

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ЖИТОМИРСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ  
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»



I Міжвузівська науково-практична конференція  
з міжнародною участю

**«Актуальні питання підготовки та наукової  
діяльності магістрів галузі знань  
“Охорона здоров'я”»**

24 листопада 2020 року Житомир –Ужгород

**УДК 378.091:61**  
**A43**

Рекомендовано до друку вченою радою Житомирського медичного інституту  
Житомирської обласної ради  
Протокол № 5 від 16.12.2020 р.

**РЕЦЕНЗЕНТИ:**

**ЗАБЛОЦЬКА О.С.** - доктор педагогічних наук, професор  
**САМБОРСЬКА Н.М.** – кандидат педагогічних наук

**A 43 Актуальні питання підготовки та наукової діяльності магістрів галузі знань “Охорона здоров’я”:** матеріали I Міжвузівської науково-практичної конференції з міжнародною участю, Житомир-Ужгород, (24 листопада 2020 р.) / за ред. В.Й. Шатила. – Житомир: ФОП Худяков О.В., 2020. – 130с.

ISBN 978-617-95001-2-1

У виданні представлені матеріали I міжвузівської науково-практичної конференції з міжнародною участю **Актуальні питання підготовки та наукової діяльності магістрів галузі знань “Охорона здоров’я”**, яка відбулася 24 листопада 2020 року. Матеріали висвітлюють актуальні проблеми у системі професійної освіти медичних сестер та галузі охорони здоров’я.

ISBN 978-617-95001-2-1

© Житомирський медичний інститут  
Житомирської обласної ради, 2020

## **РЕДАКТОРИ:**

### **В.Й. ШАТИЛО**

ректор Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради, доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України;

### **І.С. МИРОНЮК**

декан факультету здоров'я та фізичного виховання Ужгородського національного університету, доктор медичних наук, професор;

## **РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:**

### **О.П. ВОЛОСОВЕЦЬ**

доктор медичних наук, професор, Член Вченої медичної ради МОЗ України, член-кореспондент Національної академії медичних наук України, Заслужений діяч науки і техніки України;

### **Г.О. СЛАБКИЙ**

завідувач кафедри наук про здоров'я Ужгородського національного університету, доктор медичних наук, професор;

### **С.В. ГОРДІЙЧУК**

проректор з навчальної роботи Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради, доцент, кандидат біологічних наук, доцент кафедри природничих та соціально-гуманітарних дисциплін, член-кореспондент Академії міжнародного співробітництва з креативної педагогіки

### **О.В. ГОРАЙ**

проректор з соціально-гуманітарного розвитку та міжнародного співробітництва Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри природничих та соціально-гуманітарних дисциплін, член-кореспондент Академії міжнародного співробітництва з креативної педагогіки

### **В.О. ЗАБОЛОТНОВ**

завідувач кафедри «Сестринська справа» Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради, доктор медичних наук, професор

### **ЯРОСЛАВ СТАНЧАК**

кандидат медсестринських наук, доцент кафедри соціальної роботи педагогічного факультету Університету Коменського в Братиславі, Словаччина

### **МАЛГОЖАТА МАРЧ**

доктор медичних наук, віце-декан Медичного коледжу Ржешовського університету, відділення медсестринства та громадського здоров'я, інститут наук про здоров'я, медичний коледж Університету Ржешова, Польща

### **І.М. КРУКОВСЬКА**

завідувач кафедри природничих та соціально-гуманітарних дисциплін Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради, кандидат педагогічних наук, доцент, член-кореспондент Академії міжнародного співробітництва з креативної педагогіки

### **Н.В. ШИГОНСЬКА**

кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри «Громадське здоров'я» Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

### **М.В. КІРЯЧОК**

кандидат філологічних наук, асистент кафедри природничих та соціально-гуманітарних дисциплін Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради.

## ДОСВІД ТА НАУКОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «МЕДСЕСТРИНСТВО»

Шатило В.Й., Заболотнов В.О., Гордійчук С.В., Киричук І.М., Богдан О.В.,  
Грищук С.М.

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**Ключові слова:** магістратура, дослідження, медсестринство, об'єкти інтелектуальної власності.

**Актуальність.** Світова практика визначає вагому роль в охороні здоров'я суспільства медичних сестер, в той же час його професійний потенціал використовується не в повній мірі. Важливими складовими більш широкого використання медичних сестер є їх рівень освіти, професійної майстерності, компетентності тощо. Отже актуальними є питання якості підготовки медичних сестер в бакалавраті і магістратурі, особливо актуальним є наукова складова як засіб науково-обґрунтованого розвитку медсестринства в державі з метою підвищення ролі медсестер в охороні здоров'я населення і покращення доступності до медичних послуг.

**Матеріали і методи дослідження.** Під час аналізу використані результати і матеріали більш як десятирічного досвіду підготовки студентів в магістратурі спеціальності «Медсестринство» Житомирського медичного інституту ЖОР.

Застосовано методи системного підходу, оцінки об'єктів інтелектуальної власності з використанням наукометричних коефіцієнтів, проспективний та ретроспективний аналіз.

**Мета дослідження.** Оцінити якість підготовки студентів в магістратурі Житомирського медичного інституту, намітити подальші кроки на удосконалення науково-дослідницької стратегії розвитку медсестринства і покращення доступності до якісних медичних послуг.

### **Результати**

Ретроспективний аналіз історії розвитку медичної освіти на Житомирщині встановив, що вона бере свій початок у 1875 році, коли було засновано Волинську школу фельдшерів, представником якої в роки незалежності України став Житомирський медичний коледж.

За 145 років діяльності підготовлено близько 50 тисяч медичних працівників.

В 2007 році на базі коледжу було створено Житомирський інститут медсестринства, а в 2017 році змінено статус на Житомирський медичний інститут.

В 2007 році, за доручення МОЗ України, співробітники інституту забезпечили затвердження в профільних міністерствах стандарту освіти, - магістра зі спеціальності «Сестринська справа» з реєстрацією в Міністерстві юстиції.

В 2008 році Житомирський інститут медсестринства відкрив ліцензію на підготовку магістрів зі спеціальності «Сестринська справа», – звідси бере початок підготовки медичних сестер з вищою освітою, ступеню магістра в Україні.

З початком підготовки магістрів спеціальності «Медсестринство» науково-педагогічними працівниками було розроблено стратегію наукових досліджень в магістратурі і на профільній кафедрі «Сестринська справа», де наука розглядається як спосіб пізнання Всесвіту і засіб підвищення якості вищої освіти. Важливим кроком стало розроблення та затвердження Положення про наукову діяльність в магістратурі, підготовку і захист кваліфікаційних магістерських робіт в Житомирському медичному інституті Житомирської обласної ради. Визначено дослідницькі стратегії, що лежать в основі роботи наукового відділу Житомирського медичного інституту з організації наукових досліджень студентів магістратури:

- соціологічні дослідження;
- дослідницька стратегія зіставлення;
- стратегія аналізу рядів динаміки;
- стратегія проспективного і ретроспективного наукового дослідження;

- стратегія оцінки об'єктів інтелектуальної власності, створених за результатами наукових досліджень з використанням наукометричних коефіцієнтів;
- стратегія моделювання тощо.

Зазначені дослідницькі стратегії широко використовуються в дослідженнях студентами магістратури та їх науковими керівниками.

В інституті, починаючи з 2008 року, підготовлено та успішно захищено 165 магістерських робіт.

Нами проведено аналіз магістерських робіт та основних напрямів наукових досліджень студентів магістратури, які є актуальними для системи охорони здоров'я і розвитку медсестринства (табл. 1)

Таблиця 1

**Напрями наукових досліджень студентів магістратури Житомирського медичного інституту ЖОР**

Наукові напрями	Абс	%	Рейтинг
Профілактика і система відновного лікування пацієнтів з соціально значимими захворюваннями	35	21,2	1
Медсестринська освіта: формування загальних і спеціальних професійних компетентностей	34	20,6	2
Стандартизація медсестринського процесу в закладах охорони здоров'я	27	16,4	3
Вивчення впливу на здоров'я людини екологічних, спадкових та соціальних чинників. Запровадження сучасних технологій ФЗСЖ	24	14,5	4
Формування безпечного лікарняного простору та профілактика внутрішньолікарняних інфекцій	12	7,3	5
Менеджмент у медсестринстві та формування лідерських якостей особистості	11	6,7	6
Вплив на здоров'я людини способу життя, шкідливих звичок та ризикової поведінки	9	5,5	7
Інші теми	13	7,8	
Усього:	165	100,0	-

Нами проведено аналіз об'єктів інтелектуальної власності, створених студентами Житомирського медичного інституту за результатами проведених наукових досліджень при написанні магістерських робіт з медсестринства.

Починаючи з 2008-го року, за 12 років підготовки фахівців в магістратурі з медсестринства, 165 магістрів-випускників інституту створили та оприлюднили (опублікували) 1161 об'єктів інтелектуальної власності (статті, тези, монографії і розділи монографій, підручники, посібники, методичні рекомендації, патенти, раціоналізаторські пропозиції, методичні рекомендації тощо) у різних наукових виданнях: від престижних зарубіжних фахових журналів, які включені до фондів провідних міжнародних наукометричних баз WebofScience, Scopus, Google Scholar, до вітчизняних збірників наукових праць. У середньому створено  $7,0 \pm 0,3$  об'єктів інтелектуальної власності на одного магістра.

Характеристика об'єктів інтелектуальної власності магістрів медсестринства Житомирського медичного інституту ЖОР представлена в табл. 2

Результати наукових досліджень представлялись на регіональних, всеукраїнських науково-практичних конференціях та на наукових форумах за кордоном. Біля півсотні із них відзначені дипломами різних ступенів.

Нами розроблено ступінь сформованості наукової комунікативної компетентності магістрів медсестринства, які діляться на 4 рівні: початковий (репродуктивний), середній (адаптивний), достатній (конструктивний) і високий (креативний).

Таблиця 2

**Характеристика об'єктів інтелектуальної власності магістрів медсестринства**

№ з/п	Назва показника	Кількість об'єктів інтелект, власності	Питома вага $M \pm m$ , %
1	Загальна кількість об'єктів інтелектуальної власності	1161	100,0 $\pm$ 0,0
2	Кількість опублікованих статей	267	23,0 $\pm$ 1,3
3	Кількість опублікованих тез доповідей	867	74,7 $\pm$ 1,4
4	Кількість опублікованих робіт у виданнях, що входять до наукометричних баз: Web of Sciences, Scopus, Core Collection, Google scholar, Index Copernicus, РИНЦ.	9	0,8 $\pm$ 0,3
5	Кількість публікацій у закордонних виданнях	33	2,8 $\pm$ 0,5
6	Кількість опублікованих статей англійською мовою	52	4,5 $\pm$ 0,6
7	Кількість опублікованих робіт у фахових виданнях	38	3,3 $\pm$ 0,5
8	Кількість підручників, посібників, монографій і розділів монографій, методичних рекомендацій, інформаційних листів тощо	27	2,1 $\pm$ 0,4
9	Кількість розроблених функціонально-організаційних систем і моделей удосконалення якості надання медичної допомоги	82	7,1 $\pm$ 0,8
10	Кількість розроблених опитувальників для медико-соціологічних досліджень	135	11,5 $\pm$ 1,0

Наукометричні показники початкового (репродуктивного) рівня характеризуються ступенем наукової активності при виконанні дослідження, підготовкою і оцінкою якості захисту магістерської роботи, - не менше 2 доповідей з публікацією тез у збірниках наукових праць та НПК всеукраїнського або регіонального рівнів, – 1,2%.

Середній (адаптивний) рівень характеризується підготовкою і захистом магістерської роботи, яким передують 3-5 доповідей з публікацією тез у збірниках наукових праць науково-практичних конференцій всеукраїнського та регіонального рівнів, – 20%.

Достатній (конструктивний) рівень характеризується підготовкою і захистом магістерської роботи та наявністю 5-7 доповідей з публікацією тез у виданнях за результатами роботи регіональних, всеукраїнських та міжнародних наукових форумів (з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій тощо), наявністю дипломів за кращу наукову розробку та її презентацію на всеукраїнських та міжнародних наукових форумах, – 70%.

Високий (креативний) рівень характеризується підготовкою і захистом магістерської роботи та наявністю 7 і більше доповідей з публікацією тез переважно на всеукраїнському та міжнародному рівнях; наявністю дипломів за кращу наукову розробку та її презентацію на всеукраїнському та міжнародному рівнях; наявністю 1 і більше публікацій міжнародною (англійською) науковою мовою за вимогами, які надають можливість для включення публікації до фондів міжнародних наукометричних баз, та наявністю в студента магістратури ORCID, – 8,2%.

Вищезначені 165 магістерських робіт та 1161 об'єктів інтелектуальної власності широко представлені в виданнях, заснованих Житомирським медичним інститутом: журнали «Магістр медсестринства» (міжнародний науковий індекс ISSN 2618-1592, присвоєний у

2018 році Міжнародним центром періодичних видань у Парижі та внесений до міжнародної бази даних періодичних видань), в журналах «Вісник Житомирського інституту медсестринства», на щорічних науково-практичних конференціях «Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи» (11 конференцій 2009-2020 рр.) та I Міжвузівська науково-практична конференція, спільно з Ужгородським національним університетом

«Актуальні питання підготовки і наукової діяльності магістрів галузі знань «Охорона здоров'я» (листопад 2020 р., Житомир), що формує ядро інформаційного поля наукової спеціальності «Медсестринство» і збагачують вітчизняну наукову школу з медсестринства.

### **Висновки**

Систематизований та узагальнений матеріал науково-прикладних досліджень, формування наукових і професійних компетенцій під час навчання в магістратурі засвідчує, що в Житомирському медичному інституті напрацьовано значний і багатий досвід підготовки в магістратурі професійних і кваліфікованих фахівців сестринської справи для проведення наукової та освітньої діяльності, менеджменту і управління сестринськими службами, подальшого розвитку медсестринства, підвищення якості медичної допомоги для забезпечення потреб людини в медичній допомозі і збереження здоров'я.

Магістрам, по завершенню навчання рекомендовано продовжити наукові дослідження в докторантурі, аспірантурі з метою подальшого забезпечення науково-обґрунтованого розвитку спеціальності.

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Біла, В. С., 2016. Забезпечення якості освітньої діяльності за участю студентів. /В.С. Біла. //Вісник Житомирського інституту медсестринства №1(8). с. 3-8.
2. Дубасенюк, О. А., 2018. Методологія та методи науково-педагогічних досліджень: навчально-методичний посібник. Житомир: Полісся. 256 с
3. Шатило В.Й., Свиридюк В.З., Свиридюк В.В., 2018. Наукові дослідження магістрів медсестринства та їх оцінка за наукометричними критеріями /В.Й. Шатило, В.З. Свиридюк, В.В. Свиридюк. //Магістр медсестринства. №2(20).
4. Шатило В. Й., Свиридюк В.В., Свиридюк В.З., 2017. Оцінка наукових досліджень магістрів медсестринства засобами наукометрії. /В.Й. Шатило, В.В. Свиридюк, В.З. Свиридюк. //Магістр медсестринства. №2(18). с. 5-25.
5. Шатило, В.Й., Свиридюк, В.В., Свиридюк В.З., 2017. Оцінка ефективності наукових досліджень магістрів медсестринства засобами сучасних інноваційних наукометричних технологій. /В.Й. Шатило, В.В. Свиридюк, В.З. Свиридюк. //Матеріали Всукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи». Житомир: Полісся, с. 4.
6. Шатило, В.Й., Махновська, І.Р., Свиридюк, В.З., 2016. Сучасні підходи до підготовки медичних сестер. /В.Й. Шатило, І.Р. Махновська, В.З. Свиридюк. //Матеріали наук. прак. конф. з міжнародною участю «Вища освіта в медсестринстві: Проблеми і перспективи». Житомир 20-21 жовтня 2016 р. За ред В. И. Шатила. // Житомир: Полісся, с.4-8.
7. Шатило, В.Й., Свиридюк, В.В., Свиридюк, В.З., 2016. Наукометрична складова наукової комунікативної компетентності магістрів медичних спеціальностей /В.Й. Шатило, В.В. Свиридюк, В.З. Свиридюк. //Матеріали XIII Всеукр. наук, практ. конф. з міжнар. участю «Актуальні питання якості медичної освіти». Тернопіль: Укрмедкнига с. 192-193.

# ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ЗА ОКРЕМИМИ ПОКАЗНИКАМИ СОЦІАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

Агій В.В., Мальцева О.Б.

*Факультет здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ УжНУ*

**Актуальність проблеми.** Числені дослідження, які проводять науковці в останні роки стосовно стану здоров'я студентів, загалом свідчать про поступове зниження стану здоров'я останніх загалом (та на різних рівнях), зв'язок виявлених порушень із збільшенням кількості осіб, що не ведуть здоровий спосіб життя, та процесами дезадаптації частини молоді в суспільстві, низьким рівнем соціалізації особистості.

Вживання (включення) молодої особи в суспільне життя неможливе без урахування індивідуальних особливостей при формуванні відносин в різних соціальних групах для реалізації власних потреб. Не тільки ідентифікувати себе з певною соціальною групою, але і мати достатній рівень самоорганізації і організації при взаємодії і соціумом, але і формувати гармонійні відносини на основі своєї відповідальності, терпимості, гідності, чуйності [1, 2, 3].

Формування соціального потенціалу молодого покоління здійснюється в процесі засвоєння ним тих функцій і ролей, які прийняті в даному соціальному середовищі. Це середовище (сім'я, однолітки, школа та інш.) повинно створювати оптимальні умови для розкриття і розвитку всіх складових молодіжного потенціалу, щоб досягти найбільшої ефективності його формування. Важливим завданням сучасної освіти студентів є навчання для формування та закріплення знань, умінь, навиків здорового способу життя, формування культури здоров'я, раціонально використовувати потенційні можливості свого організму [4, 5].

**Мета дослідження** Дослідження стану здоров'я студентів, за окремими показниками соціального здоров'я.

**Матеріали та методи.** При виконанні роботи було відібрано 59 студентів, з них 41 (69 %) дівчат та 18 (31 %) юнаків. Обстеження проводилося на базі факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ УжНУ, м. Ужгород, Закарпатської області.

Для вирішення поставлених завдань використовувався комплекс методів дослідження: - теоретичних: аналіз літератури з проблеми дослідження, вивчення навчальних програм; педагогічне спостереження, анкетування; методи порівняльного аналізу результатів дослідження.

Було використано також соціометричний метод – це метод опитування, спрямований на виявлення міжособистісних відносин шляхом фіксації взаємних почуттів, симпатії і неприязні серед членів групи, для дослідження особливостей міжособистісних відносин в малих групах (студентської групи зокрема). Соціометричне опитування проводилося у формі роздавального анкетування по електронній пошті, з аналізом повернутих анкет.

**Результати та їх обговорення.** В групі студентів юнаків (18 осіб) приблизно третина, 6 (33%) осіб, усвідомлювали свою соціальну цінність (в сім'ї, групі). Низьким (33%) було прагнення до самопізнання, формування, розвитку і самовдосконалення своєї особистості, як і здатність до самооцінки. На низькому рівні було також знання моральних норм і правил поведінки в суспільстві, значущість моральних якостей у підготовці до дорослого життя.

Більшість юнаків були задоволені собою у відносинах в сім'ї, групі, із сокурсниками загалом, усвідомлювали необхідність підготовки до праці, тобто оволодіння знаннями, уміннями і навичками -13 (72%) осіб.

Студенти показали достатньо високу здатність до колективної взаємодії, процесів спілкування - 15 (83%) осіб, загальну активність у міжособистісних і міжгрупових відносинах 16 (88%). Розуміли важливість використання можливостей доступу до нових знань у сфері освіти, соціальної активності і зайнятості 16 (88%) осіб.

Приблизно половина юнаків проявили невпевненість у собі, ніяковість при розмовах, особливо з незнайомими людьми, ініціативність, комунікативність - 10 (59%) осіб, а близько



чверті студентів підтвердили досить низький рівень відповідальності та дисциплінованості при виконанні навчальної програми та побутових завдань.

Опитування показало, що студенти ще не навчилися (7 юнаків, 40% осіб) оптимізувати соціальний простір (використовуючи соціальні зв'язки і відносини) відповідно до особистісних потреб, адекватно реагувати на морально – етичні ситуації у процесі спілкування з однокласниками, вчителями, тренерами, виявляти морально – вольові вчинки та керувати емоціями. Недостатньо володіють знаннями щодо дотримання моральних норм і правил поведінки в суспільстві, значущість моральних якостей у підготовці до життя - тільки 6 (33%) осіб. Досить низькою була культура поведінки (товариськість, тактовність), культуру користування матеріальними благами підтвердили 5 (27%) осіб, а спрямованість на суспільно корисну працю – 4 (22%) особи.

Проведенні заняття по формуванню вольових якостей, набуття навиків управління емоціями, ознайомлення з прийомами соціальної адаптації дозволили підвищити рівень знань студентів щодо існування і досягнення успіхів при проживанні в соціальному середовищі. Більшість показників соціального здоров'я з при повторному анкетуванні підвищились більше ніж на 20%.

Серед опитаних 41 студенток, більшість дівчат – 26 (63%) осіб, проявили невпевненість у собі, ніяковість при розмовах, особливо з незнайомими людьми, низьку товариськість, тактовність, відповідальність, дисциплінованість, ініціативність та комунікативність (1 бал), На низькому рівні (1 бал) - 10 (26%) осіб, виявилась здатність до самооцінки (позитивної, адекватної, стабільної); студентки були за окремими показниками незадоволені собою у відносинах в сім'ї, групі, і самі відмічали свою невірноваженість при спілкуванні з іншими людьми, незалежно від віку співрозмовника та соціального статусу.

Розуміння необхідності підготовки до праці, тобто оволодіння знаннями, уміннями і навичками – було сформовано фрагментовано у 36 (81%) осіб, а знання моральних норм і правил поведінки в суспільстві, значущість моральних якостей у підготовці до життя підтвердила третина опитаних – 13 (31%) осіб. Третина (33%) студенток проявляли недостатню активність (1 бал) у міжособистісних і міжгрупових відносинах, а 10 (26%) осіб

– низьку здатність адекватно реагувати на морально – етичні ситуації у процесі спілкування з однокласниками, вчителями, тренерами, виявляти морально – вольові вчинки та керувати емоціями під час навчання загалом та виконання фізичних вправ зокрема, була неадекватною.

Більшість студенток, 36 (87%) осіб, підтвердили (за їхніми словами, на основі позитивної соціалізації в старших класах школи), свою здатність до колективної взаємодії, процесів спілкування в групі. Позитивним фактом були відмічені відповіді на запитання щодо усвідомлення та розумінням своїх можливостей доступу до нових сфері освіти, соціальної активності і зайнятості – 37 (90%) дівчат. Однак здатність оптимізувати соціальний простір (використовуючи соціальні зв'язки і відносини) відповідно до особистісних потреб підтвердили менше половини опитаних - 16 (40%) студенток.

Заохочення студентів до ранкової гігієнічної гімнастики, виконання комплексу фізичних вправ протягом дня, пішохідні прогулянки, заняття в групі - баскетбол та волейбол, футбол, сприяли формуванню вольових якостей, набуття навиків управління емоціями, дозволили підвищити загальний рівень соціальної адаптації. Повторне опитування підтвердило ефективність методики. Так, 73% студентів підняли рівень соціального статусу з 0 – 1 бала до 2 – 3 балів.

Збільшились: здатність до самооцінки (позитивної, адекватної, стабільної), прагнення до самовдосконалення своєї особистості. Покращились такі якості особистості, як товариськість, тактовність, комунікативність. Зросла задоволеність собою у відносинах в студентській групі та серед друзів за місцем проживання (активність у міжособистісних і міжгрупових відносинах). При усвідомленні дотримання правил поведінки в суспільстві, значущості моральних якостей для здоров'я, - підвищились: відповідальність, дисциплінованість.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Дослідження, проведені в процесі активного спілкування студентів в соціальній сфері суспільного життя, як в межах студентської групи, так і в процесі побутової діяльності (активні контакти з друзями та членами сім'ї, іншими родичами за місцем проживання), показали неповну готовність молоді до дорослого життя, реалізації власного потенціалу в усіх сферах соціального середовища, правову відповідальність.

Процеси взаємодії молодих осіб з близькими та іншими членами соціуму з метою посилення прагнення до постійного самовдосконалення потребують подальшого дослідження та вивчення.

#### ЛІТЕРАТУРА

Колесов В. И. Социальное здоровье студентов *Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России*. 2009. № 2. (42). С. 217-229.

Карасевич С.А. Медико-біологічні та соціальні проблеми здоров'я людини та здоровий спосіб життя. *Профілактика проявів адаптивної та девіантної поведінки, шкідливих звичок та зловживання психоактивними речовинами* Матеріали міжн. наук. прак. конф. конференції «. Умань., УДПУ. Вид. ФОП Жовтий О.О 2016. №9/7. С. 105–110.

Мальцева О.Б., Мелега К.П., Дуб М.М. Підвищення рівня соціального здоров'я студентів ВиШУ засобами фізичного виховання. Матеріали 1 Науково – практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання вдосконалення системи фізичного виховання і спортивної роботи у вищій школі», (19-20 квітня 2018). Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: «Педагогіка. Соціальна робота». 2018. Вип. 1 (42). С. 323-328.

Горяна Л. Соціальне здоров'я людини як показник культури спілкування. *Рідна школа*. 2009. № 4. С. 36–41.

