів з мігренню. Терапія моноклональним антитілом - Еренумабом - зменшила білатеральну активацію мозочка у пацієнтів з мігренню у відповідь на ноцицептивні стимули трійчастого нерва, що ймовірно свідчить про деяку проникність препарату крізь гематоенцефалічний бар'єр. Тому центральні ефекти Еренумабу можуть мати перспективу для лікуванні мігрені, фенотипово пов'язаної з мозочком.

До того ж мозочок є основним центром сенсорної інтеграції, отже зміни в ньому можуть бути провідним фактором при деяких фенотипах мігрені та мати значення у виникненні аури. Мозочок отримує вестибулярну, зорову, тактильну і пропріоцептивну сенсорну інформацію від ядер спинного мозку, вестибулярного, трійчастого і дорсального ядра, нижньої оливи та надсилає імпульси для модуляції нижніх рухових нейронів. Ці зв'язки забезпечують моторні функції та сенсорну обробку, що свідчить про роль мозочка не лише в контролі рухів, а й про можливу участь у зміні сприйняття болю та проявів рухової дисфункції при мігрені.

Ще одним підтвердженням цьому є пацієнти з інфарктом мозочка, які демонстрували гіпералгезію на термічні та повторювані механічні подразники в ділянці передпліччя. До того ж пацієнти з мігренню мали вищий ризик субклінічних інфарктів у задній та парамедіанній частині мозочка, і цей ризик мав пряму кореляцію з частотою нападів. Слід зазначити, що в даному дослідженні не було помічено суттєвої різниці в інфарктах мозку іншої локалізації.

Також встановлено, що зменшення об'єму сірої речовини мозочка негативно корелює з тривалістю мігрені й пацієнти з частотою нападів > 10 днів на місяць мали більш виражену атрофію в ніжках мозочка порівняно з контрольною групою. До того у людей, що живуть з мігренню виявлено зниження цілісності аксонів у вермальній частці V-VI та пошкодження мієліну в правій ніжці мозочка. На позитронно-емісійної томографії та функціональної магнітно-резонансної томографії було помічено, що між нападами у задній частині мозочка спонтанно знижувалась активність, але збільшувалась у лівій верхній частині мозочка у пацієнтів з мігренню порівняно зі здоровими особами. Наведені дані позитивно корелювали з інтенсивністю головного болю, при цьому більш виражено при мігрені з аурую. У пацієнтів з вестибулярною мігренню спостерігався різко підвищений метаболізм у мозочку в іктальній фазі порівняно з міжнападним періодом. Також помічено посилення функціонального зв'язку між мозочком та центрами регуляції болю, який був вищий у пацієнтів з аллодинією. У наступному дослідженні транскраніальна стимуляція мозочка постійним струмом модулювала інтенсивність болю у здорових осіб, а пацієнти з мігренню показали дефіцит мозочкового гальмування моторної кори порівняно зі здоровими особами, що може означати недостатність гальмівних ланцюгів кори і знижувати антиноцицептивну дію при нападах мігрені.

Отож, за дослідженнями, описаними вище, ділянки мозочка, які найчастіше виявляють аномалії або досліджувалися при болях і мігрені - це ніжки мозочка, вермальні часточки IV, VI та VIII, ядра та моторні нейрони. Попри прогрес у сучасній терапії мігрені, механізми її розвитку до кінця не з'ясовані, проте зміна в регуляції CGRP та його рецепторів в мозочку можуть бути факторами розвитку мігрені. Також мозочок може відігравати роль у розвитку мігрені за допомогою мозочкової модуляції низхідного шляху болю через стовбур мозку або шляхом модуляції висхідного сенсорного шляху через спинномозкові тракти й таламус. Подальші дослідження специфічних функцій

субрегіонів мозочка та їх шляхів допоможуть краще зрозуміти роль мозочка в патофізіології мігрені. Фармацевтичні та оптогенетичні підходи до модуляції CGRP та його рецепторів можуть надати нові шляхи виявлення мозочкових механізмів і відкрити нові можливості для патогенетичного лікування мігрені.

Клінічний випадок: жінка, 37 років. Скарги на напади пульсуючого, одностороннього головного болю, що посилюється внаслідок фізичної активності й супроводжується фотофобією, фонофобією, нудотою, блюванням, затерпанням руки та обличчя, помутнінням зору. Болю часто передують поява жовтих плям перед очима, що персистує протягом кількох хвилин, після чого розвивається біль. Після приступу до тижня відчуває слабкість та тиснучий неінтенсивний головний біль. Відмічає порушення концентрації уваги, погіршення пам'яті, зниження зору й сонливість. Вважає себе хворою з 6 років, коли була прооперована з приводу ангіоретикуломи мозочка (1993 рік). Частота больових пароксизмів – 1-2 рази на місяць, тривалістю від 4 годин до доби. Для зняття приступу приймає Номігрін, іноді, Фармадол і Дулоксетин 90 мг як профілактична терапія. Від прийому триптанів відчуває сильну нудоту. Спостерігається в психіатра з приводу депресивного розладу. Із супутніх захворювань – пролактинемія, поліп ендометрію.

Неврологічний статус: без вогнищевих порушень.

На магнітно-резонансній томографії: післяопераційні зміни лівої півкулі мозочка, кортикальний гемосидероз.

Діагноз: епізодична мігрень з аурою асоційована з ангіоретикуломою мозочка. Хвора консультована ендокринологом та нейрохірургом. Рекомендовано: раціональний режим дня та відпочинку, гігієна сну, питний режим, лікувальна фізкультура, ведення щоденника головного болю, когнітивно-поведінкова терапія.

При нападі головного болю – Ібупрофен 400- 800 мг (максимум 15 разів на місяць). Продовжити прийом Дулоксетину 60 мг вранці тривало. Додати Прегабалін по 75 мг на ніч. Стан хворої на фоні лікування покращився.

Висновок: ми маємо все більше доказів на підтримку залучення мозочка до болю та моторної відповіді на біль, при деяких фенотипах пацієнтів з мігренню. Мозочок пов'язаний з болем при мігрені та бере участь в інших симптомах, і, що більш важливо, функціонально й структурно змінюється при візуалізації у пацієнтів з мігренню. Виходячи з даних досліджень, можна припустити, що в наведеному клінічному випадку у пацієнтки мігрень спровокована післяопераційним порушенням структури мозочка. Адже згідно з анамнезом напади вперше з'явилися незадовго після видалення ангіоретикуломи мозочка. Підсумовуючи, все це може свідчити про те, що мозочок відіграє певну роль у мігрені й вплив на нього може бути потенційним шляхом до покращення симптомів у пацієнтів з мігренню.

ОСОБЛИВОСТІ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ У ПАЦІЄНТІВ З ІХС ТА ЦД 2 ТИПУ НА ҐРУНТІ МС ЗАЛЕЖНО ВІД КОМПЕНСАЦІЇ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ

Чмир Н.В., Дутка Р.Я., Світлик Г.В., Дроник І.С., Абрагамович Х.Я., Діденко О.З., Дробінська Н.В. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна.

Вступ. Метаболічний синдром (МС) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу належать до найактуальніших проблем сучасності, є причиною появи ішемічної хвороби серця, інсульту та раптової серцевої смерті тощо[1,2]. Серцево-судинні захворювання (ССЗ), зокрема ІХС, продовжують формувати негативні медико-демографічні тенденції в Україні та світі, які істотно впливають на основні показники здоров'я: захворюваність, інвалідність, смертність, тривалість та якість життя населення. [3,4,5]. Разом з тим, на даному етапі ще недостатньо досліджено особливості гормонального спектру за наявності синдропічної патології ІХС та ЦД 2 типу на ґрунті МС в залежності від компенсації цукрового діабету. Існує необхідність проведення досліджень щодо особливостей розвитку і перебігу окремих складових метаболічного синдрому у цих пацієнтів та оптимізації діагностичної тактики хворих із даною патологією.

Мета. Вивчити особливості гормонального статусу у пацієнтів з ІХС та ЦД 2 типу на ґрунті МС залежно від ступеня компенсації вуглеводного обміну.

Матеріали і методи. Досліджено пацієнтів з ІХС та ЦД 2 типу на ґрунті МС. В залежності від компенсації вуглеводного обміну їх поділено на групи: група з ІХС та компенсованим ЦД 2 типу на ґрунті МС (група I) налічувала 44 особи (15 чоловіків і 29 жінок), група пацієнтів з ІХС та декомпенсованим ЦД 2 типу на ґрунті МС (група II) складала 75 осіб (24 чоловіки і 51 жінка).

Результати дослідження порівнювались з відповідними групами пацієнтів: з групою хворих з ІХС на ґрунті МС (група III), яка включала 44 особи (17 чоловіків і 27 жінок); з групою з МС (група IV), що налічувала 82 пацієнти (23 чоловіки і 59 жінок) та з контрольною групою, що включала 40 практично здорових осіб (17 чоловіків і 23 жінки). У всіх групах переважали хворі жіночої статі (I - 65,91 %, II – 68,00 %, III - 61,36 %, IV - 71,95 %). Усім пацієнтам проводили дослідження рівня тиреотропного гормону гіпофізу, пролактину, кортизолу та вільного тироксину. Статистичну обробку проведено з допомогою програми Microsoft Excel (2003). При порівнянні параметрів у двох незалежних групах використано U-критерій Манн-Вітні статистичні характеристики подано у вигляді «медіана [нижній; верхній кuartилі]». Рівень значимості приймали за умови $p < 0,05$). Пролактин групи I та групи III достовірно не відрізнялись від показників групи здорових осіб ($p > 0,05$). Рівень пролактину у чоловіків усіх груп достовірно не перевищував ($p > 0,05$) контрольних значень. Рівень тиреотропного гормону у всіх групах (I-3,005[1,045;7,4] мкОд/дл, III - 2,85[1,4;9,33] мкОд/дл, IV-2,55[1,425;6,05] мкОд/дл), крім групи II-2,42[1,27;5,57] мкОд/дл, перевищували значення у здорових осіб-

1,91[0,97;2,94]мкОд/дл; у групі I на 24,17% перевищували значення осіб групи II. Рівень вільного тироксину усіх досліджуваних груп не перевищував показників контрольної групи ($p > 0,05$).

Висновки.

1. Група з ІХС та компенсованим ЦД 2 типу на ґрунті МС (група I) характеризувалась достовірно вищим щодо контрольних величин рівнем ТТГ на фоні нормальних значень пролактину та кортизолу.

2. Група з ІХС та декомпенсованим ЦД 2 типу на ґрунті МС (II група), на відміну від групи I, характеризувалась нормальними величинами ТТГ, вТ4, на фоні достовірно підвищених, у порівнянні з контрольною групою, а також групою I, значень пролактину (у жінок) та кортизолу.

Література.

1. Virani SS, Alonso A, Aparicio HJ, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2021 Update A Report From the American Heart Association WRITING GROUP MEMBERS On behalf of the American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. 2021;143:254–743. Available from: <http://ahajournals.org>

2. Gromnatska, N. M., Sklyarova, O. Y., & Kulya, O. O. (2022). Insulin resistance: metabolic and somatic changes in children. INTERNATIONAL JOURNAL OF ENDOCRINOLOGY (Ukraine), 18(4), 219-225.

3. Karaca Z, Grossman A, Kelestimur F. Investigation of the Hypothalamo-pituitary-adrenal (HPA) axis : a contemporary synthesis. 2021;179–204.

4. Shams-Alizadeh N, Mehrabizadeh Honarmand M, Hashemi SE, Davoudi I. The latency period between type 2 diabetes and development of Coronary Artery Disease based on psychological factors. Clin Epidemiol Glob Heal. 2020 Mar; 8(1):257–64. Available from:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213398419301472>

5. Jin Y, Wei D, Liu P, Chen F, Li R, Zhang J, et al. Serum Cortisol, 25 (OH)D, and Cardiovascular Risk Factors in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Falhammar H, editor. Int J Endocrinol 2022 Jun 18;2022:1–9. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/ije/2022/5680170>

ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, ФТІЗІАТРІЯ

МІСЦЕ ВІТАМІНУ D В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

*Масік Н.П., Вінниця, Україна, Вінницький національний медичний університет
імені М.І. Пирогова*

Згідно з настановою хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ, GOLD), режим фармакотерапії повинен бути індивідуалізованим,

визначатися тяжкістю симптомів, ризиком загострень, побічними ефектами, супутніми захворюваннями, доступністю і вартістю ліків, характером відповіді на них, а також преференціями пацієнтів у використанні різних ліків і доставкових пристроїв. Наявність супутніх захворювань не відображується на лікуванні ХОЗЛ, при цьому супутні захворювання мають лікуватись в повному обсязі у відповідності до стандартних протоколів супутньої патології, не дивлячись на наявність ХОЗЛ.

Проблема поєднання ХОЗЛ з дефіцитом вітаміну D і потреба використання вітаміну D залишається предметом наукової дискусії.

Обстежено 32 хворих з причини загострення ХОЗЛ в осінньо-зимовий період. Середній вік ($56,67 \pm 10,28$) років. Маркером запасів вітаміну D в організмі є сироватковий рівень 25(OH)D.

В результаті дослідження встановлено, що у всіх хворих має місце дефіцит вітаміну D. Так, серед представників GOLD 4 рівень вітаміну D знижувався в 1,75 разів порівняно з хворими GOLD 1. Тяжку форму дефіциту вітаміну D зустрічали по 37,5% хворих GOLD 1 і GOLD 2, 62,5% – GOLD 3 і у 100% пацієнтів GOLD 4.

Усім хворим було призначено препарат вітаміну D в дозі 1000 МО на добу. Після 3-місячного застосування препарату виявили недостатність вітаміну D у 12,5% GOLD 2, дефіцит вітаміну D – по 12,5% GOLD 3 і GOLD 4.

Очевидно, порушення в організмі хворих зумовлені хронічним системним запальним процесом низької інтенсивності при ХОЗЛ, які наростають зі збільшенням тяжкості захворювання та зумовлюють розвиток дефіциту вітаміну D, який не усувається 3-місячним курсом прийому препарату вітаміну D.

Оскільки рівень вітаміну D знаходиться в оберненій залежності від ступеня тяжкості ХОЗЛ, рекомендовано призначення вітаміну D вже при GOLD 1 у разі високого ризику загострень ХОЗЛ (клінічні групи C і D).

ФІТОТЕРАПІЯ, ГОМЕОПАЦІЯ, НУТРИЦІОЛОГІЯ, ДІЄТОЛОГІЯ

ПРОГРАМА ВИЗНАЧЕННЯ ТА КОРЕКЦІЇ ДЕФІЦИТУ МАГНІЮ ЯК СКЛADOVA РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

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

¹Національний університет «Острозька академія»

²Одеський національний медичний університет

Дані багатьох досліджень показують, що приблизно у 60% дорослих споживання магнію з їжею є недостатнім і субклінічний дефіцит магнію є широко поширеним захворюванням серед населення. Аналіз наших досліджень

показує, що станом на 2021 рік (тобто до війни) особи працездатного віку отримували третину від рекомендованої норми магнію.

Оскільки війна надзвичайно загострила цю проблему внаслідок стресу та інших соціальних проблем, слід вважати доцільними розробку та впровадження програми визначення та корекції дефіциту магнію, яка передбачає вжиття заходів із профілактики та раннього виявлення захворювань; здійснення контролю за перебігом захворювань та запобігання їх несприятливим наслідкам; мотивацію населення до здорового харчування та вживання магнієвмісних вод та препаратів; запровадження заходів із реабілітації; організацію спеціальних заходів із медичного забезпечення за окремими класами захворювань та нозологічними формами.

Першочерговим напрямком реалізації магнієвої програми має бути визначення магнієвого дефіциту у військових після перенесених бойових травм за розробленою Google-формою анкети та розробка уніфікованих протоколів корекції дефіциту магнію при різних патологічних станах.

Слід вважати обґрунтованим включення цієї складової у програми медичної, фізичної та психологічної реабілітації постраждалих військовослужбовців Збройних сил України..

ФАРМАКОЛОГІЯ, КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ, ТОКСИКОЛОГІЯ

ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ ФАРМАКОЛОГІЇ В СТУДЕНТІВ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «МЕДСЕСТРИНСТВО»

Мельник Р.І., Україна. Івано-Франківськ. Кафедра фармакології, фаховий медичний коледж Івано-Франківського національного медичного університету

Одним із важливих аспектів вивчення «Основ фармакології та медичної рецептури», як фундаментальної дисципліни, є необхідність формування системи, в якій заохочується безперервний освітній розвиток і фахове зростання. Необхідно поступово формувати у молодого покоління потребу в самореалізації, самодисципліні, мотивації та набутті компетентностей майбутніх фахівців в галузі медсестринства. Саме тому викладачам фахових медичних коледжів необхідно широко застосовувати сучасні методи навчання і системні комплексні підходи в викладанні предмету. Ці методи дозволяють розвивати у студентів творчість, комунікативність, інноваційність, самостійність прийняття рішень, відповідальність, гнучкість, фахову компетентність.

Методика розбору ситуаційних алгоритмізованих задач по моделюванню взаємодії «медсестра-пацієнт» один із таких напрямів навчання. Один студент виконує роль пацієнта і моделює клінічну ситуацію з відповідними скаргами, а інший студент в ролі медсестри дає рекомендації який препарат необхідно ввести

хворому в даній ситуації, до якої групи належить цей препарат та обирає шлях введення препарату для ефективного лікування хворого. Така модель заохочує студентів активно брати участь в обговоренні, мотивувати свій вибір, обґрунтовувати його. Це дозволяє краще запам'ятовувати матеріал. Крім того, в процесі обговорення студентам пропонується оглянути наочно форми випуску і дозування препаратів з колекції музею кафедри. Широко обговорюються питання профілактики ускладнень, що можуть виникнути при неправильному введенні препаратів або при взаємодії препаратів різних фармакологічних груп та методи профілактики цих ускладнень.

Також існує методика командної роботи, яка допомагає викладачу коледжу оптимізувати опитування студентів, поглиблено обговорити препарати, що винесені до підсумкового модульного заняття, надає можливість доповнити відповідь попереднього студента, вносити корективи у його відповіді, чітко формулювати і обґрунтувати свою думку.

Каскадний метод - це відповідь вибраного студента на запитання іншого випадкового студента. Він дає можливість студентам незалежно оцінити знання та рівень підготовки одногрупників до занять. Викладач виступає в ролі координатора-помічника, консультанта.

Щоб покращити візуальне сприйняття матеріалу на допомогу студентам використовується необхідний відеоматеріал, презентації, мультимедійні лекції по темах занять, інформаційні джерела навчальної літератури, а також тестові завдання. Студенти по відповідних темах занять готують реферати, презентації, самостійні позааудиторні роботи. Все вище перелічене заохочує їх до самостійного пошуку матеріалу по новітніх лікарських засобах, нових методах та підходах в допомозі пацієнтам, профілактиці захворювань.

Всі ці нестандартні методи проведення заняття дають змогу підвищити рівень знань і зацікавленості в дисципліні у студентів фахового медичного коледжу по спеціальності 223 «Медсестринство» і сприяють кращому засвоєнню матеріалу.

Отже, комплексний, творчий, креативний, інтегрований, адаптативний підхід до вивчення предмету «Основи фармакології та медична рецептура», дозволяє студентам фахового медичного коледжу краще запам'ятовувати і вивчати складні питання і теми, а інформаційні засоби онлайн сприяють якості підготовки до тестової частини підсумкового модульного контролю.

САНОЛОГІЯ, ГІГІЄНА, ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА

СЕЗОННІ КОЛИВАННЯ ВМІСТУ ВІТАМІНУ D У ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ

Коржик О.В., Дмитроца О.Р.

Волинський національний університет імені Лесі Українки, м. Луцьк

Своєчасне встановлення рівня забезпеченості організму вітаміном D з подальшою його корекцією дефіциту, безсумнівно, має практичне значення для

підтримки здоров'я людини та клінічної практики. Метою дослідження є визначення вмісту вітаміну D в чоловіків та жінок зрілого віку з урахуванням сезонності. В обстеженні взяли участь 320 осіб обох статей віком 26-35 років (зрілий вік I період) та 45-55 років (зрілий вік II період). Дослідження вмісту вітаміну D проведено за стандартними методиками на базі лабораторії «ТОВ «ГЕМО МЕДИКА Луцьк». Одиниці вимірювання рівня вітаміну D – нанограми на мілілітр (нг/мл) з оптимальною його концентрацією 30-50 нг/мл (10-20 нг/мл – ризик дефіциту вітаміну D в організмі; 5-10 нг/мл – дефіцит, ≤ 5 нг/мл – важкий дефіцит; $\leq$ більше 150 нг/мл – можливі прояви інтоксикації.

У чоловіків 26-35 років найвищий вміст вітаміну D встановлено в осінній період; Дефіцит вітаміну D також зареєстровано в осінньо-зимовий період (по 10 % осіб). З віком відмічено достовірне зниження вмісту вітаміну D у зимовий, весняний та літній періоди; частка осіб з дефіцитом підвищилась до 20 % (осінньо-зимовий період).