Мелега К.П., Дуло О.А., Дуб М.М., Русин Л.П., Мальцева О.Б. Проблеми і перспективи формування культури здоров'я студентської молоді. *ScienceandEducationNewDimensions. NaturalandTechnicalScieces*, 2015. III (7). № 58. С. 24 – 27.

---

## ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДИК ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ХВОРИХ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

**Андрієвський О.О., Мальцева О.Б.**

*Факультет здоров'я та фізичного виховання, ДВНЗ Ужгородський національний університет*

**Актуальність проблеми** За даними експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, більшість пацієнтів із болями в попереково-крижовому відділі хребта (ПКВХ) - це ще працездатні особи із хворобами кістково-м'язової системи та сполучної тканини (в тому числі дегенеративно-дистрофічними захворюваннями хребта) [1, 2, 3]

В більшості країн світу порушення функціональної активності попереково- крижової зони - провідна причина звернень дорослого контингенту населення, що страждає, за медичною допомогою. Це серйозна медична проблема, і питання покращення стану здоров'я хворих із згаданою патологією є актуальною та перспективною для розробок. Сучасний підхід до лікування даного контингенту осіб комплексний та включає не тільки медикаментозні засоби, особлива увага фахівців приділяється немедикаментозним засобам: вправам, масажу, мануальній терапії, фізіотерапії, рефлексотерапії тощо [4, 5].

**Мета дослідження:** підвищити ефективність оздоровлення хворих при остеохондрозі (ОХ) попереково-крижового відділу хребта (ПКВХ) шляхом застосування комплексу методик фізичної реабілітації (ФР) у відновний період лікування даного захворювання.

**Матеріали та методи:** Під наглядом находились 27 хворих остеохондрозом попереково-крижового відділу хребта (ОПКВХ), період відновлення – амбулаторний. Проводились: клінічне опитування (скарги, анамнез хвороби, анамнез життя).

об'єктивне обстеження: зовнішній огляд тулуба при статичному положенні, рухливість хребта в динаміці (дослідження особливостей активних рухів), симптоми натягнення, рухові тести. **Пальпація і перкусія хребта** (у положенні стоячи, лежачи, сидячи), для виявлення больових точок, тестовий контроль. Рентгенографія (в прямій та бічній проекціях), томографія та (або) МРТ. Спеціалізовані опитувальники (анкетування, тестування).

В комплекс фізичної реабілітації (ФР) входили: комплекс вправ ЛФК (спеціальні та загально-розвиваючі вправи), статико-динамічні вправи. Проводилась корекція

інтенсивності виконання та виду фізичних вправ, виконання окремих вправ в нейтральному положенні поперекового відділу хребта з метою зменшення гіпертонусу, попередження виникнення мінімальних деформацій хребтово-рухових сегментів. Виконання комплексу фізичних вправ проводилося послідовно (виси, вихідні положення лежачи, сидячи, стоячи, колінно-ліктьове положення), з повторенням кожної вправи 3-5 разів протягом 3 – 4 підходів протягом дня. Небажаними були різкі підскоки, різкі нахили тулуба, піднімання вантажів. Використовувались удосконалені елементи самомасажу, точковий масаж (за В. Берсенев, 2002): для знеболювального впливу; усунення гіпертонусу м'язів; покращення функціонального стану нервової системи [6].

**Результати та їх обговорення.** Всі пацієнти в групі, 27 хворих ОПКВХ, до початку курсу ФР, скаржились на дискомфорт або помірну болючість (підвищену чутливість), важкість в ПВХ при рухах: нахилах та обертаннях тулуба; часткове обмеження рухливості в попереку, важкість виконання окремих побудових дій (взування, одягання). Патологічні зміни супроводжувались також порушенням сну (інтра- та постсомнічні розлади).

При об'єктивному дослідженні (огляд, пальпація) у всіх хворих спостерігались (візуально) помірна болючість в поперековій ділянці при розгинанні тулуба, бічних нахилах, імітації ротації.

Пальпаторно чутливість точок в зоні остистих відростків поперекових сегментів ділянки окремих ділянок ПКВХ та паравертебрально відмічалась у всіх хворих. У 19 (83%) пацієнтів, при пальпації паравертебрально – наявність патологічних вузликів, м'язових ущільнень та місць гіпертонусу (рефлекторні симптоми). Позитивний симптом Ласега (чутливість в попереку і (або) по ходу сідничного нерва при підніманні прямої ноги у вихідному положенні лежачи на спині – симптом натягнення) було зафіксовано у 13 (49%) хворих. У всіх хворих постерігалось ослаблення сили м'язів спини та черева (оцінювалося, при відсутності болю, під час статичної пози “ластівка” та ніг у положенні під кутом 45° від 3 до 5 хвилин.).

Дослідження функціональної активності уражених сегментів при ОПКВХ до початку реабілітаційних заходів показало: об'єктивне зниження показників при бічних нахилах та розгинанні тулуба: до 65-70° та 30-35° у 27 (100 %) хворих. Обмеження нахилів вперед (згинання) при нормі 80-85° становило 65-70° у 18 (70 %) пацієнтів. При проведенні рухового тесту “присідання” зафіксовано обмеження (із збільшенням періоду виконання) вправи до 75 % (при нормі 100 %) у 18 (70 %) хворих. Вправу “ходіння у повному присіданні” не змогли виконати 13 (49 %) хворих.

При виконанні реабілітаційної програми хворим вправи для корпусу було рекомендовано виконувати м'яко (амплітуду рухів слід поступово збільшувати), ритмічні маятникові рухи виконувати в спокійному темпі (вправи виконувалися в положенні сидячи на стільці або стоячи з опорою на спинку стільця). Систематичне повторення вправ знижувало рефлекторну збудливість і протидіяло розвитку стійких змін у оболонці нерва. Хворим були дані роз'яснення, що вправи на витягнення нерву особливо корисні при переважному ураженні нервових стовбурів, а хвилеподібні рухи хребта в колінно-ліктьовій позі – при корінцевих ураженнях. При використанні самомасажу та точкового масажу уражених зон ПКВХ використовували прийоми пальцевого натискування, прогладжування, штовхання, розминання, вібрації, тощо.

Вже в кінці першого тижня застосування комплексу ФР всі хворі відмітили зменшення болючості в ПКВХ, покращення загального самопочуття, збільшення рухливості

при виконанні побутових дій (олягання, роздягання, взування, ходьба по сходах тощо).

В кінці курсу реабілітації у 19 (83%) хворих зникли скарги на неприємну важкість, дискомфорт або помірну болючість (підвищену чутливість) в ПКВХ при рухах (нахилах та обертаннях тулуба), часткове обмеження рухливості нижнього відділу спини. Скарги на поганий сон, пов'язаний з дискомфортом у ПКВХ, зникли у 17 (61%) хворих.

Позитивна зміна суб'єктивних ознак перебігу у хворих ОПКВХ була підтверджена дослідженнями об'єктивних та функціональних показників. Такі об'єктивні ознаки як ослаблення сили м'язів спини та черева, важкість в поперековій ділянці при імітації ротації, візуальна обмеженість при нахилах тулуба та взуванні, м'язові ущільнення та місця гіпертонусу (рефлекторні симптоми) – зникли у 19 (83 %) пацієнтів. Пальпаторна чутливість точок в зоні остистих відростків поперекових сегментів ділянки хребта зникла також у більшості – 80 % (20 осіб) хворих.

Щоденне виконання комплексу ФР сприяло нормалізації більшості функціональних показників. Так, порушення рухливості хребта в попереку при згинанні (нахил вперед), при бічних нахилах та нахилах назад – залишились у 4 (23 %) хворих. Рухові тести нормалізувались. З покращенням та значним покращенням курс реабілітації закінчили 23 (85 %) хворих.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** В процесі виконання реабілітаційних заходів для хворих ОПКВХ було встановлено, що комплексне використання удосконалених елементів самомасажу, точкового масажу та комплексу вправ ЛФК значно підвищило ефективність реабілітації як при початкових, так і при клінічно виражених проявах вертебрального остеохондрозу. Аналіз безпосередніх результатів показав, що комплексна система більш ефективно приводить до зникнення або зменшення больового та міотонічного синдромів, покращення функціонального стану хребта, підвищення якості життя пацієнтів. Для підвищення ефективності при наданні допомоги пацієнтам необхідно використання в комплексах ФР нетрадиційних методик, їхнього подальшого дослідження та вивчення, практичного впровадження.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Основи фізичної реабілітації: Навчальний посібник / За заг. ред. Л.О.Вакуленко, В.В.Клапчука. Тернопіль: ТНПУ. 2010. С. 37 – 49, С. 155 – 195.
  2. Щербак І.Б. Симптоматическое лечение при болевом синдроме в нижней части спины. *Український медичний часопис*. 2012. №6(92). С. 64 – 66.
  3. Голяченко А. О., Рогава Х.Т. Комплексна фізична реабілітація пацієнтів і остеохондрозом поперекового відділу хребта *Медсестринство*. 2020. № 1. С. 22- 24
  4. Пишна Ю.В., Копитіна Я.М., Арештна Ю.Б. Традиційні і нетрадиційні методи рухової активності при остеохондрозі попереково-крижового відділу хребта. *Проблеми здоров'я, фізичної реабілітації, реабілітації та ерготерапії*. Матеріали III Всеукраїнської заочної науково-практичної інтернет-конференції. (Суми, 21 грудня 2017 року). Суми. 2017. №1. С. 11 – 14.
  5. Сасько І.А., Без'язична О.В., Реміняк І.В. Засоби фізичної терапії при хронічному вертеброгенному попереково-крижовому болю *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*. 2020. № 5(1) . С. 80 – 91.
  6. Берсенев В. Біль у спині. К.: СМП «АВЕРС». 2002. С. 78 -102.
-

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КУЛЬТУРИ ХАРЧУВАННЯ СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ ТА СТАРШИХ КУРСІВ ВНЗ

Бондаренко В.О., Русин Л.П.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

**Ключові слова:** студенти, культура харчування, збалансоване харчування, раціон, здоров'я, здоровий спосіб життя.

**Актуальність проблеми.** Однією із найважливіших проблем сьогодення, яка визначає здоров'я підростаючого покоління та добробут нації в цілому є раціональне харчування молоді. Особливо це стосується студентства. Адже завдяки раціональному харчуванню відбувається нормальний розумовий та фізичний розвиток і оптимальне функціонування всіх органів і систем організму [3, 4, 6, 8].

Аналіз наукових джерел свідчить, що більшість населення України мають стійкі порушення структури харчування через низьку спроможність забезпечення повноцінного раціону та недостатній рівень освіти з питань здорового та раціонального харчування [1, 4, 5, 7,]. Це, в першу чергу, стосується молоді. Прослідковується різниця у культурі харчування між студентами молодших та старших курсів. За останні роки захворюваність серед студентів збільшилася на 35% [1, 2, 4, 7,]. Нераціональне харчування вважають однією з основних причин такої ситуації. Це і визначає актуальність нашого дослідження.

**Мета дослідження** - вивчити, проаналізувати та порівняти особливості культури харчування студентів молодших та старших курсів факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ».

**Матеріали та методи** аналіз та узагальнення вітчизняних та іноземних наукових джерел з досліджуваної теми, проведення анкетування за удосконаленою анкетой студентів 1 та 4 курсів факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ» та опрацювання отриманих результатів. Студентам була запропонована удосконалена нами анкета, за допомогою якої можна оцінити особливості культури харчування молодої людини. Вона містила 25 запитань, серед них вік, стать, шкідливі звички, особливості харчування. Під час дослідження студенти визначали індекс маси тіла, основний та загальний обмін речовин. Індекс маси тіла визначали шляхом ділення маси тіла у кілограмах на квадрат зросту у метрах квадратних. За отриманими показниками оцінювали чи є маса недостатньою, нормальною, надмірною. Для визначення основного обміну користувались методом непрямой калориметрії, за допомогою номограм знаходили площу поверхні тіла за показниками ваги та зросту шляхом з'єднання цих чисел лінією, яка проходить через шкалу поверхні. величину витрати енергії за 1 год, яку множили на 24 год і визначали основний обмін. Загальний обмін вираховували за допомогою таблиць. Потім проводили порівняльний аналіз між показниками студентів молодших і старших курсів факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ».

**Результати та їх обговорення** У дослідженні прийняли участь 40 студентів 1 курсу та 40 студентів 4 курсу факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ». Серед досліджуваних 1 курсу було 20 дівчат та 20 хлопців, на 4 курсі також по 20 хлопців та дівчат.

Внаслідок проведених досліджень встановлено, що студенти 1 курсу (60%) частіше ніж студенти 4 курсу пропускають сніданок (50%), пов'язуючи це в основному із браком часу. Серед найпопулярніших сніданків студенти 1 і 4 курсів називають бутерброди і печиво. Під час аналізу якості та калорійності обіду студентів обох вікових груп встановлено, що у більшості студентів калорійність раціону не відповідає раціональному, збалансованому та здоровому. Зазвичай під час навчального процесу студенти харчуються у кафе і у їхньому раціоні переважає вміст вуглеводів. Найчастіше це вироби із тіста – 55%, печиво – 20%, горіхи, шоколад – 10%, печиво – 10%, фрукти – 5%.

Переважає більшість студентів 1 курсу (65%) на ніч вживають ситну, жирну, калорійну їжу. Студенти 4 курсу також харчуються перед сном і часто жирною їжею, але їх

дещо менше - 55%. За таких умов поживні речовини не встигають гідролізуватися і всмокталися у тонкому кишківнику і може викликати періодичні диспептичні розлади. 25% студентів- першокурсників скаржилися на дискомфорт у черевній порожнині, закрепи, нудоту, блювання.

Під час аналізу кратності прийомів їжі встановлено, що третина студентів харчуються менше 3 разів на добу, що погіршує симптоматику розладів шлунково-кишкового тракту. Чітко прослідковується надмірне вживання вуглеводів, особливо студенти 1 курсу. Аналіз анкет показав, що 75% дівчат 4 курсу мають більше збалансоване харчування у порівнянні із хлопцями - 25%. А на 1 курсі дівчата – 50%, а хлопці -50%.

На основі отриманих даних студентам проведена корекція харчового раціону. Тобто потрібно збільшити кількість вживання овочів та фруктів, що забезпечує організм необхідними мінералами, клітковиною та вітамінами.

Через 2 тижні після первинного опитування та корекції раціону харчування, проведено анкетування 80% опитаних студентів обох вікових груп, зробили висновок. Що їх харчування нераціональне, незбалансоване і потребує корекції. Кількість скарг з боку шлунково-кишкового тракту зменшилася та покращилося самопочуття серед студентів обох вікових категорій.

#### **Висновки та перспективи подальших досліджень**

1. Переважна кількість студентів не дотримуються раціонального харчування, особливо це стосується 1 курсу.

Така ситуація негативно впливає на стан шлунково-кишкового тракту.

2. При аналізі анкет студентів виявлено, що 75% дівчат 4 курсу мають більше збалансоване харчування у порівнянні із хлопцями - 25%. А на 1 курсі дівчата – 50%, а хлопці -50%.

3. Чітко прослідковується надмірне вживання вуглеводів, особливо студенти 1 курсу. Аналіз анкет показав, що 75% дівчат 4 курсу мають більше збалансоване харчування у порівнянні із хлопцями - 25%. А на 1 курсі дівчата – 50%, а хлопці -50%.

4. Після проведення корекції харчування Кількість скарги з боку шлунково-кишкового тракту зменшилася та покращилося самопочуття серед студентів обох вікових категорій

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Банковська Н.В. Гігієнічна оцінка стану фактичного харчування дорослого населення України та наукове обґрунтування шляхів його оптимізації. Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.02.01, К.: Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця, 2008, 24 с.

2. Бурлаку Н.І. Проблеми раціонального харчування українських студентів. Всеукраїнська конференція з питань безпеки харчування. Тези доп., Київ, 2010, С. 150-151.

3. Григоренко О.М. Еволюція теорії та концепції харчування людини. Вісник Донецького національного університету економіки і торгівлі ім. М. Туган-Барановського, Донецьк: 2011, № 1(49), С. 205-217.

4. Закон України «Про затвердження Норм фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії»: за станом на 03 вер. 2017 р. / Міністерство охорони здоров'я України. – Офіц. вид. – Київ: Міністерство юстиції України, 2017.

5. Бужин О.А. Забезпечення фізіологічних потреб населення України в енергії та білку Єдине здоров'я та проблеми харчування України. – 2018. – Т.49, №2. – С. 36–45. 3.

6. Смоляр В.І. Про вміст мікроелементів в харчових раціонах жителів незалежної України Проблеми харчування. – 2013. – Т.38, №1. – С. 27–28.

6. Шунькіна А.В., Особенности питания студентов Саратовского ГМУ различных лет обучения Bulletin of Medical Internet Conferences. – 2013. – V. 3. – С.1184–1189.

7. 5. Єльцова Л.Б., Оцінка середньодобового споживання овочів та фруктів у раціоні студентської молоді Єдине здоров'я та проблеми харчування України. – 2018. – Т.49, №2. – С. 46–54.

# РОЛЬ МАГІСТРА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ОБГРУНТУВАННІ НОВИХ ПІДХОДІВ ДО ПРОПАГАНДИ ВАКЦИНО-ПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВІДПОВІДНО ДО КАЛЕНДАРЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ

**Богдан О.В., Прохніцька Ю.**

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**Ключові слова:** імунопрофілактика, вакцинація, календар профілактичних щеплень, громадське здоров'я .

**Актуальність проблеми.** Актуальною проблемою сучасної медицини є захворюваність на інфекційну патологію. Людство завдячує науковій медичній спільноті можливістю керувати захворюваністю на певні інфекційні хвороби. Щороку завдяки вакцинації вдається врятувати близько 3 млн. дітей, а у 750 тис. – запобігти тяжким ускладненням інфекційних захворювань. Результати останніх наукових досліджень свідчать про те, що вакцини дають змогу запобігти розвитку близько 60 інфекційних захворювань [1, 5, 6].

Стан імунізації проти основних вакцинокерованих інфекцій, на думку Стратегічної консультативної групи експертів, у глобальному і регіональному субнаціональному аспектах також має деякі проблеми та особливості. За оцінками експертів, у 2015 році в глобальних масштабах 19,4 мільйона дітей грудного віку не були охоплені такими послугами регулярної імунізації, як вакцина КДП. Більше 60 % цих дітей живуть в наступних 10 країнах, в т.ч. і в Україні [3].

**Мета дослідження:** визначення ролі магістра громадського здоров'я в обґрунтуванні нових підходів до пропаганди вакцинопрофілактики інфекційних захворювань відповідно до календаря профілактичних щеплень.

## **Результати та їх обговорення.**

Імунопрофілактика - метод індивідуального або масового захисту населення від інфекційних захворювань шляхом створення або посилення штучного імунітету.

Вакцинопрофілактика (імунопрофілактика) в даний час вважається найбільш ефективним методом профілактики інфекційних захворювань.

Доведено, що одним з найбільш ефективних напрямків в профілактичній моделі охорони здоров'я, безсумнівно, є масова вакцинопрофілактика дітей і дорослих. З нею відкриваються широкі можливості захисту від інфекційних захворювань при раціональному використанні економічних ресурсів. Сучасна вакцинопрофілактика зберігає життя, здоров'я і якість життя, запобігаючи розвитку ряду соматичних неінфекційних хвороб. Проте, відзначається зниження прихильності населення до вакцинації, що призводить до значного зниження охоплення щепленнями.

У 2012 р. Європейським регіональним бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) прийнято документ «Європейський план дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я» (ЄДП), який став дороговказом у розвитку громадського здоров'я в Європейському регіоні [7,8].

Комунікація у сфері охорони здоров'я спрямована на підвищення медико-санітарної грамотності та поліпшення здоров'я окремих громадян і населення загалом. Вона є мистецтвом і технікою інформування, здійснення впливу і створення мотивації індивідів, аудиторій, організацій щодо важливих питань і детермінант (чинників) здоров'я.

Саме лікар ПМД та магістр громадського здоров'я є важливими провайдерами програм громадського здоров'я (ГЗ) на рівні громади, до їх прямих обов'язків належить надання консультативної допомоги, спрямованої на: усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я (тютюнопаління, вживання алкоголю, інших психоактивних речовин, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо); формування навичок здорового способу життя; мотивацію дотримання населенням календаря щеплень; мотивацію і забезпечення проведення обов'язкових медичних втручань щодо

пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань (серцево- судинних, цукрового діабету, ВІЛ-інфекції, туберкульозу, злоякісних новоутворень) [4,5].

Погіршення епідеміологічної ситуації в Україні багато в чому пов'язане з суперечливою інформацією стосовно вакцинопрофілактики. Негативну роль зіграли дискусії на цю тему в засобах масової інформації, результатом яких стало негативне ставлення багатьох людей до вакцинації і повне заперечення думки вчених і лікарів. Це спричинило за собою масову відмову від щеплень, а слідом за цим - різкий підйом захворюваності ряду інфекцій, які в окремих випадках досягають епідемічного рівня. А надання населенню можливості відмови від щеплень навіть у багатьох медичних працівників сформувало думку про їх необов'язковість[2,6].

Треба визнати, офіційна медицина допустила чимало перегинів в цьому питанні. Відсутність вакцин, недостатня роз'яснювальна робота з населенням, різний рівень культури як загальної, так і медичної також сприяють зниженню рівня імунопрофілактики. У зв'язку з цим набуває надзвичайної актуальності робота з санітарної освіти населення. Особливе місце в цьому процесі належить діяльності магістра громадського здоров'я. Ефективне використання його професійного потенціалу може зробити істотний вплив на ефективність організації вакцинопрофілактики відповідно до календаря профілактичних щеплень.

#### **Висновок:**

Вакцинопрофілактика (імунопрофілактика) в даний час вважається найбільш ефективним методом профілактики інфекційних захворювань.

Для досягнення позитивних результатів організації і проведення вакцинопрофілактики необхідні грамотні, розумні і добре підготовлені фахівці громадського здоров'я, які зобов'язані знати методи профілактики і вміти організувати свою роботу, а також активно взаємодіяти з населенням в питаннях промоції профілактичних щеплень. Для підвищення ефективності вакцинації дітей та дорослих медичним працівникам необхідно ретельно виконувати нормативні вимоги. Формування комунікаційних компетенцій повинно стати обов'язковою складовою стандартів освіти та навчальних програм як з громадського здоров'я, так і медицини, а також на післядипломному рівні.

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Абатуров О.Є. Ставлення медичних працівників до імунопрофілактики й ефективність проведення ними санітарно-просвітницької роботи з питань активної імунізації серед населення / О. Є. Абатуров, О. В. Седунова, О. О. Агафонова // Здоров'я ребенка. - 2015. - № 1. - С. 65-68.

2. Бачмага М. Кризавакцинації в Україні: причини та наслідки. URL: <https://krytyka.com/ua/ukrayinska-systema-okhorony-zdorovya-problemy-i-vyklyky/articles/kryza-vaktsynatsiyi-v-ukrayini> (2020 р.)

3. Бондарчук О. Б. Імунопрофілактика – актуальна проблема сучасної медицини // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія: URL: <https://kiai.com.ua/ua-issue-article-345/Imunoprofilaktika-aktualna-problema-suchasnoyi-medicini> (2020 р.).

4. Булавінова К. О., Децик, О. З., Ціхонь З. О. Роль комунікаційних стратегій у системі громадського здоров'я України. Україна. Здоров'я нації. 2018. №3. с. 6-10.

5. Дмитрук В.І., Заславська Г.О. ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ», м. Київ, Україна Імунопрофілактика інфекційних захворювань у дітей: досягнення та проблеми. Антивакцинальний рух як фактор перешкоди в проведенні імунізації населення. Актуальна інфектологія, Том 5, № 4, 2017.

6. Чернишова Л.І. Імунопрофілактика: сучасні досягнення та проблеми // Перинатологія и педиатрія. – 2007. – 3 (31). – С. 7-11.

7. National Immunisation Program Queensland Schedule. 2018 Available from: <https://www.health.qld.gov.au/clinical-practice/guidelines-procedures/diseases-infection/immunisation>

8. Assessment report of the Global Vaccine Action Plan. Strategic Advisory Group of Experts on Immunization. Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/IVB/18.11).



## ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ «ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ» ТА ПРИЧИНИ ЙОГО ВИНИКНЕННЯ

Васьковська О.Л., Круковська І.М.

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**Актуальність проблеми.** Здоров'я працюючого населення стало останнім часом однією з пріоритетних проблем у розвинутих країнах світу. Цілком очевидно, що це є не лише проявом гуманізму суспільства, але й результатом врахування величезних економічних збитків, яке несе людство через втрату здоров'я працівниками. Це знижує ефективність трудового потенціалу<sup>5</sup>.

У світі частота виявлення синдрому професійного вигорання в медичних працівників коливається у межах 20–75%. Так, за даними літератури, синдром професійного вигорання діагностується у 46% лікарів Великої Британії, 31,4% лікарів Гонконгу, 50% лікарів-педіатрів Бразилії, 42,4% лікарів Франції, 73,3% лікарів-психіатрів Росії, 23,5% лікарів невідкладної допомоги та 89,3% лікарів-педіатрів України. За даними літератури, провідними чинниками розвитку синдрому професійного вигорання лікарів є низький рівень матеріальної мотивації, стресовий характер професійного спілкування, невдоволеність умовами праці на робочому місці, стать (частіше жінки), вид діяльності (частіше страждають психіатри, хірурги), рівень особистісної тривожності, рівень стресостійкості тощо<sup>12</sup>.

Професійне вигорання — це виснаження емоційних, розумових і енергетичних ресурсів людини, яке розвивається на тлі сильного хронічного стресу в роботі. Виявляється повною втратою інтересу до професійної діяльності і відчуттям безглуздості подальшого розвитку, відсутністю сил і бажання займатися діяльністю, яка нещодавно була по-справжньому цікавою. Найбільша небезпека в тому, що розвивається цей синдром поступово, не квапливо, день за днем. Якщо ігнорувати його перші ознаки, то почуття задоволення від добре виконаної роботи ставати все меншим, а бажання покинути раніше улюблену діяльність буде стрімко збільшуватися<sup>13</sup>.

Вперше термін «вигорання» або «burnout» був введений американським психіатром Герхардом Фрейденбергер в 1974 році для характеристики психологічного стану здорових людей, що знаходяться в інтенсивному і тісному спілкуванні з клієнтами (пацієнтами) в емоційно навантаженій атмосфері при наданні професійної допомоги<sup>2</sup>.

У дослідженнях професійного вигорання сучасного етапу (з 1992 р.) розробляються як ефективні методики його діагностики, профілактики та корекції, так і їх науково-теоретична база. У цих розробках можна виокремити такі вектори:

- 1) вивчення етапів формування і детермінант професійного вигорання;
- 2) дослідження зриву адаптації фахівця, її симптомів і наслідків, а також наслідків власне вигорання;
- 3) виявлення особистісних ресурсів протидії вигоранню (самоактуалізація, мотивація «на успіх» тощо);
- 4) дослідження засобів профілактики, корекції, лікування, реабілітації «вигорілих» суб'єктів тощо<sup>8</sup>.

Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб у класифікаційній рубриці «Проблеми, пов'язані з труднощами управління власним життям» під номером Z.73.0 зазначається: «Вигорання – стан повного виснаження, дійсний клінічний синдром з невротичними особливостями, а не тільки посиленням нормальної втоми від роботи». Люди з синдромом «вигорання» мають поєднання психопатологічних, психосоматичних, соматичних симптомів і ознак соціальної дисфункції<sup>10</sup>.

Відповідно до визначення ВООЗ (2001 рік), синдром вигорання являє собою фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності праці і втомою, безсонням, підвищеною сприйнятливістю до соматичних захворювань, вживанням алкоголю або інших психоактивних речовин з метою отримати тимчасове

полегшення, яке має тенденцію до розвитку фізіологічної залежності і (у багатьох випадках) суїцидальної поведінки. Таким чином, процес розвитку професійного вигорання – це поступове накопичення негативних емоцій, які не мають адекватного виходу. З'ясовано, що людина демонструє наростання напруги у спілкуванні з колегами по роботі, друзями і знайомими, поступово емоційна хронічна втома переходить у фізичну, виникають порушення сну і, як наслідок, – у людини немає сил працювати. Поступово хронічна втома викликає стан апатії і депресії, спалахи роздратування, відчуття напруги, дискомфорт. Погоджуючись з американськими дослідниками К. Маслач і С. Джексон, ми вважаємо, що професійне вигорання – це синдром емоційного виснаження, деперсоналізації і зниження особистих досягнень<sup>15</sup>.

Синдром професійного вигорання (СПВ) входить до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ) 11-го видання як явище, що виникло внаслідок хронічного стресу на роботі. Це не медичний стан чи діагноз, і це явище вже описували в МКХ-10 (МОЗ, 2019). Згідно з МКХ-11, вигорання – це синдром, що виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці (МОЗ, 2019)<sup>7</sup>.

Опираючись на доступні літературні джерела, спробуємо дати класифікацію найбільш типових, розповсюджених у професійній діяльності стресорів (Таб.1 Стресори професійної діяльності)<sup>9</sup>.

Таблиця 1

### Стресори професійної діяльності

Стресори	Характеристика
Організація й зміст трудової діяльності	* умови праці; * надмірне перевантаження, напружена психічна діяльність або явне недовантаження в обсязі виконуваної роботи; * одноманітність виконуваної роботи; * зміна тривалості або умов праці; * незручні години роботи; несприятливий вплив чинників фізичного середовища (температура, шум, вібрація, вологість, киснева недостатність, голод, спрага, вплив перевантажень і т.д.); * раптове або систематичне відволікання уваги (несподіваний подразник або постійний вплив перешкод, як наслідок - розвиток завчасної втоми); * труднощі виконуваної діяльності, у тому числі дефіцит або неповнота інформації, дефіцит часу, підвищені вимоги до безпомилковості й швидкості дій; * позмінна робота; * якість устаткування; * небезпека для життя й здоров'я, ризик; * новизна, реорганізація на роботі; * підвищена відповідальність; * стурбованість про наслідки помилкових дій, страх зробити помилку; * несприятливий функціональний стан організму в процесі виконання діяльності; * порушення біологічних ритмів (у тому числі порушення сну); * необхідність приймати занадто багато рішень;
Професійна кар'єра	• проблема статусу; • незадовільні перспективи просування по службі; • нечітко обкреслене коло обов'язків і прав, відповідних посаді; • зміна службових обов'язків; • перспектива скорочення (звільнення, безробіття) або завчасного виходу на пенсію; • фрустрація через досягнення межі своєї кар'єри; • почуття - заручника виконуваної роботи (професійний - капкан): нічого кращого не знайти; • недостатність необхідних професійних знань і вмінь; • несправджені надії; • перехід на іншу роботу.
Оплата праці	• відсутність чіткості в оплаті праці; • переживання невідповідності між витратами сил на виконувану роботу і її оплатою; • нерівна оплата праці.
Взаємини на роботі	• неприємності (конфлікт) із керівником; • погане керівництво; • взаємини з колегами по роботі; • обмеження волі, поведінки; інтриги; • ізоляція в робочій процес.
Позаорганізаційні	• проблеми в родині; • життєві кризи; • фінансові проблеми; • конфлікти особистісних цінностей із цінностями, декларованими організацією.

Усі перераховані причини ведуть до нервово-психічної напруги, яка веде до професійної деформації<sup>3</sup>.

**Деформація професійна** — комплекс негативних змін у структурі особистості, що виникають під впливом змісту, організації та умов службової діяльності. Спочатку професійна деформація пов'язувалася з поширенням вироблених людиною професійних стереотипів — на інші сфери його життя, позапрофесійну поведінку (поведінку поза професією) і спілкування. Найімовірніше страждають представники професій типу «людина - людина»: працівники правоохоронних органів, військові, керівники, депутати, чиновники, соціальні працівники, юристи, педагоги, медики, продавці, самі психологи тощо.

Як в сфері соціономічних професій, так і в технічних професіях профдеформації по-різному виражаються в залежності від конкретної професії<sup>6</sup>.

Причини появи професійної деформації можуть бути найрізноманітніші. В основному виділяють три групи причин:

1. **Перша група:** тісний зв'язок. Передумовами для професійної деформації в цьому випадку є занадто тісна ідентифікація людини зі своєю професійною роллю або зі своєю професійною спільнотою.

2. **Друга група:** сама робота. Буває і таке, що робота, скажімо, занадто монотонна, нудна, або навпаки надто екстремальна, може відкласти відбиток на особистість людини.

3. **Третя група:** особистість людини. Причинами професійної деформації, можуть так само служити і особистісні якості людини<sup>14</sup>.

**Мета дослідження.** Розглянути феномен професійного вигорання у медичних працівників, здійснити теоретичний огляд робіт, пов'язаних із дослідженням феномена вигорання, встановити фактори, що сприяють його виникненню.

**Матеріали та методи.** Нами опрацьовано матеріали українських та зарубіжних літературних джерел з приводу визначення поняття «професійне вигорання» та причин професійного стресу у працівників медичної сфери.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Опрацьовуючи наукові джерела було підтверджено, що професійна діяльність медичних працівників пов'язана із психоемоційними навантаженнями та супроводжується впливом емоційно негативних факторів, що призводять до синдрому професійного вигорання. Професійний стрес має надзвичайно негативні наслідки для як для професійної сфери діяльності особистості, продуктивності праці, так і для інших сфер її життя, зокрема особистої. Причинами професійного вигорання у лікарів і медсестер в сучасних умовах є ряд організаційних факторів: високе робоче навантаження; обов'язковість роботи в строго встановленому режимі, відсутність або брак соціальної підтримки з боку колег і керівництва; недостатня винагорода за роботу; високий ступінь невизначеності в оцінці виконуваної роботи; неможливість впливати на прийняття рішень; неоднозначні вимоги до роботи тощо. Ключову роль відіграють емоційно утруднені або напружені стосунки в системі «людина-людина», в першу чергу тривалі регулярні контакти з хворими людьми, що мають численні проблеми зі здоров'ям, які лікар повинен вирішувати, незважаючи на втому, велика емоційна насиченість актів взаємодії<sup>4,11</sup>.

Зазначимо що, одними з причин вигорання може бути вік медичних працівників, стаж роботи, посада, особистісні якості, професійні конфлікти та недоліки менеджменту у відділенні. Синдром професійного вигорання з'являється в наслідок зовнішнього тиску (соціальний стан країни) та внутрішнього тиску (почуття особистої провини, перфекціонізм).

До найпоширеніших причин виникнення професійного стресу належать:

- конфлікти з колегами або керівником, «складний характер» керівника;
- невизначеність, висока ймовірність скорочень, повної або часткової втрати роботи;
- нечіткий розподіл професійних обов'язків, недостатня або неповна поінформованість співробітників про обсяги, якість і строки виконання роботи, необхідність виконати завдання «на вчора»;
- «плаваючий», невизначений графік роботи, складності в плануванні особистого

часу;

- низька заробітна плата, необхідність тимчасово або постійно виконувати понаднормові обов'язки без додаткової оплати праці;
- нездоровий «психологічний клімат» у колективі, несформованість корпоративної культури підприємства або її формальність, «подвійне дно»; несправедливість і непрозорість розподілу премій, соціальних пакетів, бонусів;
- погані умови праці (дискомфортний температурний режим, протяги, дуже старі й незручні меблі, оргтехніка, гнітюча обстановка в цілому)<sup>1</sup>.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Ризик виникнення професійного вигорання є цілком реальним для працівників медичної сфери.

Таким чином можемо зазначити, що синдром професійного вигорання – це комплекс симптомів, які проявляються виснаженням, формуванням негативних установок стосовно інших, розвитком негативного ставлення до себе, своїх професійних досягнень. Отже, проблема професійного вигорання має пряме відношення не тільки до якості життя медичних працівників, а й, як наслідок, безпосередньо впливає на якість медичної допомоги.

Підеумовуючи, зазначимо, що необхідно популяризувати знання про синдром професійного вигорання у медичних працівників та його ранні прояви з метою його подальшої корекції для збереження здоров'я медичного персоналу і продовження його професійного довголіття.

У подальшому вирішення проблеми професійного вигорання у медичних працівників дозволить нам розробити методику ранньої діагностики та профілактики даного синдрому. Профілактичні заходи у свою чергу дозволять зберегти та зміцнити фізичне та психічне здоров'я спеціалістів медичної сфери.

## ЛІТЕРАТУРА

1. 28 квітня - Всесвітній день охорони праці. [on line]. URL: <https://uozkmr.gov.ua/actual/293-28-kvtnya-vsесvtny-den-ohoroni-prac.html> (Дата звернення 20.01.2020).
2. Freundberger H.J. (1974). Staff burnout // Social Sciences. P. 159-166.)
3. Відповідальності як умова запобігання синдрому емоційного вигорання. [on line]. URL: [http://www.zhim.org.ua/magazine/mag\\_2\\_20\\_2018.pdf](http://www.zhim.org.ua/magazine/mag_2_20_2018.pdf) (Дата звернення 05.05.2020).
4. Гончарова І.М. Професійно-емоційне вигорання та заходи його попередження // Пріоритети розвитку медичних наук у XXI столітті: матеріали наук.-практ. конф., 18– 19 березня 2016 р. - Одеса: Південна фундація медицини, 2016. - С. 71–73.)
5. Кундієв Ю.І., Трахтенберг І.М., Чернюк В.І., Нагорна А.М. Медицина праці на сучасному етапі. Актуальні питання охорони здоров'я. Науковий журнал МОЗ України №1(5). 2014. С.47-54.)
6. Професійна деформація. [on line]. URL: [https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B5%D1%81%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B0\\_%D0%B4%D0%B5%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B5%D1%81%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B0_%D0%B4%D0%B5%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F) (Дата звернення 06.06.2020).
7. Професійне вигорання лікарів: стратегії боротьби. [on line]. URL: <https://www.umj.com.ua/article/163821/profesijne-vigorannya-likariv-strategiyi-borotbi> (Дата звернення 20.01.2020).
8. Психологічні умови корекції професійного вигорання у вихователів дитячих навчальних закладів. [online]. URL: [https://www.oa.edu.ua/doc/dis/dis\\_Koltunovych.pdf](https://www.oa.edu.ua/doc/dis/dis_Koltunovych.pdf) (Дата звернення 20.10.2020).
9. Психологія здоров'я та здорового способу життя. [on line]. URL: <http://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/17594/1/%D0%9F%D0%97%D1%96%D0%97%D0%A1%D0%96-%20%D0%A25%282%29.pdf> (Дата звернення 20.01.2020).
10. Психологія професійного вигорання підприємців. [online]. URL: <http://lib.iitta.gov.ua/713350/1/%D0%9A%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BC%D1%83%D1%8>

[8%D0%BA%D0%B0-%D0%93%D0%BD%D1%83%D1%81%D0%BA%D1%96%D0%BD%D0%B0.%20%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B5%D1%81%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%B2%D0%B8%D0%B3%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D0%BF%D1%96%D0%B4%D0%BF%D1%80%D0%B8%D1%94%D0%BC%D1%86%D1%96%D0%B2..pdf](#) (Дата звернення 20.01.2020)

11.Руда М. М., Кавецька Н.А. "Психологічні аспекти професійного вигорання серед медичних працівників - погляд на проблему" академіку Віталію Івановичу Бондарю - 80 років!!! Розділ І. Загальні проблеми здоров'язбереження(2018). С.122.)

12.Савка, Ю. М., et al. "Синдром професійного вигорання у медичних працівників м. Ужгород." Проблеми клінічної педіатрії 1 (2018): 66-72.)

13.Сіла батарејка: що таке професійне вигорання та як його попередити. [on line].URL: <https://happymonday.ua/shho-take-profesijne-vygorannya> (Датазвернення 20.10.2020)

14.Що таке професійна деформація? І як її розпізнати? [on line]. URL: <https://www.kolona.net/14877-2/> (Дата звернення 20.04. 2020).

15.Яремчук В., Гнідець М. "Соціально-психологічний зміст феномену «професійне вигорання»."(2016): 89.)

---

## ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З МІОПІЄЮ І СТУПЕНЯ

**Вейкай Н.М., Філак Я.Ф.**

*ДВНЗ «Ужгородський Національний університет»*

**Ключові слова:** міопія, рефракція, акомодация, короткозорість, твіст гімнастика

**Актуальність теми.** На сьогоднішній день міопія або короткозорість є важливою проблемою охорони здоров'я в багатьох розвинених країнах і країнах, що розвиваються. Міопія – це дефект зору, при якому людина близько бачить добре, а далеко – ні. Для вирішення цієї проблеми зазвичай звертаються до офтальмолога, який в 95% випадків призначає лінзи чи окуляри. Цей дефект виражається у тому, що із-за аномалії рефракції (заломлення) зображення фокусується не на сітчатці ока, а перед нею. Це призводить до здовження передньо-задньої осі ока [1, 2].

Підраховано, що до 2050 року близько 50% населення світу буде страждати від короткозорості. Це викликає стурбованість щодо зростаючого населення з підвищеним ризиком високої міопії та пов'язаних з ним візуально виснажливих розладів пізніше в житті, включаючи глаукому, відшарування сітківки та катаракту. Однією з стратегій боротьби із зростанням короткозорості є попередження виникнення її в дитинстві. Якщо завчасно не відреагувати на це, то міопія прогресує, що може призвести до серйозних наслідків і значній втраті зору[53, 54, 56].

Особливий інтерес представляє застосування методів і засобів фізичної реабілітації, яка може бути застосована для профілактики короткозорості або уповільнення прогресування міопії, оскільки вони можуть бути реалізовані на рівні населення і не включатимуть медикаментозні та хірургічні втручання[3].

**Мета і завдання дослідження.** Дослідити формування адаптаційних можливостей дітей шкільного віку з короткозорістю, при використанні курсу фізичної реабілітації та її різновидів:

1. Дослідити анатомо-фізіологічні особливості зорового апарату на основі аналізу науково-методичної літератури:
2. Проаналізувати етіологію, патогенез, клінічну картину та діагностику міопії.
3. Провести порівняльний аналіз морфо функціональних показників та рівня адаптаційних резервів організму дітей з короткозорістю у контрольній та експериментальній групах.

4. Оцінити вплив лікувальної фізичної культури на формування адаптаційних можливостей організму дитини з міопією;

5. Дослідити особливості фізичного розвитку і функціонального стану дітей шкільного віку з короткозорістю.

6. Розробити методику лікувальної фізичної культури для даної категорії дітей та оцінити її ефективність.

#### **Матеріали і методи дослідження**

До методів дослідження належать такі основні як:

- загально-клінічні методи дослідження;
- визначення гостроти зору;
- дослідження очного дна;
- визначення рефракції;
- визначення акомодації;

аналітико-статистичні методи дослідження

**Результати і обговорення.** Міопія - (від грец. Слова "міо" - жмуритися і "опсіс" - погляд, зір) - є одним з недоліків заломлюючої сили ока, в результаті якого особи, страждаючи їм, погано бачать віддалені предмети. Короткозорі зазвичай підносять розглянутий предмет близько до очей, щурят очі. Короткозорістю, або міопією, страждає кожна третя людина на Землі.

Проведено клінічне дослідження з набутою міопією слабкого та середнього ступеня у віці від 7 до 18 років.

При проведенні дослідження встановлено, що у дітей з міопією спадковий анамнез спостерігався по лінії одного або обох батьків, або близьких родичів, незалежно від її перебігу. Міопія зустрічалася більш ніж у 5 разів частіше серед пацієнтів, близькі родичі яких мали короткозорість.

Аналіз набутої міопії продемонстрував, що виникнення захворювання у віці  $\leq 7-8$  років супроводжується прогресуючим перебігом міопії у  $77,2 \pm 3,8$  % випадків. В той же час міопія у віці 13-14 років супроводжувалася прогресуючим перебігом лише у  $20,7 \pm 3,4$  % випадків.

Частота виникнення міопії також залежала від віку. Пік захворюваності спостерігається серед дітей 15 – 18 років ( $45,00 \pm 5,00$  %)

У результаті розподілу груп було виявлено, що у першій групі спадковість характерна 16 хлопчикам та 22 дівчаткам. У другій групі спадковість мають 5 хлопчиків та 8 дівчаток. Встановлено, що дівчатка частіше хворіють на міопію ( $57,00 \pm 4,98$  %), ніж хлопчики ( $43,00 \pm 4,98$  %)

Міопія як самостійне захворювання виявлялася відносно рідко. Так, окрім неї у 60 % дітей хвороба супроводжувалась патологією опорно-рухового апарату, захворюванням ЛОР органів, алергічними захворюваннями та ін.

Клінічна картина міопії пов'язана з наявністю первинної слабкості акомодації, перенапруженням конвергенції і розтягуванням заднього сегмента ока, що відбувається після зупинки зростання очей. І характеризувалася наступними закономірностями:

- під час звернення до лікаря найбільш частими скаргами були біль ( $50,67 \pm 5,81$  %) та швидка втома очей ( $62,67 \pm 5,62$  %);
- у значної кількості дітей (60 %) хвороба супроводжувалась паралельним захворюванням;
- у хворих переважала легка ступінь тяжкості.

Було встановлено, що 3 % дітей у перші роки навчання вже мають порушення зору; до третього - четвертого класу цей показник зростає до 10 %; а серед старшокласників майже 20 % страждають на короткозорість.

У ході проведеного аналізу було виявлено, що частка дітей з першої групи за допомогою апаратного лікування, масажу, мануальної терапії та занять фізичними вправами покращили якість зору без носіння окуляр з розсіюючим склом. Це було виявлено за

допомогою таблиці Сівцева та Головіна, в рядках таблиці, що відповідають 07; 08; 09 і 10 – хворі неправильно називали два або три оптопі і гострота зору оцінювалась як неповна, а в результаті комплексного лікування ( $8,00 \pm 2,73$ ) % дітей правильно назвали всі оптопі ( $p < 0,05$ )

**Висновки.** Щороку кількість дітей з міопією постійно зростає. В Україні за даними ВОЗ більше 41% серед дітей середнього шкільного віку з порушенням зору. У спеціальній літературі маються данні про підвищенні ефективності реабілітації при використанні рефлексотерапії та методів твіст гімнастики.

Використання засобів реабілітації позитивно впливають на стан органу зору, фізичні якості та розвиток організму дитини з міопією. Основними засобами ефективного впливу на зір дитини є фізичні вправи, лікувальна гімнастика для очей та м'язів, що їх рухають.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Аветисов Э. С. Физкультура при близорукости / Аветисов Э. С. – Переиздание 1993 г - 2002. – с. 79;
2. Аветисов Э.С. Близорукость. - 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2002.-288 с.
3. Агаев Ф. Б. Сравнительная оценка факторов и степени риска миопии у детей / Ф. Б. Агаев, А. Р. Шукюрова// Международный медицинский журнал – Х., 2010. – Т. 16, № 3 – с. 41-44.
4. Агаев Ф. Б. Сравнительная оценка факторов и степени риска миопии у детей / Ф. Б. Агаев, А. Р. Шукюрова// Международный медицинский журнал – Х., 2010. – Т. 16, № 3 – с. 55-64
5. Ахмадуллина И. А. Коррекция физического развития слабовидящих учащихся средних специальных учебных заведений / И. А.

---

### ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ КОЛІТ В УМОВАХ САНАТОРІЮ

**Величканич О.Ю., Філак Я.Ф.**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** хронічний коліт, міоелектрична активність, моторна функція кишківника.

**Актуальність теми.** В останній час у всьому світі відмічається прогресуюче зростання хвороб кишечника у зв'язку з урбанізацією життя, гіпокінезією, а також з такими негативними соціально обумовленими явищами, як неадекватне, незбалансоване харчування, алкоголізм, паління, наркоманія тощо. Хронічний коліт – захворювання, яке зустрічається найчастіше. Незважаючи на численні методи лікування хронічного коліту, його терапія є складною та не до кінця вирішеною проблемою, у зв'язку з чим не завжди вдається попередити розвиток рецидивів і ускладнень. Тому розробка нових ефективних реабілітаційних комплексів відновного лікування хронічного коліту, що враховують сучасні погляди на патогенез, є актуальним напрямом медичної науки [1, 3].

**Мета дослідження:** розробити і запропонувати комплексну програму фізичної реабілітації для хворих на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом в умовах санаторію.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено у 20 хворих на хронічний коліт із гіпомоторним синдромом віком від 45 до 55 років, з них 5 чоловіків і 5 жінок. При поступленні на санаторно-курортне лікування пацієнти були детально обстежені. З метою детального обстеження і контролю за функціональним станом хворих на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом використовували слідувачі методи дослідження на початку і у кінці курсу реабілітації, а саме клінічні спостереження, визначення показників фізичного розвитку (витривалість м'язів черевного пресу), дослідження моторної функції кишківника.

**Результати та їх обговорення.** За даними опитування практично всі хворі на

хронічний коліт скаржилися на відчуття важкості в епігастрії, який відзначали 90,0% хворих. Скарги на постійний ниючий біль в ділянці сигмовидної кишки, який поступово посилюється при ходьбі відзначали 70,0% пацієнтів. Здуття живота, бурчання по ходу кишківника відзначали відповідно 80,0% і 70,0% хворих. Закрепи відзначали 100,0% пацієнтів. При пальпації відзначали болючість по ходу товстої кишки особливо в ділянці сигмовидної кишки відзначали 60,0% хворих га хронічний коліт. Дратівливість, емоційну нестійкість та загальну слабость відзначали відповідно 80,0% і 50,0% хворих. загальної слабості відзначали Витривалість м'язів черевного преса для хворих основної групи становило  $18,7 \pm 1,3$  с і  $19,1 \pm 1,4$  с., що оцінювався як результат незадовільний.

При нормокінетичному типі електроколограми вольтаж зубців складав 0,12 – 0,14 мВ для сліпої кишки та 0,22 – 0,24 мВ – для сигмовидної. При дослідженні стану моторної функції кишківника натще у хворих хронічним колітом із гіпомоторним синдромом у 18 (90,0%) обстежених відзначалось зниження міоелектричної активності сліпої та сигмовидної кишок. Найбільш характерні були низькоамплітудні тонічні і перистальтичні коливання сигмовидної кишки на фоні підвищення частоти її тонічних скорочень, що спостерігалось у 9 (90,0%) обстежених основної групи та у 9 (90,0%) обстежених контрольної групи. Це гіпотонічний-тахіритмічний тип моторики ( $0,19 \pm 0,02$  мВ). Нормотонічний-тахіритмічний тип моторики сигмо видної кишки виявляли у 1 (10,0%) основної групи та у 1 (10,0%) хворих контрольної групи. Міоелектрична активність сліпої кишки у пацієнтів обох груп також знижена. Характерними є низькоамплітудні тонічні і перистальтичні коливання вольтажу (мВ) сліпої кишки на фоні зниження частоти тонічних скорочень у всіх пацієнтів 10 (100,0%) основної і 10 (100,0%) контрольної груп ( $0,09 \pm 0,01$  мВ). В програму реабілітації входило: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, лікувальний класичний і сегментарно-рефлекторний масаж, внутрішній прийом мінеральної води «Поляна Купіль», вуглекислі мінеральні ванни, ампліпульстерапія. Курс санаторно-курортної реабілітації становив 21 день.