Жінки віком 26-35 років характеризувалися найвищим вмістом вітаміну D в осінній період. Випадки встановлення дефіциту вітаміну D зустрічались у весняний (18,3-18,4 нг/мл) та зимовий (18,1-18,3 нг/мл) періоди року – відповідно по 10 % та 20 % осіб. Жінки 45-55 років характеризувались зниженням вмісту вітаміну D у весняно-літньо-осінню пору; Випадки з недостатністю вітаміну D почастішали до 30 % осіб.

ПЕДІАТРІЯ

МЕДИКАМЕНТОЗНІ УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ. ЯК СЛУХАТИ ТА ПОЧУТИ ЛІКАРЯ

І.С. Іванців-Гріга, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра педіатрії і неонатології ФПДО, Львів

Сучасній медицині відомо понад 3000 лікарських препаратів та понад 6 мільйонів хімічних сполук, яким характерна гепатотоксичність. Медикаментозні ураження печінки (DILI - Drug-Induced Liver Injury) – величезна група різних клініко-морфологічних уражень печінки. Вони виникають через 5-90 днів після прийому медикаментів, БАДів, фітопрепаратів. У педіатричній практиці найчастіше DILI спричинене прийомом антибактерійних препаратів (50%), протиепілептичних середників (20%), рідше – антидепресантів та фітопрепаратів. Особливо часто трапляються випадки безконтрольного самолікування та прийому нестероїдних протизапальних препаратів протигельмінтних засобів, добова доза яких може бути перевищена у кілька разів. Найчастіше DILI має безсимптомний перебіг (при транзиторному підвищенні титру трансаміназ). Діагностика медикаментозного ураження печінки базується, насамперед, на чітко зібраному анамнезі та біохімічних критеріях (рівні АЛАТ ≥ 5 – ВМН, АЛАТ ≥ 3 – ВМН + 2 норми концентрації

білірубину, ЛФ 2 норми (особливо при підвищеному рівні ГГТП). Виключають інші можливі причини пошкодження печінки (вірусні гепатити, аутоімунний гепатит, механічна жовтяниця), використовують шкалу RUCAM та гістологічні критерії. Основні принципи терапії охоплюють негайну відміну лікарського середника, дієтотерапію, яка сприяє жовчовиділенню. Профілактичні заходи передбачають ретельний збір анамнезу з урахуванням фактів ризику щодо конкретного пацієнта, уникнення поліпрагмазії, проведення лабораторного моніторингу маркерів цитолізу та холестазу при призначенні гепатотоксичних препаратів. Важливим завданням для лікаря первинної ланки є забезпечити повне розуміння пацієнта щодо вживання препарату та небезпеки самолікування.

ГЕНЕТИКА, ДЕМОГРАФІЯ

ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ СОМАТИЧНОЇ ГЕННОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ НЕЙРОКОГНІТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА (ПЕРЕЙНЯТТЯ ЗАХІДНОГО ДОСВІДУ)

Прилуцький С.П

*с. Чубинське, Київська область, Інститут розведення та генетики тварин
НААН ім. М.В Зубця*

Сучасні аспекти застосування генної терапії при лікуванні дисфункцій неврологічного спектру полягають у провокуванні штучних, точкових мутацій проблемного гену в ядрах соматичних клітин (нейронів). На сьогоднішній день, даний інноваційний підхід знаходиться на стадії досліджень та випробувань, наразі західні дослідники активно вивчають хворобу Альцгеймера та можливість використання генотерапевтичних методів для впровадження у клінічну практику і лікування. Етіологія цієї патології є недостатньо вивченою, проте відомо, що основну роль у патогенезі відіграють Тау-протеїни та токсичні, амілоїдні білки, які мають накопичувальний ефект у нейронах. Перевищення їхньої кількості перешкоджає гомеостатичному синапсу нейронів, через це в основу способу покращення патологічної ситуації лежать розробки націлені на інгібування та зменшення рівня концентрації цих речовин у нейронах. Група науковців з Массачусетської загальної лікарні (США) перевірили вплив технології генної терапії для усунення дії патологічних білків на нервові клітини. Їхній задум полягав у концентрації уваги на Тау-протеїні, які формують у клітинах нейрофібрилярні скупчення. За їхньою методикою була розроблена технологія, яка мала змогу асоціюватися з ДНК (дезоксирибонуклеїнова кислота) в місці локусу мутантного гену *MAPT* формуючи трансверсію нормальним геном, тим самим відбувається зміна експресії Тау-білку. Ці випробування проводилися на лабораторних щурах лінії Вістар, що мали в своєму резервуарі хворобу Альцгеймера, яким для доставки нормального гену *MAPT* застосовувалися вірусні вектори введені внутрішньовенно або в гіпокамп головного мозку. За результатами проведеного дослідження групою вчених, спостерігалася

зниження тенденції експресії Тау-білків $\leq 50 - 80\%$. Важливим фактом є, те що ефект введеної вакцини тривав протягом 2-ох та більше місяців, за цей час не було виявлено жодних побічних дій у щурів, дана технологія змогла усунути проблеми пошкоджень мозкових клітин. Проте цілісний організм щурів відрізняється від організму людини, ефект використання генної терапії є непередбачуваним, особливо при терапії нейрокогнітивних дисфункцій. Однак у випадку позитивної динаміки спостереження ефектів різних методик генної терапії, вона цілком може бути впроваджена у клінічну практику. Вважаю потрібним, реалізації більш детального дослідження способів для інтеграції в генну терапію: ПЦР-мутагенезу, *CRISPR/Cas9* (система редагування геному), тощо. Не дивлячись на те, що технологія геномної корекції відрізняється від генотерапевтичних підходів цільовими задачами (внесення точних та специфічних змін в ДНК-послідовність), коли підходи генної терапії полягають у введенні нового гену в клітини для лікування, але комбінація генотерапевтичних систем та технології редагування геному може бути спроектована для виконання інноваційних лікувальних властивостей неврологічних дисфункцій в тому числі і в Україні.

ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ

ОНКОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ В УКРАЇНІ

Гаврильчук М.М., м. Острог, Національний Університет Острозька академія

Онкологічні захворювання на сьогодні є однією з найбільш актуальних і невирішених медичних проблем людства. Злоякісні пухлини виникають у жителів усіх континентів і країн. У світі від раку щороку помирає 10 мільйонів людей. На превеликий жаль, перспективи поки що невтішні. У 2022 році в Україні кількість осіб зі встановленим діагнозом злоякісних новоутворень досягла 451299 випадків. Серед них жінки становили 51,9%, тоді як чоловіки – 48,1%.

У світі наразі існує понад 18 мільйонів людей, які стикаються з різними видами новоутворень, з яких приблизно 20% випадає на Європу. Якщо говорити про поширеність, то на першому місці – рак легень, на другому – рак грудної залози, що свідчить про нагальну потребу досліджень у цій галузі онкології.

Війна в Україні різко порушила глобальні плани щодо профілактики раку в нашій країні та створила передумови для зростання захворюваності у найближчому майбутньому. Бойові дії, масштабів яких людська цивілізація не знала з часів Другої світової війни, вплинули на інфраструктуру охорони здоров'я України, знищивши лікарні й обладнання, завдавши шкоди критично важливим медичним об'єктам, пацієнтам і лікарям.

АНАТОМІЯ, ГІСТОЛОГІЯ, МІКРОБІОЛОГІЯ

**РОЛЬ ПРЕДСТАВНИКІВ РОДИНИ *ENTEROBACTERIACEA* У
ВИНИКНЕННІ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ МІННО-ВИБУХОВИХ РАНАХ**¹Лаврик Г.С., ¹Тимчук І.В., ¹Руминська Т.М., ¹Павлій С.Й., ², ¹Корнійчук О.П.

В Україні вже другий рік триває війна, за цей час різко збільшилося число поранених, як військовослужбовців, так і цивільних із мінно-вибуховими ранами. Ізоляти, виділені з ран пацієнтів у військово-медичному клінічному центрі м. Львова, представлені бактеріями родини *Enterobacteriaceae* (39,7 %). *Klebsiella* spp. та *Pseudomonas* spp. відносяться до найбільш поширених антибіотикостійких штамів бактерій, що є носіями генів резистентності і мають високий потенціал до адаптації в умовах стаціонару. Метою досліджень було виділити штами вказаних ентеробактерій, пов'язаних з наданням медичної допомоги (ІПНМД) із ускладнених розвитком інфекційного процесу ран, визначити їх антимікробний спектр чутливості, проаналізувати їх резистентність до протимікробних препаратів.

Клінічний матеріал відбирали у хворих із гнійних ран стерильними тампонами із транспортним поживним середовищем. Посіви досліджуваного матеріалу здійснювали на кров'яний агар, середовище Ендо, CHROMID® P. *aeruginosa* Agar, МПА та інкубували при температурі 37°C- 24 год. Біохімічну ідентифікацію проводили за допомогою тест-систем «Enterotest 24», «Nefermtest 24» (Lachema, Чехія). Чутливість до протимікробних препаратів визначали методом диско-дифузійним методом та визначенням мінімально-інгібуючої концентрації за допомогою мікророзведень у бульйоні згідно рекомендацій EUCAST.

Ізольовані штами *K. pneumoniae* та *P. aeruginosa*, відповідно до критеріїв, що визначають ІПНМД, були саме шпитальними штамами, мали резистентність практично до усіх антибіотиків, що рекомендовані для тестування керівництвом EUCAST 2023. Виникає складне завдання з якісної хірургічної обробки ран для обов'язкової елімінації *K. pneumoniae* та *P. aeruginosa* і застосування шляхів захисту від поширення та циркуляції цих антибіотикостійких штамів у хірургічних відділеннях ВМКЦ.

АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ

**L- КАРНІТИН - ВАЖЛИВИЙ КОМПОНЕНТ В КОМПЛЕКСІ
ПРЕГРАВІДАРНОЇ ПІДГОТОВКИ У ЖІНОК ІЗ БЛЮВАННЯМ
ВАГІТНИХ В АНАМНЕЗІ.***Гвоздецька Галина, Генік Наталія, Жукуляк Оксана.**м.Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет.**Кафедра акушерства та гінекології ім.І.Д. Ланового*

В умовах сьогодення частота блювання спостерігається у 60-80% вагітних, а у 55,8% вагітних із проявами блювання виражені порушення функції гепато-

біліарної та імунної систем. В умовах нормального кисневого забезпечення відбувається метаболізм клітин на окислення жирних кислот як найбільш енергоємного субстрату. Важливу роль у даному процесі відіграє L-карнітин як кофактор активатора метаболічних процесів.

Мета дослідження. Оцінка ефективності розробленої використання L-карнітину у комплексі прегравідарної підготовки жінок із блюванням вагітних в анамнезі.

Матеріали та методи дослідження. Під спостереженням знаходились 100 жінок на прегравідарному етапі з блюванням вагітних в анамнезі. До контрольної групи віднесено 30 жінок із фізіологічним перебігом вагітності та пологів в анамнезі. Жінки основної групи було розділено на дві підгрупи: група А - 50 жінок, які отримували запропоновані лікувально-профілактичні заходи на прегравідарному етапі протягом 3 місяців (розчин левокарнітіна

(«Алміба») 10 мл (100 мг / мл левокарнітіна) перорально два рази в день і вітамінно – мінеральний комплекс по 1 таблетці зранку) та група Б (порівняння) - 50 жінок, які не отримували прегравідарної підготовки. Різниця між величинами, які порівнювались, вважалась достовірною при $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення.

Після запропонованого комплексу лікувально-профілактичних заходів у 80,0% жінок із основної групи у порівнянні із 20 % у жінок групи Б, не спостерігалось проявів блювання під час наступної вагітності. Через 3 місяці застосування запропонованого комплексу лікувально-профілактичних заходів вагітність наступила у 48 жінок А групи, що становить 96%, та у 29 жінок (58%) групи Б. Прояви блювання вагітних спостерігалися тільки у 10 (20,0%,) жінок групи А, а у групі Б – 34 жінок (68%). У жінок із основної групи переважали симптоми блювання вагітних легкого ступеня, а у жінок із групи порівняння-блювання важкого та середнього ступеня.

Висновки.

1. При застосуванні лікувально-профілактичного комплексу прегравідарної підготовки із застосуванням препарату левокарнітіна 10 мл перорально два рази на добу перорально та вітамінно-мінерального комплексу зменшується кількість випадків блювання вагітності ($p < 0,05$), що позитивно впливає в подальшому на перебіг вагітності.
2. При застосуванні запропонованої нами прегравідарної підготовки відсоток настання вагітності був достовірно вищим -96 % проти 58% ($p < 0,05$).
3. Аналіз перебігу I триместру вагітності показала у пацієток групи А достовірну нижчу частоту проявів блювання вагітних (у 3 рази.) ($p < 0,05$), що відповідає клінічно значущому ефекту запропонованого комплексу лікувально-профілактичних заходів.

ІНШІ РОЗДІЛИ

**УКРАЇНСЬКЕ ЛІКАРСЬКЕ ТОВАРИСТВО НА РІВНЕНЩИНІ У
МІЖВОЄННИЙ ПЕРІОД (1921-1939 рр.)***Мазур П.Є., Горошко Є.Л.**м. Кременець, Україна, Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена
Річинського*

В міжвоєнний період на території Волині працювали лікарі різних національностей: євреї, поляки, росіяни, українці, німці. Українців серед них було мало, що пояснював той факт, що в Польській державі українці зазнавали дискримінації за національною ознакою. Так, у 1935 році на Волині працювало 15 лікарів - українців, вісім з яких на території нинішньої Рівненщини [2, с. 168-169]. Всі вони були членами Українського лікарського товариства (УЛТ) у Львові. Лікарі-українці Рівненщини через свою малочисельність не створили філій УЛТ, а долучились до роботи галицького осередку і брали активну участь у розв'язанні медичних проблем.

Святослав Бaley. Навчався медицини в університетах Львова та Відня. В 1930-і роки до початку Другої світової війни працював на Рівненщині, проживав у селі Панталія недалеко від міста Дубно. Одночасно викладав у Дубенській медичній школі, робив операції в повітовому шпиталі, деякі з яких були унікальними [4, с. 1-2]. Один день в тиждень Бaley приймав всіх, хто потребував допомоги, не турбуючись про гонорар. Часто особисто оплачував аптечні рахунки бідняків. Навідувався до хворих на автомобілі «Крайслер», а у віддалені села та інші міста літав власним літаком [7, с.6]. Як член Українського лікарського товариства друкував статті в часописі «Лікарський вісник». З 1939 року проживав у Рівному, приватно лікував. Наприкінці 1943 року перед приходом Червоної армії емігрував у Польщу. В м. Дубно на честь українського лікаря-подвижника Святослава Бaley названо вулицю.

Роман Могильницький. Закінчив Познанський університет. Член УЛТ з травня 1929 р.. Проживав у Рівному, мав власну практику й одночасно був лікарем у приватній українській гімназії ім.І.Мазепи. Брав активну участь в громадському українському житті, секретар повітового комітету УНДО. За національно-патріотичну діяльність в 1939 році польською владою був висланий з Волині [3, с.60-68].

Ірина Присневська (Прісневська-Зошук). Медичну освіту здобула в Празькому та Познанському університетах, після чого відкрила лікарську практику в м. Рівному [1]. Працювала лікаркою акушер-гінекологом. В Рівному брала участь в роботі «Союзу Українок», зробила вагомий внесок у розбудову та діяльність Червоного Хреста на Волині. Разом з групою волинських медиків робила все, щоб покращити медичний стан Волинського воєводства [6, с. 117]. Вийшовши заміж за доктора С. Зошука, в 1939 році переїхала в м. Познань.

Теодозій Сологуб. Закінчив медичний факультет Львівського університету ім. Яна Казимира. В Рівному працював в повітовому шпиталі та відкрив приватний лікарський кабінет. Брав активну участь в громадському житті краю, матеріально підтримував будівництво у Рівному національного осередку – «Дому культури». Член УЛТ з травня 1937 року [5, с.26-27].

Петро Роцинський. Член УЛТ з 1927 року. Почав навчатися медицині у Варшавському університеті, але у зв'язку з початком першої світової війни закінчив медичний факультет Московського університету у 1916 році. Коли за Ризьким договором Волинь опинилася в зоні окупації новоспеченої Речі Посполитої, Петро 1921 року перебрався до Рівного, де почав працювати у лікарні для втікачів

Ганна Роцинська. Член УЛТ з 1931 року. Закінчивши гімназію у Кременці в 1909 році, навчалася у Петербурзькому жіночому медичному інституті та Вільненському університеті, після чого почала працювати лікарем. Після проголошення УНР дівчина зголосилася на працю у військовій лікарні. Потім був відступ на Захід і повернення до Рівного, де Ганна зустрілася з Петром Роцинським. Молодята невдовзі одружилися.

В 1924 році подружжя Роцинських переїжджає в невелике повітове містечко Костопіль, де вони почали займатися приватною лікарською практикою і громадською діяльністю. Петра Роцинського запросили до лікарні «Каси хворих». Працювали удвох з дружиною. Одночасно Петро викладав гігієну в Рівненській гімназії, був шкільним лікарем. Костопільська оселя Роцинських стала не лише осередком фахової медичної допомоги, а й центром українського просвітництва. Петро та Ганна влаштовували новорічні ялинки і шевченківські вечори, проводили освітні бесіди на теми медицини та санітарії. З ініціативи Ганни Іванівни в Костополі виникає Союз українок, а в довколишніх селах - його осередки. Діяльність української родини не подобалась польській окупаційній владі. В 1936 році їх обох звільнили від праці в Касі хворих [5, с.25]. Господар квартири під тиском польських властей вимагав перебратися з його помешкання. Становище лікарів Роцинських ускладнилось і вони змушені були покинути Костопіль і переїхати у м.Кременець.

Петро Шепченко. Закінчив медичний факультет Дерптського університету в 1902 році (нині Тарту, Естонія). З березня 1907 року мав хірургічну практику в Радивилівській лікарні на 30 ліжок. Як лікар шанований не тільки у Радивиліві, а й в навколишніх селах. З 1920 року став залізничним лікарем на маршруті Здолбунів-Львів. Організував і очолював Радивилівський осередок «Просвіти», долучився до діяльності товариства Червоного Хреста, працював у різних ділянках громадського життя. Активний член і учасник УЛТ у Львові з 1921 року. З метою запобігання венеричних хвороб у 1923 році видав книгу «Тяжке лихо або що таке пранці і як від них боронитися» [8]. Помер у Радивиліві в 1931 році.

Членом Українського лікарського товариства був також доктор *Микола Фридрих* з Мізоча, Рівненської області.

Отже, в міжвоєнний період українці склали невелику частину серед лікарів Рівненщини, тому вони не створювали філій товариства, а входили до складу його у Львові і брали активну участь у розв'язанні медичних проблем.

Література:

1. Ганіткевич Я. Український медичний календар на 2013 рік. [URL: http://ntsh.org/content/ganitkevich-yaroslav-ukrayinskiy-medichniy-kalendar-na-2013-rik](http://ntsh.org/content/ganitkevich-yaroslav-ukrayinskiy-medichniy-kalendar-na-2013-rik)
2. Дніпро: календар-альманах / Річник XII. Накладом українського товариства допомоги емігрантам з України у Львові. Львів, 1935. 188 с.
3. Добрович В. Тернистий шлях Романа Могилянського (1902-1973р.р.): Маловідомі факти з життя і діяльності // Актуал.пробл.вітчизн. та всесвіт. історії: Зб. наук.пр.Р.,2016,Вип.28.
4. Коваленко І. У тіні видатного брата / Газ. Свобода, №27. 06.02.2021 р. 8 с.
5. Переходько Н. Участь волинських лікарів в Українському лікарському товаристві (1921-1939 р.р.) / Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Серія: Історія / За заг. ред. проф. І.С. Зуляка. Тернопіль: Вид-во ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2016. Вип. 2. Ч. 3. 198 с.
6. Савчук К.М. Діяльність Червоного Хреста у Волинському воєводстві в міжвоєнний період. Рівненська Мала академія наук учнівської молоді, 2015: Тези наук робіт. Рівне, 2015. 198 с.
7. Цимбалюк Є. 80 років тому Святослав Балея на виклик до пацієнтів діставався власним літаком / Газ. Голос України. 28.12.2017, № 243-244 (6748-6749).18 с.
8. Василь Ярмусь. Невстановлені факти про лікаря Петра Шепченка. [Архівовано 14 липня 2019 року у Wayback Machine].

**ІСТОРИКО-ТЕРМІНОЛОГІЧНА
НАУКОВА КОНФЕРЕНЦІЯ
«10-РІЧЧЯ РЕВОЛЮЦІЇ ГІДНОСТІ
ТА ВСЕУКРАЇНСЬКЕ ЛІКАРСЬКЕ ТОВАРИСТВО»**

ОРГАНІЗАТОРИ:
ВСЕУКРАЇНСЬКЕ ЛІКАРСЬКЕ ТОВАРИСТВО
ТОВ "ПЦР", Провайдер БПР № 1343

АУДИТОРІЯ ЗАХОДУ:

- ЛІКАРІ (всі спеціальності)
- МОЛОДШІ СПЕЦІАЛІСТИ З МЕДИЧНОЮ ОСВІТОЮ (всі спеціальності)

ВАРТІСТЬ УЧАСТІ:
без сертифікату БПР -
безкоштовно
з отриманням сертифікату
учасника - 100 грн.

Реєстрація - <https://forms.gle/9DGF9EvV2hKSmUht5>

Дата проведення
30.06.2023р.
Початок:
10 год 00 хв.



Історико-термінологічна наукова конференція «10-річчя Революції Гідності та Всеукраїнське Лікарське Товариство», відбулась 30 червня 2023 р.

Щорічна історико-термінологічна конференція, яку проводить Всеукраїнське Лікарське Товариство в 2023 році отримала статус заходу безперервного професійного розвитку. Кожен учасник заходу отримав сертифікат про участь в заході.

Програмні питання конференції:

1. Роль Всеукраїнського Лікарського Товариства у Революції Гідності.
2. Участь лікарів та лікарток у подіях Революції Гідності.
3. Досвід реалізації ідей Всеукраїнського Лікарського Товариства після Революції Гідності.
4. Питання історії української медицини.
5. Проблеми медичної термінології.
6. Різне.

**МАТЕРІАЛИ
ІСТОРИКО-ТЕРМІНОЛОГІЧНОЇ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«10-РІЧЧЯ РЕВОЛЮЦІЇ ГІДНОСТІ ТА ВСЕУКРАЇНСЬКЕ ЛІКАРСЬКЕ
ТОВАРИСТВО»**

ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ КОМПЕТЕНТНОСТІ І КОМПЕТЕНЦІЇ

А.І. Літвак, канд. мед. наук, доцент, м. Одеса

Світовий досвід управління організаціями в різних країнах і спеціальні дослідження показують, що керівникові для досягнення успіху необхідно ясно і чітко уявляти цілі своєї діяльності і організації в цілому, розуміти можливі шляхи досягнення обраних цілей. Керівник повинен знати, що думають і як сприймають це його підлеглі. Він повинен знати, чого хочуть і чого прагнуть його співробітники, як вони сприймають реалії їх трудового середовища. Ґрунтуючись на цих знаннях, керівник повинен прагнути задовольнити бажання та інтереси співробітників, дати кожному працівнику саме те, що для нього особисто важливо, зблизити, якщо не об'єднати, цілі кожного працівника з цілями організації. Керівник має зробити кожного свого співробітника переможцем у праці. Щоб співробітник відчував радість від того, що він робить і як до нього ставиться його оточення. Керівник повинен подбати про те, щоб у кожного працівника було все необхідне для виконання його роботи та досягнення ним результату в праці. Керівник повинен бути завжди вдячним своїм співробітникам за досягнуті результати праці і успіхи всієї організації. Він повинен бути щедрим, захочувати і хвалити кожного і всіх разом, хто цього заслужив. Компетентність – це здатність індивіда вирішувати конкретні завдання в професійній діяльності, на основі об'єднання знань, навичок умінь. Результатом компетентності є адекватна діяльність в умовах зміни обставин і завдань, які іноді відбуваються з величезною швидкістю. Компетентність керівника об'єднує в собі набуті знання, досвід і уміння, які він може застосувати в будь-якій несподіваній ситуації і отримати позитивний результат. Компетентність – це вміння вирішувати проблеми, не дивлячись на їх складність і неоднозначність. За визначенням ВООЗ, що узагальнює різні літературні джерела, компетентність медичних працівників являє собою: «важливі і необхідні комплексні дії, що базуються на знаннях, об'єднуючі і мобілізуючі знання, навички і установки з наявними і доступними ресурсами для забезпечення безпечних і якісних результатів для пацієнтів і населення. Компетенції вимагають певного рівня соціально-емоційного інтелекту, причому їх адаптивність залежить від міри їх звичності і раціональності. Компетенції служать критеріями для найму, оцінки і навчання персоналу». Компетенції – це вимоги до посади, що має бути здійснені працівником, це те, до чого він має бути підготовленим попереднім навчанням і досвідом. Існує також поняття «компетентнісний підхід», яке використовують при саморозвитку і навчанні

керівника. Воно має ґрунтуватися на готовності людини змінюватись, постійно вчитися, отримувати нові знання і навички, намагатися постійно зростати і удосконалюватися, щоб відповідати новим соціально-виробничим умовам, які постійно оновлюються і змінюються.

ЕТИЧНІ ЦІННОСТІ В МОЛИТВАХ ЛІКАРІВ

А.І. Літвак, канд. мед. наук, доцент, м. Одеса

У словнику С. І. Ожегова, виданому на початку ХХІ століття, про молитву сказано: «це установлений канонічний текст, виголошений при зверненні до Всевишнього, або до святих». Енциклопедія сучасної України дає наступне тлумачення цього слова: «молитва – атрибут і прояв релігійної віри; вища форма культової діяльності, що базується на переконанні вірян у можливість вербального впливу (на основі магічної сили слова) на надприродні сили (боги, святі, ангели, духи, вищі істоти та їхні посередники, злі сили тощо) з метою задоволення викладеного в молитві прохання, покаяння, подяки, прославлення чи поклоніння». Професор В. В. Варава в книзі «Адвокат філософії» пише [С. 197]: «За своєю суттю молитва звернена до того, що знаходиться вище за горизонтом твоїх можливостей; і в цьому сенсі молитва не виключно релігійний феномен, якщо не розуміти релігійність більш ширше, як всяке благання і прохання взагалі. Можна молитву трактувати і більше метафізично: як майбутню подію». Етичні норми і правила в медицині склалися в далекій давності і до нас дійшли із «Клятвою лікаря» від Гіппократа. Пізніше в лікарському середовищі з'явилися молитви лікарів із зверненнями до Всевишнього, метою яких було зробити лікаря сильніше і міцніше перед спокусами і слабкостями повсякденного життя. Доступними і часто вживаними і обговорюваними в сучасному часі є наступні лікарські молитви: «Молитва Маймоніда», «Молитва Пирогова» та «Молитва Войно-Ясенецького», які, за своїм змістом, є проявом морального і етичного розвитку суспільства, що закріпило етичні принципи у вигляді молитви зверненої до Всевишнього. Вони створені в різні історичні періоди, різними авторами і використовувані в теперішній час різними людьми. Усі вони містять єдиний стрижень, який їх об'єднує. Цей об'єднувальний початок складається з благочестя, моральних канонів і любові до людини, вірності і відданого служіння без залишку лікарській професії. Усе це робить молитви, спрямовані на укріплення власної етичності і моральності того, хто молиться, універсальними на усі часи. Лікарська молитва стає з середини ХУІІІ століття елементом зміцнення етичних начал в лікарському середовищі. Найбільш видатні представники медицини використали молитву для зміцнення себе в моральності і моралі, демонструючи приклад для своїх учнів і сподвижників, при виконанні лікарського обов'язку. Лікарська молитва виступає формою зміцнення моральних і етичних начал лікаря в його свідомості в різні історичні періоди. У молитві людина промовляє потрібні йому слова про свої дії і свою поведінку, створюючи образ майбутньої поведінки. Молитва дозволяє лікареві побачити і

структурувати свою етичну поведінку, дозволяє усвідомити і розвинути реальні навички і дії, спрямовані на користь пацієнтові, тоді як той і не підозрює про ту складну внутрішню роботу, яку іноді проробляє лікар над самим собою.

**АНАЛІЗ БІОЛОГІЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ПОХІДНИХ 1,2,4-ТРИАЗОЛУ
(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)
ANALYSIS OF BIOLOGICAL POTENTIAL OF 1,2,4-TRIAZOLE
DERIVATIVES (LITERATURE REVIEW)**

Кальченко В. В., Щербина Р. О.

*Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
м. Запоріжжя, Україна*

В сучасних умовах розвитку та становлення фармацевтичної промисловості, нові синтетичні лікарські засоби потребують постійного контролю якості та безпеки їх застосування. Серед синтетичного класу речовин особливу увагу привертають малотоксичні, безпечні та ефективні препарати, які залишаються найважливішим засобом профілактики та боротьби із різними захворюваннями. Нещодавні наукові публікації підтверджують перспективність пошуку нових біологічно активних сполук серед похідних 1,2,4-триазолу з фрагментами різних гетероциклічних систем. Вчені стверджують, що поєднання кількох гетероциклів в одній молекулі може призвести до появи нових видів біологічної дії, а іноді й до посилення відомих фармакологічних ефектів. При цьому, синтезовані сполуки належать до класу малотоксичних або практично нетоксичних речовин.

Мета. Ми зосереджені на проведенні аналізу зарубіжних та вітчизняних джерел щодо біологічної активності 1,2,4-триазольних похідних та визначення їхніх характеристик.

Матеріали та методи. У роботі були використані наступні методи: аналітичний, інформаційного пошуку, описовий та узагальнення. Для отримання даних ми переглянули наукову літературу, щоб дослідити методи синтезу та вивчити біологічну активність похідних 1,2,4-тріазолів, що містять ароматичний та гетероциклічний замісники.

Результати. Ми провели пошук, аналіз та узагальнення інформації, що стосується методів синтезу та дослідження біологічної активності похідних 1,2,4-тріазолів з ароматичними та гетероциклічними замісниками. Після вивчення різних джерел фахової інформації та проведення наукового пошуку було встановлено, що дослідження цих похідних 1,2,4-тріазолу з ароматичними та гетероциклічними замісниками відіграють важливу роль у фармацевтичній галузі України. Ці сполуки відзначаються широким спектром фармакологічної активності, мають низькі показники гострої токсичності і є перспективними для розробки нових активних фармацевтичних інгредієнтів.

Висновок. У виявлених похідних було виявлено молекули з широкими спектрами активності, такими як протигрибкова та протимікробна,

протитуберкульозна, антигіпоксична, протівірусна та знеболювальна дія. Аналіз відомих даних дозволив встановити закономірності "структура-дія". Отримані результати можуть бути актуальними для подальших досліджень.

Ключові слова: 1,2,4-тріазол, біологічні властивості, активність.

In the current environment of development and formation of the pharmaceutical industry, it is important to constantly monitor the quality and safety of new synthetic medicines. Synthetic drugs have been an important tool for the prevention and treatment of various diseases for many years. Among synthetic substances, those that are low-toxic, safe and effective deserve special attention. Recent scientific publications confirm the prospects for finding new biologically active compounds among 1,2,4-triazole derivatives with different heterocyclic systems. Scientists argue that the combination of several structural fragments of heterocyclic compounds in one molecule leads to the emergence of new types of biological action and can enhance known pharmacological effects. Most of the synthesized compounds belong to the class of low-toxic or practically non-toxic substances.

Aim. We are focused on analyzing foreign and domestic sources on the biological activity of 1,2,4-triazole derivatives and determining their characteristics.

Materials and methods. The following methods were used in the study: analytical, information search, descriptive and generalization. To obtain the data, we reviewed the scientific literature to investigate the methods of synthesis and study the biological activity of 1,2,4-triazole derivatives containing aromatic and heterocyclic substituents.

Results. We have searched, analyzed and summarized information on the methods of synthesis and study of the biological activity of 1,2,4-triazole derivatives with aromatic and heterocyclic substituents. After studying various sources of professional information and conducting a scientific search, it was found that the study of these 1,2,4-triazole derivatives with aromatic and heterocyclic substituents plays an important role in the pharmaceutical industry of Ukraine. These compounds are characterized by a wide range of pharmacological activity, have low acute toxicity and are promising for the development of new active pharmaceutical ingredients.

Conclusion. The identified derivatives have been found to possess molecules with wide spectra of activity, such as antifungal and antimicrobial, antituberculosis, antihypoxic, antiviral and analgesic effects. The analysis of known data allowed us to establish structure-activity relationships. The results obtained may be relevant for further research.

Key words: 1,2,4-triazole, biological properties, activity.

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, середня тривалість життя людей збільшилася протягом останніх п'ятдесяти років завдяки досягненням в галузі медицини та фармації. З розвитком хімії настала якісна зміна, оскільки з'явилася можливість встановлювати активні компоненти багатьох ліків і використовувати перші синтетичні препарати. Пізніше хіміки-синтетики почали вдосконалювати вже наявні активні молекули за допомогою

різних хімічних модифікацій. Проте, незважаючи на ці наукові досягнення, пошук нових високоефективних біологічно активних речовин залишається актуальним завданням. Це пояснюється тим, що відомі лікарські засоби, що застосовуються для профілактики та лікування різних патологічних станів, мають низьку ефективність або мають побічні ефекти.

Мета. Ми зосередилися на узагальненні останніх наукових досліджень, що стосуються біологічних властивостей похідних 1,2,4-тріазолу. Наша робота буде корисною для хіміків-синтетиків, які займаються розробкою нових сполук, що містять 1,2,4-тріазольний фрагмент, з метою створення більш ефективних та безпечних лікарських засобів.

Матеріали та методи. У роботі були використані наступні методи: аналітичний, інформаційного пошуку, описовий та узагальнення. Для отримання даних ми переглянули наукову літературу, щоб дослідити методи синтезу та вивчити біологічну активність похідних 1,2,4-тріазолів, що містять ароматичний та гетероциклічний замісники.

Результати. Наукові дослідження показали, що хімічні речовини, які включають фрагменти 1,2,4-тріазолу та хіноліну, мають широкий спектр хіміотерапевтичних властивостей [1]. Вони демонструють високу ефективність як проти чутливих, так і проти стійких до лікування бактерій. Для подальшої розробки синтетичних систем, що містять 1,2,4-тріазольне ядро для боротьби з чутливими та резистентними патогенними мікроорганізмами, необхідно встановити взаємозв'язок "структура-активність" (SAR). Експериментально було показано, що додавання невеликої кількості іонів металів до структури 1,2,4-тріазолу підвищує активність молекул [2]. Зокрема, основи Шиффа з нуклеофільними замісниками OH, -SH та -NH₂ в орто-положенні азометинової групи мають відповідні структури для координації з іонами металів, утворюючи більш стійкі металохелати.

Хелати є проміжним зв'язком між органічними та неорганічними сполуками, і їх унікальні властивості відкривають нові інноваційні можливості в фармацевтичній хімії. В галузі розробки нових лікарських засобів біоорганічні сполуки, такі як похідні фенілендіаміну, моно- та біс-шиффові основи, 2-{{{(4-амінофеніл)іміно]метил}-6-метоксифенол та 2,2'-{бензол-1,2-диілбіс-[нітрилометиліден]біс(6-метоксифенол) мають потенційну біологічну активність, зокрема протигрибкову, антибактеріальну та антиоксидантну. Також вказані види активності проявляли сполуки 3-(етилтіо)-9-метилпіразоло[1,5-d]

[1,2,4]тріазоло[3,4-f][1,2,4]триазин-6-алкілтіо, 4-аміно-5-(3-метил-1H-піразол-5-іл)-4h-1,2,4-тріазол-3-алкілтіо, 9-метилпіразоло[1,5-d][1,2,4]тріазоло[3,4-f]-[1,2,4]триазин-3-алкілтіо. [3,4] Бактеріальні інфекції зазвичай викликаються грампозитивними та грамнегативними мікроорганізмами, які швидко розмножуються. Антибіотики є ефективною зброєю у боротьбі з бактеріальними інфекціями, порушуючи процеси, необхідні для росту і розмноження бактерій.

Неправильне та надмірне використання антибіотиків призводить до зростання рівня антибіотикорезистентності серед мікроорганізмів, що може мати

серйозні наслідки. Це створює потребу в розробці нових ефективних препаратів для боротьби з резистентними штамми бактерій.

Група вчених створила нові комплекси, які містять молекули з триазольним фрагментом. Ці комплекси мають широкий спектр дії проти багатьох важливих бактерій, включаючи стійкі штами. Раціональний дизайн цих похідних може відкрити нові можливості для боротьби з резистентними штамми бактерій. Синтезовані похідні були тестовані на антибактеріальну активність проти п'яти бактеріальних штамів та біоаналіз інгібування ферментів, і було доведено їх ефективність.

Інша група науковців успішно синтезувала активні похідні, які належать до ряду 1,2,4-тріазол-3-ілтїоацетаміду та 5-піразин-2-іл-3Н-[1,3,4]оксадіазолу з антитрипаносомною активністю [5]. Сполуки були помірно цитотоксичні, з індексами селективності від 12 до 102, а також демонстрували ефективну активність ($IC_{50} = 6,10$ мкмоль та $IC_{90} = 8,66$ мкмоль). Ці значення були вісім разів вищі, ніж у референтного препарату, стандартного водорозчинного тетразолію-8 (WST-8) ($IC_{50} 0,79$ мкмоль та $IC_{90} 1,35$ мкмоль), відповідно.

У всьому світі щодня від туберкульозу (ТБ) вмирає близько 4 000 осіб, інфікованих переважно мікобактерією туберкульозу. Однак науковці знайшли спосіб боротьби з цією хворобою за допомогою нових похідних тіазолу, тіотриазолу та напівкарбазонів. Дослідники також розробили гібриди 1,2,4-тріазол-норфлоксацин, які показали вищу ефективність в порівнянні з норфлоксацином щодо грампозитивних та грамнегативних бактерій. Навіть при концентрації 64 мкг/мл не спостерігалось гемолізу, що свідчить про добру біосумісність молекул. Дослідження молекулярного докінгу показали найнижчу енергію зв'язування від -9,4 до -9,7 ккал/моль, а всі сполуки демонстрували відмінну афінність до бактеріальної топоізомерази IV.

Крім того, іншими науковцями було розроблено ряд 4-аміно-3-гідразино-5-меркапто-1,2,4-тріазолів на основі Шиффа, які виявилися ефективними протигрибковими засобами. Дослідження, що розглядають можливість комбінування кумаринового та 1,2,4-тріазольного фрагментів для створення інноваційних антибактеріальних похідних, також запропоновані вченими, що працюють у цій області. Ефективні протигрибкові засоби були розроблені іншим колективом, який синтезував ряд 4-аміно-3-гідразино-5-меркапто-1,2,4-тріазолів на основі Шиффа.

Вчені провели дослідження протівірусної активності сполук, що містять 1,2,4-тріазольний фрагмент [19]. Вони перевірили їх ефективність проти різних вірусів, включаючи гепатит С, грип типу А та В, герпес першого та другого типів тощо. Для цього вони використовували вже відомий препарат рибавірин, який містить 1,2,4-тріазольний фрагмент, та його аналоги з вініларильним замісником у п'ятому положенні триазольного кільця (Е та Z ізомери). Виявилося, що лише Е-ізомери мають високу активність, тоді як Z-ізомери є неактивними. Аналіз структури-дії показав, що висока активність Е-ізомерів пов'язана з жорстким зв'язком між триазолом та арильним кільцем, а також з наявністю ліпофільного замісника в пара-положенні арильного кільця [18].

Інші вчені отримали декілька ацетамідозаміщених аналогів доравірину - нуклеозидного інгібітора зворотної транскриптази, який використовується для лікування ВІЛ-інфекції [20]. Більшість отриманих сполук виявили інгібуючі властивості щодо ВІЛ, але одна з них, яка містила 1,2,4-тріазольний замісник в амідному фрагменті, показала результати, що перевищували ефективність доравірину.

Були досліджені конденсовані похідні 1,2,4-тріазолу, зокрема стабільні σ-адукти 1,2,4-тріазоло[5,1-с]тріазинів та 1,2,4-тріазоло-[1,5-а] піримідинів з різними поліфенолами, для їх вивчення щодо противірусної активності [21]. Тріазолоазини, що були модифіковані фторгліцином, показали високу активність проти вірусу грипу А. Після молекулярного моделювання було встановлено, що їх дія спрямована проти вірусного гемаглютиніну - білка, який забезпечує здатність вірусу прикріплюватися до клітини-хазяїна. У різних країнах ведеться пошук нових перспективних сполук серед похідних 1,2,4-тріазолу, а вчені Запорізького державного медичного університету уже багато років отримують та досліджують нові молекули на основі 1,2,4-тріазолів. За цей період часу було отримано значну кількість цікавих сполук, які сьогодні мають практичне значення і використовуються в різних галузях промисловості.

В сучасному світі, більшість людей живуть в швидкому темпі з постійним фізичним та емоційним напруженням, що викликано технічним прогресом та глобальною урбанізацією. Все це призводить до стресу, тривоги та втоми, що знижує захисні і адаптаційні механізми організму та імунітет. Тому з'являється загальний інтерес до актопротекторних засобів, які допомагають зберегти та підвищити стійкість організму до фізичних навантажень та підвищити працездатність. Національні вчені створили низку похідних тіофену, де деякі з них мають високу актопротекторну активність. Дослідження показали, що додавання ароматичних фармакофорів з атомом бром або фтору до відповідних 1- R_2 -2-((4- R_1 -5-(тіофен-3-ілметил)-1,2,4-тріазол-3-іл)тіо)етанонів, збільшує їх актопротекторну активність. Деякі солі 3-(тіофен-2-ілметил)-1 H -1,2,4-тріазол-5-тіолу також демонструють високу актопротекторну дію, зокрема калій 2-((3-(тіофен-2-ілметил)1 H -1,2,4-тріазол-5-іл)тіо)ацетат. Цікаво, що заміна катіону калію на катіон натрію знижує актопротекторну активність.