Санаторно-курортна реабілітація є важливою ланкою поетапного відновного лікування хворих з патологією органів травлення. Одним із основних і ефективних методів відновного лікування хворих на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом на будь-якому етапі реабілітації є питний прийом мінеральних вод. Найбільше рекомендовані гідрокарбонатні мінеральні води з мінералізацією, яка не перевищує 10 –12 г/л, тобто середньої мінералізації До гідрокарбонатних вод відносять Поляна Купіль, Поляна Квасова, Лужанська, Боржомі. Під впливом гідрокарбонатно-натрієвих мінеральних вод зменшується кількість водневих іонів, які з іонами хлору входять в склад хлористоводневої кислоти, покращується мікроциркуляція, трофічні, обмінні процеси в слизовій оболонці шлунка.

Лікувальна фізична культура при коліті з переважанням закрепів переслідує мету впливати фізичними вправами на весь організм хворого. Фізичні вправи діють на умовно-рефлекторну діяльність і, тренуючи організм хворого, регулюють і вирівнюють функцію вегетативної нервової системи. Але крім загальнооздоровлювальних завдань, лікувальна фізична культура сприяє зміцненню м'язів черевного преса. Вправи, які зміцнюють черевний прес, викликають періодичне підвищення внутрішньочеревного тиску, з їх допомогою проводять масаж органів черевної порожнини, який стимулює функцію кишечника. Вправи для м'язів черевного преса призначаються з урахуванням фази захворювання. Вони показані при необхідності підсилити перистальтику, секреторну функцію шлунку та відтік жовчі. У комплексі лікувальної гімнастики зберігався принцип добору вправ, вихідних положень та побудови занять залежно від порушення моторно-евакуаторної функції кишок. Застосовувались загальнорозвиваючі вправи, спеціальні вправи, дихальні і на розслаблення. Використовували вправи для кінцівок, згинання, повороти, нахили тулуба, присідання, стрибки; вправи для зміцнення м'язів черевного пресу, тазового дна. Акцентували увагу пацієнтів на правильне поєднання рухів з диханням, оптимальне вихідне положення. Вправи виконували, переважно, у середньому темпі, з повною амплітудою рухів.

На даному етапі комплекс лікувальної гімнастики направлений на відновлення



адаптації до навантажень, врегулювання процесів збудження і гальмування в ЦНС, нормалізація вегетативних функцій, зміцнення м'язів живота покращення регенеративних процесів, відновлення психічного стану і фізичної працездатності. На цьому етапах показані щадний, щадно-тренуючий і тренуючий режими рухової активності. Заняття будують і проводять з урахуванням особливостей секреторної функції шлунка, наявності супутніх захворювань, що обмежують фізичну працездатність відповідно рухливим режимам. В комплекс лікувальної гімнастики тривалістю 35 – 40 хв. включають вправи для всіх м'язових груп, з різних вихідних положень, вправи для м'язів черевного пресу і промежини, повороти і нахили тулуба, вправи на координацію, з м'ячами, гімнастичними палицями, гідрокінезотерапію. Використовують також ранкову гігієнічну гімнастику, прогулянки теренкур, спортивні і рухливі ігри. При використанні лікувальної гімнастики виключали вихідні положення і фізичні вправи, які можуть сприяти погіршенню стану хворого і перебігу захворювання. Особливу увагу приділяли фізичним вправам, які направлені на зміцнення моторики кишечника, підвищення внутрішньочеревного тиску, нормалізацію апарату зовнішнього дихання. Органи зовнішнього дихання та черевної порожнини пов'язані з діяльністю скелетних м'язів.

У результаті проведених реабілітаційних заходів у 80,0% хворих на хронічний коліт покращились клінічні показники. Відчуття важкості в епігастрії після курсу реабілітації відзначали лише 20,0% пацієнтів, ниючий біль в ділянці сигмовидної кишки виявляли у 30,0% хворих. Здуття живота, бурчання по ходу кишечника після реабілітації виявляли відповідно 10,0% і 20,0% хворих. Закрепи після реабілітації відзначали лише 30,0% пацієнтів. Проведені дослідження показників фізичного розвитку після комплексу реабілітаційних заходів свідчать, що результати тесту на витривалість м'язів черевного пресу збільшились до  $29,5 \pm 1,4$  сек, і оцінюються як «добре». У хворих на хронічний коліт після проведених реабілітаційних заходів вірогідно підвищилися показники частоти тонічних хвиль сліпої ( $P < 0,05$  і з  $0,51 \pm 0,02$  до  $0,65 \pm 0,03$  мВ ( $P < 0,05$ ), сигмовидної  $0,55 \pm 0,01$  до  $0,69 \pm 0,05$  мВ ( $P < 0,05$ ) кишок. Відзначається також достовірне підвищення показників амплітуди тонічних хвиль сліпої з  $0,16 \pm 0,01$  до  $0,20 \pm 0,006$  мВ сигмовидної  $0,18 \pm 0,009$  до  $0,24 \pm 0,02$  мВ ( $P < 0,05$ ) кишок.

**Висновки.** 1. У більшості хворих на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом крім клінічних проявів відзначаються: знижений тонус м'язів черевного пресу, недостатня моторна функція товстої кишки, розлади моторно-евакуаторної функції кишечника.

2. На фоні санаторної реабілітації лікувальна гімнастика та сегментарно-рефлекторний масаж є одним із провідних методів відновного лікування для хворих на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Бюел Е. А. Хронические энтериты и колиты / Е. А. Бюел, Н. И. Екисенина. – М. : Медицина, 1975. – 354 с.
  2. Выгоднер Е.Б. Физические факторы в гастроэнтерологии. – М.: Медицина, 1987. – 304с.
  3. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеварения. – М.: Медицина, 1990. – 284с.
  4. Серебряна Л.А. Реабилитация больных с патологией органов пищеварения. – К.: Здоровья, 1989. – 208с.
  5. Степанов Е. Г. Основы курортологии и санаторно-курортное лечение: учеб. пособие / Е. Г. Степанов – Харьков : «Кроссрод», 2007. – 584 с.
-

# ВИКОРИСТАННЯ ГІДРОКІНЕЗОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ДЦП

Власик І.В., Сабадош М.В.

Факультет здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ»

**Ключові слова:** система класифікації великих моторних функцій GMFCS, дитячий церебральний параліч, затримка моторного розвитку.

**Актуальність проблеми.** Однією з головних проблем у розвитку дитини, хворої на церебральний параліч, є порушення функції рівноваги, розлади якої можуть виникати ще при народженні і заважати правильному розвитку організму. Збереження врівноваженості тіла людини, як складної біомеханічної системи, представляє важливе завдання регуляції опорно-рухового апарату [1, 4].

Тому дуже важливо навчити дитину з церебральним паралічем розслабляти м'язи-згиначі та збільшити силу м'язів-розгиначів, фактично розвиваючи відчуття правильних рухів, м'язових зусиль і м'язової координації [1].

Тому перед сучасними лікарями, реабілітологами, інструкторами з фізичної культури постає ціла низка досить складних завдань. Результати досліджень з вивчення особливостей формування рухової функції дітей з ЦП, свідчать, що корекція функції рівноваги повинна здійснюватись постійно засобами ЛФК, створюючи і підтримуючи образи правильних рухів, вміння і навички, м'язові відчуття як на заняттях у спеціальних лікувальних закладах, так і самостійно дома [5].

**Мета роботи:** виявити найбільш ефективні засоби фізичної терапії у дітей з церебральним паралічем.

**Матеріали та методи:** Для вирішення завдань дослідження були використані наступні методи: вимірювання спастичності за шкалою Ашворта; класифікація великих моторних функцій (GMFCS). В дослідженні прийняли участь 20 дітей віком від 4 до 6 років, в яких за результатами медичної документації (паспорт новонародженого, амбулаторна карта, виписка з історії розвитку дитини) був виявлений церебральний параліч.

**Результати та їх обговорення.** До початку проведення реабілітаційних заходів дітям оцінювали рівень спастичності за шкалою Ашворта. На рисунку 3.1, ми бачимо що з 20 пацієнтів з дитячим церебральним паралічем: 12 дітей (60%) мали спастичний синдром із середнім показником 2,85 балів за шкалою Ашворта, решта 8 (40%) - діти з млявим синдромом.

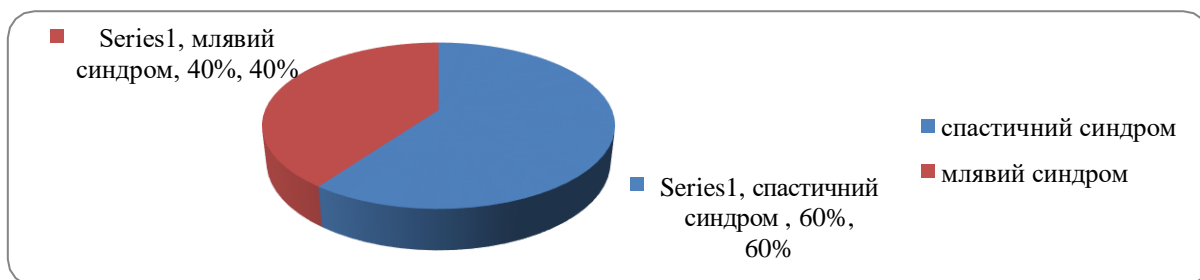
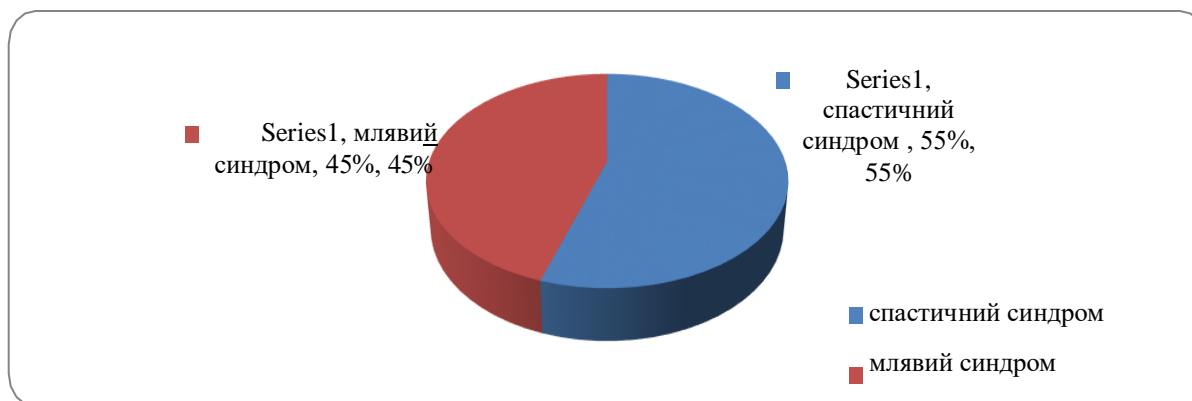


Рис. 3.1. Оцінка пацієнтів за шкалою спастичності Ашворта (до реабілітаційних заходів)

Після проведення реабілітаційних заходів середній показник спастичності за шкалою Ашворта склав 2,7 бала, що у відсотковому співвідношенні становило 11 дітей (55%) мали спастичний синдром та 9 (45%) - діти з млявим синдромом (рис. 3.2.).

Відповідно оцінка пацієнтів за шкалою спастичності Ашворта не дала достовірних результатів щодо впливу програми реабілітації на спастичність. Оскільки період реабілітації був короткотривалим та з малою частотою занять в тиждень.



**Рис. 3.2. Оцінка пацієнтів за шкалою спастичності Ашворта (після реабілітаційних заходів)**

Враховуючи те, що до груп спостереження були включені діти 4-6 років, для оцінки ми використовували розроблений класифікаційний рівень тільки однієї вікової групи, а саме від 4 до 6 років. Оцінка виконання кожного тесту градирувалася від 0 до 3: 0 – відсутність ініціативи виконання; 1 – наявність ініціативи виконання; 2 – часткове виконання; 3 – повноцінне виконання.

Підрахунок отриманих балів проводили за блоками вправ:

**A.** Лежання та перевертання = загальний бал по A \_\_\_\_\_ / 51 x 100 = \_\_\_\_\_ %

**B.** Сидіння = загальний бал по B \_\_\_\_\_ / 60 x 100 = \_\_\_\_\_ %

**C.** Повзання і пересування на колінах = загальний бал по C \_\_\_\_\_ / 42 x 100 = \_\_\_\_\_ %

**D.** Стояння = загальний бал по D \_\_\_\_\_ / 39 x 100 = \_\_\_\_\_ %

**E.** Хода, біг, стрибки = загальний бал по E \_\_\_\_\_ / 72 x 100 = \_\_\_\_\_ %

Загальна оцінка розраховувалася за формулою: = % **A** + % **B** + % **C** + % **D** + % **E** / 5 = \_\_\_\_\_ %

Результат розраховувався у відсотковому співвідношенні до максимального числа балів. Залежно від цього виділялося 5 рівнів важкості рухових розладів: 0-20% – 5 рівень (максимальна міра важкості); 20-40% – 4 рівень (висока міра важкості); 40-60% – 3 рівень (середня); 60-80% – 2 рівень (нижче середнього); 80-100% – 1 рівень (норма).

Відповідно до класифікації великих моторних функцій GMFCS, 6 дітей (30%) відповідали 5-го рівня, 10 пацієнтів (50%) – 4-го рівня, та 4 пацієнти (20%) – 3-го рівня.

Проведено курс комплексної реабілітації із застосуванням традиційної гідрокінезотерапії, фізіотерапії, масажу, лікувальної фізкультури та використанням ортопедичних засобів.

Під час оцінювання вихідного стану за шкалою GMFCS було виявлено, що діти основної та контрольної груп не мали достовірної різниці між середніми показниками груп на початку дослідження та мали недостатній рівень розвитку моторних функцій.

Отримані результати первинної оцінки великих моторних функцій у дітей з церебральним паралічем представлені у табл. 3.2. Найнижчі показники відмічалися у блоці тестів у групі D (стояння)  $43,38 \pm 4,4\%$  для основної групи та  $44,26 \pm 6,1\%$  для контрольної групи відповідно. А також в блоці тестів групи E (хода, біг, стрибки) були для хворих основної та контрольної групи  $41,7 \pm 4,6\%$  і  $42,3 \pm 4,7\%$  відповідно.

Після проведеного курсу реабілітаційного втручання оцінка моторних функцій за шкалою GMFCS довела вірогідність різниці приросту сумарного показника загальної моторики з  $60,72 \pm 4,25\%$  до  $68,41 \pm 3,92\%$  у хворих основної групи, та у хворих, які займалися за загальноприйнятою методикою приріст склав лише  $4,14 \pm 0,7\%$  загалом по групі (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Порівняльний аналіз середніх показників рівня розвитку великих моторних функцій основної та контрольної груп до та після лікування

	Основна група (n=10)		Контрольна група (n=10)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Група А: лежання і перевертання(%)	73,64 ± 3,4	80,70 ± 4,4	74,36 ± 4,4	80,43 ± 7,2
Група В: сидіння(%)	67,15 ± 2,57	76,21 ± 6,3*	68,13 ± 4,2	76,31 ± 5,3
Група С: повзання і пересування на колінах(%)	71,25 ± 5,1	74,15 ± 6,0	71,70 ± 5,6	73,34 ± 6,2
Група D: стояння(%)	43,38 ± 4,4	53,40 ± 6,6*	44,26 ± 6,1	49,26 ± 4,7
Група Е: хода, біг, Стрибки(%)	41,7 ± 4,6	47,60 ± 6,1	42,3 ± 4,7	48,6 ± 4,4
ШкалаGMFM(%)	60,72 ± 4,25	68,41 ± 3,92*	61,23 ± 4,1	65,37 ± 5,1

Примітка: \* - відмінності вірогідні ( $p \leq 0,05$ )

Найбільш вагомих змін показників спостерігалися у хворих обох підгруп за підтестами в групі В (сидіння) та групі D (стояння). На рисунку 3.3 ми можемо побачити, що моторні функції хворих основної групи збільшилися на  $9,06 \pm 2,2$  % та  $10,02 \pm 1,8$  % ( $p \leq 0,05$ ) відповідно при зіставленні з показниками у хворих контрольної групи, які збільшилися тільки на  $8,2 \pm 2,1$  % та  $5,0 \pm 2,0$  %.

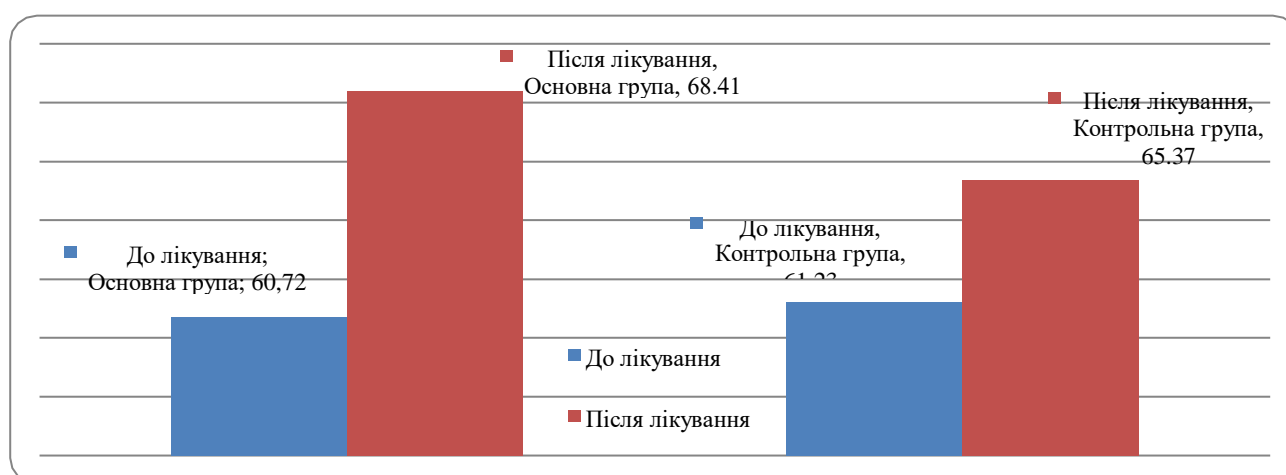


Рис. 3.3. Оцінка моторних функцій сумарного показника за шкалою GMFCS (%)

Даний показник свідчить про те, що тенденція до більш повного поліпшення функцій спостерігається коли в процесі реабілітації були застосовані фізичні вправи у воді та використання ортопедичних засобів.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Під впливом проведеного реабілітаційного курсу найбільш вагомими змінами показників спостерігалися у хворих обох підгруп за підтестами в групі В (сидіння) та групі D (стояння), але у хворих основної групи ці показники збільшилися на  $9,06 \pm 2,2$  % та  $10,02 \pm 1,8$  % ( $p \leq 0,05$ ) відповідно при зіставленні

з показниками збільшення у хворих контрольної групи - лише на  $8,2 \pm 2,1$  % та  $5,0 \pm 2,0$  % , що свідчить на користь запропонованої методики.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Гудзій О. Існуюча практика застосування засобів фізичного виховання для усунення наслідків ДЦП // Молода спортивна наука України: Збірник наукових статей з галузі фізичної культури та спорту. – Львів: ЛДІФК, 2001. – Випуск 5. – Т 2. – С. 195-198.
2. Качмар В.О. Інформаційні технології в стандартизації та організації медичної реабілітації за методом професора Козьявкіна / В.О. Качмар, О.О. Качмар // – Львів : Дизайн-студія «Папуга», 2007. – 104 с.
3. Качмар О.О. Система класифікації великих моторних функцій у дітей із церебральними паралічами / О.О. Качмар // Міжнародний неврологічний журнал. – 2008. – № 1(17). – С. 90-93.
4. Козьявкін В.І., Качмар О.О. Методи оцінки ефективності медичної реабілітації в системі інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації// Український медичний часопис. – К.: «Видавництво Фенікс», 2003. – №3. – С.61-66.
5. Мастюкова Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом. Младенческий, ранний и дошкольный возраст. — М.: Просвещение, 2006. – 215 с.

---

## ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ДЦП

Гельбич В.В., Сабадош М.В.

*Факультет здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ»*

**Ключові слова:** дитячий церебральний параліч, діти, MACS та GMFCS.

**Актуальність проблеми.** ЦП є найпоширенішою причиною фізичних вад, що стосується дітей у більшості розвинених країнах, поширеність становить приблизно 2 на 1000 новонароджених. Хоча ці клінічні синдроми часто не є іткими, визначення домінуючих рухових типів і топографія мають важливе значення для досліджень причинно-наслідкових шляхів та можливої профілактики, кореляції з візуалізацією мозку та для встановлення цілей і стратегій під час вибору засобів фізичної терапії, ерготерапії. Це може також ініціювати пошук пов'язаних проблем, таких як епілепсія, когнітивні та комунікативні труднощі, що можуть суттєво вплинути на самопочуття та розвиток цих дітей [1, 3, 5].

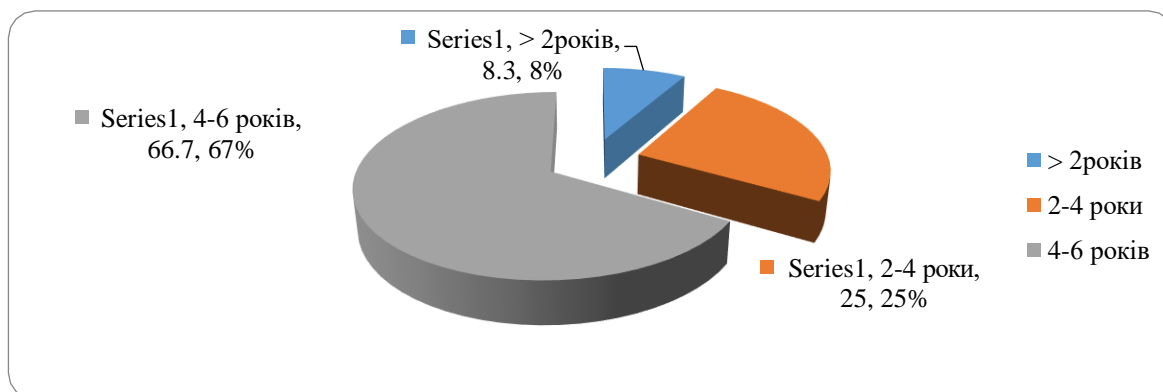
Визначення частоти підтипів ЦП у дітей може дати підказки щодо етіології та дослідження функціонування, що може допомогти терапевтам надавати послуги більш скоординовано, підбирати більш цілісну допомогу. Визначення спектру функціонального обмеження, що характеризує групу дітей з ЦП має важливе значення для планування розподілу ресурсів. Таким чином, постає проблема стосовно правильного визначення рівня рухового порушення та супутніх розладів у дітей з ЦП [4, 6].

**Мета дослідження.** Основною метою цього дослідження було визначити рівень рухового порушення та супутні розлади у дітей із церебральним паралічем.

**Матеріали та методи:** аналіз спеціальної та науково-методичної літератури; контент-аналіз медичної документації; система класифікації функції руки (MACS) та система класифікації великих моторних функцій (GMFCS). У цьому дослідженні ми оцінювали такі порушення, як судомні розлади, проблеми зі слухом та зором, когнітивні проблеми.

**Результати та їх обговорення.** Клінічні спостереження проводили на базі Центру Медико-Соціальної Реабілітації Дітей ім. Святого Михайла, с. Ратівці.

Дослідження було проведено протягом 1 місяця, в ньому прийняли участь 24 родин, які виховують дітей раннього віку з церебральним паралічем. З них від 0 – 2 років – 2 дитини (8,3 %), від 2 до 4 років – 6 дітей (25%) та діти від 4 до 6 років – 16 дітей (66,7%). Дані представлені на рис 3.1.



**Рис. 3.1 Розподіл дітей за віком, %**

Протягом досліджуваного періоду 24 дітей з ЦП (16 хлопчиків та 8 дівчаток) віком від 0 до 6 років були помічені загальні співвідношення хлопчиків та дівчаток 1,06, із середнім значенням (\$) вік 4,35 ( $\pm 1,2$ ) року, які представлені в табл. 3.1.

*Таблиця 3.1*

**Розподіл дітей з церебральним паралічем за статтю та віком**

Стать	Вік дітей		
	> 2 років (n = 2)	2-4 роки (n = 6)	4-6 років (n = 16)
Хлопчики	1 (50%)	4 (66,7%)	11 (68,75%)
Дівчатка	1 (50%)	2 (33,3%)	5 (31,25%)
<b>Середній вік</b>	<b>4,35 (<math>\pm 1,2</math>)</b>		

Розподіл дітей за формою церебрального параліча та віком відбувся наступним чином (табл. 3.2): діти > 2 років мали спастичну форму ЦП – 1 дитина та дискінетичну – 1 дитина; діти віком від 2 до 4 років спастичну форму ЦП мали 4 дітей, 1 дитина – дискінетичну та 1 – змішану форму; відповідно діти віком від 4 до 6 років спастичну форму ЦП мали 14 дітей, атактичну форму – 1 дитина та 1 дитина мала змішану форму ЦП. В таблиці 3.3 представлений розподіл дітей з ЦП за віком у відсотковому співвідношенні в залежності від уражених кінцівок.