Серед отриманих фторфенілвмісних 1,2,4-тріазолів знайдено сполуки, чутливі до штамів *Staphylococcus aureus* - 5-(2-фторфеніл)-4-((5-нітрофуран-2-іл)метил)аміно-4 H -1, 2,4-тріазол-3-тіол та *Candida albicans* - 5-(2-фторфеніл)-4-((4-бромфеніл)іліден)аміно-1,2,4-тріазол-3-тіол, слід зазначити, що найвищі показники отримано при заміні ароматичних замісників 1,2,4-тріазолу на фрагмент нітрофурану [12]. Як доказ того, що більшість похідних 1,2,4-тріазолу проявляють протигрибкову та антимікробну активність, було досліджено ряд S -алкілзаміщених 4- R -5-(3-(3-(піридин-4-іл)-1 H -1,2,4-тріазол-5-іл)-4- R -5-(3-(піридин-4-іл)-1 H -1,2,4-тріазол-5-іл)-4- R -5тіо)метил)-4 H -1,2,4-тріазол-3-тіолів одержано та досліджено, які продемонстрували достатньо високий рівень цієї активності [13]. Сполуки 4-(5-((5-(алкілтіо)-4-метил-4 H -1,2,4-тріазол-3-іл)тіо)-1 H -1,2,4-тріазол-3-іл)піридин та 4-(5-((5-(алкілтіо)-4-етил-4 H -1,2,4-тріазол-3-

іл)тіо)-1*H*-1,2,4-тріазол-3-іл)піридин мали помірну антимікробну активність щодо тест-штаму *Staphylococcus aureus*.

Після вивчення отриманих результатів були зроблені висновки щодо взаємозв'язку між довжиною вуглецевого ланцюга отриманих S-алкілзаміщених тіолів та збільшенням відповідної активності.

Отримані результати мають важливе значення для фармацевтичної науки, оскільки грибові інфекції є поширеними та можуть стати резистентними до лікарських засобів, доступних на фармацевтичному ринку. З хвороб серця, які є найпоширенішою причиною смерті, недавно було відомо, що нездатність кардіоміоцитів ефективно використовувати кисень в їх енергетичній системі є ключовим фактором в ураженні міокарда. Це призводить до утворення вільних радикалів та пошкодження важливих білків, нуклеїнових кислот та інших структур кардіоміоцитів, що сприяє розвитку та прогресуванню ішемічного ураження міокарда. Тому на даний момент активно розробляються та впроваджуються в клінічну практику фармакологічні препарати для антиішемічного захисту міокарда - антигіпоксичні.

Для досягнення цієї мети було проведено дослідження антигіпоксичної активності ряду S-заміщених 1,2,4-біс-1,2,4-тріазолів, в результаті чого було встановлено, що введення ацетильного радикалу в молекулу спричинює збільшення антигіпоксичного ефекту, тоді як феноцильна група біля атома сульфуру призводить до зменшення цього ефекту [14]. Найвищу активність було виявлено для сполуки 1-((4-етил-5-(((3-(піридин-4-іл)-1*H*-1,2,4-тріазол-5-іл)тіо)метил)-4*H*-1,2,4-тріазол-3-іл)тіо)пропан-2-он.

Проте необхідно пам'ятати, що найпоширенішою причиною серцево-судинних захворювань є атеросклероз, який є хворобою, що впливає на артеріальні судини шляхом утворення артеріальних бляшок та розростання сполучної тканини. Це захворювання може призводити до інфарктів та інсультів.

До недавнього часу цю хворобу вважали хворобою, що зазвичай виникає у пізньому віці, але з кожним роком все більше і більше молодих людей стають її жертвами. Саме тому дуже важливо знаходити нові сполуки, які мають гіполіпідемічну активність. Серед морфолінієвих солей 2-(4-*R*-5-*R*₁-4*H*-1,2,4-тріазол-3-ілтіо)оцтових кислот були знайдені сполуки, що показали досить високі результати [15]. Формування атеросклерозу оцінювалося за кількома показниками, зокрема: загальним рівнем холестерину, β-ліпопротеїдів, тригліцеридів та рівнем холестерину в тканинах аорти. Результати досліджень встановили цікаві залежності між структурою сполук та їх дією. Наприклад, при заміні 2-метилфенілу на 4-бромфеніл та 2-метоксифенільні радикали у положенні атома N⁴ ядра 1,2,4-тріазолу в молекулі морфоліну 2-(5-(4-піридил)-4-*R*-1,2,4-тріазол-3-ілтіо)ацетат поступово втрачається гіпохолестеринемічна активність. Заміна метильного радикалу на фенільний та 2-метилфенільний радикал в положенні атома 1,2,4-тріазольного ядра в молекулі морфоліну 2-(5-(4-піридил)-4-*R*-1,2,4-тріазол-3-ілтіо)ацетат показує поступову втрату гіпотригліцеридемічної активності. Всього було проаналізовано дванадцять сполук було проаналізовано дванадцять сполук, з яких морфолін 2-(5-(2-

піридин-1-іл)-(4*H*-1,2,4-тріазол-3-ілтіо)ацетат-4*H*-1,2,4-тріазол-3-ілтіо)ацетат виявив найвищу активність проти всіх показників.

Пошук речовин, які можуть зменшувати біль, є важливим напрямком у фармакології, оскільки біль є одним з ключових симптомів більшості захворювань. Анальгетики - це група лікарських засобів, які використовуються для зменшення болю, спричиненого запаленням або пошкодженням тканин і органів. Є багато видів анальгетиків, які можуть бути синтетичними або рослинними, але всі вони мають протипоказання та побічні ефекти. Відомо, що конденсовані похідні 1,2,4-тріазолу мають високу ефективність як знеболювальні засоби [16]. Оскільки більшість похідних 1,2,4-тріазолу є малотоксичними, пошук нових похідних цього ряду як анальгетиків є перспективним. Вітчизняні вчені розробили нові сполуки, поєднавши піримідиновий та триазольний цикли [17]. Декілька похідних 5-метил-3-арил-[1,2,4]тріазоло[4,3-а]піримідин-7-олу були отримані, а їх ефективність перевищує ефективність референтного препарату (кеторолаку). Щоб визначити латентний період реакції, використовували тест гарячої пластинки. Найвищу активність було виявлено для сполуки, що містить метильну групу в четвертому положенні арильного замісника, і при введенні галогенів у арильний фрагмент спостерігається зменшення цього ефекту.

Висновки

Під час дослідження було проаналізовано наукові праці наших та іноземних вчених з метою узагальнення відомостей про біологічну активність різних похідних 1,2,4-тріазолу. Отримані результати свідчать про перспективність цих сполук, оскільки вони проявляють широкий спектр біологічної активності і низьку токсичність.

Література

1. Zhang, J., Wang, S., Ba, Y., & Xu, Z. (2019). 1,2,4-Triazole-quinoline/quinolone hybrids as potential anti-bacterial agents. *European journal of medicinal chemistry*, 174, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ejmech.2019.04.033>
2. Zafar, W., Sumrra, S. H., & Chohan, Z. H. (2021). A review: Pharmacological aspects of metal based 1,2,4-triazole derived Schiff bases. *European journal of medicinal chemistry*, 222, 113602. <https://doi.org/10.1016/j.ejmech.2021.113602>
3. Xu, Z. (2020). 1,2,3-Triazole-containing hybrids with potential anti-bacterial activity against methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *European journal of medicinal chemistry*, 206, 112686. <https://doi.org/10.1016/j.ejmech.2020.112686>
4. Karpun Y, Fedotov S, Khilkovets A, Karpenko Y, Parchenko V, Klochkova Y, Bila Y, Lukina I, Nahorna N, Nahorny V (2023). An in silico investigation of 1,2,4-triazole derivatives as potential antioxidant agents using molecular docking, MD simulations, MM-PBSA free energy calculations and ADME predictions. *Pharmacia* 70(1): 139–153. <https://doi.org/10.3897/pharmacia.70.e90783>
5. Shaykoon, M. S., Marzouk, A. A., Soltan, O. M., Wanas, A. S., Radwan, M. M., Gouda, A. M., Youssif, B., & Abdel-Aziz, M. (2020). Design, synthesis and

antitrypanosomal activity of heteroaryl-based 1,2,4-triazole and 1,3,4-oxadiazole derivatives. *Bioorganic chemistry*, 100, 103933. <https://doi.org/10.1016/j.bioorg.2020.103933>[6]

6. Scarim, C. B., & Pavan, F. R. (2021). Thiazole, triazole, thio- and semicarbazone derivatives – Promising moieties for drug development for the treatment of tuberculosis. *European Journal of Medicinal Chemistry Reports*, 1, 100002. <https://doi.org/10.1016/j.ejmcr.2021.100002>

7. Fedotov S., Gotsulya A., Zaika Ye., Brytanova T (2023). Design, synthesis and molecular docking of some derivatives of 9-methylpyrazolo[1,5-d][1,2,4]triazolo [3,4-f][1,2,4]triazine-3-thiol. *J. Fac. Pharm. Ankara / Ankara Ecz. Fak. Derg.*, 47(2). <https://doi.org/10.33483/jfpau.1180794>

8. Qin, H. L., Zhang, Z. W., Ravindar, L., & Rakesh, K. P. (2020). Antibacterial activities with the structure-activity relationship of coumarin derivatives. *European journal of medicinal chemistry*, 207, 112832. <https://doi.org/10.1016/j.ejmech.2020.112832>

9. Bedane, K. G., Singh, G. S. (2015). Reactivity and diverse synthetic applications of acyl isothiocyanates. *ARKIVOC*, 206-245. <http://dx.doi.org/10.3998/ark.5550190.p009.052>

10. Moharana, A. K., Dash, R. N., & Subudhi, B. B. (2020). Thiosemicarbazides: Updates on Antivirals Strategy. *Mini reviews in medicinal chemistry*, 20(20), 2135-2152. <https://doi.org/10.2174/1389557520666200818212408>

11. Bihdan, O. A. (2021). Protymikrobna ta protyhrybkova aktivnist novykh fluorofenilvmisnykh 1.2.4-triazoliv [Antimicrobial and antifungal activity of new fluorophenyl-containing 1,2,4-triazoles]. *Farmatsevtichnyi zhurnal*, 76(2), 87-93. [in Ukrainian]. <https://doi.org/10.32352/0367-3057.2.21.09>

12. Karpun, Ye. O., & Polishchuk, N. M. (2020). Protimikrobna ta protigribovikh novykh 4-(5-(((5-(alkiltio)-4-R-4 1H-1.2.4-triazol-3-il)piridini [Antimicrobial and antifungal activity of new 4-(5-(((5-(alkylthio)-4-R-4H-1,2,4-triazole-3-yl)thio)-1H-1,2,4-triazole-3-yl)pyridines]. *Current issues in pharmacy and medicine: science and practice*, 13(3), 354-358. [in Ukrainian]. <https://doi.org/10.14739/2409-2932.2020.3.216204>

13. Karpun E. O., & Parchenko, V. V. (2020). Syntez. fizyko-khimichni vlastyvoli ta antyhipoksychna aktyvnist deiakykh S-pokhidnykh 4-R-5-(((3-(piridin-4-il)-1N-1.2.4-triazol-5-il)tio)metil)-4N-1.2.4-triazol-3-tioliv [Synthesis, physicochemical properties and antigypoxic activity of some S-derivatives of 4-alkyl-5-(((3-(pyridin-4-yl)-1H-1,2,4-triazol-5-yl)thio)methyl)-4H-1,2,4-triazole-3-thiol]. *Farmatsevtichnyi zhurnal*, 75(6), 56-64. [in Ukrainian]. <https://doi.org/10.32352/0367-3057.6.20.06>

14. Bilay, I. M., Galushko, A. J., Hnitko, I. V., Pruhlo, E. S., Kaplaushenko, A. G., Parchenko, V. V., Hotsulya, A. S., Panasenko, O. I., & Knish, E. G. (2013). Hipolipidemichna aktyvnist deiakykh pokhidnykh 1.2.4-triazolu [Hypolipidemic activity of some 1,2,4-triazoles]. *Current issues in pharmacy and medicine: science and practice*, (1), 15-17. [in Ukrainian].

15. Demchenko, A. M., Yadlovskiy, O. Ye., Koval, A. Ya., Bobkova, L. S., Yanchenko, V. O., & Demchenko, D. A. (2016). 5,7-Diatsyl-3-n(alkil)-6-aryl-5N-[1,2,4]tryazolo[3,4-b][1,3,4]tiadiazyny, shcho proiavliaiut analhetychni vlastyvosti [5,7-Diacyl-3-H(alkyl)-6-aryl-5N-[1,2,4]triazolo[3,4-b][1,3,4]thiadiazines exhibiting analgesic properties]. Ukraine Patent UA 112372. [in Ukrainian].
16. Ogorodnik, A. G., Yanchenko, V. A., Bobkova, L. S., Seredinska, N. M., & Demchenko, A. M. (2018). Syntez, ta analhetychni vlastyvosti pokhidnykh 5-metyl-3-aryl-[1,2,4]tryazolo[4,3-a]pirymydyn-7-olu [Synthesis and analgesic activity 5-methyl-3-aryl[1,2,4]triazolo[4,3-a]pyrimidin-7-oles derivatives]. Farmatsevtichnyi Zhurnal, (2), 55-61. [in Ukrainian]. <https://doi.org/10.32352/0367-3057.2.17.07>
17. Chudinov, M. V., Prutkov, A. N., Matveev, A. V., Grebenkina, L. E., Konstantinova, I. D., & Berezovskaya, Y. V. (2016). An alternative route to the arylvinyltriazole nucleosides. Bioorganic & medicinal chemistry letters, 26(14), 3223-3225. <https://doi.org/10.1016/j.bmcl.2016.05.072>
18. Simurova, N. V., & Maiboroda, O. I. (2021). Antiviral activity of 1,2,4-tri-azole derivatives (microreview). Chemistry of heterocyclic compounds, 57(4), 420-422. <https://doi.org/10.1007/s10593-021-02919-1>

ЯК ЖИВЕШ, УКРАЇНСЬКИЙ ЛІКАРЮ?»

Зеновій Масний, Головний редактор часопису УЛТ у Львові «Народне здоров'я», член НСЖУ

До 110-річного ювілею часопису УЛТ у Львові «Народне здоров'я» видано книжку «Як живеш, український лікарю?». У ній висвітлено низку існуючих у нашому суспільстві актуальних проблем, насамперед тих, які стосуються вітчизняної системи охорони здоров'я. На 450 сторінках книги знаходимо такі розділи як «Український лікар», «Революція триває...», «Від виборів до виборів», «Наша медицина», «Реформуємося», «Люди, події, проблеми», «Народне здоров'я», «Все буде добре!». Подано низку статей, присвячених висвітленню різних історичних явищ у житті української лікарської спільноти, життєписів окремих знаних чи замовчуваних до того особистостей, знакових подій у суспільному житті та в політиці тощо. Бачимо ґрунтовну аргументацію потреби активного аналізу ситуації в вітчизняній системі охорони здоров'я та її реформування, переконливо наголошується на тому, що дуже багато в цьому залежить саме від особистої позиції кожного медика. Йдеться і про актуальні аспекти творення громадянського суспільства за активної участі медиків, про утвердження духовності та національної ідентичності, як невід'ємних чинників збереження державності. Значна увага в книзі приділяється морально-етичним аспектам сучасної вітчизняної медицини. Наголошується на ролі ВУЛТ та СФУЛТ, як об'єднуючих та провідних органів лікарської спільноти. Чимало матеріалів присвячено часопису «Народне здоров'я», його історії та значенню в сьогоденному житті лікарської громади.

ЧЛЕН УКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА ЛІТАВ НА ВИКЛИКИ ВЛАСНИМ ЛІТАКОМ

*Мазур П.Є., Україна, Кременецький медичний фаховий коледж імені
Арсена Річинського*

Стаття про члена Українського Лікарського Товариства (УЛТ) у Львові Святослава Балея. Висвітлено становище лікаря-українця в Польській державі, відношення до нього колег інших національностей. Описано участь лікаря-гуманіста в громадському і політичному житті, який в 30-х роках минулого століття навідувався на виклики до пацієнтів на власному літаку.

Ключові слова: Волинь, Українське Лікарське Товариство, Святослав Балей.

В міжвоєнний період на території Волині працювали лікарі різних національностей: євреї, поляки, росіяни, українці, німці. Українців серед них було мало, що пояснював той факт, що в Польській державі українці зазнавали дискримінації за національною ознакою. Так, у 1935 році на Волині працювало 15 лікарів-українців [1, с. 168-169]. Крім того, лікарі українського походження зазнавали ще й переслідувань від колег інших національностей.

Лікарі-українці Волині через свою малочисельність не створили філій УЛТ, а долучились до роботи галицького осередку і брали активну участь у розв'язанні медичних проблем. Згідно з опублікованими даними членами УЛТ в міжвоєнні роки було 17 лікарів-українців, які працювали в містах Волині. Серед них заслуговує на увагу лікар Святослав Балей.

Народився Святослав Балей 19 січня 1890 року в селі, нині це селище міського типу, Великі Бірки за 12 км від міста Тернополя у вчительській сім'ї. Хрещений у греко-католицькій церкві подвійним іменем Святослав-Роман.

Батько Володимир був українцем, греко-католиком, мати Ірена Швейковська – полька, римо-католичка. Згідно із законами Австро-Угорської держави сини успадковували національність та релігійну віру батька. Святослав ніколи не цурався своєї української національності та греко-католицької віри.

В 1891 році сім'я переїхала у с. Товсте на Гусятинщині, де батько був управителем двохкласної народної школи. Там же С. Балей здобув початкову освіту, звідки в 1900 році пішов вчитися у українську гімназію у Тернополі, яку закінчив у червні 1908 року. Сім'я на той час уже проживала в м. Микулинці на Теребовлянщині.

В 1908-1911 р.р. навчався медицини у Львівському університеті, пізніше – у Відні. Під час Першої світової війни служив військовим медиком в австро-угорській армії, перебував у ворожому полоні до осені 1919 року.

Після війни працював хірургом у Львові в міському шпиталі святої Софії і одночасно викладав фізіологію на медичних курсах в 1920-1921 р.р. В 1921-1924 р.р. був професором в Українському таємному університеті [3, с. 30]. З 1919 року – член УЛТ.

Польська влада чинила перешкоди українцям-науковцям, які працювали в університеті, тому С. Балей отримує посаду директора державного шпиталю у

Луцьку, де швидко здобув визнання як чудовий медик. Але польська влада та лікарі не могли змиритися, що головний шпиталь у воєводському центрі очолює українець, який ще й бере участь у національному громадському житті. Тому через деякий час Святослав Балеї залишає директорство і займається приватною лікарською практикою.

В 1930-і роки до початку Другої світової війни працює на Рівненщині, проживає в селі Панталія недалеко від міста Дубно, де на околиці села розміщувалась лікарня. Одночасно викладав в Дубенській медичній школі, робив операції в повітовому шпиталі, деякі з яких були унікальними, про що писали фахові часописи [2, с. 1-2]. Лікаря часто запрошували до пацієнтів у Львів та інші великі міста.

Святослав Балеї був лікарем-гуманістом, привітним і турботливим, бідних лікував безкоштовно. Один день в тиждень Балеї приймав всіх, хто потребував допомоги, не турбуючись про гонорар. У цей день він працював від самого ранку до пізньої ночі. Тому вже з вечора вулицю і лікарняний двір заповнювали вози із хворими. Часто особисто оплачував аптечні рахунки бідняків. І все це за кошти заможних пацієнтів. Святослав Балеї навідувався до хворих на автомобілі «Крайслер», а у віддалені села та інші міста літав власним літаком [4, с. 6].

Як член Українського лікарського товариства друкував статті в часописі «Лікарський вісник».

З 1939 року проживав у Рівному, приватно лікував. В 1939 році його ледь не арештували енкавеесники. Був під пильним наглядом нацистів за те, що рятував євреїв та українців. Наприкінці 1944 року перед приходом Червоної армії емігрував спочатку у Німеччину, пізніше – у Польщу, де успішно практикував. Помер у 1950-і роки у Кракові.

В м. Дубно та у м. Кракові на честь українського лікаря-подвижника Святослава Балеї названо вулиці [5].

Отже, в міжвоєнний період українці складали невелику частину серед лікарів Волині. Тому вони не створювали філій товариства, а входили до складу його у Львові. Вивчення біографій волинських лікарів-українців, членів УЛТ міжвоєнного періоду, серед яких був Святослав Балеї, свідчить про їх високу національну гідність та патріотизм і в наш час зберігає свою актуальність.