*Таблиця 3.2*

**Форми церебрального параліча у дітей**

	> 2 років (n = 2)	2-4 роки (n = 6)	4-6 років (n = 16)
Спастичний	1 (50 %)	4 (66,6%)	14 (87,5%)
Атактичний	-	-	1 (6,25%)
Дискінетичний	1 (50%)	1 (16,7%)	-
Змішаний	-	1 (16,7%)	1 (6,25%)

*Таблиця 3.3*

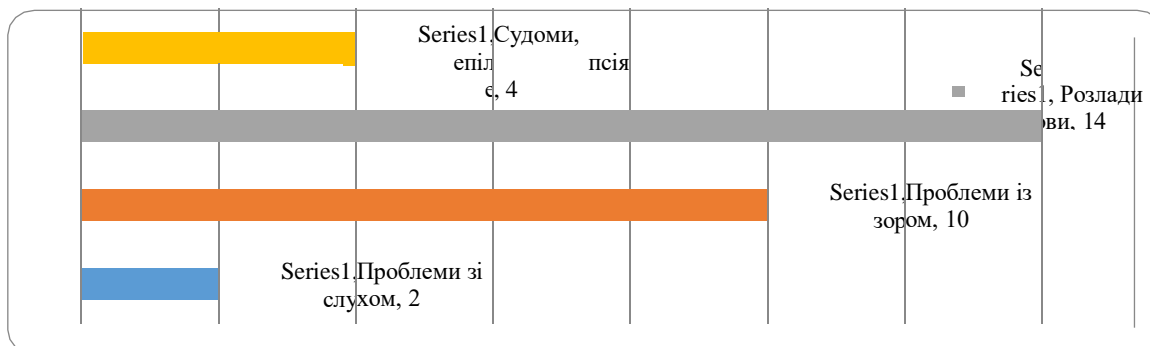
**Форми церебрального параліча у дітей в залежності від уражених кінцівок**

	> 2 років (n = 2)	2-4 роки (n = 6)	4-6 років (n = 16)
Геміплегія	-	1 (16,6%)	1 (6,25%)
Диплегія	1 (50%)	3 (50%)	6 (37,5%)
Тетраплегія	1 (50%)	2 (33,4%)	9 (56,25%)

У пацієнтів з ЦП також можуть бути інші порушення нервового розвитку, які можуть вплинути на адаптивне функціонування, сенсорну функцію, навчання, спілкування та поведінку, а також може спричинити судоми. Причиною є обмеження руху та постави, обмеження діяльності, що часто супроводжуються порушенням відчуття, проблемами

сприйняття на основі зору, спілкування. Супутні захворювання, такі як втрата слуху, втрата зору, порушення мови та судоми представлені рис. 3.2.

З анкетування помітно, що більша половина батьків скаржилися на розлади мови та проблеми із зором, що становило 58,3 % та 41,7 %. Відповідно на проблеми зі слухом, судоми та епілептичні напади батьки скаржилися в меншій мірі, що в свою чергу становило 8,3 % та 16,7 %.



**Рис. 3.2. Супутні захворювання у дітей з церебральним паралічем**

Розподіл типів дитячого церебрального паралічу у кожному GMFCS та рівень MACS наведені в таблиці 3.3 та 3.4.

Тринадцять дітей (54,2 %) з середнім віком 4,35 років мали двохсторонній спастичний ЦП та 6 (25%) дітей мали односторонній спастичний ЦП, 1 дитина (4,5%) із середнім показником віку 4,35 років мала атактичний тип, і по 2 дітей (8,3%) мали дискінетичний та змішаний тип церебрального паралічу.

*Таблиця 3.3*

**Показники частоти та відсотокв межах кожного рівня GMFCS за типами церебрального параліча у дітей**

Типи ДЦП	I	II	III	IV	V	Всього n (%)
Спастичний односторонній	2 (33,3)	4 (66,7)	-	-	-	<b>6 (25)</b>
Спастичний двохсторонній	1 (7,7)	2 (15,4)	2 (15,4)	5 (38,5)	3 (23,1)	<b>13 (54,2)</b>
Змішаний	-	-	1 (50)	1 (50)	-	<b>2 (8,3)</b>
Дискінетичний	-	-	-	1 (50)	1 (50)	<b>2 (8,3)</b>
Атактичний	-	1 (100)	-	-	-	<b>1 (4,5)</b>
<b>Всього</b>	<b>3 (12,5)</b>	<b>7 (29,2)</b>	<b>3 (12,5)</b>	<b>7 (29,2)</b>	<b>4 (16,7)</b>	<b>24 (100)</b>

Рівень IV за класифікацією MACS (23,1 %), а також рівень IV у класифікації GMFCS (38,5%) мав більше спільного. Решта випадків були розподілені досить рівномірно на інші рівні, близько до (15-30%) до класифікації MACS та (30-50%) до класифікації GMFCS за рівнем.

В нашому дослідженні спастичний ЦП був найпоширенішим (79,2 %) і, більш конкретно, двохсторонній ЦП (54,2 %) було частіше, ніж односторонній (25 %). Інші групи з гіпертонусом (дискінетичним) та змішані становили 8,3 % випадків, атактичний тип становив 4,5% випадків. IV рівень як MACS, так і GMFCS були більш поширеними, від 23,1% до 50 % та 38,5% до 50% відповідно.

Діти за шкалою GMFCS, які мають рівень I повністю незалежні, вони це роблять не користуючись допоміжними засобами, і зазвичай мають слабкий спастичний напад геміплегії. І навпаки, діти, які перебувають на рівні GMFCSV не мають самостійної рухливості і часто мають важку форму спастичної дискінезії. Тому слід також зазначити, що

діти зі спастичною геміплегією зазвичай будуть на рівнях I та II, а також тетраплегія буде на рівнях III, IV та V.

Таблиця 3.4

**Показники частоти та відсотокв межах кожного рівня MACS за типами церебрального параліча у дітей**

Типи ДЦП	MACS					Всього n (%)
	I	II	III	IV	V	
Спастичний односторонній	2 (33,3)	1 (16,7)	1(16,7)	2 (33,3)	-	<b>6 (25)</b>
Спастичний двохсторонній	2 (15,4)	2 (15,4)	3 (23,1)	3 (23,1)	3 (23,1)	<b>13 (54,2)</b>
Змішаний	-	-	1 (50)	1 (50)	-	<b>2 (8,3)</b>
Дискінетичний	-	-	1 (50)	1 (50)	-	<b>2 (8,3)</b>
Атактичний	1 (100)	-	-	-	-	<b>1 (4,5)</b>
<b>Всього</b>	<b>5 (20,8)</b>	<b>3 (12,5)</b>	<b>6 (12,5)</b>	<b>7 (29,2)</b>	<b>3 (12,5)</b>	<b>24 (100)</b>

В дослідженні, в межах спастичної групи, розбіжності в руховій функції серед двох топографічних груп були надзвичайно чіткими. У порівнянні з дітьми з одностороннім спастичним паралічем, діти з двохстороннім були більш важкі на шкалах GMFCS та MACS, тобто мали найнижчий рівень функції.

У порівнянні з загальною групою зі спастичністю у дітей з атаксією виявилися вищі рівні функцій на GMFCS та MACS шкали, але кількість дітей у цій групі були замалі для остаточного висновку.

Діти, що класифікувалися як змішаний тип рухових розладів та дискінетичний були значно важчими для GMFCS та шкали MACS, ніж у дітей з атаксією.

На нашу думку, використання шкал GMFCS та MACS зараз сприяє надійному засобу класифікації важкості рухового розладу. Розподіл дітей на всіх рівнях GMFCS підтверджує широкий діапазон функцій та інвалідності в типовій вибірці дітей з ЦП.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Термін «ДЦП», незважаючи ні всі його недоліки, варто зберегти, хоча можливо краще використовувати термін "церебральний параліч" для опису фенотипів ЦП, який охоплює величезну мінливість у руховому типі, топографії та великих моторних функцій. На нашу думку, це найкращий спосіб класифікації дітей з ЦП - поєднання типу та загальної рухової функції, за шкалами GMFCS та MACS.

В дослідженні найбільш частим типом ЦП був спастичний двохсторонній, який мав гірший руховий рівень та важке лікування, тому ми вважаємо, що система охорони здоров'я повинна приділяти більше уваги перинатальному періоду для профілактики ЦП в нашій популяції.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Потапчук А. А. Адаптивное физическое воспитание в работе с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата: метод. пособие. СПб., 2003. 228 с.
2. Семенова К. А. Восстановительное лечение больных с резидуальной стадией детского церебрального паралича. М.: Антидор, 2007. 384с.
3. Шипицина Л. М., Мамайчук И. И. Детский церебральный паралич. СПб., 2005. 272 с.
4. Delgado M, Albright A. Movement disorders in children: Definitions, classifications and grading systems. J. Child Neurol. 2003; 18: S1–8.
5. Sanger TD, Delgado MR, Gaebler-Spira D, Hallett M, Mink JW. Classification and definition of disorders causing hypertonia in childhood. Pediatrics. 2003; 111: e89–97.
6. Soleimani F, Vameghi R, Rassafiani M, Fahimi N. Cerebral Palsy: Motor Types, Gross Motor Function and Associated Disorders. Iranian Rehabilitation Journal. 2011; Vol. 9: S 21–31.



## ІНТЕРНАЦІОНАЛІЗАЦІЯ ЯК ОСНОВНИЙ НАПРЯМ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

Горай О.В.

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

У контексті глобалізаційних та євроінтеграційних процесів вагомим значення для української медсестринської науки і практики набуває вивчення зарубіжного досвіду організації та функціонування вищої медичної освіти. [1; 3]

Особливої, актуальності набуває вивчення домінуючих тенденцій, що супроводжують цей процес, зокрема різних аспектів глобалізації та інтернаціоналізації медсестринської освіти. Основні напрями модернізації європейської вищої освіти, були задекларовані у Болонській декларації (1999). Серед них найбільш ґрунтовними є наступні: тісне поєднання освітнього процесу з науковими дослідженнями; використання наукометричних показників для визначення наукової значимості створюваних за результатами проведених наукових досліджень об'єктів інтелектуальної власності (індекс Хірша); включення в національні системи вищої освіти європейських країн трьохрівневої структури освітнього: бакалаврат, магістратура, PhD (доктор філософії); запровадження обліку навчального навантаження в залікових одиницях (кредитах); визнання дипломів; розширення мобільності студентів і викладачів університетів та міжнародного співробітництва (програма Євросоюзу ERASMUS); посилення єдиного європейського виміру навчального процесу, створення цілісної оцінки та забезпечення якості вищої освіти в Європі; широке використання в освітньому процесі засобів інформаційних та комунікаційних технологій; підвищення якості навчання іноземним мовам. [1; 6]

Реформуванням галузі охорони здоров'я, запровадження кращих досягнень світової медицини, поява сучасного медичного обладнання й інноваційних, високотехнологічних методів надання медичної допомоги зумовлює потребу оперативно впливати на професійну підготовку сучасних медичних фахівців, зокрема медичних сестер, здатних освоювати нові види діяльності та нові технології. У зв'язку з цим набуває особливого значення підготовка майбутніх медичних фахівців (бакалаврів і магістрів медсестринства) за спеціальністю

«Медсестринство», яка на рівні бакалаврату об'єднує 4 спеціалізації: «сестринська справа»,

«акушерська справа», «ларамедик», «медичний адміністратор» професійні функції і організаційні форми діяльності яких змінюються відповідно до завдань, що стоять перед системою охорони здоров'я. [1; 7]

Означені позиції корелюють з провідними напрямками модернізації вітчизняної вищої освіти, задекларованими в Законі України «Про вищу освіту» (2014), що зумовлює доцільність вивчення, узагальнення й провадження в практику вітчизняних закладів вищої освіти досвіду європейських країн. [4]

Проблемам професійної медичної підготовки приділяють увагу як українські фахівці, так і спеціалісти медичної освіти всього світу. Вони постійно підтверджують важливість її вивчення і вважають необхідне наближення національних стандартів медичної освіти до міжнародних. [5]

Міжнародне співробітництво та інтернаціоналізація у галузі освіти є важливою нормою Болонської співдружності освітян, оскільки реально сприяє підвищенню мобільності викладачів і студентів, самостійності майбутніх фахівців, рівня їх самоорганізації та підвищує якість освіти в цілому.

Необхідність спільного європейського освітнього простору (European Higher Education Area) лежить в основі Болонської декларації, суттєвим аспектом якої була ідея, що заклади вищої освіти мають взяти на себе відповідальність за формування майбутніх професійних еліт нового гатунку. Тобто метою створення Європейського простору вищої освіти було формування якостей конкурентоздатної особистості у здобувачів вищої освіти. [2]

Наступним важливим етапом у створенні Європейського простору вищої освіти стало Празьке комюніке міністрів з питань вищої освіти європейських країн (2001) *«На шляху до Європейського простору вищої освіти»*. [2]

В рамках цього Празького комюніке Болонський процес було доповнено наступними напрямками:

–навчання упродовж життя як важливий елемент Європейського простору вищої освіти;

–доцільність участі вищих навчальних закладів і студентів у створенні Європейського простору вищої освіти;

–сприяння привабливості Європейського простору вищої освіти для студентів із Європи та інших частин світу;

підвищення ролі Європейської кредитної трансферної системи (ECTS) в активізації мобільності студентства та розвитку міжнародних навчальних програм. [2]

На конференції в Берліні (2003) міністри вищої освіти 33 європейських країн прийняли комюніке *«Формувати Європейський простір вищої освіти»*. Міністри наголосили на необхідності вироблення кваліфікаційних рамок для Європейського простору вищої освіти, щоб створити широкий спектр гнучких шляхів навчання, можливостей і технологій та доцільного використання кредитів ECTS; підкреслили вагомість досліджень і міждисциплінарності для підвищення якості та конкурентоспроможності європейської вищої освіти, тобто було обґрунтовано один із провідних принципів сучасної вищої освіти, а саме – навчання на дослідницькій основі. Остаточна версія Берлінського офіційного повідомлення містить кілька специфічних та важливих зобов'язань: 1) гарантія якості; 2) дворівнева система вищої освіти; 3) визначення рівнів і термінів навчання. [2]

У 2005 році відбулась конференція міністрів у Бергені, яка прийняла комюніке

*«Європейський простір вищої освіти – Реалізація цілей»*, у якому міністри постановили до 2007 року здійснити такі кроки:

- впровадження стандартів і основних напрямків забезпечення якості відповідно до звіту ENQA (EuropaischesNetzfurQualitatssicherungimHochschulbereich – Європейська мережа забезпечення якості у сфері вищої освіти);

- визначення національних кваліфікаційних рамок;

- видача і визнання спільних дипломів, включаючи захист дисертацій;

- створення гнучких пропозицій щодо навчання у системі вищої освіти. [2]

На Бергенській конференції до Болонського процесу приєдналась Україна, що відкрило нові можливості модернізації української вищої освіти.

Наступним кроком у становленні Європейського простору вищої освіти стало Лондонське комюніке (2007) *«На шляху до Європейського простору вищої освіти: відповіді на виклики глобалізації»*, у якому були окреслені наступні перспективи розвитку Європейського простору вищої освіти:

- сприяння мобільності студентів і наукового персоналу;

- оцінювання ефективності національних стратегій у контексті соціального виміру вищої освіти;

- удосконалення індикаторів діагностики якості вищої освіти;

- оцінка можливостей працевлаштування у зв'язку з триступеневою структурою навчання, а також – у межах навчання упродовж життя;

- поширення інформації про Європейський простір вищої освіти і покращення його визнання у світі;

- продовження виконання прийнятих рішень у контексті прогресу на шляху до Європейського простору вищої освіти і розвитку забезпечення якості вищої освіти. [2]

На нараді у Льовені (2009) було прийнято комюніке *«Болонський процес 2020 – Європейський простір вищої освіти в наступному десятиріччі»*, у якому було визначено пріоритети розвитку Європейського простору вищої освіти на наступне десятиріччя, а саме:

- створення рівності шансів щодо освіти високої якості; поліпшення участі в навчанні упродовж життя;
- сприяння здатності до професійної зайнятості;
- розвиток навчання, орієнтованого на студентів;
- підвищення якості навчання;
- поєднання освіти, досліджень та інновацій;
- розвиток докторських програми;
- посилення міжнародної спрямованості діяльності університетів;
- підвищення мобільності випускників вищих навчальних закладів. [2]

Заява, прийнята на зустрічі міністрів у Будапешті та Відні (2010), констатувала створення Європейського простору вищої освіти і містила такі ґрунтовні положення:

- академічна свобода і автономія та обов'язок звітності вищих навчальних закладів;
- ключові позиції в академічній спільноті займають керівники інститутів, викладачі, науковці, адміністративний персонал та студенти;
- посилення зусиль щодо соціального виміру вищої освіти з метою забезпечення рівноправного доступу до якісної освіти. [2]

Центральними питаннями Конференції міністрів освіти Європейського простору вищої освіти (2015), у м. Єреван (Вірменія) були такі:

- розширення студентоцентрованого навчання;
  - створення гнучких і транспарентних форм навчання;
- посилення здатності випускників до зайнятості на динамічних ринках праці.[2]

Варто звернути увагу, що на цій конференції було прийнято *«Стандарти і основні напрямки забезпечення якості в Європейському просторі вищої освіти»*. Ключовим завданням цього документа було обґрунтування спільного розуміння та розвитку систем забезпечення якості. У «Стандартах» наводяться чотири принципи забезпечення якості в Європейському просторі вищої освіти:

- 1) вищі навчальні заклади несуть відповідальність за якість та її забезпечення;
- 2) забезпечення якості відповідає різноманітності систем вищої освіти, інституцій, програм;
- 3) забезпечення якості підтримує розвиток культури якості;
- 4) забезпечення якості бере до уваги потреби й очікування студентів та суспільства. [2]

Відтак, Європейський простір вищої освіти є багатоаспектним і багатовимірним явищем, невід'ємною складовою якого є міжнародне співробітництво та інтернаціоналізація освітнього процесу.

У рамках втілення означених напрямів співпраці у КВНЗ «Житомирський медичний інститут» Житомирської обласної ради реалізує наступні заходи:

- асиміляція та використання міжнародного досвіду;
- організація та реалізація спільних міжнародних науково-дослідних проектів;
- гуманітарно-культурне співробітництво;
- підготовка фахівців для зарубіжних країн.

На сьогоднішній день інститут здійснює співробітництво з більш, ніж 10 міжнародними партнерами. Науково-педагогічний колектив інституту підтримує тісні міжнародні зв'язки, здійснює обмін інформацією, навчальними програмами та навчальною літературою з закладами Канади, США, Польщі, Хорватії, Словачії, Литви, Чехії, Грузії.

Підписання угод про співпрацю з іноземними партнерами надали можливість:

- проводити асиміляцію та використання міжнародного досвіду колег;
- обмін інформацією, розробка вимог до акредитаційних справ, навчально-методичного забезпечення в цілому;
- реалізація спільних міжнародних проектів;
- участь у роботі міжнародних форумів за кордоном (виступи з доповідями, входження до складу редакційної колегії журналів, оргкомітетів конференцій тощо);

- участь в програмах “ERASMUS”, “TEMPUS/TASIS”, “ENGLISH CLUB” (благодійна організація “Місія в Україну”);
- організація стажування викладачів та студентів;
- розробка концепції подвійного диплому за напрямком підготовки “Сестринська справа”, кваліфікація “бакалавр”;
- проведення наукових досліджень та висвітлення результатів у відповідних виданнях.
- можливість продовження навчання для студентів та їхнє працевлаштування за кордоном, що є вагомим мотиваційним компонентом під час вступу для абітурієнтів.

Важливою складовою міжнародної співпраці в сфері вищої освіти є залучення на навчання іноземних громадян. З метою розширення мапи співробітництва та залучення до навчання іноземних студентів навчальний заклад забезпечує:

- інформаційно-рекламна діяльність закладу у забезпеченні інтеграційних процесів;
- пропагування вагомих досягнень закладу;
- використання сучасних технологій профорієнтаційної роботи, в т.ч. оновлення інформаційного пакету з використанням іноземних мов;
- організація зустрічей із закордонними колегами;
- проведення онлайн -лекцій, вебінарів, науково-практичних конференцій круглих столів;
- участь у міжнародних науково-освітніх ярмарках, виставках та інших заходах з метою залучення іноземних рекрутингових компаній–посередників;

**Висновки.** Таким чином, інтернаціоналізація освітнього процесу є явищем багатоаспектним. Щодо вищої медсестринської освіти, то необхідно відзначити, що вона ґрунтується на ідеях європейської освітньої політики таких як: автономія університету - продовжувача європейської гуманістичної традиції; моральна та інтелектуальна незалежність від будь-якої політичної влади або ідеології; свобода та безперервність навчання і наукових досліджень; толерантність і відкритість до взаємовпливу культур.

У цьому аспекті Європа постає не стільки географічним поняттям, як ціннісним. Будучи поєднанням ліберальних та демократичних ідей європейська вища освіта базується на загальнолюдських цінностях й спрямована на формування тих особистісних якостей студента, які характеризують його як конкурентоздатного фахівця на міжнародному ринку праці.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Болонський процес як засіб підвищення привабливості і конкурентоздатності європейської вищої освіти [Електронний ресурс].– Режим доступу: [http://studopedia.ru/5\\_44930\\_tema-bolonskiy-protseyak-zasib-pidvishchennya-privablivosti-i-konkurentnozdatnostiievropeyskoi-vishchoi-osviti.html](http://studopedia.ru/5_44930_tema-bolonskiy-protseyak-zasib-pidvishchennya-privablivosti-i-konkurentnozdatnostiievropeyskoi-vishchoi-osviti.html).
2. Желанов, Д.В., 2017. Генеза та нормативний супровід становлення Європейського простору вищої освіти. *Матеріали науково-практичної конференції «Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи»*. Житомир: Полісся, с.109-111.
3. Закон України «Про освіту» від 05.09.2017 р. №2145-VIII, ВВР, 2017. №38-39. с. 380. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>
4. Закон України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 р. № 1556-VII (із змінами в останній редакції від 13.03.2016 р.) Офіційний сайт Верховної Ради України. [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>
5. Кристопчук, Т. Є., 2014. Тенденції розвитку педагогічної освіти в країнах Європейського Союзу: автореф. дис. ... д-ра пед. наук, 13.00.04 –теорія і методика ппрофесійної освіти. К.,40 с.
6. Хоружий, Г. Ф., 2016. Європейська політика вищої освіти. Монографія / Г. Ф. Хоружий. – Полтава: Дивосвіт, 384 с.
7. Ястремська, С. О., 2017. Ретроспективний аналіз наукових передумов становлення світової та вітчизняної систем медсестринської освіти; / Молодий вчений № 4 (44). с. 510.

# РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Горай О.В., Куриленко Т.С.

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**Вступ.** В умовах війни реабілітація військовослужбовців має загальнодержавне значення, є важливою складовою обороноздатності країни. Проведення бойових дій характеризується великою кількістю поранених, найбільшу тяжкість з яких представляють поранені з комбінованими травмами (контузія головного мозку, опіки різного ступеня тяжкості, травми кінцівок, черепно-мозкові травми, травми очей, осколкові і кульові поранення різної локалізації), які можуть призвести до тяжких ускладнень та інвалідності, потребують відновного лікування в спеціалізованих медичних закладах. В структурі військових уражень у учасників АТО наслідки військової травми складають 94,5%, захворювання – 5,5%.

Під терміном «реабілітація учасників бойових дій» розуміють комплекс державних, соціально-економічних, медичних, психологічних професійних та інших заходів для нормалізації порушених і компенсації втрачених функцій організму внаслідок поранення, ушкодження, захворювання, перебування в екстремальній ситуації, з метою відновлення боє- та працездатності.

Основним змістом медичної реабілітації потерпілого, хворого, враховуючи сучасні уявлення про здоровий спосіб життя і соціальні пріоритети розвитку особистості, є відновлення його максимально можливої функціональної активності. Дуже важливим є своєчасність, комплексність та безперервність процесу реабілітації, а для цього необхідно створити якісну індивідуальну програму реабілітації, яка б допомагала вирішити всі проблеми зі здоров'ям і розпочиналася відразу після виведення пацієнта із реанімаційного відділення. [2]

Актуальним завданням є створення ефективної системи міжвідомчої медичної і медико-соціальної реабілітації учасників бойових дій. Мережа лікувальних закладів для надання медичної та реабілітаційної допомоги учасникам антитерористичної операції (АТО) в Україні створюється з осені 2014 року. В Україні функціонує 29 госпіталів ВВ та 20 госпітальних відділень, які координують роботу по організації надання медичної допомоги, проведення відновного лікування та реабілітаційних заходів учасників АТО в областях. [1]

Результати теоретичних і клінічних досліджень останнього десятиріччя дали можливість найбільш чітко визначити основні принципи медичної реабілітації хворих і поранених у збройних конфліктах: єдність етіопатогенетичної і симптоматичної терапії (односпрямованість етапів медичної реабілітації); індивідуальність конкретних програм медичної реабілітації; курсове проведення реабілітаційних заходів на різних етапах; послідовність використання лікувальних режимів, що збільшуються за інтенсивністю на кожному з етапів медичної реабілітації; оптимальне поєднання лікувальних фізичних чинників і фармакологічних препаратів; динамічне проведення етапів медичної реабілітації, що відбуваються на різних місцях залежно від патології; комплексне використання різних засобів і методів у програмах медичної реабілітації.

В лікувальних закладах реабілітацією учасників АТО займаються сімейні лікарі, які складають свій реабілітаційний маршрут.

Медична сестра – головна організаційно-лікувальна одиниця на всіх найвідповідальніших рівнях і ділянках відновного процесу. На етапі діагностики безперечно важливість участі медичної сестри в постановці розширеного діагнозу із зазначенням причинно-наслідкового зв'язку, діагнозу по догляду за пацієнтом, розстановки пріоритетів медичного обслуговування, організації всього сестринського процесу, обговорення реанімаційних заходів, можливих ускладнень і своєчасних корекційних засобів. На інших етапах значення завдань медичної сестри зростає ще більше, адже головні засоби реабілітаційного впливу: лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, фізіотерапевтичні

процедури часто виконуються тільки медсестрами або ж методистами, при їх нагляді і контролі. [3]

Працюючи в складі мультидисциплінарної бригади, медична сестра не тільки виконує власне сестринські маніпуляції, але також є координатором діяльності інших фахівців і виконує соціально-реабілітаційні функції. Члени бригади спільно складають план лікування, створюють адекватне для пацієнта навколишнє середовище, навчають родичів, оцінюють ефективність реабілітаційних заходів. Виконання перерахованих завдань вимагає від медичних сестер відповідних навичок і підготовки. [5]

**Мета роботи:** довести ефективність фізичної реабілітації (фізичної терапії, ерготерапії) як складової реабілітаційного процесу з військовими - учасниками бойових дій.

**Матеріали і методи.** Протягом 2019-2020 р. було проведене анонімне анкетування пацієнтів Житомирського базового військового шпиталю за розробленою анкетой (16 питань). Опитування пацієнтів-учасників бойових дій проведене з метою виявлення існуючих проблем та оцінки якості надання медичних та реабілітаційних послуг у відділеннях шпиталю. Об'єктивність отриманої соціологічної інформації забезпечувалась формуванням репрезентативних вибірок, відповідних визначеним генеральним сукупностям цільових груп, охоплених дослідженням. За результатами підрахунків, обсяги визначених вибірок склали відповідно 60 пацієнтів. Розроблено і опрацьовано картки індивідуального спостереження (проблеми пацієнта, індивідуальна реабілітаційна програма, участь пацієнта та ефективність реабілітаційних заходів).

**Результати і обговорення.** Учасники бойових дій відносяться до особливого контингенту пацієнтів, які вимагають застосування спеціально розробленої, в деяких випадках навіть індивідуальної системи лікувально-реабілітаційних заходів. Тому реабілітація військовослужбовців має загальнодержавне значення і являється важливою складовою ефективності системи охорони здоров'я. Успішне відновлення пораненого бійця на 80% залежить саме від ефективності цього процесу.

Ефективність медичної допомоги відображає ступінь досягнення конкретних кінцевих результатів при певних тимчасових, трудових і матеріальних витратах, а якість - ступінь відповідності проведеного комплексу заходів медичним стандартам або правилам виконання тих чи інших технологій, спрямованих на забезпечення результативності лікування.

Військовослужбовці, які були в умовах бойових дій, особливо ті, хто постраждав під час виконання службових обов'язків, вимагають підвищеної соціальної уваги, організації системи їх комплексної реабілітації. Правильно організована модель фізичної реабілітації (фізичної терапії, ерготерапії) для забезпечення якісної медичної реабілітації учасників бойових сприяє відновленню здібностей військовослужбовців до нормальної життєдіяльності і дозволить запобігти появі посттравматичних стресових розладів (ПТСР).

Ми вважаємо військовослужбовця-учасника бойових дій активним суб'єктом реабілітаційного процесу, з огляду на його унікальність, самоцінність, самобутність як основного суб'єкта реабілітаційного процесу; поєднання форм, методів, технологій, прийомів комплексної реабілітації, як ефективних механізмів, що впливають на рушійні сили відновлення і внутрішнього розвитку військовослужбовців.

За результатами проведеного дослідження встановлено, що питома вага військовослужбовців, які лікувалися з приводу поранень, складає 38%, пацієнти терапевтичного профілю: з неврологічними захворюваннями – 32%, з захворюваннями серцево-судинної системи – 18%, з захворюваннями шлунково-кишкового тракту – 11%. Ознаки посттравматичного стресового розладу мають 38% пацієнтів.

При складанні індивідуальної реабілітаційної програми враховано весь комплекс змін (морфологічних, фізіологічних, психологічних) і передбачене партнерство лікаря, реабілітолога і пацієнта; визначений реабілітаційний потенціал хворого, особливо його рухових можливостей; враховано усі сторони реабілітації для кожного хворого; комплексність лікувально-відновлювальних заходів; ступінчастість впливів (поетапне

призначення відновлювальних заходів з урахуванням динаміки функціонального стану хворого).

Режим праці (ерготерапевтичну складову) встановлено індивідуально для кожного хворого з врахуванням рівня трудової реабілітації, стійкості трудової установки, фізичної і психологічної стомлюваності і здатності до зміцнення і відновлення порушених функцій.

За оцінкою ефективності проведеного лікування від моменту надходження до шпиталю, повне одужання відмітили 65% опитаних, поліпшення стану 30%, 5% пацієнтів не відчували змін у стані здоров'я.

За результатами опитування, усі респонденти відмітили високий рівень професіоналізму персоналу відділення відновлювального лікування. 80% відчували повну довіру до сестринського персоналу при здійсненні медичних втручань і взаєморозуміння, 20% - часткову довіру і розуміння. 100% опитаних набули необхідних знань та навичок для продовження реабілітаційного процесу в домашніх умовах.

**Висновки.** Реабілітація учасників антитерористичної операції в Україні проводиться у мережі госпіталів ветеранів війни, що функціонує в Україні досить ефективно, слід зазначити, що таких закладів налічується 30; санаторіями та іншими лікувальними закладами (Міністерство оборони, Міністерство внутрішніх справ, Національної гвардії України, Держприкордонслужби, Служби безпеки України, Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України тощо); лікувальними закладами Міністерства охорони здоров'я; установами Національної медичної академії України. Доповнює перелік Міністерство ветеранів, Міністерство соціальної політики України та Фонд соціального страхування України, громадські, благодійні, волонтерські, релігійні організації України. Реабілітаційна робота включає в себе декілька взаємопов'язаних складових: медичну, фізичну, соціальну, психологічну, що мають забезпечуватись комплексом реабілітаційних заходів [4].

Поєднання форм, методів, технологій, прийомів комплексної реабілітації позитивно впливають на рушійні сили відновлення здоров'я учасників бойових дій.

**Перспективи подальших досліджень.** Рекомендовано в подальшому проводити підготовку фахівців із фізичної реабілітації та впроваджувати в лікувальних закладах відповідні посади. На державному рівні втілювати в життя реабілітаційні програми. Надалі продовжувати проводити семінари-навчання, тренінги з надання психологічної допомоги учасникам АТО та членам їх родин, організувати поїздки психологів на Схід України. Впровадження інноваційних технологій розвинутих країн у цьому напрямку.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Гавловський О. Д. Організація фізичної та психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції (АТО) в Україні [Електронний ресурс]: – Режим доступу : [http://www.nbu.gov.ua › j-pdf › Vpbm\\_2019\\_2\(1\) 62](http://www.nbu.gov.ua › j-pdf › Vpbm_2019_2(1) 62)
2. Алгоритм спрямування учасників АТО з відомчих госпіталів на реабілітацію в госпіталі для ветеранів війни. [Електронний ресурс]: Режим доступу: <https://drive.google.com/file/d/0Byss7KzUzz-AS0JMM2tId2RJXzg/view>
3. Сайко О. В. Про необхідність організації медичної реабілітації військовослужбовців, які брали участь у збройних конфліктах, на базі лікувальних закладів Міністерства оборони України // Сучасні аспекти військової медицини: збірник наук. праць. – К., 2015. – Вип. 22, Ч. II. - С. 62-75.
4. Тополь О.В. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичних операцій. Підготовка фахівців в системі професійної освіти [ Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbu/cgiirbis\\_64.exe](http://www.irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbu/cgiirbis_64.exe)
5. Н.Г.Петрова. Роль медико-сестринської бригади в мультидисциплінарній бригаді реабілітаційного профіля / Н. Г. Петрова, С. А. Калинина, Т. И. Миннуллин // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – 2016. – Т. XXIII. - №3. – С. 16- 17.

## ОБҐРУНТУВАННЯ СПІВПРАЦІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ШКІЛ З ТЕРИТОРІАЛЬНИМИ ЗАКЛАДАМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Горай О.В.

*Жиомирський медичний інститу Житомирської обласної ради*

**Актуальність теми.** Об'єктивним критерієм соціального розвитку держави і суспільства в цілому є здоров'я дітей та, на жаль, за даними медичної статистики щороку збільшується захворюваність дітей і зростає кількість дітей-інвалідів. Найбільша частота захворюваності спостерігається серед дітей від 0 до 6 років, а поширеність хвороб - серед дітей 15-17 років [1].

Наукові дослідження свідчать про значне погіршення стану здоров'я такого масового контингенту дитячого населення, як діти дошкільного і шкільного віку. Встановлено, що серед дошкільників здоровими є менше 25%, а близько 50% мають хронічні відхилення в стані здоров'я. Майже така ж ситуація спостерігається і серед школярів. Протягом шкільних років зменшується кількість здорових дітей та збільшується їх кількість з хронічною патологією, серед якої найвищі місця посідають хвороби ЛОР-органів, травлення, нервової системи, зору.

Така ситуація з погіршенням здоров'я учнів пов'язана з впливом соціальних і педагогічних факторів - з одного боку, а з другого - відсутністю належної організації диспансерного нагляду. На жаль, сьогодні не вирішено питання здійснення медичних оглядів школярів та їх оздоровлення [2].

Інформаційні перевантаження, модернізація учбового процесу без урахування гігієнічних вимог до його організації, поширення шкідливих звичок, гіподинамія, сучасні тенденції до «швидкої їжі», що спостерігаються у дитячому середовищі; відсутність сталих орієнтирів на здоровий спосіб життя вимагають від дитячого організму значного перенапруження, що, разом з іншими негативними факторами, призводить спочатку до функціональних порушень, а згодом до формування органічної патології. Саме тому у віковій групі дітей шкільного віку реєструється високий рівень захворюваності та виникнення хронічної патології.

Основною метою медичного забезпечення дітей в освітніх установах є збереження і зміцнення фізичного та психічного здоров'я (репродуктивного здоров'я), формування стійких стереотипів здорового способу життя (в тому числі медичної активності).

Медична профілактика включає такі напрямки діяльності, як імунізація, санітарно-епідеміологічний нагляд та здійснення програм раннього виявлення хвороб, кожний з яких добре інтегрований у медичне обслуговування населення.

Робота сестринського персоналу дошкільної організації складна і багатогранна, потребує професійних навичок і повинна містити профілактичні та оздоровчі заходи. З'ясовано, що в основному медичні сестри ДЗО виконують контролюючі функції, не здійснюючи в належному обсязі санітарно-освітню роботу з дітьми, їх батьками та вихователями, не проводять заходи із загартовування тощо [3].

Основною профілактичної та оздоровчої роботи в школі є контроль за станом здоров'я учнів. Етапність обстеження наступна: долікарське обстеження за допомогою скринінг-тестів (медична сестра/фельдшер школи); обстеження лікарем-педіатром учнів, виділених за допомогою скринінг-тестів; огляд лікарями-спеціалістами за направленням лікаря-педіатра [4].

Концепція Нової української школи (НУШ) ґрунтується на шести принципах, один з яких - здоров'я (формування здорового способу життя і створення умов для фізичного й психоемоційного розвитку).

Створена в Україні концептуальна рамка безпечної і дружньої до дитини школи (БДДШ), увібрала елементи найвідоміших у світі концепцій і моделей шкіл. Це система ідей,



інструментів і ресурсів, яка враховує важливі чинники організації шкільного життя, містить індикатори і зручні інструменти для системного планування, моніторингу та оцінки заходів, спрямованих на підвищення рівня безпеки, комфорту, якості навчання і самоврядування закладу освіти [5].

Шкільна медична сестра займається популяризацією здоров'я та безпеки серед учнів та їх сімей в рамках класних занять або інших заходів, через інформування за наступними темами: популяризація фізичної активності та здорового харчування; профілактика вживання алкоголю, відмова від паління; профілактика ненавмисного травмування, насильства та суїциду, поведінка при астматичних нападах; профілактика ВІЛ-інфекції, інших ЗПСШ та небажаної вагітності. Існує система для виявлення учнів з хронічними захворюваннями та нагляду за ними; системний підхід для направлення учнів за потреби до відповідних установ охорони здоров'я. В обов'язки медичної сестри входить контактування з батьками учнів, чий стан здоров'я оцінюється як такий, що потенційно потребує додаткових медичних послуг, і надання рекомендацій щодо необхідності подальшого огляду учнів терапевтом або лікарем-спеціалістом.

Відповідно до покладених завдань, заклади первинної медичної (медико-санітарної) допомоги беруть участь у проведенні профілактичних заходів в дошкільних навчальних закладах і навчальних закладах, що розташовані на прикріпленій території; взаємодіють з дошкільними навчальними закладами, навчальними закладами, на території обслуговування в інтересах збереження та зміцнення здоров'я населення [6].

Нормативи чисельності медичного персоналу повинні виходити з наповнюваності школи, графіка її роботи і віддаленості освітнього закладу від територіального закладу ПМД. Ефективність діяльності медичного працівника у сучасному закладі освіти зумовлюється перед усе тим, наскільки її результати можна ефективно використати у педагогічному процесі та корекційній психологічній роботі, як швидко медична інформація може бути опрацьована у всіх елементах системи «навчальний заклад» і використана не лише для попередження захворювань, але і для формування, збереження та зміцнення здоров'я школярів.

**Мета дослідження** – обґрунтування співпраці медичних сестер шкіл та з територіальними закладами первинної медичної допомоги щодо профілактики захворювань на сучасному етапі.

Для досягнення поставленої мети вирішувались такі **завдання**: 1.Провести аналіз вітчизняних та зарубіжних наукових джерел.

2.Розробити програму, етапи, методiku і методи дослідження. 3.Проаналізувати складові діяльності медичних сестер шкіл та ДДЗ в умовах інтеграції профілактичної діяльності з територіальними закладами первинної медичної допомоги, за результатами анкетування. Розробити організаційну модель лікувально-профілактичної діяльності в освітньому закладі.

4.Провести статистичну обробку результатів дослідження, сформулювати загальні висновки, розробити практичні рекомендації.

**Об'єкт дослідження**: профілактична діяльність медичних сестер закладів освіти.

**Предмет дослідження**: організаційні основи профілактичної діяльності, стандарти практичної діяльності, функціональні обов'язки медичної сестри.

**Методи дослідження**:

– бібліосемантичний – для вивчення вітчизняного та світового досвіду медико-профілактичного забезпечення дітей в освітніх установах;

– медико-соціологічний – для дослідження професійної компетентності та рівня надання послуг медичними сестрами шкіл та ДДЗ;

– медико-статистичний – для статистичної обробки отриманих результатів медико-соціологічного дослідження серед медичних сестер, визначення їх статистичної достовірності.

Робота виконана на кафедрі «Громалського здоров'я» Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради.

Усі дослідження виконані з дотриманням основних положень GCP (1996 р.), Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 4 квітня 1997 р.) та Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964–2000 рр.), наказу МОЗ України № 281 від 01.11.2000 р.

**Вірогідність** отриманих даних забезпечувались різнобічним теоретичним аналізом досліджуваної проблеми;

–методологічним обґрунтуванням вихідних позицій дослідження, застосуванням сукупності надійних діагностичних методик, адекватних меті і завданням дослідження;

–поєднанням якісного і кількісного аналізу отриманих емпіричних фактів;

–застосуванням методів математичної статистики із залученням сучасних програм обробки даних.

Об'єктивність отриманої соціологічної інформації забезпечувалась формуванням репрезентативних вибірок, відповідних визначеним генеральним сукупностям цільових груп, охоплених дослідженням.

**Теоретичне значення** дослідження полягає в доповненні знань щодо діяльності медичних працівників у сучасному закладі освіти.

**Практичне значення** дослідження полягає в тому, що його результати стануть підставою для удосконалення діяльності медичних сестер закладів освіти; для впровадження у навчальні програми вищих медичних навчальних закладів нових підходів до удосконалення підготовки медичних сестер, розширення їх практичної діяльності.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Неділько В. П. Здоров'я дітей та їх шкільна успішність / В. П. Неділько, С. А. Руденко // Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології. - 2014. - Т. 6, № 1. - С. 62.

2. Моїсеєнко Р. О. Медико-соціальні проблеми дітей шкільного віку у період адаптації до систематичного навчання та шляхи їх вирішення / Р. О. Моїсеєнко, Л. В. Квашніна, В. П. Родіонов // Перинатологія та педіатрія. - 2008. - N 3. - С. 73-76.

3. Синявская И. В. Оздоровительная работа дошкольной организации / И. В. Синявская, Е. В. Дятлова // Медицинская сестра. - 2014. - N 7. - С. 37-40.

4. Титова А. Д. Стандарты практической деятельности медсестры в школьной медицине / А.Д. Титова, С.И. Кулакина, И.А. Колесникова // Медицинская сестра. - 2003. №3. - С. 33-35.

5. Безпечна і дружня до дитини школа в контексті реформи «НУШ» / В. Пономаренко, Т. Воронцова, О. Сакович та ін. — К. : Алатон, 2020. — 64 с.

6. [Про затвердження Положення про центр первинної медичної \(медико-санітарної\) допомоги та положень про його підрозділи](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16#Text): наказ МОЗ України від 29.07.2016 № 801. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16#Text>

---

## ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТНЬОЇ ДІЯЛЬНОСТІ, СУЧАСНІ ВИКЛИКИ

Гордійчук С.В.

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

Проблема якості підготовки фахівців завжди знаходиться на першому місці будь-якого закладу вищої медичної освіти. Актуальність цього питання зумовлена передусім глобальними проблемами суспільства, умовами життя, вимогами сучасності. Зміна пріоритетів і цінностей освіти в Україні зумовлена переходом до науково-інформаційних технологій, що змінює всі аспекти життя й діяльності суспільства в цілому й окремої людини. Реалії сьогодення висувають інші вимоги до якості освіти, зокрема універсальності підготовки випускників закладів вищої медичної освіти, їхньої адаптації до соціальних умов, особистісної орієнтованості освітнього процесу, його інформатизації [1, с.11].

Сучасна вища освіта повинна поєднувати ідею вільного доступу молоді до вищих навчальних закладів із забезпеченням високої якості дипломів та інших професійних кваліфікацій з фундаментальною, загальнокультурною, практичною підготовкою фахівців, які мають визначати темпи і рівень науково-технічного, економічного та соціально-культурного процесу і формування інтелектуального потенціалу суспільства [2, с. 18]. Тому основними складовими чинниками вищої освіти на сучасному етапі слід вважати: відповідність освіти вимогам сьогодення; зростання якості та неперервності освіти; інтернаціоналізація вищої освіти.

Обґрунтовано, що ефективним інструментом забезпечення якості освітньої діяльності в ЗВО є інтернаціоналізація вищої освіти, під якою розуміють процес підвищення авторитету ЗВО серед споживачів освітніх послуг (абітурієнтів, роботодавців, держави та суспільства) за рахунок реалізації університетом потенціалу міжнародного співробітництва, в тому числі і з метою забезпечення підготовки конкурентоздатних фахівців, які б користувалися попитом на міжнародному (глобальному) ринку праці. Основними учасниками відповідного процесу є: наукова спільнота і адміністрація ЗВО; органи державної влади, до функціональних повноважень яких входять питання управління освітою; роботодавці міжнародного (глобального) ринку праці та інші представники закордонних інституцій, у тому числі й освітніх. Кожен із цих суб'єктів має свою частку компетенції у забезпеченні ефективності процесів інтернаціоналізації вищої освіти [3].

Формуючи сприятливе інституціональне середовище для підвищення рівня інтернаціоналізації вищої освіти, доцільно внесення зміни до таких нормативно-правових актів:

– Закони України «Про вищу освіту» та «Про освіту» – доповнити нормами щодо тлумачення змісту категорії «інтернаціоналізація освіти» та конкретизації змісту шляхів та принципів її забезпечення;

– Порядок та критерії надання закладу вищої освіти статусу національного, підтвердження чи позбавлення цього статусу (Постанова КМУ від 22.11.2017 р. № 912) – доповнити нормами щодо: наявності програм подвійних дипломів та навчальних програм, які викладаються англійською мовою; кількості (відсотку) іноземних викладачів, які беруть участь у реалізації навчальних програм в обсягах, наприклад, не менше 2 залікових одиниць (2 кредити ECTS); кількості (відсотку) іноземних студентів, які навчаються у ЗВО на денній та заочній формах навчання тощо;

– Положення про дослідницький університет (проект Положення був запропонований МОН для громадського обговорення 05.10.2018) – доповнити нормами щодо: участі в міжнародних університетських консорціумах із дослідження певної наукової проблематики; кількості поданих спільно з іноземними ЗВО або науковими установами заявок на отримання грантів тощо.

Встановлено, що для України важливими є питання: підвищення участі України у зовнішній системі забезпечення якості вищої освіти на міжнародному рівні; розробка та

запровадження правових механізмів участі роботодавців в процедурі контролю та суспільної відповідальності за якість вищої професійної освіти; запровадження постійно діючого моніторингу якості вищої освіти з урахуванням європейського досвіду; удосконалення рейтингової системи оцінювання результатів діяльності ЗВО як інструменту управління якістю вищої освіти; розвиток практики забезпечення доступності і прозорості інформації з питань забезпечення якості у вищій освіті на всіх рівнях: окремого ЗВО, національному та міжнародному рівнях [4, 5].

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Сучасна медична освіта: методологія, теорія, практика // Матеріали Всеукр. навч.-наук. конфер. з міжнар. уч. 19 бер. 2020 року. – МОЗ, УМСА. – Полтава. – 287 с.
2. Логуш Л. Г. Тенденції розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу: дис.... канд. пед. наук: 13.00.04 / Леся Геннадіївна Логуш; Київський ун-т ім. Б. Грінченка. – Київ, 2016. – 239 с.
3. Gordiichuk S. V. Quality Management of Educational Activities in the Training of Specialists in the Field of Health Care: the Case of Ukrainian Medical HEIs / Svitlana V. Gordiichuk, Irena E. Snikhovska, Liudmyla M. Kalinina, Olga V. Goray International Journal of Learning, Teaching and Educational Research Vol. 19, № 8. P. 371-392. URL: DOI: <https://doi.org/10.26803/ijlter.19.8.20> Published: August 2020 (SCOPUS database)
4. Гордійчук С. В. Якість як пріоритетний напрям освітньої діяльності медичного навчального закладу. Вісник Луганського національного університету ім. Т. Шевченка (Педагогічні науки). 2016. Вип. 6 (303), жовтень. С. 100-107.
5. Гордійчук С. В. Управління внутрішньою системою забезпечення якості освітньої діяльності у закладах медичної освіти. Збірник наукових праць «Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка». Вип. 5 (161). Серія: Педагогічна наука. С. 48-52.

---

### СПІВПРАЦЯ З ЦЕНТРОМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ, ЯК ПЛАТФОРМА ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ НАУКОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МАГІСТРІВ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «229 ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»

**Гринзовський А.М., Ряба Н.С.**

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

**Черненко Л.М., Кузін І.В.**

*Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України»*

**Ключові слова:** громадське здоров'я, магістратура, міжнародне партнерство.

**Актуальність проблеми:**

Сучасна парадигма підготовки фахівця в сфері охорони здоров'я обов'язково передбачає опанування методології проведення наукової діяльності. Діяльністю фахівця з громадського здоров'я є вивчення здоров'я населення України, пошук шляхів стабілізації і поліпшення стану навколишнього природного середовища України, що є найважливішими цілями вітчизняної та світової спільноти, які діють в інтересах здоров'я і благополуччя населення.

**Мета досліджень:** впровадження міжнародного досвіду наукової діяльності в систему підготовки магістрів зі спеціальності громадське здоров'я для покращення їх готовності до самостійної роботи на високому міжнародному рівні.

**Матеріали та методи:**

Здоров'я населення та безпечне середовище життєдіяльності людини є найбільшими цінностями, необхідними умовами в соціально-економічному розвитку держави та

формування високого рівня громадського здоров'я. Одні з найважливіших цілей основних політик України та прогресивної світової спільноти проявляються у збереженні здоров'я та забезпеченні повноцінного життя людей, що відображено засадами європейської політики

«Здоров'я - 2020: основи Європейської політики в підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя» та є ключовими підходами, які закладені в проєкт закону України «Про систему громадського здоров'я» [1].

Проєкт закону «Про систему громадського здоров'я» «...визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні з метою зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя, регулює суспільні відносини у сфері громадського здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя, визначає відповідні права і обов'язки державних органів та органів місцевого самоврядування, юридичних і фізичних осіб у цій сфері, встановлює правові та організаційні засади здійснення державного нагляду (контролю) у сферах господарської діяльності, які можуть становити ризик для санітарно-епідемічного благополуччя» [2].

На даний час ключовим елементом профілактичної медицини як складової системи охорони здоров'я залишалися Лабораторні центри Міністерства охорони здоров'я України та фахівці медико-профілактичного напрямку, які займаються питаннями державного нагляду за дотриманням санітарного законодавства знаходячись в системі Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів.