Джерела та література

1. Дніпро: календар-альманах / Річник XII. Накладом українського товариства допомоги емігрантам з України у Львові. Львів, 1935. 188 с.
2. Коваленко І. У тіні видатного брата / Газ. Свобода, №27. 06.02.2021 р. 8 с.
3. Панкевич-Смішко С. Українські медичні курси і Тайний Український університет (спогади). Лікарський вісник. 1961. Ч. 22-23. С. 25-32.
4. Цимбалюк Є. 80 років тому Святослав Балеї на виклик до пацієнтів діставався власним літаком / Газ. Голос України. 28.12.2017, № 243-244 (6748-6749). 18 с.
5. Цимбалюк Є. Лікар Святослав Балеї / Газ. Сільські вісті. 9.02.2018. №11 (19558).

ДЕТЕКТОР ПОМИЛОК*Д.Т. Карабаєв¹, О.Я.Теленгатор²**Консультативно-діагностичний центр Дніпровського району¹**Київська міська клінічна лікарня № 11²*

Детектор помилок – це популяція нейронів головного мозку, які реагують селективно на помилкове виконання завдання. Вперше феномен детекції помилок був описаний Н.П. Бехтеревою та В.Б. Гречиною в 1968 р. В останній час доведено, що за виявлення помилок відповідає ділянка в додатковій моторній частці сенсо-моторної кори, а частина поясної кори мозку активується вже після того, як виявлена помилка. Детектор помилок постійно порівнює те, що відбувається в даний момент з тим, що знаходиться у пам'яті, з «правильним стереотипом». Якщо збігу з «правильним стереотипом» немає, детектор помилок подає «тривожний» сигнал. Цей детектор активується при неузгодженості з планом, а точніше – з матрицею, яка зберігається в головному мозку і грає стабілізуючу роль для роботи головного мозку та організму в цілому – в забезпеченні «правильної» поведінки людини. Крім того, детектор помилок пов'язаний зі стабілізуючою його функцією в підтримці стійких патологічних станів.

На наш погляд, практикуючий лікар повинен мати уявлення про детектор помилок в своїй роботі.

ДУМАЮЧИЙ МОЗОК*О.Я.Теленгатор, Київська міська клінічна лікарня № 11*

Когнітивні функції (мислення, пам'ять, увага, емоції і т.і.) існують не окремо в головному мозку. Коли ми про щось міркуємо, ми використовуємо комплекс когнітивних функцій. Мозок думає, використовуючи цілий ряд нервово-психічних функцій в тій чи іншій комбінації, застосовуючи нерідко одні й ті ж морфологічні структури. Успішність роботи мозку залежить від вроджених особливостей людини, від рівня і широти її освіти, можливостей застосування знань, від віку, характерологічних якостей і т.і. При функціонуванні мозку включаються не тільки його окремі горизонтальні площини, але й паралельні, дублюючи канали, багатовекторні шляхи та з'єднання нервових структур.

Ми вважаємо, що кожна людина створює свій інтегрально-індивідуальний інформаційно-енергетично-морфофункціональний когнітивний континуум. Принцип його роботи полягає в багатоканальному, багатоплощинному, багатовекторному функціонуванні головного мозку з постійною зворотною аферентацією, естафетною передачею нервових імпульсів, постійним контролем за використанням когнітивних функцій й роботою всього головного мозку в цілому, всього організму, з постійним динамізмом гнучких нервовопсихічних зв'язків, заснованих на жорстких зв'язках, постійним пристосуванням до

навколишнього зовнішнього світу. Таким чином, ми можемо говорити про інтегрально-індивідуальну естафетну теорію когнітивних функцій людини.

ДО 25-РІЧЧЯ СІДЕЛЬНИКОВСЬКИХ ЧИТАНЬ – ВІХА В ІСТОРІЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ ПЕДІАТРІЇ

*Волосовець О.П., Кривопустов С.П., Кузьменко А.Я., Прохорова М.П.,
Дзюба О.Л., Черній О.Ф., Баликіна Н.В., Криворук І.М., Логінова І.О., Гелескул
Л.М., Хоменко В.Є., Ковальчук О.Л., Каруліна Ю.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

У вересні 2023 року у Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця відбудеться ювілейна XXV Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання педіатрії», присвячена пам'яті видатного українського вченого-педіатра, члена-кореспондента НАН України, НАМН України, заслуженого діяча науки і техніки України, професора Сідельникова Віктора Михайловича (1928-1997). В історію вітчизняної педіатрії ця конференція увійшла як Сідельниковські читання і стали одним з найвідоміших педіатричних форумів, що не припиняли свої наукові сесії попри пандемію COVID-19 та війну.

Підручники та посібники багаторічного завідувача кафедри госпітальної педіатрії Київського медичного інституту імені академіка О.О. Богомольця, професора В.М. Сідельникова стали настільними книгами для багатьох поколінь дитячих лікарів і сьогодні вони не втратили своєї актуальності. Педіатри країни пам'ятають Віктора Михайловича як блискучого клініциста, лектора та організатора охорони здоров'я. Плідно функціонують створена ним потужна педіатрична клініка на 300 ліжок в Києві на Лівому березі Дніпра. У багатьох куточках нашої держави працюють його учні і послідовники.

У читаннях протягом усіх років брали участь найвідоміші українські вчені, серед них: фундатор вітчизняної педіатрії, академік НАН, НАМН України Лук'янова О.М., академіки НАМН України Майданник В.Г. та Антипкін Ю.Г., член-кореспондент НАН, НАМН України Чекман І.С., члени-кореспонденти НАМН України Гречаніна О.Я., Аряєв М.Л. та Сміян І.С., академік АН ВШ України Мошчич П.С., професори: Андрущук А.О., Ласиця О.І., Приходько В.С., Ткаченко С.К., Острополець С.С., Ткаченко Ю.П., Мінков І.П., Бабій І.Л., Вікторов О.П., Кондрат'єв В.О., Пеший М.М., Казак С.С., Бережний В.В., Чернишова Л.І., Крамарьов С.О., Омельченко Л.І., Одинець Ю.В.,

Юліш Є.І., Нагорна Н.В. та багато інших.

У фокусі уваги Сідельниковських читань завжди були нагальні питання розвитку української педіатричної науки і практики відповідно до викликів часу. От і нині це – надання медичної допомоги дітям в умовах воєнного часу; посттравматичні стресові розлади у дітей, які бачили війну і біль втрат; узагальнення досвіду надання медичної допомоги дітям під час коронавірусної

пандемії; впровадження сучасних стандартів надання медичної допомоги дітям у практику; превентивні стратегії в педіатрії; пошуки вирішення проблеми антибіотикорезистентності; інноваційні підходи у алергології та гастроентерології дитячого віку та міждисциплінарні аспекти медичної допомоги дітям.

НЕ БІЙТЕСЬ ЗАГЛЯДАТИ У СЛОВНИК: ЦЕ ПИШНИЙ ЯР, А НЕ СУМНЕ ПРОВАЛЛЯ

Т. А. Остапенко, С. М. Булах, Національна наукова медична бібліотека України

Максим Рильський

(До виходу в світ 3-ї книги Біобібліографічного словника «Медицина в Україні. Вип. 2. Друга половина XIX – початок XX століття. Літери Т – Я». – Київ, 2022. – 896 с. Науковий керівник проєкту Т. А. Остапенко. Авторі-упорядники С. М. Булах, В. В. Харченко. Наукові консультанти М. П. Бойчак, І. М. Сорока)

Розглянуто внесок Національної наукової медичної бібліотеки України в розробку медичної біографістики згідно з програмою «Медична україніка як складова частина документальної пам'яті України». Мета проєкту «Медична біографістика», яким передбачено підготовку серії біобібліографічних словників енциклопедичного характеру «Медицина в Україні» - послідовне відтворення історії медичної галузі в портретах її діячів, внеску українства у світову й вітчизняну медицину

Ключові слова: медична біографістика, творчі біографії медиків

«**Незмищений** той народ, що носить за пахухою писані заповіти історії свого народу, бо тільки з такою метрикою набувається признання бути усім рівним із рівними правами». Такими пророчими словами Павла Пундія – лікаря, бібліографа, члена Наукового товариства ім. Шевченка у Північній Америці, відкривається чергове видання серії «Медична біографістика», підготовлене Національною науковою медичною бібліотекою України. Сьогодні, в час жорстоких випробувань для нашої країни, вони набувають надзвичайно глибокого та символічного значення. Адже для України, на думку академіка Петра Тронька, знання та повага до свого історичного минулого - краєзнавство «...завжди було не лише міцним фундаментом історичної пам'яті, але й формою самозахисту від ударів долі». Особливо тепер, як ніколи, краєзнавство - Українознавство - є не тільки потужним інструментом патріотичного виховання, а й запорукою консолідації всього українського суспільства.

Вагомий пласт краєзнавчої документальної спадщини, складова цілісної системи науки про країну є **медичне** українознавство, яке з року в рік впевнено стверджується в інформаційному полі нашої держави. Збереження інтелектуального надбання народу – місія Бібліотеки як соціальної інституції, як носія і одвічного хранителя пам'яті поколінь, закарбованої у Слові. Бібліотеки

медичної галузі як збирачі багатовікової медичної думки, зразків лікарського мистецтва, прикладів безцінного практичного досвіду, стоять на варті фізичного та духовного здоров'я нації. Невипадково краєзнавчий аспект у медицині (*вивчення історії української медицини*) все активніше займає провідну позицію в загальній системі сучасних дослідницьких пріоритетів бібліотек мережі. Завдання накопичення, примноження, вивчення та популяризації медичної документальної спадщини вже упродовж багатьох років успішно реалізується в рамках комплексної, багатоаспектної програми «Медична україніка як складова частина документальної пам'яті України».

Неможливо опанувати історію будь якої галузі без знання професійного шляху її творців. Особливо переконливо рівень і поступ національної культури і науки через призму творчих біографій яскравих особистостей, засвідчує біографістика як міцне підґрунтя фундаментальної історичної науки. «Найбільша насолода історії то знати, що люди, про яких пишемо, були... Завдяки їм сягаємо вглиб себе, поширюємо, збагачуємо. Наша історія то наш розріст», - стверджував український лікар-патріот, письменник, філософ Юрій Липа. Відтворення правдивої історії становлення та розвитку української медицини в портретах її діячів – історії підчас «замовчуваної, фальсифікованої, і брутально нищеної» (С. Старченко) – мета проєкту, у рамках якого Національна наукова медична бібліотека України започаткувала підготовку серії біобібліографічних словників енциклопедичного характеру під узагальнюючою назвою «Медицина в Україні». Вивчення інформаційного ресурсу галузі в історичному аспекті дозволяє послідовно прослідкувати процес її становлення та розвитку від найдавніших часів. Цю «своєрідну антологію безсмертя творців медичної галузі» у 1997 році відкрив 1-й випуск словників серії «Медична біографістика». Книга «Медицина в Україні. Видатні лікарі кінця ХУІІ - першої половини ХІХ ст.» продемонструвала інтелектуальний вплив наших співвітчизників на розвиток європейської медичної та філософської думки, а також їх вирішальну роль у процесі формування лікарської справи в Росії.

Галерею портретів «першопроходців», які фактично створювали медичну славу імперій (**Данило Самойлович** – основоположник епідеміології, **Нестор Максимович Амбодик** - вчений енциклопедист, «батько акушерства», **Степан Андрієвський** – реформатор лікарської справи, **Петро Загорський** – засновник першої анатомічної школи...), продовжує 2-й випуск, присвячений діячам другої половини ХІХ – початку ХХ століття, які достойно прийнявши естафету поколінь, не тільки розвинули традиції своїх славетних попередників, а й заклали надійний фундамент сучасної медичної науки і практики. Випуск, багатий за обсягом (загальна кількість персоналій 3-х книг, побудованих за алфавітним принципом розташування персоналій, становить (без урахування мартиролога) понад 1500 життєписів, з них понад 460 персоналій представлено у 3-й завершальній книзі), є багатим і за змістом. Макет створювався за єдиною схемою, але кожна з книг має своє обличчя та відмінності. Обрана укладачами побудова Словника, зокрема наявність в блоку «Персоналії. Історія медицини в Україні в особах» крім «ядра» самостійних повноцінних розділів «Сторінки

маловідомих біографій» та мартиролога «Доки людину пам'ятають, вона живе», дала змогу більш повно відтворити картину медичного життя України в даному часовому діапазоні в усій його багатогранності (диференціація має досить умовний характер, здебільшого вона визначалася обсягом і змістом віднайденної інформації). Представлені подекуди навіть у лаконічній формі, творчі біографії дають можливість усвідомити інтернаціональний характер становлення галузі, простежити еволюцію окремих галузей медичних і природничих знань. Досить різнорідний, насичений іменами, датами і подіями фактичний матеріал дозволить оновити та розширити нашу уяву про пройдений вітчизняною медициною шлях і, зрештою заповнити багато прогалин у нашому знанні про її місце у світовому контексті. Зі сторінок всіх 3-х книг випуску постає декілька поколінь неординарних, талановитих особистостей – представників різних національностей, віросповідання, різного масштабу діяльності та професійних здобутків, різного погляду на науку та на майбутнє країни. Серед тих, хто творив медичне обличчя своєї епохи - як великі та уславлені діячі науки, так і ті, хто виконуючи свій професійний обов'язок, самовідданою повсякденною працею стверджував звання Лікаря. Оригінальні вчені-дослідники, вдумливі мислителі, сміливі експериментатори, талановиті організатори лікарської справи і реформатори вищої медичної школи, земські лікарі, сестри милосердя – всі вони визначали панораму медичного життя нашої країни на межі століть.

Серед тих «хто у другій половині XIX та на початку XX ст. формував світ» - інтелектуальна медична еліта, чийі ідеї, теорії, наукові концепції стали невід'ємною складовою загальноєвропейського цивілізаційного процесу та не втратили своєї цінності і в наш час.

Відтворення правдивої історії української медицини – це, передусім, повернення імен, втрачених на довгі роки за несприятливих історичних обставин. Серед тих, хто донедавна входив до історіографії інших країн: геніальний винахідник, фізик **Іван Пулюй**; уродженець Чернівців, **Іоган Мікулич-Радецький**, який обезсмертив своє ім'я оригінальними розробками і винаходами практично в усіх галузях хірургії і якого традиційно вважають німецьким або польським хірургом; тернопільчанин **Михайло Борискевич** – більш відомий в світі як австрійський вчений-офтальмолог; уродженець Лемківщини **Валерій Яворський** – «польський» гастроентеролог, першим описавший бактерію «*Helicobacter pilori*». Серед тих, хто опинившись волею обставин поза межами Батьківщини примножував її славу – людина незвичної долі, патріот України, оригінальний вчений-енциклопедист, до недавнього часу «забутий науковий новатор» **Сергій Подолинський** – лікар, фізик, математик, один із засновників ноосферного космізму, основоположник української національної соціальної етнології, громадсько-політичний діяч, спонсор української видавничої діяльності за кордоном, геніальні передбачення якого вплинули на прогрес світової наукової думки в багатьох галузях знань, зокрема і в медицині.

Пріоритети українських вчених-медиків визнані у світі. Оригінальність поглядів і широкий діапазон знань, поєднання високого рівня

експериментальних досліджень і теоретичного їх осмислення, тісний зв'язок з потребами практичної медицини – риси, притаманні представникам різних наукових напрямів. Відкритті і блискучі дослідження автора фагоцитарної теорії імунітету, родоначальника науки про старість **Іллі Мечникова** заклали фундамент сучасного природознавства. Значно збагатили світову медичну науку дослідження «короля патологів», засновника Київської школи мікробіологів, уродженця України, поляка **Володимира Високовича**, який разом з Іллею Мечниковим започаткував вчення про ретикуло-ендотеліальну систему. Обезсмертив своє ім'я відкриттям велетенських пірамідальних «невроцитів» видатний анатом **Володимир Бец**, паралельно з яким основи вчення про цитота мієлоархітектоніку головного мозку розробляв широковідомий в Європі нейрогістолог, уродженець Полтавщини **Микола Якубович**, який відкрив ядра спинного мозку і описав непрямий поділ клітин. Серед світових величин ім'я гістолога **Петра Перемежжа**, дослідження якого започаткували нову епоху в цитології та каріології. Світове визнання отримали гістологічні напрацювання **Никанора Хржонщевського** – одного з перших у світі дослідників у галузі ендокринології, засновника нового напрямку – гістофізіології; праці **Олександра Черняхівського** – родоначальника відомої у всьому світі потужної Київської гістологічної школи.

Серед особистостей, що репрезентують нашу державу, ціле сузір'я діячів, чия діяльність відзначалась прогресивними поглядами та новаторським підходом. Важко уявити досягнення світової хірургії без оригінальних пропозицій **Володимира Караваєва**, що відкрили нові обрії в оперативній техніці. Велична постать в історії галузі - **Юлій Шимановський**, один із основоположників пластичної хірургії, зробивший колосальний внесок у розвиток трансплантології, воєнно-польової та відновлювальної хірургії. Його капітальна праця «Операції на поверхні людського тіла» (1865 р.) не мала собі рівних у світі. В історію світової хірургії увійшов **Олександр Яценко** - видатний хірург-новатор, один з основоположників вітчизняної трансплантології, яскраву сторінку в історію світової судинної хірургії вписав одесит **Олександр Ясиновський**. На розвиток всіх галузей хірургії в Україні вплинула діяльність блискучого хірурга-віртуоза, діагноста-клініциста, професора Харківського університету **Миколи Трінклера**. В історії медицини залишилось ім'я хірурга-реформатора світового рівня, уродженця Херсонщини **Миколи Скліфосовського** – піонера черевної хірургії та хірургії органів малого тазу. Визнання своїми досягненнями в оперативній практиці завоювали представник Львівської хірургічної школи **Людвіг Ридигер**; уродженець Чехії, професор Університету св. Володимира в Києві, хірург-віртуоз **Олександр Рінек**, київський анатом, хірург **Федір Цешківський**.

Серед постатей європейського масштабу професор університету св. Володимира у Києві **Василь Образцов** – блискучий клініцист-діагност, засновник пальпаторної діагностики, чий перший у світі опис прижиттєвого діагнозу тромбозу коронарних судин став величезним проривом у світовій кардіології. Увічнив своє ім'я у назві започаткованого ним напрямку –

хроматографії біохімік, ботанік-фізіолог **Михайло Цвет**. Назавжди вписані в історію світової медичної науки імена морфолога, ендокринолога, гістолога **Володимира Підвисоцького**, уролога, піонера хірургії серця **Аполлінарія Подреза**, фізіотерапевта-новатора, блискучого анатома-морфолога, невропатолога **Олександра Щербака**. Як засновник експериментальної педагогіки в історію світової медицини увійшов, психіатр, антрополог **Іван Сікорський** - один з основоположників дитячої психології та психопатології, фундатор вітчизняної євгеніки, засновник першого і єдиного в світі Ін-ту дитячої психології. Слід згадати **Володимира Яковенка** – одного із засновників соціальної психіатрії, **Олександра Шеффера** - одного з родоначальників вітчизняної біохімії; **Михайла Яновського** -- видатного терапевта, гематолога, родоначальника вчення про периферійне серце, з ім'ям якого пов'язане відкриття безкровного методу вимірювання венозного тиску; **Адама Чижевича** – організатора громадської служби здоров'я в Галіції; **Костянтина Тарасова** - одного з перших організаторів вищої стоматологічної освіти в Україні.

З іменами українських вчених пов'язані найважливіші сторінки історії епідеміології та бактеріології. Значно збагатила мікробіологічну науку діяльність **Василя Таранухіна**, **Льва Тарасевича**, **Олександра Черевкова**, засновника оригінальної наукової школи **Михайла Штуцера**, видатного патологоанатома **Чеслава Хенцинського** – представника відомої в Україні тріади «Мінха-Строганова-Хенцинського». Достойне місце в історії боротьби із страшними хворобами, що потребували героїзму, не меншого ніж участь у війні, посіли видатні українські мікробіологи, епідеміологи, чумологи **Іполит Демінський**, **Іван Дудченко-Колбасенко**, **Владислав Турчинович-Вижникевич**, **Мануїл Шрейбер**. В історії світової «драматичної медицини» залишились імена українських дослідників, які заради наукової істини ризикували власним здоров'ям, а то й життям. Обезсмертили своє ім'я героїчними дослідженнями на собі один з перших експериментаторів, дослідник природи паразитарних тифів **Григорій Мінх**, інфекціоніст, невропатолог і бальнеолог **Йосип Мочутковський**, «спаситель людства» мікробіолог, епідеміолог **Володимир Хавкін**, видатний маляріолог **Володимир Фавр**.

Серед імен, що стали окрасою української медицини, імена фармакологів: **Володимира Дибковського**; незаслужено забутої «легенди української фармакології» **Андрія Чирікова**.

Чимало яскравих особистостей дали світу українські наукові школи як провідні центри наукової думки. Ідеї гуманізму чітко проглядались в діяльності родоначальника Київської школи терапевтів **Федора Цицуріна** - одного з організаторів системи вищої медичної освіти та раціональної системи викладання внутрішніх хвороб; «професора околиць» **Петра Шатілова** – засновника самобутньої Харківської клінічної школи. Велична постать в історії світової та вітчизняної клінічної медицини, перший в історії української медицини академік-клініцист «лікарська совість Києва» **Теофіл Яновський**, який заклав підвалини вітчизняної пульмонології, фтизіатрії, нефрології, клініки інфекційних хвороб, лабораторної справи та курортології.

Голосно заявили про себе оригінальні київські дерматологічні школи **Михайла Стуковенкова** та **Сергія Томашевського**, школа біохіміків **Олексія Садовеня** та офтальмологічна **Андрія Ходіна**; українська школа гістологів хірурга-експериментатора **Євгена Черняхівського**; одного з піонерів вітчизняної рентгенології харків'янина **Анатолія Штернмана**; представника вітчизняної фізіології, засновника Харківської школи **Івана Щолкова**. Набагато випередили свій час наукові концепції представників потужної Харківської гігієнічної школи **Іринарха Скворцова** - автора теорії електрообміну між організмом і середовищем, **Аркадія Якобі** - родоначальника української наукової гігієни.

Місце педіатрії серед інших клінічних дисциплін першим у світі визначив видатний син України, акушер-гінеколог, реформатор системи організованої родопомочі, найвідоміший свого часу дитячий лікар, академік **Степан Хотовицький**. Ключові позиції у світовій науці посіли українські акушери **Іван Лазаревич**, **Олександр Матвєєв**, **Микола Толочинов**. Чималий внесок у вчення про дитячі хвороби зробили «патріарх вітчизняної педіатрії», один із засновників Харківської педіатричної школи, уродженець Чернігівщини **Іван Троїцький**, один із засновників Київської школи педіатрів **Василь Чернов**, представник Одеської педіатричної школи **Василь Якубович**.

Вагомий вклад у досягнення військової медицини зробили військові лікарі-реформатори **Борис Шапіров**; один із засновників вітчизняної військової гігієни і епідеміології **Роман Четиркін**; досвідчений клініцист **Микола Чернобаєв**; талановитий військовий лікар-адміністратор **Броніслав Шенфельд**; засновник військової психології та психіатрії **Герасим Шумков**.

В сузір'ї найвідоміших представників медичної спільноти Києва – «український Боткін» **Володимир Покровський**, «лікарі від Бога: представник київської терапевтичної школи **Карл Трітшель**; учень і послідовник Пирогова, представник фізіологічного напрямку в клінічній медицині, ініціатор створення першого в Україні Клінічного товариства студентів-медиків **Фрідріх Мерінг**, який будучи найбагатшим лікарем імперії, особливо відзначився на ниві благодійності, весь свій капітал використовуючи на благо Києва та киян. Справжнім пам'ятником видатному клініцисту, лікарю-подвижнику одному із засновників санітарної служби Києва **Юлію-Фердинанду Мацону** стала Олександрівська лікарня, в організації якої він брав активну участь і яку очолював з 1875 р. Визначну роль в медичному житті Києва відіграла діяльність фізіолога, гістолога, одного з основоположників санітарної освіти населення, організатора єдиної в світі «Комісії народних медичних читань» - **Никанора Хржонцевського**, експерта і куратора з питань медичної благодійності, члена Правління багатьох лікувальних закладів Києва, зятя відомого мецената Ніколи Терещенка - **Володимира Сахновського**.

Серед представників славної когорти діячів земської медицини, стрижнем діяльності яких були гуманність і милосердя - організатор охорони здоров'я, видатний громадський діяч **Микола Тезяков**, визнані санітарні лікарі **Василь Хижняков**, **Євген Яковенко**; лікарі-подвижники: видатний хірург Поділля

Людвіг Малиновський, «достойник честі», «мужицький лікар» **Кость Солуха**; лікарі-гуманісти: катеринославський військовий лікар **Іван Лешко-Попель**, офтальмолог **Василь Шафрановський**; відомі на Чернігівщині брати **Шеболдаєви**, «сонячний лікар», громадський діяч, меценат **Йосип Юркевич**; хірург, окуліст, неперевершений організатор **Йосип Юцевич**, добре знаний на Слобожанщині лікар-універсал, філантроп **Роберт Шиндлер**. Вражаючі приклади жертвовної праці майже незнаних героїв, особливо з середовища земських лікарів, які гинули, рятуючи життя пацієнтів подає відповідний додаток «Земство – героїчний стан».

Славну сторінку в історію медицини вписали українські жінки-медикині. Серед тих, хто прокладав шлях жінок до вищої медичної освіти – мікробіолог **Ніна Коль-Якимова**; біолог із світовим ім'ям, перша в історії вітчизняної науки жінка-зоолог та ембріолог **Софія Переясловцева**; одна з перших жінок-докторів наук, **Надія Суслова**, військовий хірург **Софія Больбот**; популярна лікарка околиць Києва **Наталя Шатова/Тальберг**; земські лікарки **Василина Чекалова**, **Єлизавета Яницька**; маловідома й досі земська діячка, зробивша внесок у створення мережі медичних закладів у Криму, німкеня **Марія Шлєс Люстіх**; київська лікарка-педіатр, одна з організаторів мережі благодійницьких дитячих установ Товариства «Крапля молока» **Надія Фоменко**, «еталон благодійності», легендарна сестра милосердя **Катерина Хітрово...**

Українська медицина може пишатися своїми лікарями-винахідниками, талановитими конструкторами (**Максим Субботін**, **Антон Тальянцев**, **Костянтин Тарасов**, **Сергій Чирєв**, **Федір Шведов**, **Юлій Шимановський**, **Станіслав Штейн**, **Павло Шипулинський...** І сьогодні спеціалісти згадують наших співвітчизників у найменуваннях інструментів, приладів, назвах операцій, симптомів, методик лікування.

Епохальні відкриття у сфері фундаментальних природничих і точних наук, посилення ролі міждисциплінарних досліджень у вирішенні медичних проблем зумовили розмаїтий галузевий склад представлених у Словнику персоналій. Це видатний фізик світового рівня, один з піонерів вітчизняної рентгенології **Микола Пильчиков**, фізики **Микола Шиллер**, **Василь Шведов**; «український Пастер», засновник вітчизняних ботанічної та мікробіологічної наукових шкіл **Лев Ценковський**; хіміки **Севастьян Танатар** і **Теодор Торосевич**, унікальний самород механік-винахідник **Йосип Тимченко**, вчений-енциклопедист, природознавець, один з перших організаторів та академіків ВУАН **Павло Тутковський** та багато інших.

Злет наукової медичної думки, приклади лікарського мистецтва, здобутки і досягнення представників галузі яскраво демонструє об'єднаний («Літери А-Я») розділ 3-ї книги - «Внесок українських лікарів і природознавців у вітчизняну та світову медицину».

Про громадянські та людські якості представників лікарського стану свідчить їх участь у русі на захист народного здоров'я, благодійницька діяльність (відповідні додатки).

Безцінний внесок у формування національної свідомості зробив **Євген Озаркевич**, з ім'ям якого пов'язано створення першого в історії української медицини професійного об'єднання українських лікарів Галичини та Буковини – «Руського лікарського товариства» (згодом «Українське лікарське товариство») та вихід в світ «Лікарського збірника» (1898) - першого науково-медичного видання українською мовою. В справі втілення української ідеї в життя відзначились видатний діяч громадського і просвітницького руху на Поділлі, один із засновників і організаторів Українського державного ун-ту (1918), Українського Червоного Хреста, земський лікар **Кость Солуха**; лікарі-просвітяни **Володимир Янович**, **Михайло Яремкевич**, **Роман Ярославич**, **Наталя Щоголєва**, **Микола Федоровський**, **Марія Хреннікова/Мазуренко...**

Серед активних діячів національно-культурного відродження як на Батьківщині, так і поза її межами: лікар за фахом **Володимир Антонович** - член нелегального т-ва, засновник української громади у Петербурзі, **Юхим Грибинюк** – член благодійницького Українського клубу «Громада» та української колонії у Петербурзі.

Серед тих, хто прагнув перетворити український рух з культурно-просвітницького на політичний - члени самостійницької організації «Братства тарасівців» - **Євген і Олександр Черняхівські**, які відіграли визначальну роль у формуванні національної вищої медичної школи; **Іван Липа**, **Іван Луценко**, **Яків Трутовський**. В процесі становлення української державності брали активну участь київський лікар-бактеріолог, міністр народного здоров'я та опікування в уряді гетьмана Скоропадського **Всеволод Любинський**; військовий лікар, член Центральної Ради, міністр народного здоров'я та опіки УНР **Дмитро Одрина**, громадсько-політичні діячі **Василь Совачов**, **Роман Ярославич**.

Багато представників медичної галузі залишили пам'ять в культурному житті України, вписавши своє ім'я в історію спеціалізованої журналістики, видавничої справи, публіцистики, красного письменства (**Володимир Даль**, **Михайло Максимович**, **Іван Липа**, **Степан Ніс**, **Євген Озаркевич**, **Ганна Розальон-Сошальська**, **Йосип Ролле**, **Степан Руданський**, **Володимир** та **Євген Святловські**, **Юліан Талько-Гринцевич**, **Іван Троїцький**, **Яків Трусевич**, **Микола Федоровський**, **Євген і Олександр Черняхівські**, **Олександр Шилтов**, **Йосип Юркевич**, **Павло Якобі**, **Валентин і Євген Яковенки**, **Федір Яніцький** та багато інших. Саме завдячуючи позапрофесійній подвижницькій пошуковій роботі багатьох з представників лікарського стану, до наукового обігу вводився цілий комплекс знань, об'єднаних у наш час ємкісним поняттям «народознавство» (**Юхим Грибинюк**; **Теодор Легоцький**; військовий лікар, дослідник історії медицини **Іван Пантюхов-Гриневич**, лікар, письменник, історик, один із засновників краєзнавчого музею у Кам'янець-Подільському **Йосип Ролле**; дослідник медичної етнографії **Аркадій Якобі**, лікар, етнограф, художник, автор енциклопедії життя селянства Київської губернії – француз **Де ля Фліз**). Різноманітність талантів представників лікарського стану поза фаховою діяльністю ілюструє розгалужена система

додатків: «Книга та бібліотека в їхньому житті», «Літературно-публіцистична, видавничо-редакторська і перекладацька діяльність», «Музейна і колекційна діяльність. Антропология. Етнографія. Археологія», «Світ захоплень». Участь у громадсько-політичному житті країни в надзвичайно складний історичний період на межі століть розкривають додатки «Державотворча і просвітницька діяльність», «Благодійницька діяльність», «Земство – героїчний стан», «Страшні жнива лихоліть». Окремий розділ «Слово до нащадків» розкриває горизонти мислення неординарних особистостей, їхнє розуміння морально-етичних принципів лікарської професії. Бібліографічна частина більшості представлених персоналій має подвійне навантаження: виступає як ілюстрація творчого доробку особи, так і своєрідний засіб розкриття фондів головної книгозбірні галузі. Окраса книжкових збірань ННМБ України, її безцінні скарби - унікальні прижиттєві видання творів велетів медичної думки: **Іллі Буяльського, Володимира Беца, Володимира Караваєва, Григорія Мінха** (рукопис), **Єфрема Мухіна, Миколи Скліфосовського, Льва Тарасевича, Григорія Хлопіна, Степана Хотовицького, Федора Цицуріна, Сергія Чир'єва, Юлія Шимановського** і багатьох інших (відповідні додатки 3-ї завершальної книги Словника містять об'єднаний перелік наукових праць і, окремо, докторських дисертацій, що зберігаються у в фондах ННМБ України).

Кожна книга серії «Медична біографістика» – це зустріч з медичним світом України, захоплююча подорож в історію галузі, що демонструє вагомий внесок наших співвітчизників до скарбниці світової медичної науки та стверджує невичерпний творчий потенціал українців. «Дивлячись у минуле, не можемо позбутись найглибшої гордості з власного роду...що ми прийняли його з крові і духу попередників» (Юрій Липа).

Тож «Не бійтесь заглядати у словник!».

ТИПОВІ ПОМИЛКИ В ПРОФЕСІЙНОМУ МОВЛЕННІ МЕДИКІВ

Олександр Кіцера, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Ця стаття постала на межі декількох наук: клінічної анатомії, клінічної фізіології і філології. Відповідно, її авторами є клініцист, викладач вищої школи і філолог. Автори критично аналізують деякі українські (грецько- та латинськопохідні) терміни, опираючись на джерела спеціальної літератури та красного письменства, праці філологів та власний досвід. При цьому вони на численних прикладах обґрунтовують право кожного народу впроваджувати до своєї спеціальної наукової номенклатури терміни, більш притаманні цій мові, народному побуту, співзвучні близьким цьому народові уявленням.

Автори закликають до корекції деяких українських і латинських термінів, що позначають запалення, а також – до розрізнення в клінічно-анатомічній номенклатурі прикметників, що позначають якість від тих, що позначають відношення, належність до того чи іншого предмета, утворення, явища.

Ключові слова: клінічні терміни, аналогове термінотворення, позначення запалення, суфіксальне термінотворення, якісні та відносні прикметники в медицині.

TYPICAL MISTAKES IN THE SPEECH OF MEDICAL WORKERS

Aleksander Kitsera

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv; 2magister of philology

This article appeared on the several sciences border: clinical anatomy, clinical physiology and philology. Accordingly, its authors are a clinician, a teacher of higher education and a philologist. The authors critically analyze some of the Ukrainian (Greek and Latin derivative) terms based on special literature and writing sources, philology works and their own experience. At the same time, they substantiate every nation's right to introduce terms into their special scientific nomenclature that are more common in this language, folk household, in accordance with their ideas.

The authors call for the correction of some Ukrainian and Latin terms indicating inflammation, as well as - to distinguish adjectives in the clinical and anatomical nomenclature of ones that indicate quality from those indicating the relation, belonging to a particular subject, formation, phenomenon. The terms in the Ukrainian language was often formed under other languages influence and sound sometimes wrong, so it makes sense to replace some medical terms with new, correct ones. It seems like some, firmly rooted terms, require some correction. First of all, as already mentioned, those of them that are based on subject analogies (analog terminology).

To develop the Ukrainian language in all spheres of science, including medical science language is our duty. And the work on Ukrainian medical terminology improving is a permanent process, as well as the society development in general.

Key words: clinical terms, analog terminology, inflammation markings, suffixal terminology formation, qualitative and relative adjectives in medicine.

Розмову про типові помилки медиків в їх повсякденному професійному мовленні розпочинаємо з утворення термінів, що позначають запалення. Зокрема з терміна, що позначає запалення **пазухи** (sinus), приносової пневматичної, або венозної.

Викликав сумнів, зокрема, широко вживаний термін, що позначає запалення пазухи – приносової чи венозної – синусит (sinusitis). Тим більше, що у підручниках та посібниках, що їх авторами були вчені з повною гімназійною освітою [10,16,30] цей термін звучав «синуїт». Тож, який термін правосильний? В сучасних підручниках та посібниках для медичних вишів відповіді на це не знайти. В розділах, присвячених суфіксальному термінотворенню, можна знайти твердження, що суфікс, який позначає запалення „-itis” слід додавати до кореня грецького (латинізованого) чи латинського іменника, що позначає орган чи тканину [19], або ж до основи слова. Але як отримати цю основу? І тут я вдався до знань, отриманих від М. Панчука на заняттях з латини. Отже, основу слова

отримуємо внаслідок порівняння іменника в називному (Nominativus) та родовому (Genitivus) відмінках. Те, що змінилося, відкидаємо і отримуємо основу, до якої й додаватимемо суфікс. Наприклад: Nom. „tonsilla”, Gen. „tonsillae”. Тут „a” змінилося на „ae”, його відкидаємо і отримуємо основу „tonsill-”, До неї додаємо суфікс „-itis” і отримуємо “tonsillitis”. З іменником „sinus” дещо складніше, бо він належить до четвертої відміни чоловічого роду. І родовий відмінок не відрізняється від називного: Nom. „sinus” і Gen. „sinus”. Як бути в цьому випадку? Доктор Микола Панчук пояснив: «Якщо в родовому відмінку однини нічого не змінилося, беремо для порівняння родовий відмінок множини.[20].

Singularis	Pluralis
Nom. sinus	sinus
Gen. sinus	sinuum
Dat. sinui	sinibus
Acc. sinum	sinus
Abl. sinu	sinibus

Отже, порівнюємо „sinus” і „sinuum”, відкидаємо те, що змінилося, отримуємо „sinu-”, додаємо суфікс „-itis” і отримуємо „sinuitis”. Це все знали вчені старшого покоління і у них не викликало сумнівів, що не можна приєднувати суфікс, який позначає запалення, до відмінкового суфіксу. А я, недовчений гімназист, мусив звертатися за консультацією до вченого латиніста.

В мовленні як студентів, так і лікарів назви слухових кісточок звучать: молоточок, кваделко, стременце.

Звісно, слухові кісточки, це ніжні, мініатюрні утворення, тож і хочеться називати їх зменшувальними формами іменників: молоточок, коваделко, стременце. Цієї спокуси не вдалося уникнути і М.А.Нетлюхові [19]. А, проте, в латинській мові зменшувальна форма існує лише щодо першої з них – malleus, -i m- молот, колотівка, валок, обух і malleolus , -i m – молоточок. До речі, в деяких старих (XIX-початок XX століття) джерелах зустрічаємо другу з цих форм. А як щодо інших двох? В латинській мові – матері медичної термінології обидва терміни штучно сформовані, кожен - з двох слів. Incus, --incudis f - з прийменника „in”, що відповідає на питання «куди» та дієслова „cudo” („cudere”), тобто «кую» («бити», «кувати», «обробляти метал»), та й stapes – з двох іменників: statumen, -inis n (підставка, опора) і pes, pedis m (нога). Зменшувальні форми до них не передбачені . Отже: «ковадло» і «стремено» [14,15].

Доволі часто чуємо недолугий термін «грудна клітина». Виникає питання: де слід вживати термін “клітина”, а де “комірка”? Слово “клітина” у Б.Грінченка [3] не наводиться. Зате є “комора”, “комірка” і “комірочка”. “Клітка” наводиться з перекладом “клетка” (для птаха). В німецькій мові є лише один термін “die Zelle”. що означає і “клітку”, і “клітину» і «гніздо» [1]. В словнику знайдемо: біол. комірка [24]. Польською “komórka” - зменшувальне від “komora” - приміщення, слово споріднене з латинським “camera”[17]. Латинською cella, ae f’- комора, кімната, тюрма [4].

Російською “клеть” - те саме, що “komora” польською й “комора” українською. У Т.Шевченка [22] читаємо:

"У нас у костяній коморі
Горить розумний той маяк..."
(*“Дурні та гордії ми люди”*, Кос-Арал.-1849), або ж

"Три года сумно протекли.
Багато дечого взяли
З моєї темної комори..."
(*“Лічу в неволі дні і ночі”*, Оренбург-Петербург.- 1850-1858).

Отже, і у нас (за Б. Грінченком) велике приміщення чи порожнина – “комора”, а маленьке приміщення чи порожнинка – “комірка”[3]. В усякому разі, щодо дрібних порожнистих утворень (в скроневій чи решітчастій кістці) слід вживати термін “комірка”.

В медичній термінології термін «комірка» вживається щодо структурно-функціональної одиниці всіх живих організмів, будь-якого з протоплазматичних утворень, що утворюють живу тканину [2].

А грудна клітка, тобто «частина тіла між шиєю і діафрагмою» [2] – таки «клітка». Хоча цей український термін не зовсім відповідає латинському «thorax, acis m». В словнику латинської мови [4] це – нагрудний панцир з металу або шкіри. Зрештою, термін походить з грецької мови і пишеться «θώραξ». Якщо оглянути експоновані в музеї зброї грудні панцирі, особливо «анатомічні», тобто з ребрами жорсткості, аналогія аж надто наглядна. Англійською грудна клітка „chest”, що, знову ж таки, не відповідає латинському «панцир». В «Великому сучасному англо-українському і українсько-англійському словнику» [28] „chest” – скриня, шухляда. Отже «грудна скриня». Хоча на означення кісткового риштування грудної клітки вживається ще термін «ріп cage» (клітка з ребер), або «bony thorax» [9], а французькою - «cage thoracique». Німецьким медикам грудна клітка асоціюється з кошиком, тому термін звучить «der Brustkorb» (грудний кошик) [30]. Поляки солідарні з нами, українцями, принаймні грудна клітка у них таки «клітка» - «klatka piersiowa» [25,26]. Це ще раз підтверджує право кожного народу уточнювати анатомічні терміни згідно з властивими цьому народові уявленнями, асоціаціями.

«Клиноподібна пазуха» (sinus sphenoides), чи «пазуха клиноподібної кістки» (sinus sphenoidalis) зовсім не має форми клина? Анатоми описує цю пневматичну приносову пазуху, як парну, здебільшого асиметричну, порожнину у формі неправильного шестигранника. За нашими спостереженнями вона має радше полісферичну форму, зближену до шестигранника, інколи – ниркоподібну.