Пандемія COVID-19 нам усім довела, що нинішня система забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя залишилася неадаптованою щодо оновлених суспільних умов та не виправдовує сучасні підходи до епідеміологічного нагляду та зміцнення здоров'я населення. До основних проблем її функціонування можна віднести відсутність інформаційних систем обліку та моніторингу захворювань, котрі працюють в режимі реального часу; опрацювання інформації з паперових носіїв, що, відповідно, сповільнює передачу актуальної інформації і, як результат – необґрунтовані витрати людських ресурсів та не застосування її задля прийняття управлінських рішень; необґрунтованість обсягу даних, котрі підготовлюються для використання; відсутність геоінформаційних систем для ефективних обробок масивів даних у прив'язці до конкретної місцевості тощо.

Сучасна парадигма сфери охорони громадського здоров'я повинна бути пов'язана з розвитком наукових робіт із питань безпеки, оцінки ризику, канцерогенного та неканцерогенного медико-екологічного ризику для життя і здоров'я як на індивідуальному, так і популяційному рівні, які мають стати засадничими принципами в подальшій розбудові державної системи моніторингу за детермінантами здоров'я.

Безперечно, відкриття спеціальності «Громадське здоров'я» та підготовка фахівців у цій галузі є надзвичайно затребуваними з огляду як на суспільний запит щодо безпечного середовища життєдіяльності, біобезпеки, санітарно-епідемічного благополуччя населення, так і з боку держави у сфері національної безпеки [3].

У відповідності до п.3 Плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я, котрий затверджено Кабінетом Міністрів України від 18 серпня 2017 року за №560-р, передбачалися розробка та затвердження стандартів освіти та освітніх програм за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для забезпечення триступеневої підготовки (бакалаврату, магістратури та доктора філософії). На даний час у країні затверджено стандарти освіти для бакалаврату та магістратури.

Варто зазначити, що вітчизняні стандарти мало уваги приділяють науковій складовій в підготовці магістрів у галузі знань 22 – «Охорона здоров'я» за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» та не визначають, якими спеціалістами будуть фахівці, що підготовлені за цими програмами.

Підготовку спеціалістів з громадського здоров'я в Європі здійснюють Школи громадського здоров'я - члени ASPHER (Асоціація шкіл громадського здоров'я в Європейському регіоні, яка об'єднує навчальні заклади 39 країн). На теренах, які раніше

входили до складу СРСР, підготовка фахівців за європейською моделлю на факультеті (у школах) громадського здоров'я здійснюється у Казахстані, Азербайджані, Киргизії, Грузії тощо.

Навчання дозволяє отримати ступінь «Магістр громадського здоров'я» за 11 напрямками:

- гігієна навколишнього середовища;
- професійна гігієна;
- епідеміологія;
- здоров'я населення;
- зміцнення здоров'я;
- харчування;
- державна охорона здоров'я;
- дослідження в області громадського здоров'я;
- інформаційні системи з питань охорони здоров'я;
- організація лікарняного обслуговування;
- адміністративне керівництво охороною здоров'я.

Програма навчання – це не менше 60 кредитів ECTS; із них, навчання за кордоном - не менше 12 кредитів ECTS; в дипломній роботі не менше 20% матеріалу має бути присвячено ситуації в Європі [4].

Зміни у медичній освіті є невід'ємною складовою трансформації у системі охорони здоров'я. Залучення досвіду Міжнародної асоціації інститутів громадського здоров'я (IANPHI) ( а це 108 інститутів-членів IANPHI громадського здоров'я з поміж 93 країн світу) в проведенні досліджень стану здоров'я дозволить вивести підготовку фахівців з громадського здоров'я, в тому числі і питання проведення наукових досліджень, на світовий рівень. [5].

Центр громадського здоров'я України має широкі міжнародні зв'язки та всі необхідні ресурси для допомоги в організації та проведенні наукових досліджень магістрів, а у перспективі і докторів філософії, закладам вищої освіти, які ведуть підготовку фахівців за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я».

Центр громадського здоров'я України має ряд угод із міжнародними партнерами, в рамках яких передбачено різні напрямки діяльності та активності, до яких можуть бути залучені як здобувачі вищої освіти, так і їх наукові керівники [6].

Міжнародні проекти виконуються з наступними донорами: Центрами контролю та профілактики захворювань США (CDC); Департамент охорони здоров'я та соціального забезпечення США (DHHS); Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією; Міністерство закордонних справ Норвегії.

Окрім інституціональної підтримки системі громадського здоров'я України, міжнародні партнери звертають увагу на розвиток готовності до реагування на надзвичайні ситуації; розробку і впровадження національних систем протимікробної резистентності (ПМР) та систем профілактики інфекцій та інфекційного контролю (ПІК) в закладах охорони здоров'я; удосконалення інформаційних систем із імунізації; впровадження системи управління/поліпшення якості лабораторій; забезпечення стабільних знижень тягаря ТБ і ВІЛ-інфекції способом налагодження універсальних доступів для своєчасних та якісних діагностик та лікування ТБ і МРТБ; більше використання методів у профілактиці, діагностиці та лікуванні з доведеною ефективністю та побудовою гнучких і стійких систем охорони здоров'я; розробку та підтримку національних та регіональних профілів охорони здоров'я.

Спільний проект з CDC, направлений на підготовку фахівців на засадах прикладної епідеміології, головним принципом має застосування науково обґрунтованих даних для вимірювання факторів ризику та сприяння покращенню здоров'я населення [7].

Окремо варто відзначити спільний проект з Європейським Союзом, метою якого являється надання підтримки Україні задля розвитку сучасної системи громадського здоров'я, модернізація та розвиток системи громадського здоров'я в Україні задля

ефективного попередження та контролю захворювань згідно законодавства, вимог та практик ЄС. Серед завдань проекту зазначено 1. Консолідація та функціонування Центру громадського здоров'я України згідно науковим, технологічним та епідеміологічним змінам;

2. Упровадження та погодження з вимогами ЄС нормативно-правової бази в мережі громадського здоров'я; 3. Підсилення інституційних спроможностей Центру громадського здоров'я України відповідно до зазначення стандартів, розробки програм, виконання ключових функцій у сфері громадського здоров'я та в наданні технічних консультацій МОЗ;

4. Запровадження надійної системи в епідеміологічному нагляді інфекційних та неінфекційних захворювань; 5. Імплементация Міжнародних медико-санітарних правил (ММСП) задля мети попередження міжнародного поширення захворювань, захисту від них і контролю, а також реагування системи громадського здоров'я; 6. Розробка національної нормативно-правової бази стандарту безпеки та якості крові, відповідної до вимог ЄС тощо [5].

**Результати та їх обговорення:** Формування програми наукових досліджень з розвитку нормативно-правового базису системи громадського здоров'я є тією нагальною потребою, яка історично була однією з найслабших ланок профілактичної медицини на всіх її історичних етапах розвитку та на даний час потребує розвитку в міжсекторальному контексті [8].

Таким чином, створення на базі Центру громадського здоров'я платформи імплементації міжнародного досвіду наукової діяльності при підготовці магістрів зі спеціальності 229 «громадське здоров'я» дозволить підвищити конкурентоспроможність вищої медичної освіти в Україні, вивести її на якісно новий рівень і внаслідок цього - підвищити якість надання медичних послуг населенню.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Санітарне законодавство України: генезис та тенденції розвитку : автореф. дис ..... д-ра мед. наук : 14.02.01 / А. М. Гринзовський; Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця. - Київ, 2015. - 35 с.
  2. Проект Закону про систему громадського здоров'я №: 4142 від 22.09.2020 [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=70025](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=70025)
  3. Розбудова системи громадського здоров'я в контексті доктрини «Україна 2030» . / Гуцук І.В. / Україна 2030. Консолідація мислення - консолідація дій. К., СПД В. Павленко, 2018. - 160 с.
  4. Удосконалення системи підготовки фахівців для установ і закладів санітарно-епідеміологічної служби України в умовах її оптимізації / Москаленко В.Ф., Яворовський О.П., Омельчук С.Т., Гринзовський А.М./ «Гігієнічна наука та практика : сучасні реалії» / Матеріали XV з'їзду гігієністів України. 20-21 вересня 2012 року. Львів 2012. – С. 38-42.
  5. <https://phc.org.ua/news/predstavniki-vooz-aspher-ta-ianphi-proveli-navchannya-z-oglyadu-klyuchovikh-kompetenciy>
  6. <https://phc.org.ua/pro-centr/proekti>
  7. <https://phc.org.ua/pro-centr/intervenciyna-epidemiologichna-sluzhba>
  8. Становлення нормативно-правової бази системи охорони здоров'я України в 20-30 роках ХХ століття / А. М. Гринзовський // Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. №1. 2013. – С.45-49.
-

# ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З СКОЛІОТИЧНОЮ ПОСТАВОЮ

Гроскоп Л.В., Філак Я. Ф.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

**Ключові слова:** сколіотична постава, фізична терапія, сегментарно-рефлекторний масаж, порушення постави.

**Актуальність теми.** Сколіотична постава (СП) – поширене порушення, характерне для дітей шкільного віку, яке згодом може призвести до розвитку серйозних ускладнень діяльності різних органів і систем та сколіозу. Особливої гостроти ця проблема набуває у дітей, які перебувають в умовах школи інтернатного типу, де інтенсифікація і диференціація сучасного навчального процесу, збільшення об'єму навантажень, невідповідність методик навчання віковим та функціональним можливостям школярів, малорухливий спосіб життя, захоплення комп'ютерними іграми, і небажання займатися спортом призводить до виснаження адаптаційних резервів дитячого організму, виникнення порушень постави, появи хронічних патологій [1, 3].

У спеціальній науковій літературі, яка стосується проблеми виникнення та корекції порушень постави, достатньо розроблено методик визначення видів порушення постави та їх діагностики. Значну частину праць із цієї проблематики присвячено розробці загальних основ раціоналізації рухових режимів конкретних вікових груп дітей та підлітків. Разом з тим, відомості про об'єктивні показники фізичного здоров'я дітей, які мають порушення постави, практично відсутні. Актуальність дослідження, таким чином, впливає із важливості проблеми визначення стану фізичного здоров'я дітей середнього шкільного віку та профілактики порушення постави [3, 5].

**Мета роботи** – удосконалити та науково обґрунтувати програму фізичної терапії для дітей молодшого шкільного віку з сколіотичною поставою.

**Методи дослідження.** З цією метою нами було проведено обстеження у 20 хворих на сколіотичну поставу віком від 13 до 14 років, з них 12 хлопчиків і 8 дівчат. При поступленні на відновне лікування в поліклінічне відділення міської клінічної дитячої лікарні, м. Ужгорода пацієнти були детально обстежені. За даними опитування, практично всі пацієнти скаржилися на дискомфорт і болі в грудному відділі хребта, які відзначали 80,0% хворих. Обмеження рухливості хребта відзначали 70,0 % пацієнтів. Всім школярам з сколіотичною поставою проводили 5 тестів: тест біля вертикальної площини, біля дзеркала на симетричність постави, тест на розташування остистих відростків на одній вертикальній лінії, тест на рівність трикутників талії, тест на симетрію кутів обох лопаток, тест на виявлення функціонального блоку прямих м'язів спини при нахилі хребта. У обстежених дітей виявлено порушення постави у фронтальній площині.

**Результати та їх обговорення.** Найбільш характерними були відхилення хребців від вертикальної лінії вправо та розташування надпліч, плечей на одному рівні, симетричність трикутників талії. У обстежених пацієнтів виявлено відхилення від норми у сагітальній і фронтальній площинах. Тест на розташування кутів обох лопаток на одній горизонтальній лінії: сильний ступінь виявлений у 20,0% школярів, середній – 50,0%. Сильний ступінь змін симетричності трикутників талії виявляли у 20,0% хворих, середній відповідно у 50,0% пацієнтів. Показники витривалості сили м'язів спини школярів до проведення реабілітаційних заходів становили  $120 \pm 8,8$  сек. У школярів з сколіотичною поставою ці показники нижчі від норми. В нормі у дітей 13 – 14 років час стомлення м'язів настає через 3 – 4 хвилини.

Для профілактики та корекції сколіотичної постави (СП) розроблено спеціальну програму, яка включала: загальне зміцнення організму, підвищення неспецифічної резистентності організму, створення сприятливих фізіологічних умов для збільшення рухливості хребта, нормалізація фізичного розвитку, підвищення витривалості та



працездатності. У розробленій нами програмі вирішувалися завдання щодо покращення фізичного стану організму, який напряду залежать від постави, а саме: корекція деформацій хребта, нормалізація функцій органів травлення, зміцнення м'язової системи, закріплення навичок правильної постави, покращення стану органів дихання і серцево-судинної системи, покращення емоційного стану. Профілактичні заходи для дітей зі сколіотичною поставою одночасно вирішували такі завдання: зміцнення м'язів спини і грудей, усунення асиметрії м'язового тону тулуба з застосуванням симетричних та асиметричних вправ, зміцнення м'язів черевного пресу. При складанні плану профілактичних заходів враховували такі фактори, як: вік, стать, рівень фізичної підготовленості, реакція організму на фізичне навантаження (тренуваність), індивідуальні особливості дитини. Для цього в програму фізичної терапії для дітей, з сколіотичною поставою, яка розрахована на шість місяців входили: лікувальна гімнастика, класичний і сегментарно-рефлекторний масаж, ультразвукова терапія паравертебрально, плавання, рухливі ігри, освітні програми (лекції, групові та індивідуальні бесіди тощо).

В результаті проведеного курсу реабілітації відзначається покращення клінічних проявів захворювання у школярів з сколіотичною поставою. Болі в грудному відділі хребта вірогідно зменшилися з 80,0% до 30,0%. Обмеження рухливості хребта після реабілітації відзначали лише 15,0% пацієнтів. Після проведення реабілітаційних заходів всім школярам повторно проводили 5 тестів для оцінки стану хребта. Відзначається позитивна динаміка соматоскопічного обстеження хребта у пацієнтів з сколіотичною поставою (табл. 1).

*Таблиця 1*

**Динаміка соматоскопічних показників хворих на сколіоз експериментальної групи після реабілітації**

№ п/п	Назва тестів	Ступінь порушення						
		Сильний (%)		Середній (%)		Слабкий (%)		Норма
		До	Після	До	Після	До	Після	
1	Відхилення хребців від вертикальної лінії вправо або вліво	20,0	10,0	40,0	20,0	40,0	30,0	30,0
2	Розташування надпліч, плечей на одному рівні	10,0	-	50,0	30,0	40,0	40,0	30,0
3	Розташування кутів лопаток на одній горизонтальній лінії	20,0	-	50,0	20,0	30,0	40,0	40,0
4	Симетричність трикутників талії	20,0	10,0	40,0	20,0	40,0	40,0	30,0
5	Розташування сідничних складок на одному рівні	10,0	10,0	40,0	20,0	50,0	40,0	30,0
6	Вигини хребта в сагітальній площині	10,0	10,0	50,0	20,0	50,0	40,0	30,0
Загальна кількість пацієнтів:		20,0	10,0	50,0	20,0	40,0	40,0	30,0

Сильний ступінь порушення розташування надпліч, плечей на одному рівні після реабілітації у школярів не виявляли, середній і легкий відповідно 30,0% і 40,0% хворих. Нормалізувалася постава у 30,0% пацієнтів. Такий важливий соматоскопічний показник, як симетричність трикутників талії нормалізувався у 30,0% пацієнтів. Сильний ступінь порушення відзначали лише у 10,0% школярів, середній і легкий після реабілітації виявляли відповідно у 20,0% і 40,0% пацієнтів. Проведені нами соматоскопічні дослідження свідчать про збільшення загальної кількості пацієнтів з легким ступенем сколіозу 40,0%, у шістьох пацієнтів 30,0% нормалізувалися показники постави. Таким чином, даними соматоскопічного обстеження можна судити про ефективність застосування засобів фізичної реабілітації. Показники сили м'язів після комплексу реабілітаційних заходів помітно зросли.

**Висновки.** 1. У більшості школярів з сколіотичною поставою відзначається дискомфорт в грудному відділі хребта, порушення у фронтальній площині, а саме: тести на розташування остистих відростків на одній вертикальній лінії і на симетричність трикутників талії сильний ступінь відзначали 20,0% пацієнтів, середній – 50,0%.

2. Показники витривалості сили м'язів спини, рухливості хребта також знижені. Під впливом комплексної програми реабілітації, відмічено більш виражену позитивну динаміку клінічних даних, показників соматоскопічного обстеження.

3. Проведені нами соматоскопічні дослідження свідчать про збільшення загальної кількості школярів у яких нормалізувалася постава, у 30,0% пацієнтів нормалізувалися окремі показники деформації постави.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Белоусова Т.П. Коррекция позвоночника / Т.П.Белоусова. – Запорожье : Медицина, 1996. – 348 с.

2. Вайнруб Е.М., Волощук А.С. Гигиена обучения и воспитания детей с нарушениями осанки и больных сколиозом / Е.М.Вайнруб, А.С.Волощук.- К.: Здоров'я, 1988.- 137 с.

3. Котешева И.А. Нарушения осанки. Лечение и профилактика /Ирина Анатольевна Котешева.- М.: Изд-во Эксмо, 2004.- 208 с.

4. Мурза В.П. Фізичні вправи і здоров'я /Віталій Петрович Мурза.- К.:Здоров'я, 1991.- 256 с.

5. Язловецкий В.С. Физическое воспитание подростков с ослабленным здоровьем. – К.: Здоров'я, 1987. – 136с.

---

## ДО ПРОБЛЕМНИХ ПИТАНЬ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ

**Дидяк М.М.**

*Ужгородський Національний університет*

Туберкульоз (далі - ТБ) залишається однією з основних причин смерті від інфекційних захворювань у сучасному світі. Щороку від нього помирає близько 2 млн осіб. Несвоєчасно виявлений туберкульоз призводить до формування запущеного процесу, який є вагомою причиною невдач лікування та збільшення частоти летальних випадків. Водночас, надзвичайно високий рівень поширеності туберкульозу спостерігається й в Україні та зумовлений низкою соціально-економічних проблем, у т.ч. пов'язаних із наявними факторами ризику та окремими верствами населення, так званими групами ризику захворювання на ТБ, які утворилися у суспільстві внаслідок не вирішення зазначених проблем впродовж тривалого періоду часу.

Метою нашого дослідження є виявлення проблемних питань щодо профілактики та лікування ТБ в Україні.

Досліджуючі наукові публікації вчених та практиків, що вивчають та висвітлюють національний стан справ щодо розвитку проблем ТБ в Україні, нам вдалося виявити низку невіршених питань.

Треба заважити, що робота із виявлення та залучення до груп ризику усіх потребуючих цього осіб, як і профілактика у вже існуючих групах захворювання на ТБ, в Україні практично не здійснюється. До груп ризику включаються ті категорії населення, які легше обстежити. Відтак, щороку існує значний прошарок населення (не менше 10,0% від числа тих, які мають пройти профілактичне обстеження), яке не проходить обстеження на ТБ протягом 10 років і більше. Сьогодні держава піклується незначною кількістю соціальних груп, віднесених до категорії підвищеного ризику щодо ТБ. Це знижує рівень уваги системи охорони здоров'я до проблеми ТБ.

До того ж, близько 65,0% нових випадків захворювання на туберкульоз припадає на соціально-дезадаптовані та соціально незахищені верстви населення - складні і малодоступні для органів охорони здоров'я (як-то бездомні, мігранти, ромське населення). Проблемою для вирішення вважаємо відсутність складеного, належно описаного, нормативно закріпленого за окремими органами державної виконавчої влади повного переліку всіх груп ризиків із чітко визначеним порядком проведення профілактики, лікування та особливостями виявлення ТБ в цих групах.

Однією з переважаючих причин низької ефективності лікування хворих на туберкульоз є пізні виявлення, найчастіше за зверненням, із масивним бактеріовиділенням, поширеним процесом і деструкціями. Так зване "виявлення хворих на ТБ за зверненням" - діагностика та диференційна діагностика захворювань, пов'язаних з симптомами бронхо-плевро-легеневого синдрому - складний, тривалий процес, що проводиться за особливих умов, що не забезпечені для сімейних і дільничних лікарів. Воно дозволяє виявляти лише хворих з бактеріовиділенням, тобто, занедбані форми ТБ, що є ризиком зараження для сім'ї, роботи, медичних працівників та інших контактуючих.

Наголосимо, що ще одна проблема в тому, що ТБ сам по собі є потужним чинником соціального ризику - навіть не у витратах на лікування, а у випадінні з соціальних зв'язків, щонайменше на шість місяців, втрати статусу, погіршення умов життєдвильності, психологічного стану. Важливим для вирішення вважається, ми погоджуємося, формування обізнаності пацієнта про зміни у житті, які несе із собою ТБ, як умови забезпечення прихильності до лікування.

Одним із аспектів проблем проведення протиТБ терапії є співпраця лікаря-пацієнта, адже серед пацієнтів значна частка - соціально-дезадаптовані особи із саморуйнівною поведінкою, низькою прихильністю до терапії тощо. та/або хронічні хворі з невиліковними формами ТБ, які потребують комплексної паліативної допомоги. Від лікаря вимагається ефективність комунікативних навичок, високоякісні професійні знання та вміння застосовувати різні моделі поведінки у взаємовідносинах з пацієнтом - це теж становить частини проблем даної тематики.

Останнім часом точаться дискусії щодо вибору організаційної форми лікування ТБ легень: при сформованій десятиліттями перевазі стаціонарного лікування є багато рекомендацій щодо лікування в амбулаторних умовах, в денному стаціонарі у розрізі раціонального розподілу фінансових потоків, усунення небезпеки внутрішньо-лікарняного інфікування, ут.ч. госпіталізованих хворих.

Захворюваність на всі форми активного ТБ, смертність від ТБ в Україні (2007-2018 роки) знизилася з 79,9 до 50,5 випадку на 100 тис. населення, або на 2,7 % та прогнозування розвитку епідеміологічної ситуації на найближчі 5 років (рис. 1). Смертність - зросла з 9,3 до 9,4 випадків, або на 1,1 %. (Розраховано на постійне населення України станом на 1 січня 2019 року – 42 216 766). Проблемою є сповільнення зниження захворюваності на всі форми активного ТБ від 2015р., а рівні захворюваності - невпинно зростають, перевищуючі епідпоріг.

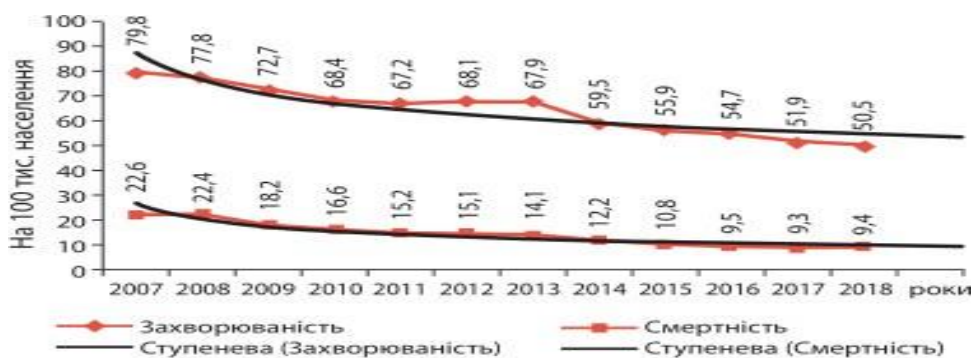


Рис. 1. Захворюваність на всі форми активного ТБ, смертність від ТБ в Україні (2007- 2018 роки) та прогнозування розвитку епідеміологічної ситуації на 5 років за допомогою трендів

Наступним проблемним аспектом виділемо стабільне зниження частки охоплення дорослого населення профілактичними флюорографічними оглядами динаміка яких становить менше 50 %, що значно погіршує виявлення та діагностику ТБ легень; при цьому проблемною є соціальна структура захворілих - понад 1/2 - (12 062 захворілих) - непрацюючі особи працездатного віку, 2 769 - пенсіонери, 2 446 - робітники. Така соціальна структура хворих зберігається понад 10 років.

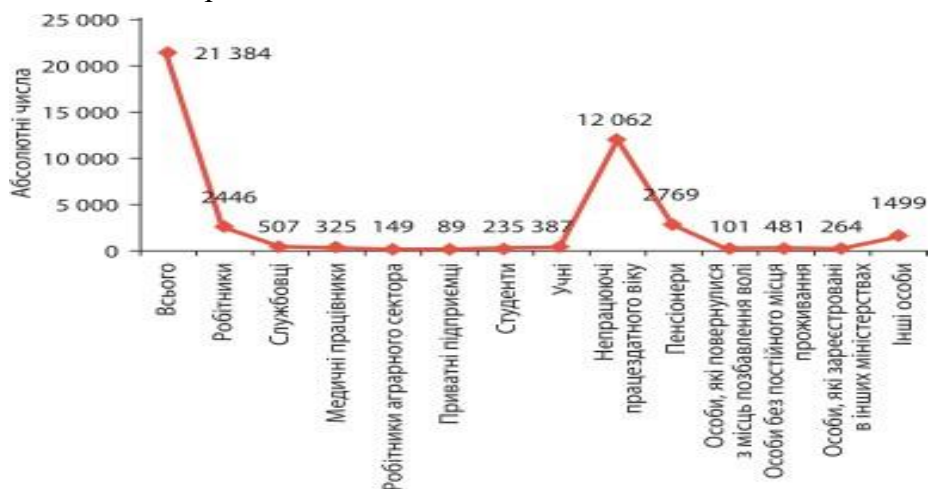


Рис. 2. Соціальна структура захворілих на ТБ у 2018 році

Проблема зростання захворюваності на ТБ контактних осіб (рис. 3) у 2018 масштабувалася на 30,2 %, а за останні 10 років - на 190 %, або майже удвічі. Захворюваність на ТБ із бактеріовиділенням представлено (рис. 4) за останні 5 років практично постійно знижується, що, на жаль, може вказувати на погіршення діагностики ТБ.