Отже, маємо справу з двома різними прикметниками, які походять від одного іменника σφῆνς – sphina: якісним (sphenoides, тобто клиноподібний) і відносним (sphenoidalis-така, яка відноситься до клиноподібної кістки). Отже

кістка – *os sphenoidum* (клиноподібна кістка), а пазуха – *sinus sphenoidalis* (пазуха клиноподібної кістки).

То ж пропонуємо вживати термін «пазуха клиноподібної кістки». Цю цілком обґрунтовану пропозицію ми, як автори оториноларингологічних термінів, подали до другого видання «Українсько-латинсько-англійського медичного енциклопедичного словника» 2016 року видання, проте редакція її відкинула. В семимовному «Лексиконі оториноларинголога» [13] ми наводимо термін «пазуха,-и клиноподібної кістки».

Тут варто було б нагадати правила утворення в українській мові прикметників, похідних від іменників. Утворюються вони додаванням суфікса до **основи слова** (отримують її таким самим чином, як і в латинській мові, тобто відкидаючи те, що змінилося в родовому відмінку, порівняно з називним). Відносні прикметники показують відношення предмета до іншого предмета, утворення, структури чи системи. Їх утворюють, додаючи до основи іменника суфікс; якщо основа закінчується на твердий приголосний, додаємо «-овий», «-ова» («казковий», «службова» тощо). Утворюючи якісні прикметники, додають здебільшого суфікс «-ний», «-на», або «-ній», «-ня» («поперечний», «поздовжня») Отже: «поперековий» (відносний до попереку, *lumbalis*) і «поперечний» (якісний прикметник, що показує розташування, положення, *transversus*). Відповідно – «поперечний відросток поперекового хребця».

«Щелепний», чи «щелеповий»? Залежно від того, що маємо на увазі. «Щелеповий», якщо маємо на увазі, «належний до щелепи» (відносний прикметник), або «щелепний», якщо йдеться про якість (в зоології – наявність чи відсутність щелепи). Власне це мають на увазі зоологи, вживаючи терміни «безщелепні», «щелепні, або «щелепнороті» – *gnatostomata* (вищі хребетні тварини, що мають щелепи і парні кінцівки [27].

Неодноразово чуємо в ЗМІ і читаємо «жовчний міхур». Якщо в російській мові «жёлчный» означає і (в прямому розумінні) вмістилище жовчі і (в переносному) особливості характеру людини, то в українській мові є два окремі терміни. Перший з них – «жовчевий» означає стосунок до жовчі (відносний прикметник), другий – «жовчний» - характер людини чи відношення до оточення (якісний прикметник). В російсько-українському словнику [6] наводиться ще й термін «жёлчность» з перекладом «жовчність», а в II томі «Нового тлумачного словника української мови» [8] є пояснення цього терміну: «почуття ворожості, недобррозичливості, злоби, злість, злосливість, досада». Проте щодо міхура, то там-таки «жовчевий» прирівнюється до «жовчний». В анатомічному словнику М.А.Нетлюха [19] *vesica biliaris (fellea)* перекладається однозначно «жовчевий міхур». Вважаю, що ці терміни слід чітко розмежовувати. І не миритися з такими покручами-кальками, як «головний біль». Бо ж «головний» (якісний прикметник) українською мовою означає «найважливіший, основний, найвищий за посадою. Тому у випадку випадку коли у когось болить голова в жодному разі не вживайте поєднання «головний біль». А конструкція «голововий» - аж ніяк не звучить. Тому обходимося без прикметника, і кажемо «біль голови». Як, зрештою, і «біль живота».

Чи можна хронічно захворіти? Здавалося б, запитання геть безглузде. Бо дієслова з префіксом «за» - це дієслова доконаного виду, які вказують на початок, кінець, в усякому разі – на одноразовість дії.

Відповідно й віддієслівний іменник «захворювання» (занедужання) означає відповідно наслідок, ефект цієї одноразової дії, а саме – початок хвороби, іншими словами – момент переходу від стану здоров'я до стану хвороби.

І, усе ж таки, чуємо і читаємо, також і в енциклопедичних виданнях, і в професійних медичних, що захворювання – те ж саме, що і хвороба. Набираємо в Гуглі слово захворювання:

Хвороба, або захворювання (заст. розм. бóлість, діал. хороба) — патологічний процес, який проявляється порушеннями морфології (анатомічної, гістологічної будови), обміну речовин чи / та функціонування організму (його частин) у людини / тварини. От тобі і інтернет. Захворювання – процес? Ні, не так!

Проте, на тій-таки сторінці, велемудрий Інтернет дарує нам ще одну нісенітницю - «Хронічні респіраторні захворювання». Нісенітниця? Звичайно! І таким нісенітницям в медичній і парамедичній літературі «ність числа».

Ну, що ж, відповідно до поради Максима Тадеєвича, заглядаємо у словник, а саме у «Новий тлумачний словник української мови 1999 року видання. Нарешті! «Захворюваність – поява хвороби десь, у когось; захворювати – занедужувати, почати хворіти...» Як це співає в «Запорожці за Дунаєм бас-баритон Іван Карась:

Занедужав я в дорозі, —

Та й набрався ж я біди!!»

Хвороба, як і захворювання - віддієслівний іменник, і його теж створено, афіксальним способом, на цей раз – за допомогою суфіксу. Як і іменники шаноба, стрільба, ганьба, оздоба, він походить від дієслова недоконаного виду і означає тривалий процес.

То ж, підсумовуючи сказане, захворювання і хвороба, це, як кажуть в Одесі, «дві великі різниці» (коректно – «два різні поняття»). До речі, в медичній статистиці чітко поділено захворюваність і хворобливість, а саме:

Захворюваність — медико-статистичний показник, що характеризує чисельність хворих, виявлених при зверненні населення з приводу захворювання до лікувально-профілактичних закладів або при профілактичному огляді протягом звітного року. Іншими словами, скільки людей захворіло.

Хворобливість, або поширеність хвороб, — медико-статистичний показник, що характеризує поширеність зареєстрованих серед населення хвороб, як вперше виявлених, так і діагностованих раніше. Іншими словами, скільки людей хворіє.

Ото ж, не може бути ні гострих, ні хронічних захворювань, лишень – гострі і хронічні хвороби. А для того, щоби слово хвороба надто часто не повторювалося, можна вжити український синонім недуга.

Однією з нісенітниць, які раз у раз чуємо в мовленні наших медиків є власне ота сама «хвороба на науку». Скажімо «у нього патологія дихальних

шляхів» чи «у пацієнта діагностовано ендокринну патологію (ендокринологію, онкологію)».

«Хворий на патологію» - такий діагноз можна встановити хіба що студентові, який щойно познайомився з симптоматикою тої чи іншої хвороби і зразу ж запідозрив її у себе. За часів мого студентства таку надуману недугу називали «хворобою третього курсу». Як кажуть, «сам грішний».

Проте, якщо серйозно, то, як і інші «-логії», патодогія походить від грецького слова *λογος*, яке означає «слово», а в складних словах – «вчення», «наука». То ж «патологія» - «вчення про хвороби», «онкологія» - «хвороба про пухлини», «ендокринологія» - «вчення про залози внутрішньої секреції».

Суфікс *λογος*, має в українській мові ряд відповідників, наприклад - знавство (матеріалознавство), -опис, -пис (часопис, життєпис), ство, -цтво [застарілі терміни "життєвництво"("біологія"), "вимірництво"("метрологія")]. За нечисленними винятками вони поступилися місцем універсальному «-логія». Не слід вживати жаргонного висловлювання «у нього порушена фізіологія органів травлення, бо ж термін «фізіологія», грецькою *φυσιολογία*) утвердився, як наука про життєві процеси, діяльність окремих органів та їх системи і загалом всього організму. То ж «у нього порушена функція органів травлення».

Звичайно ж, якщо у студента – заняття з патології, онкології, ендокринології, то не буде значним огріхом, якщо він скаже: «У мене в другій парі – фізіологія». Хоча, краще уточнити «У мене лекція (практичне заняття) з фізіології».

Якщо вже йдеться про вживання отого самого *λογος*, але вже у розумінні «слово», згадаємо про тавтологію (*ταυτολογία*) від давньогрецьких слів *ταυτο* — те ж саме та *λόγος* — мова). У риториці це - повторювання лів різними мовами чи надлишковості у мові. Типовими прикладами тавтології в побутовому мовленні є «гастрит шлунка» та «пневмонія легень», та, зрештою і «хворий на патологію...». Далі йде назва хворого органа чи хворої системи.

Вживається також вислів копрологія, похідний від *κόπρος* -кал, випорожнення, проте він має два тлумачення: лабораторне дослідження калу і... мовлення, щедро пересипане нецензурними словами. Пам'ятаю, що в якійсь казці такого аматора (а може аматорку) словоблуддя покарано тим, що з кожним гидким словом із його (її) рота вистрибували жаби та гадюки. А може й отой самий *κόπρος*. Матюгальна мова проникла до нас звідтіля, звідки летять до нас ракети і дрони-самогубці. І відійде разом з окупантами. Адже і нашою, солов'їною, є куди адресувати «руській ваєнний карабель». Скажімо «до дідьчої матері».

Плекати українську мову в усіх царинах науки, в тому числі – і в медичній науці – наш святий обов'язок. А праця над удосконаленням української медичної термінології – процес перманентний, як і розвиток суспільства взагалі.

Література (References):

1. Arnaudow G., 1964. Terminologia medica polyglotta. - "Medicina i fizkultura", Sofija.

2. Dorland's Illustrated Medical Dictionary: Ukrainian-English. 2007. "Nautilus-Saunders", Lviv.
3. Grinchenko Boris. 1909. Slovar Ukrainskoi movy. [Ukrainian Dictionary]. Kievskaya starina, Kyiv.
4. Dvorieckij I.Kh., 1976 Latinsko-russkij slovarj [Latin-Russian vocabulary]. [in Russian], Moskva.
5. Derevjanchenko N.V. Lytovska O.V., 2017 Latynska mova i medychna terminologia [Latin and medical terminology] KhNMU, Kharkiv [In Ukrainian].
6. Hanych D., Olijnyk I., 1978 Rosijs`ko-ukrain`skyj slovnyk [Russian-Ukrainian Dictionary]. URE-edition, Kyjiv.
7. Harjuk H.I., Pochujeva T.V., 2004 Kompjuterna tomographia v diagnostycki zapalnykh zahvoriuvan` serednioho vucha I otogennykh vnutrichnocherepnykh uskladnen` [CT in the diagnostic of middle ear diseases and otogenic intracranial complications] Гапюк Г.І., „Prapor”, Kharkiv.
8. Jaremenko V., Slipushko O., 1999. Novyj tlumachnyj slovnyk ukrains`koi movy [New explanatory dictionary of Ukrainian]. Akonit, Kyjiv [In Ukrainian].
9. Jędraszko S. 1969. Słownik lekarski angielsko-polski i polsko-angielski [English-Polish and Polish-English vocabulary of medicine].-wyd.III.-PZWL.-Warszawa.
10. Kalina V.O.. Sinuity [Sinusites] Khirurgicheskije bolezni hlotki, hortani i pishtchevoda.1954 :834-836 [In Russian].
11. Kysilov V.F., 1928. Medychnyj rosijs`ko-ukrains`kyj slovnyk [Russian-Ukrainian medical vocabulary]. Derzhavne vydavnytstvo Ukrainy, Odessa
13. Kitsera A., 2013. Leksikon otorhinolaryngoloha [Lexicon of otorhinolaryngologist). Lvivs`kyj natsionalnyj medychnyj Universytet imeni Danyla Halytskoho, Lviv. [Ukrainian-Latin-Russian-English-Polish-French-German]
14. Kitsera A. et al., 1993. Propedevtyka otorhinolaryngologiji [Propedeutics of otorhinolaryngology]. Vilna Ukraina, Lviv [In Ukrainian].
15. Kitsera A., 2007. Klinichna otorhinolaryngologija [Clinical otorhinolaryngology]. Kvart, Lviv [In Ukrainian].
16. Kompaniejets S.M., 1938. Zapalni zakhvoriuvannia dodatkovykh porozhnyn nosa [Inflammatory diseases of paranasal sinuses]. Derzhmedvydav, Kharkiv [In Ukrainian].
17. Levinska S.J., Starak T.V. Pols`ko-ukrains`kyj slovnyk [Polish-Ukrainian Dictionary]. Svit, Lviv.
18. Lukasevych E., 1926. Anatomichnyj slovnyk (materialy) [Dictionary of anatomy] Naukove Товариство im Shevtshenka, Lviv [in Ukrainian].
19. Melnyk P.O., Pishak V.P., Synytsia V.H., 2009. Ukrajins`ko-latyns`ka terminolohija v otorynolaryngologii [Ukrainian-Latin otorhinolaryngological terminology]. Medacademija, Tshernivtsi.
18. Melnychuk O.S., 1974. Slovnyk inshomovnykh sliv [Dictionary of foreign words]. Holovna redaktsija URE AN URSS, Kyjiv, [In Ukrainian].

- 19 Netlukh M.A., 1995. Ukrains`ko-latyns`kyj anatomichnyj slovnyk (Anatomichna nomenclatura) [Ukrainian-Latin dictionary of Anatomy (Anatomical nomenclature)]. Lviv [In Ukrainian].
- 20 Panchuk M. G. Scholae Latinae 1942 - 1946 <https://www.worthpoint.com/worthopedia/ukrainian-book-1946-1944330542>
21. Petrukh L.I., Holovko I.M., 2012-2016. Ukrains`ko - latyns`ko-anglijs`kyj medychnyj encyclopedychnyj slovnyk v 4 tomakh [Ukrainian-Latin-English medical encyclopaedic dictionary is in four volumes]. VSV Medycyna, Kyjiv.
22. Shevchenko T., 1970. Tvory v pjaty tomakh [Works in 5 volumen]. Dnipro, Kyjiv.
23. Svitlychna J.I., Bazarova V.I., Zhuk L.G., 2006. Tvorennia klinichnykh terminiv za dopomohoju sufiksiviv [Creation of clinical terms by means of suffixes]. Klinichna terminologija. Zoloti storinky, Kharkiv [In Ukrainian].
24. Slovnyk ukrains`koji movy v 14 tomah 1971-1980. [Dictionary of Ukrainian in 14 volumen]. Naukova Dumka, Kyjiv [In Ukrainian].
25. Tutsch D., s.a. Lexikon der Medicin [Lexikon of Medicint] 2 Auflage. Urban & Schwarzenberg. München-Wien-Baltimore [In German].
- 26 Trachtenherz N., 1968. Słownik lekarski niemiecko-polski [German-Polish medical dictionary]. - PZWL.-Warszawa.
27. Tsaryk J.V., 2013. Zoologija chordovykh [Zoologie of chordates]. Lvivs`kyj 27
28. Zahnitko A.P., Danyljuk I.H., 2008 Velykyj suchasnyj anglo-ukrainskij I ukrains`ko-anglijskij slovnyk [Contemporary English-Ukrainian and Ukrainian-English vocabulary] BAO, Doneck.
29. Zaleska-Onyshkevych L.V.L. 1997. Nachi suchasni movni problem. Shtsh poza slovom [Our today's language problems. That out of word?] Zbirnyk dopovidej movnoji sekciji 16 Richnoji Konferenciji Ukrain`skoji Problematyky. New York-Lviv: 12-21 [In Ukrainian].
30. Zarickyj L.A. 1967. Hovoroby vuha, horla, nosa [HNO illnesses]. Zdorovja-Kyjiv [In Ukrainian].

МІЖНАРОДНА ДІЯЛЬНІСТЬ ВСЕУКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА ТА СВІТОВОЇ ФЕДЕРАЦІЇ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРСЬКИХ ТОВАРИСТВ В ЧАС ВІЙНИ

Базилевич А. Я.

*м. Львів, Львівський національний медичний університет ім. Данила
Галицького, Світова Федерація Українських Лікарських Товариств,
Всеукраїнське лікарське товариство*

Ще на передодні війни 22 січня 2022 року на своєму засіданні Головна Рада Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (СФУЛТ) прийняла рішення звернутися до Організації Об'єднаних Націй (ООН), Європейського Парламенту, урядів і парламентів держав світу, Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Світової медичної асоціації (СВА - WMA), НАТО,

міжнародних організацій та кожного громадянина світу стосовно військового шантажу та вбивчої агресії відносно України з боку росії. І вже 29 січня 2022 року Звернення СФУЛТ було розіслане цим адресатам (з перекладом англійською, німецькою, французькою, грецькою та португальською мовами).

Це правда не запобігло початку воєнних дій росії проти України. Світова і європейська медична спільнота першими відгукнулись на криваві події в Україні і вже на другий день війни, 25 лютого 2022 року, надіслали офіційного листа на підтримку українських лікарів колеги з WMA та Постійного комітету лікарів Європи (CPME). Перша сторінка сайту WMA була присвячена гуманітарній допомозі Україні, зверненню до медичних спільнот усіх країн світу з проханням гуманітарної підтримки українців. Також з підтримкою доєднався Європейський Форум Медичних Асоціацій (EFMA).

Члени Правління Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) обговорили питання подальшої співпраці в умовах воєнного стану із світовою медичною спільнотою, та було вирішено звернутися з листом про необхідність гуманітарної допомоги ліками і виробами медичного призначення для українських лікарень. Важливим моментом було формування списку необхідних лікарських засобів для потреб охорони здоров'я України у нових умовах, коли з кожною годиною збільшувався потік постраждалих в різних регіонах України. І вже 27 лютого 2022 року надіслано лист від ВУЛТ до WMA і CPME про гуманітарну допомог із списком необхідних лікарських засобів та виробів медичного призначення для надання медичної допомоги цивільному населенню в закладах охорони здоров'я України. 28 лютого 2022 року також і Головна Рада СФУЛТ звернувся з проханням надати аптечки першої медичної допомоги, тактичні медичні наплічники, турнікети, кровоспинні препарати, антибіотики та манекени для відпрацювання навиків надання медичної допомоги.

Через тісні зв'язки ВУЛТ із WMA кореспондент BBC із Великої Британії 28 лютого 2022 року взяв інтерв'ю члена правління ВУЛТ Андрія ГУКА про мужність і професіоналізм українських лікарів, що надають медичну допомогу.

Дуже важливим та терміновим стала підготовка з питань екстреної домедичної допомоги. У Львові в Будинок Воїна було запроваджене навчання цивільного населення, організоване Українським лікарським товариством (УЛТ) у Львові (голова – Мирон ОСТРОВСЬКИЙ) за ініціативи та безпосереднім керівництвом члена головної управи Олег ДУДА). Це було спільною ідеєю з Поважною Радою Орден Святого Пантелеймона (голова – Василь КНЯЗЕВИЧ), яка виникла щенапередодні війни. Навчали три бригади інструкторів: Львівського Обласного Центру Екстреної Медичної Допомоги та Медицини Катастроф (член головної управи УЛТ у Львові – Людмила ГЕРА), медичного фахового коледжу післядипломної освіти (директор – Леся ВОВК) та Червоного Хреста (керівник – Уляна СТЕЛЬМАХ). З 2 березня 2022 року викладачі, студенти Львівського національного медичного університету (ЛНМУ) ім. Данила Галицького (ректор – академік НАМА України Борис ЗІМЕНКОВСЬКИЙ) та лікарі УЛТ у Львові започаткували очні вишколи Навички Тактичної Медицини «The Tactical Medical Skills – Basics (TMSB)

course». Ці практичні навички передавалися лікарям, інтернам, студентам, медичним працівникам, військовим медикам та парамедикам, бійцям ЗСУ та тероборони. Проводилися виїзди з вишколами у військові частини і на полігон.

Це було б неможливим без швидкого одержання необхідних сучасних манекенів для відпрацювання до- та лікарської допомоги при кровотечах та порушеннях дихання! Вони були одержані від наших польських друзів з Калішського Університету (Uniwersytet Kaliski im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego - ректор професор Анджей ВОЙТИЛА). Це були 2 манекени для серцево-легеневої реанімації, комплекти для імітації ран, тренувальні турнікети. Також вдячні за необхідні манекени, які подарувала Державна академія імені Яна Гродека в Сяноку (дякуючи лікарю Ярославі САВЦІ та ректору професору Матеушу КАЧМАРСЬКОМУ).

Для підвищення рівня знань і виконання навичок до навчання, на волонтерських засадах, долучались парамедики та іноземні інструктори з тактичної медицини (Німеччини, США, Норвегії, Франції, Швеції та інших), які мали боєвий досвід у гарячих точках світу та прибули до нашої країни.

Буквально з перших днів російського вторгнення в Україну працювали представники незалежної міжнародної медичної гуманітарної організації «Лікарі без кордонів» — «Médecins Sans Frontières». Медики фокусуються на залученні необхідних працівників для надання медичної допомоги постраждалим від воєнних дій, постачанні медичних матеріалів, необхідних для надання надзвичайної допомоги в Україні, телемедицині, займалися психологічною реабілітацією, а також проводили різноманітні вишколи. За сприяння СФУЛТ (президент – професор Андрій БАЗИЛЕВИЧ) 17.03.2022 у теоретичному корпусі ЛНМУ ім. Данила Галицького відбувся тренінг з медичного сортування під час надзвичайних ситуацій (Mass Casualty Triage). Тренінг було проведено медиками з організації «Лікарі без кордонів» під керівництвом Едварда ЧУ (Edward Chu, Німеччина) та Гійом БАРРО (Guillaume Barreau, Франція). Такі тренінги також були проведені в Львівській обласній клінічній лікарні та Львівському територіальному медоб'єднанню №1.

Починаючи з 27 лютого 2022 року спільно з віце-президенткою СФУЛТ, членкинею American College of Surgeons (ACS) та National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT) Роксолянкою ГОРБОВОЮ були організовані дистанційні вишколи з кровозупинення “STOP BLEEDING”, а в подальшому проводили вишколи з надання допомоги при невідкладних станах: All Hazards Disaster Response (AHDR) Tactical Combat Casualty Care - All Service Members (TCCC-ASM) та Pre-Hospital Trauma Life (PHTLS). Пізніше проведені великі серії навчань за участі колег з American Burn Association та American College of Surgeons Committee on Trauma.

Ізраїльська асоціація лікарів за ініціативи професора Леоніда ЕЙДЕЛЬМАНА в березні 2022 року провела серію з чотирьох дистанційних професійних семінарів з українським перекладом: «Збереження повітряних шляхів», «Контроль над кровотечею», «Масова травма», «Травма у дітей».

В організації гуманітарної допомоги для України слід визнати високий рівень відповідальності і координації спільних зусиль Генерального секретаря WMA Отмара КЛОЙБЕРА, Генерального секретаря СРМЕ Анабель СІБОМ та Генерального секретаря EFMA Леї ВАПНЕР. 28 лютого 2022 року було розіслано листи усім лікарським організаціям країн світу і Європи із закликом до надання гуманітарної допомоги Україні. В листі було поінформовано лікарські організації про найбільш необхідні лікарські препарати та засоби медичного призначення, які були необхідні для надання медичної допомоги в постраждалих регіонах України. Координація роботи українських лікарів із Світовими медичними організаціями відбувалася з боку України – професором Іриною МАЗУР, від WMA – Отмаром КЛОЙБЕРОМ, від СРМЕ – Анабель СІБОМ.

Було створено керівний комітет Українського фонду медичної допомоги (Steering Committee of the Ukraine Medical Help Fund). Координатором організації гуманітарної допомоги для України в WMA виступив Леонід ЕЙДЕЛЬМАН, очільник Ізраїльського лікарського товариства (2008-2017), колишній президент WMA у 2018 – 2019 роках. Значний досвід роботи, тісна співпраця із світовими медичними організаціями дозволила Леоніду ЕЙДЕЛЬМАНУ в короткі терміни зібрати і доставити перші гуманітарні вантажі в Україну. Цей фонд вже зібрав біля 3 Мільйони євро. Найбільше поступило від Японського лікарського товариства. Але саме Ізраїльське лікарського товариства (Israeli Medical Association – президент професор Зіон ХАГАЙ) займалося закупівлею, логістикою та відправкою літаком до Варшави і доставкою до Львова. Перша гуманітарна допомога більш ніж на 620 тис млн євро була доставлена літаком до Варшави, і далі вантажівками. Вантаж у Львові зустрів президент СФУЛТ професор Андрій БАЗИЛЕВИЧ. Високоефективні дороговартісні антибіотики, протизапальні та знеболювальні препарати, кровоспинні засоби та багато виробів медичного призначення прибуло до львівського хабу. Це препарати госпітальної групи, які важко діставати нашим волонтерам. Вони рятували життя та зберігали здоров'я воїнів Збройних Сил України (ЗСУ) та мирних жертв війни. Крім того, особливо важливими були медичні тактичні наплічники, індивідуальні аптечки бійців та кровоспинні джгути-турнікети. Тоді у Європі придбати їх у потрібній кількості практично неможливо. Ці речі були безцінними. Несподіванкою стали «лікувальні» ведмедики (зцілюючі іграшки). Вони стали помічними маленьким пацієнтам та переселеним діточкам. Було дуже важливо захистити психіку знедолених діток.

Професор Леонід ЕЙДЕЛЬМАН супроводжував поставку до Львова та зустрічався з головою Львівської обласної військової адміністрації Максимом КОЗИЦЬКИМ та міським головою Львова Андрієм САДОВИМ, які висловили велику подяку всім, хто доклався до цієї допомоги.

Лікарі – члени різних світових громадських організацій у координації з СФУЛТ та ВУЛТ допомагали Україні. Найбільш потужні з них LIONS та ROTARY (клуби з Німеччини, Польщі, Нідерландів, Швеції, Франції, Італії, США та інших країн) долучилися гуманітарною допомогою, машинами швидкої

допомоги, прийомом наших переселенців, а також фінансово на закупівлю продуктів, їжі, ремонту та відновлення медичних та соціальних приміщень.

Особливим гуманітарним подарунком було обладнання для телемедичних консультацій в хірургії та інших оперативних втручань (компанії Real Wear USA), які були подаровані провідним медичним установам України, що дозволяють проводити телемедичні консультації під час хірургічних втручань в режимі реального часу та допомагали в консультуванні важких хворих. Це заслуга регіонального директора компанії Alps (Central and Eastern Europe) Фредеріка ПЛАССОНА.

Наші польські друзі з Калішського Університету (ректор – професор Анджей ВОЙТИЛА) крім манекенів передали швидко медичну допомогу (в м. Житомир), відсмоктувач, ЕКГ апарат, інгалятор, маса шприців, перевязковий матеріал (для клінік м. Львова), засоби для реабілітації для дітей з особливими потребами, дитячі візочки (для Реабілітаційного центру "ДЖЕРЕЛО"), а для переселенців і військових – спальники, каремати та багато іншого.

Польське лікарське товариство (Izba Lekarska, лікарська самоврядна організація Польщі, президент – Лукаш ЯНКОВСЬКИЙ) першим відгукнулося на трагічні події в Україні. Лікарі та стоматологи Польщі з перших днів допомагали українцям з гуманітарними вантажами, приймали жінок і дітей біженців, надавали медичну допомогу. Слід відзначити, що активну участь у листуванні, формуванні гуманітарних коридорів та допомоги українцям від польської самоврядної організації надавав Радослав МАКСИМОВИЧ. Також члени Українського лікарського товариства Польщі (голова – Петро СТАБИШЕВСЬКИЙ) організували цілодобове чергування у Перемишлі, де організували потужний Хаб прийому наших переселенців.

З усіх куточків світу гуманітарна допомога надходила до п'ятих українських міст – Львова, Луцьку, Івано-Франківську, Чернівці та Ужгороду. В гуманітарні хаби міст на заході України безпечно потрапляли усі гуманітарні конвої для надання не тільки медичної, а й іншої гуманітарної допомоги постраждалим в Україні. Активну роботу щодо регулювання та доставки гуманітарної допомоги в Україні, а саме і місті Львові проводив професор Андрій БАЗИЛЕВИЧ, член правління ВУЛТ, президент СФУЛТ.

Взаємодія медичної спільноти України з закордонними колегами в довоєнний час мала свої переваги, через Генерального секретаря СФУЛТ Івана СОРОКУ створювалися нові логістичні ланцюги транспортування вантажів на схід України до постраждалих від ракетних бомбардувань регіонів. Налагоджено тісні зв'язки ВУЛТ, міжнародної медичної спільноти з Українським представництвом Червоного Хреста, а саме з Ольгою ГОРІНОЮ та Надією ЯМНЕНКО. З українським відділенням Червоного Хреста домовились про приймання вантажів на основні хаби в західних містах України з подальшим транспортуванням на Південь і Схід України, де тривали бойові дії, і під обстрілами крилатими ракетами було багато постраждалих серед цивільного населення. За особистий внесок у справу гарантування національної безпеки і

оборону України голову правління ВУЛТ Даніеля КАРАБАЄВА нагороджено медаллю "Відзнака Ради національної безпеки та оборони України III ступеня".

З перших днів воєнної агресії закордонні українські лікарські товариства та інші громадські діаспорні організації почали збирати гуманітарні вантажі. Найактивніші було Українське лікарське товариство Німеччини, УЛТ Північної Америки (США та Канада - UMANA), осередки СФУЛТ у Великій Британії, Польщі, Австрії, Швейцарії, Греції, Франції, Бразилії, Словаччині, Чехії. Це і карети швидкої допомоги, медикаменти, які передавалися і приватними передачами, і цілими караванами вантажівок, і вантажними літаками. Ці вантажі поступали як на склади МОЗ, військових обласних адміністрацій так і на волонтерські склади, звідки переправлялися на передову та гарячі точки.

Українське лікарське товариство Північної Америки (УЛТ ПА, більш відоме як Ukrainian Medical Association of North America - UMANA, президент – професор Лев ВОЛЯНСЬКИЙ, з червня 2023 року - Марта ЛОПАТИНСЬКА) провело колосальну роботу. З перших днів створено Комітет медичної допомоги, відкрито гуманітарні склади в США. Перший літак із 6 тоннами пожертвованого медичного обладнання, витратних матеріалів і ліків приземлився в Польщі 25 березня 2022 року – лише через місяць після вторгнення. Загалом 4 літаки, 7 контейнерів, відправлено понад 350 тонн медичних товарів, понад 4000 величезних валіз і синіх сумок. Загальна вартість в десятки мільйонів доларів. Відкрито склад в Україні. На передову відправлено 9 портативних апаратів ШВЛ, 4 кардіодефібрилятори, кардіологічні апарати, апарати для краніотомії, С-Арт рентгенівські апарати, стерилізаційні установки тони хірургічних інструментів, 800 ІФАКС військового зразка, 2800 джгутів для бойового застосування (САТ), 100 внутрішніх фіксаторів при ортопедичних травмах, пересувні душові установки, сонячний генератор, 300 фільтрів для води, 4600 пар грілок для рук. Сприяли доставку 19 автомобілів швидкої допомоги та 1 пожежної машини. Надіслано 200 портативних неелектричних інкубаторів для немовлят для догляду за недоношеними дітьми, 3 аудіометри для оцінки пошкодження вуха від вибухових ушкоджень, 3 білірубінові лампи з оновленою електричною системою. Підтримано доставку офтальмологічного мікроскопа до дитячої лікарні. Передано 20 портативних ультразвукових апаратів для навчальних цілей. Спільно з Канадсько-українською фундацією передали ліків на 500 тис. доларів. Для гуманітарних перевезень передано 3 автомобілі особистого користування. Проведено 70 000 безкоштовних консультацій з телемедицини. Проведено адвокаційні ініціативи допомоги Україні. Окремою спільною місією MedGlobal (директор – Захер САХЛУЛ) та УЛТ ПА стало створення – проекту – "Together We are Ukraine". Проведено ряд тренінгів про захист та рятування від використання хімічної зброї. Інші тренінги стосувалися надання невідкладної допомоги в бойових умовах, при полі травмі. А також дуже цікавими та важливими були тренінги про діагностування з портативними УЗД-апаратами. До цих тренінгів долучалися лікарі, інтерни та студенти зі всієї України. Міжнародний БФ "ОМНІ-Мережа для дітей" (проф. Володимир ВЕРТЕЛЕЦЬКИЙ, Алабама, США) відновили проведення серії вишколів про

вроджені вади розвитку. Світовий Конгрес Українців (президент – Павло ГРОД) створив ініціативу «Єднаймося з Україною» (відповідальна за медичний напрям – Олеся ВИННИК) з метою закупівлі належного спорядження для бойових медиків на передовій.

Українське лікарське товариство Німеччини (голова – Андрій БАТРУХ, з жовтня 2023 року – Оксана УЛАН) створило гуманітарні склади-хаби, куди місцеве населення приносило ліки і гігієнічні засоби, спальні мішки, інвалідні візки, милиці. Відправлено десятки 20-ти тонних вантажівок. Великі клініки та лікарні передавали апаратуру і устаткування. Згідно конкретних запитів до великих фармацевтичних концернів, одержана та передана допомога у вигляді ліків на суму 2 млн євро. Також на рахунок Українського лікарського товариства Німеччини надійшла грошова допомога (близько 1,2 млн євро), за неї закуплені турнікети та інші кровоспинні засоби, машини швидкої допомоги з повним оснащенням, 2 рентгенівські апарати, новий операційний мікроскоп ZEISS, ультразвукові апарати, вакуумні помпи для очистки ран, апарати Елізарова, медикаменти, монітори та багато іншого. Лікарями товариства по всій Німеччині була надавалася медична допомога та супровід українським біженцям в пунктах прийому. Спільно з Німецькою лікарською палатою (Bundesärztekammer – президент Клаус РАЙНГАРДТ) створено проект для інтеграції українських лікарів. Для цього створено електронну платформу для реєстрації і надано допомогу для інтеграційних курсів німецької мови.

Українська медична асоціація Великобританії (президент – професор Роман ГРЕХ) вже 10.03.2022 року організувало конвой вантажівок з гуманітарною допомогою проїхав з Лондона до Перемишля доєднуючи по дорозі іншими машинами з вантажами. Проведена велика робота з підтримки 1200 українських медиків та стоматологів, які перемістилися до Великобританії (включаючи інформаційну підтримку у працевлаштуванні, у підготовці до іспитів, співпраця з благодійними організаціями та регулюючими органами у Великобританії. Організовано інтерв'ю BBC, TheGuardian, FT. Окремо була налагоджена співпраця з шпиталями для проходження стажування українських медиків, які знаходяться як в Україні, так і у Великобританії. Допомога українським лікарням (Харків, Одеса, Ізюм, Вінниця, Київ, Дніпро, мобільні бригади, евакуаційні бригади). Проведено освітніх вебінарів для українських медиків з партнерами, успішний курс підвищення кваліфікації 27 хірургів клінік Добробут в Україні від пластичного хірурга із Британії, започатковано fellowship програми для двох хірургів із України для стажування в Британії для подальшої участі в програмах допомоги особам, які мають потребу у втручанні пластичного хірурга. Встановлена співпраця з Taunton Hospital, Devon, UHCW & Materials Management, Warwick Hospital, Chemycare Pharmacy, Sowe Valley PCN Vaccination Centre, OUZ Coventry, Ukrainian School Coventry, Young at Hearts Gym, Hagley Rotary Club. Обговорення запровадження пілотного проєкту між університетами Британії та Національним медичним університетом ім. О.О.Богомольця про налагодження міжнародної академічної співпраці.

Українське лікарське товариство Австрії (голова – професор Микола КОРПАН) організувало гуманітарну допомогу, яка включила: автомобільний транспорт, медичне обладнання для Клінічної міської лікарні № 1, Кривий Ріг; Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматит»; медичних закладів Хмельницької області; медичні препарати, дезінфекційні розчини, хірургічні інструменти – клінічна лікарня №10 (м. Київ). Важливою була організація співпраці між державними та приватними установами України та Австрії, зокрема, міською радою Кривого Рогу та Ternitz (Niederösterreich, Австрія); благодійною організацією «Благодійний фонд «Громадяни.ЮА» та Міжнародним інститутом кріохірургії (Відень, Австрія), та багато іншого. Окремо передавалися кошти на придбання військової техніки для ЗСУ, здійснилася фінансова підтримка противоєнних акцій в Відні під егідою Посольства України в Австрії. Проведено більше 300 безплатних фахових медичних консультацій українських біженців в Австрії. Важливою стала громадсько-політична та фінансова підтримка порятунку могили лікаря Степана Зошука та його родини в м. Відні.

Українське лікарське товариство Швейцарії (Голова – Оксана СОУТЕР) вже з 24.02.2022 розпочали збір речей першої необхідності, медикаментів, дитячого харчування та багато іншого і організували відправку в Україну. Приймали участь в прийомі переміщених осіб з України. Організували зустріч українських жінок-біженок в головному офісі ООН (Женева). Проводили zoom-конференції для роз'яснення можливостей українських лікарів подальшої освіти і працевлаштування. Координували створення міжнародних зв'язків за участі організацій з Швейцарії, Великобританії, Німеччини, Нідерландів, Бельгії та участь в проектах у сфері медицини і культури; допомагали в організації фінансової підтримки міжнародних харитативних медичних організацій та зборі коштів для медичного обладнання для шпиталей в Україні. Пропагування української культури та етнографії (показ Фешн-шоу українських брендів одягу).

Українське лікарське товариство Греції (президент – Лариса КУЛЯША) з перших днів війни надали допомогу для потреб фронту у вигляді лікарських препаратів, внутрішньовенних і таблетованих антибіотиків, турнікетів, аптечок, повного матеріалу для ран, перев'язочного матеріалу, генератори струму і каремати для фронту. Також було забезпечено госпіталь у Харкові і Львові (Винники) ковдрами (біля 500), подушками, простирадлами, рушниками і одягом для поранених. За підтримки спілки українців в Корфу "Червона калина" купили декілька дронів, передали гроші на реанімобіль. Регулярно передавали ліки, продукти і речі першої необхідності для постраждалих Херсонської і Одеської області. Надали прихисток 200 родинам, яким організували житло, безкоштовне харчування, безкоштовні гуртки для дітей, ярмарки одягу. Також було організовано безкоштовний відпочинок і харчування для дітей, постраждалих від війни, дітей Героїв війни і для дітей, батьки яких воюють, на березі моря в мальовничому Корфу. В 2022 році було організовано благодійний концерт в Державному театрі, в театрі "Веселий Джек", зібрані кошти передано в Київський Охматит, прифронтний госпіталь Харківської області.

Асоціацією Лікарів Українців-Русинів Словаччини (осередок СФУЛТ в Словаччині, президент – Михайло БОБИНЕЦЬ, з липня 2022 року – Маріанна БАБІЛЯ) в тісній співпраці з директорами шкіл, готелів, хостелів надали перший прихисток близько 1300 українським родинам. Члени організації залучали своїх колег з лікарень, освітян, громадян до плетіння захисних сіток, які потім рятували українських бійців. А ще близько 300 багатотонних вантажівок з засобами першої необхідності, 137 з лікарськими препаратами та засобами надання першої медичної допомоги, 5 вантажівок реабілітаційних, протетичних та інвалідних возиків, багато поясів для хребта, колінних і ліктєвих ортезів. Також постійно передавалося малими бусиками за конкретними потребами від лікарень, звичайних громадян потребуючих регіонів півдня та сходу України. В м. Пряшеві 22 липня 2022 року проведено міжнародну науково-практичну конференцію «ПРАЦЯ ЛІКАРІВ В ЧАС РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ» присвячена 100 річчю Спілки українських лікарів у Чехословаччині на якій члени СФУЛТ обговорили свою діяльність в час війни.

Українське лікарське товариство Чехії (президент – Анатолій ЦИБУЛЯ) активно долучилося до допомоги переселенцям з України в пошуку житла, працевлаштуванні, оформленні документів, влаштуванням дітей до чеських шкіл, при медичних потребах, реабілітації поранених українських воїнів. За ініціативи завідувача відділення лікарні Thomayerove nemocnice (Прага) Анатолія ЦИБУЛІ його колегами було зібрано і передано в українське посольство в Чехії 24 000 євро на допомогу Україні. Проведено збір та відправка до України медикаментів, медобладнання, бронежилетів та іншого. Налагоджена співпраця з організацією волинських чехів України та їх комунікація з президентом Чехії Петром ПАВЕЛОМ під час його перебування в Україні.

Українське лікарське товариство Бразилії (Президент – Лауро Богодар КУЧИНСЬКИ) долучилося до допомоги переселенцям з України в адаптації до нових умов, забезпечували медичною допомогою та ліками.

СФУЛТ та ВУЛТ стали співорганізаторами та успішно провели 37 конференції EFMA «СОЛІДАРНІСТЬ З УКРАЇНОЮ» (Варшава, 22-24.06.2023). Основними темами були «Медицина в часи конфлікту», «Тактична медицина – сортування», «Міграція працівників охорони здоров'я, їх сертифікація», «Охорона здоров'я біженців» та «Реабілітація». Обговорення та напрацювання в цих напрямках допоможе Українській медицині випрацювати шляхи розвитку.

Робота членів ВУЛТ та СФУЛТ набирає нових форм та генерує нові проекти і буде тривати до ПЕРЕМОГИ.

Список використаної літератури:

1. Mazur I. World medical community unites to support Ukrainian doctors // I Mazur, A Bazylevych // CPME MAGAZINE 2022, 1 (1), P. 21-23.
2. Мазур І. Міжнародна медична спільнота підтримує Україну // Народне здоров'я. 2022. №3-4. С. 3-4.

3. Дякунчак Ярослав Місія MedGlobal та УЛТ Північної Америки // Народне здоров'я. 2022. №3-4. С. 7-8.
4. Флуд В. Освоюємо навички тактичної медицини // Народне здоров'я. 2022. №5 С. 7.
5. Diakunchak Y Leadership and resilience: a viewpoint of Ukrainian doctors / Y Diakunchak, A Bazylevych, O Vynnyk, et al. // BMJ Leader. 2023. P. 1–3. doi:10.1136/ leader-2023-000764