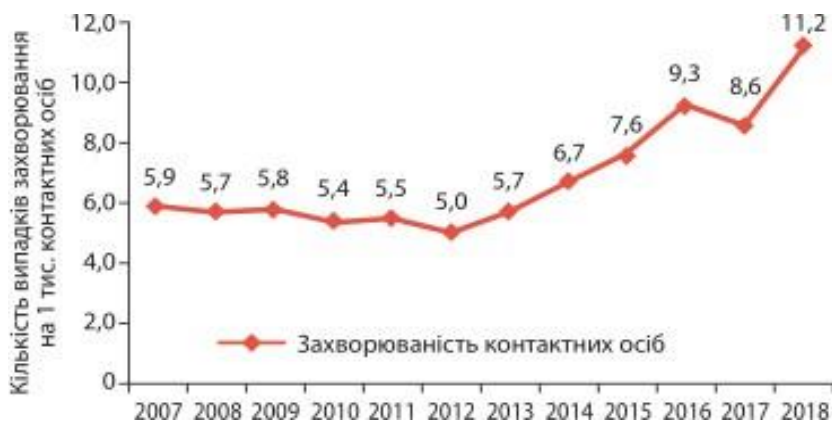


Рис. 3. Захворюваність на ТБ контактних осіб (на 1 тис.)

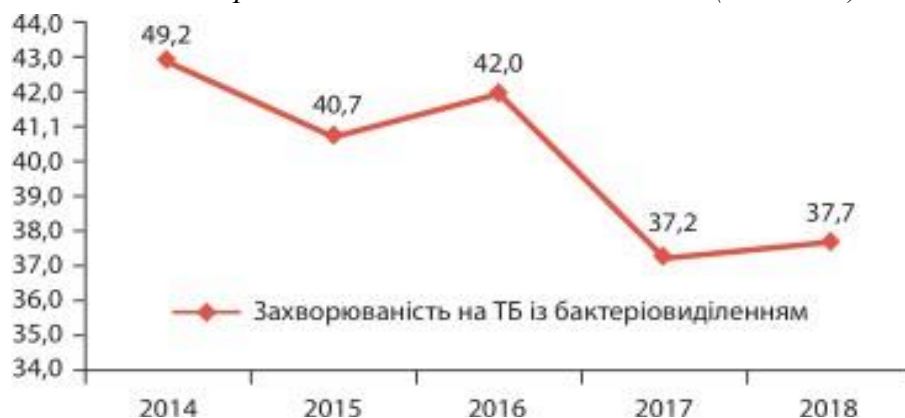


Рис. 6. Захворюваність на ТБ із бактеріовиділенням

Відтак, можемо підсумувати, що ретельний огляд наукової літератури дозволив виявити прогалини у вирішенні проблематики ТБ в Україні, у т.ч. вказуючи на наявність складної епідеміологічної ситуації у даному контексті, але, зауважимо, спостерігається дещо позитивна динаміка та певні успіхи у боротьбі з ТБ. Такими, що потребують додаткової уваги та заходів щодо вирішення вважаємо, серед інших, проблему щодо показників, вищих від епідемічного порогу, не дивлячись на певну стабілізацію епідемічного процесу щодо ТБ; низьку ефективність лікування хворих на ТБ, пов'язану із зростанням кількостей пізньоговиявленням захворювання, що напряду пов'язано з погіршенням соціально-економічного становища людей в країні: проблему затримки діагностування та своєчасного початку адекватного лікування, основними причинами якого є: географічна та логістична важко доступність діагностики, недостатня обізнаність населення щодо ТБ, недостатня мотивація проходити діагностику, починати лікування, з іншого боку - кваліфікованість медичного персоналу та стигматизація хворих на ТБ тощо; питання щодо забезпечення прихильного ставлення хворих до завершення повного курсу лікування, що потребує спец мотивації, з урахуванням чинників та інтересів хворого, відповідного психологічного супроводження умовою та активної міжвідомчої взаємодії у справі профілактики та лікування хворих на ТБ. Дані висновки актуалізують важливість та вагомість подальшого вивчення питань щодо забезпечення ефективності профілактики та лікування ТБ в Україні.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Мельник В.М. Проблема низької ефективності лікування хворих на туберкульоз легень / В. М. Мельник, І. О. Новожилова, В. Г. Матусевич // Український пульмонологічний журнал. - 2019. - № 1. - С. 25-32. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Upj\\_2019\\_1\\_5](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Upj_2019_1_5)
2. Операційне дослідження «Причини затримки лікування туберкульозу, зумовлені системою охорони здоров'я» фінальний звіт проекту. Київ. 2016;108с. Режим доступу: [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00MHB7.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00MHB7.pdf)
3. Фінальний звіт проекту «Аналіз прогалин у лікуванні туберкульозу», 05.01.2017. Режим доступу: <http://tb.ucdc.gov.ua/finalnyy-zvit-proektu-analiz-progalyn-u-likuvanni-tuberkulozu>
4. Пьянзова ТВ. Информационная среда больных туберкулезом и ее влияние на приверженность терапии. Туберкулёз и болезни лёгких. 2012;(5);33–36.
5. Феценко Ю.І., Мельник В.М., Гуменюк М.І., Линник М.І. Епідеміологічна ситуація з туберкульозу в Україні. *Infusion & Chemotherapy*. 2019. No4. 5–9. DOI :10.32902/2663-0338-2019-4-5-9
6. Дидяк М.М. Поширення туберкульозу в Закарпатській області. Еконгоміка і право охорони здоров'я. 2020. No 2 (12). С. 65-69.

---

## ОБГРУНТУВАННЯ АКТУАЛЬНОСТІ ВИКЛАДАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «ЕКОНОМІКА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я» ДЛЯ МАГІСТРІВ ГАЛУЗИ ЗНАНЬ «ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я»

**Дмитрук О.В.**

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**Ключові слова:** система громадського здоров'я, навчальна дисципліна, медична інтервенція, економіка, ефективність, ресурси, вигоди.

**Актуальність проблеми.** Вид діяльності має місце тоді, коли витрачаються ресурси для створення конкретної продукції чи надання послуг. Не є виключенням і виробництво медичних, в т. ч. профілактичних послуг, яке включає затратну частину – витрати ресурсів, якіє в суспільстві обмеженими і мають бути певним чином оплачені, а це означає, що мова йде суто економічні категорії. Сьогодні відбувається усвідомлення значення охорони

здоров'я, як галузі діяльності, в економічному зростанні держави за рахунок відтворення трудового потенціалу. Тому необхідність вивчення спеціальної науки «Економіка громадського здоров'я» про раціональне й ефективне використання ресурсів суспільства на забезпечення зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом організованих зусиль суспільства не викликає жодних сумнівів.

**Мета дослідження** – обґрунтувати потребу викладання даної навчальної дисципліни та правомірність її включення до програмного плану забезпечення надання магістерського рівня вищої освіти, галузі знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальності 229 «Громадське здоров'я».

**Матеріали та методи.** В дослідженні використані відомі загальнофілософські та загальнонаукові методи, а також спеціальнонаукові методи економічного аналізу.

#### **Результати та їх обговорення.**

«Економіка громадського здоров'я» виділилася в окрему самостійну науку порівняно недавно, завдяки всебічному розвитку сфери охорони здоров'я, як великої, ресурсоемної галузі народного господарства та удосконаленню процесів управління галуззю. Її мета – це розробка таких форм і методів економічного управління системою громадського здоров'я, які дозволять підвищити ефективність діяльності системи та забезпечити справедливий розподіл фінансових ресурсів, в т.ч. зменшити економічне навантаження на бюджет охорони здоров'я в цілому. Економіка громадського здоров'я включає вирішення таких завдань:

- визначення організаційно-економічних форм функціонування підрозділів системи громадського здоров'я;
- визначення шляхів покриття витрат на забезпечення реалізації функцій даної системи;
- визначення ресурсних можливостей складових її підрозділів;
- розробка економічної нормативної бази системи (в першу чергу, норм та нормативів);
- визначення напрямів досягнення економічної результативності та ефективності діяльності системи на основі впливу на кінцеві результати, а саме показники популяційного здоров'я населення; рівень доступності медичної допомоги; задоволеності населення медичним обслуговуванням та ін.

Перший частина (змістовний модуль 1) навчальної дисципліни передбачає, як правило, розкриття змісту і набуття компетенцій щодо здійснення економічного управління та застосування спеціальних методів економічного аналізу. Так економічне управління для окремого суб'єкта господарювання системи громадського здоров'я можна визначити, як комплекс системно розроблених, економічно обґрунтованих управлінських рішень, які ґрунтуються на правильно взаємоузгоджених ключових параметрах ефективної діяльності. В менеджменті системи громадського здоров'я економічне управління покликане забезпечити максимізацію (зростання) цінності усіх структурних елементів системи для зацікавлених в її діяльності осіб.

Економічне управління розглядається і як стратегічне, поточне та оперативне планування діяльності усієї системи та її структурних елементах, яке дозволяє створити систему планових документів щодо визначення змісту та певного порядку дій у досягненні поставлених цілей. Реалізація планування забезпечується спеціальними методами: експертним, програмно-цільовим, нормативним, індикативним, факторним, аналітичним, балансовим, економіко-математичного моделювання та ін.

В свою чергу, економічний аналіз, як метод економічного дослідження явищ, дозволяє забезпечити об'єктивну оцінку результатів діяльності, як окремих закладів, так і загалом системи громадського здоров'я, здійснити контроль з метою виявлення й усунення недоліків у процесі функціонування, віднайти внутрішньогосподарські резерви і шляхи їх ефективного використання. Без знань методів економічного аналізу неможливо визначити різні види ефективності діяльності системи, здійснити оцінку фінансового стану структурних

підрозділів системи на основі вивчення залежності і динаміки ряду показників. А також зрозуміти сутність збитків, які несе суспільство і виробничі підприємства в результаті тимчасової втрати працездатності, інвалідності та передчасної смерті серед зайнятого в економіці країни населення та визначити способи їх відвернення. Адже, щоб визначити потенційні вигоди та збитки від впровадження певного виду медичної інтервенції (схеми лікування чи способу профілактики), потрібно зрозуміти, від чого потрібно відмовитися. І навпаки, щоб визначити альтернативну вартість медичної інтервенції для здоров'я населення, потрібна якісна оцінка граничної ефективності системи громадського здоров'я, яка потребує спеціальних знань та володіння відповідними навичками.

Зокрема, використовуючи спеціальний метод «Аналіз загальної вартості захворювання» (cost of illness) можна прорахувати розмір витрат при використанні різних методів (технологій) лікування. За допомогою методу «мінімізації витрат» (cost minimization analysis) вдається порівняти витрати, за умови однакової ефективності застосовуваних методів (технологій) або лікарського засобу та підтвердити перевагу більш дешевого, що дозволяє заощадити кошти. Знання методу «витрати-корисність (cost-utility analysis) дозволяє провести порівняння вартості медичної інтервенції в грошовому вираженні з її ефективністю в показниках корисності (утилітарності) – результатах, виражених у показниках якості життя людини. А процедура аналізу «витрати-вигода (cost-benefit analysis) забезпечує можливість порівняти різні медичні технології (наприклад комплекс профілактичних заходів проти грипу з методом лікування гепатиту С), оскільки, оцінює і витрати, і результати втручання в грошовому еквіваленті.

Друга частина (змістовний модуль 2) присвячена розгляду механізмів та джерел фінансування системи громадського здоров'я, а також теоретичних і прикладних аспектів маркетингової діяльності. Саме фінансове забезпечення є одним із основних чинників, що впливає на розвиток системи громадського здоров'я й соціально-економічну її результативність. Воно є механізмом, який включає процес формування, розподілу і раціонального використання фінансових ресурсів, спрямованих на профілактику і підтримання повноцінного здоров'я людини. Знання форм та способів фінансового забезпечення діяльності – основа спроможності у повному обсязі забезпечити усі потреби системи громадського здоров'я.

Маркетинг – підсистема економічного управління, яка дозволяє адаптувати структурні підрозділи системи громадського здоров'я до діяльності в ринкових умовах господарювання, орієнтувати діяльність на потреби і вимоги суспільства. Практичні навички з маркетингу – те, що необхідне для аналізу ринку, просування видових послуг до споживача та управління маркетингом. Пріоритетність цілі збереження і підтримання певного рівня здоров'я населення у тандемі з сучасними маркетинговими технологіями сприяє підвищенню результативності виконання цілі і розширенню ресурсного потенціалу галузі охорони здоров'я в цілому.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** З вище наведеного та згідно з вимогами Стандарту вищої освіти, Освітньої професійної програми підготовки магістра з громадського здоров'я, дисципліна «Економіка громадського здоров'я» забезпечує набуття тими, хто навчається, крім загальних, необхідних фахових (предметних) компетентностей. Зокрема, фахівець з громадського здоров'я після вивчення даної дисципліни матиме:

- здатність оцінювати, інтерпретувати, порівнювати та прогнозувати основні показники громадського здоров'я;
- здатність визначати пріоритети і проводити оцінку потреб (аналізувати ринок послуг) сфери громадського здоров'я у конкретній ситуації;
- здатність розробляти варіанти стратегій, політик та визначати окремі інтервенції, спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я населення, та оцінювати їх ефективність;
- здатність аналізувати стратегії, політики та інтервенції в сфері громадського здоров'я та пропонувати заходи щодо підвищення ефективності використання наявних коштів;



- здатність застосовувати принципи маркетингу, розробляти заходи з адвокації, комунікації та соціальної мобілізації у сфері громадського здоров'я;
- здатність застосовувати наукові підходи щодо планування дизайну досліджень, збору даних, розповсюдження та використання результатів наукових досліджень у сфері громадського здоров'я.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Баєва О.В. Економіка та підприємництво в охороні здоров'я: навч. посіб. / О.В. Баєва, В.І. Чебан. – К. : Вид-во БДМУ, 2013. – 360 с.
2. Економіка охорони здоров'я: навч.-метод. посіб. укл. : А.Г. Ахламов, Н.Л. Кусик. – Одеса: ОРІДУНАДУ, 2014. – 134 с.
3. Економіка охорони здоров'я: підруч. / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, В.В. Таран та ін. – Вінниця: Нова книга, 2010. – 288 с.
4. Солоненко Н.Д. Економіка охорони здоров'я : навч. посіб. / Н.Д. Солоненко. – К. : ДП «ВД Персонал», 2014. – 408 с.
5. Стандарт вищої освіти: другий (магістерський) рівень, галузь знань 22 – Охорона здоров'я, спеціальність: 229 – Громадське здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/12/21/229-gromadske-zdorovya-magistr.pdf>.

## ВИКОРИСТАННЯ ІНФОРМАЦІЙНО- КОМУНІКАЦІЙНИХ КАНАЛІВ ДЛЯ ПРОМОЦІЇ ЗДОРОВ'Я СЕРЕД ДОРОСЛОГО НАСЕЛЕННЯ

Дудаш Г.В., Ходаковська Н.Ю.

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** промоція, здоровий спосіб життя, комунікація, інформаційно-комунікативні канали, соціальні мережі.

**Актуальність дослідження.** Інтернет у світі став одним із головних джерел інформації з будь-яких питань, у тому числі пов'язаних зі здоров'ям, що засвідчують соціологічні дослідження. Одним із найпоширеніших тверджень сучасності є визнання того, що в епоху інформаційного суспільства створення, розповсюдження, отримання і споживання інформації є домінуючою ознакою життя. Інформація впливає на людину у найрізноманітніших сферах життя. Це передбачає широке використання інформаційних технологій у будь-якій галузі, у тому числі в охороні здоров'я, для формування громадської думки, що є важливим чинником побудови в державі громадянських відносин, а в охороні здоров'я – мотивованого, відповідального ставлення до власного здоров'я та здоров'я членів своєї родини [2].

ВООЗ визначив інформаційно-роз'яснювальну діяльність, комунікації та соціальну мобілізацію в інтересах здоров'я населення як одну із основних оперативних функцій громадського здоров'я. При цьому ВООЗ відмічає, що комунікація у сфері охорони здоров'я спрямована на підвищення медико-санітарної грамотності та поліпшення здоров'я окремих громадян і населення загалом. Вона є мистецтвом і технікою інформування, здійснення впливу інформування мотивації індивідів, аудиторій, організацій щодо важливих питань і детермінант здоров'я. Комунікація також покликана розширювати можливості для доступу, розуміння і використання інформації з метою зниження ризику виникнення і профілактики хвороб, зміцнення здоров'я, орієнтування в послугах охорони здоров'я та користування ними, просування заходів політики у сфері охорони здоров'я, підвищення добробуту, якості життя та покращення здоров'я людей [1]. З метою досягнення ефективності комунікативного впливу слід використовувати джерела, які користуються найбільшою довірою, наразі, дана проблема й зумовила актуальність наукового дослідження.

**Мета дослідження.** Дослідити та проаналізувати можливості використання



інформаційно-комунікаційних каналів для промоції здоров'я та здорового способу життя дорослого населення сільської та міської місцевостей.

**Матеріали та методи дослідження.** В процесі дослідження використані соціологічний, статистичний та графічний методи. Для соціологічного дослідження було створено спеціальний он-лайн опитувальник для жителів села та міста з 30 питань, який включав загальні дані, питання щодо використання інформаційно-комунікаційних каналів взагалі та з метою інформування щодо здоров'я та здорового способу життя, а також питання щодо ставлення, обізнаності та поінформованості населення щодо пандемії COVID-19. Всього було опитано 200 респондентів старше 25 років (100 жителів міста та 100 жителів сільської місцевості).

**Результати та їх обговорення.** Першим етапом дослідження став аналіз відповідей опитаних щодо часу використання всесвітньої мережі Інтернет та пріоритетних для них інформаційно-комунікаційних каналів.

При аналізі відповідей щодо тривалості перебування в Інтернеті визначено, що 38% жителів села вказали, що проводять в інтернеті 1-2 год, близько третини (31%) – більше 4 год, 28% – 2-4 год. Результати опитування жителів міста відрізняються незначно: 42% проводять в інтернеті 2-4 години в день, 29% – 1-2 год., 27% – більше 4 годин. Менше 1 години в інтернеті проводять 2% жителів міста та 3% жителів села.

Найбільшу перевагу всі респонденти надають соціальній мережі Facebook, друге місце зайняв – Viber, на третьому місці за пріоритетністю для жителів сільської місцевості розташувалась соціальна мережа YouTube, а для жителів міста – Instagram.

Для пошуку інформації в інтернеті жителі обох місцевостей надають перевагу пошуковим серверам (Яндекс, Google та інші) – на це вказали 85% жителів села та 88% жителів міста. Соціальним мережам, як засобу пошуку інформації, надають перевагу 13% сільських мешканців і тільки 10% міських.

Наступним етапом був аналіз відповідей на питання «Що для Вас є соціальні мережі?». Більшість респондентів зазначили, що перш за все соціальні мережі для них є джерелом цікавої інформації, і лише потім – джерелом спілкування. Слід зазначити, що на третьому місці у жителів села розмістилась відповідь про знайомство з новими людьми, а у жителів міста – спосіб витрачання часу.

При аналізі відповідей на наступні питання було визначено, що жителі як села, так і міста, надають перевагу пошукам новин в інтернеті (70% і 64% відповідно), питанням здоров'я та краси – 52% жителів села та 44% жителів міста, інтернет-магазинам – 38% і 42% відповідно, пошук інформації про їжу здійснюють 32% опитаних з села та 33% опитаних з міста, спортом та фітнесом через мережу Інтернет цікавляться 20% респондентів сільської та 22% міської місцевостей.

Для детальної оцінки ми проаналізували відповіді щодо відвідування інтернет-сторінок про здоров'я та здоровий спосіб життя. Найбільшу кількість відсотків як у селі, так і у місті, набрала тема здорового харчування – 66% та 64% відповідно. Наступне місце за пріоритетністю залежно від місця проживання виявилось відмінним: половина опитаних мешканців села (50%) цікавляться фізичною активністю, а 63% опитаних мешканців міста цікавляться медичними закладами та послугами, які там надаються. Трохи нижче розмістилась тема правильного відпочинку та сну: на неї вказало 45% опитаних з села та 39% опитаних з міста. Надалі у порядку спадання пріоритетності опитані цікавляться темою щеплення, захворюваннями серцево-судинної системи, шкідливими звичками, онкологічними захворюваннями, а також безпечним статевим життям та захворюваннями, які передаються статевим шляхом. Насторожує факт, що 70% респондентів із села та 54% респондентів з міста зазначили, що відвідують сайти щодо лікування хвороб у випадку, якщо їх щось турбує.

Слід зазначити, що сільські мешканці більше довіряють інформації щодо здоров'я та лікування хвороб з соціальних мереж – достовірною її вважають 71% опитаних респондентів з села і тільки 60% з міста. В той же час жителі обох місцевостей переважно

довіряють офіційним сторінкам організацій та закладів охорони здоров'я (80,6% жителів села, 86% жителів міста та інтернет-сторінкам відомих лікарів (55% жителів села та 60% жителів міста). Враховуючи вказані результати, зрозумілим стають бажані для опитаних учасників дослідження джерела отримання інформації про збереження здоров'я та здоровий спосіб життя. Так, інтернет-сайти закладів охорони здоров'я зазначили 54% представників села та 61% представників міста, інтернет-сторінки відомих лікарів – 38% та 36% респондентів відповідно. На третьому місці за пріоритетністю джерел отримання інформації жителі села (29%) та жителі міста (28%) вказали телебачення.

Згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 11 березня 2020 р. №211 «Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2», на всій території України 12 березня 2020 р. вперше було встановлено карантин, який разом інших постанов Кабінету Міністрів України продовжено на території всієї країни та окремих її областей до сих пір. Враховуючи динаміку епідемічної ситуації, можна прогнозувати, що карантинні заходи триватимуть ще невизначений час. Саме тому нами було ініційовано також опитування учасників дослідження щодо ставлення, обізнаності та поінформованості щодо пандемії коронавірусу та окремих аспектів карантину.

Проаналізувавши відповіді опитаних, ми отримали наступні результати. Половина респондентів незалежно від місця проживання вказали, що завжди дотримуються порад з інтернет-сайтів чи соціальних мереж щодо збереження здоров'я під час карантину, 44% сільських мешканців та 38% міських – інколи, взагалі не дотримуються цих порад тільки 6% та 12% опитаних відповідно.

Встановлено, що менше половини учасників дослідження (43%) вважають, що коронавірус хвороби COVID-19 є дійсно таким небезпечним, як повідомляють засоби масової інформації. Натомість 38% всіх опитаних вказали, що сумніваються в цьому, а 19%

– впевнені в протилежному. В той же час, на думку більшості респондентів (61%), карантинні заходи дійсно ефективні для профілактики розповсюдження коронавірусу серед населення. Неefективними такі заходи вважають 6% сільських мешканців та аж 16% міських мешканців. Але при цьому переважна більшість всіх учасників дослідження (75%) вказали, що дотримуються вказаних заходів.

Особливої уваги заслуговували результати опитування щодо джерел інформації про коронавірус та довіру до них учасників дослідження. Більше половини опитаних жителів сільської та міської місцевостей (61% та 66% відповідно) зазначили, що довіряють інформації щодо пандемії коронавірусу з сайтів Міністерства охорони здоров'я, ВООЗ, Центрів громадського здоров'я. Але 39% сільських та 31% міських респондентів зазначили, що нікому не довіряють, оскільки достовірної інформації, на їх думку, немає. Встановлено, що більше половини опитаних, а саме 55% міських та 62% сільських мешканців вказали, що інформація щодо коронавірусу частково правдива і супроводжується прихованими фактами, які не розголошуються з метою уникнення паніки. Вказані результати свідчать про неоднозначне сприйняття інформації про поширення коронавірусної інфекції серед населення, що вимагає розробки нових підходів до забезпечення інформування про стан пандемії та необхідність карантинних заходів для її сповільнення.

**Висновки.** В результаті проведеного дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Для жителів міста та села характерний високий рівень використання мережі Інтернет. Серед соціальних мереж найбільшу перевагу жителі села та міста надають Facebook та Viber, але для пошуку інформації в інтернеті жителі обох місцевостей надають перевагу пошуковим серверам (Яндекс, Google та інші).

2. Встановлено, що жителі обох місцевостей хотіли б отримувати інформацію щодо здоров'я та здорового способу життя з сторінок офіційних установ та сторінок відомих лікарів, адже найбільше їм довіряють, але інформацію з соціальних мереж також вважають достовірною.

3. Велика кількість людей дотримуються правил карантину та самозахисту від

вірусу COVID-19 завдяки порадам з інтернет-сайтів чи соціальних мереж щодо збереження здоров'я під час карантину. Більше половини жителів обох місцевостей довіряють інформації щодо пандемії коронавірусу сайтам МОЗ, ВООЗ, Центрів громадського здоров'я, але одночасно вважають її достовірною тільки частково.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я. Методичні рекомендації / Г.О. Слабкий, В.В. Шафранський, І.С. Миронюк, В.В. Кручаниця. Київ, 2016. 20 с.
  2. Ситенко, О. Р., Кривенко, Є. М. Роль комунікаційної діяльності у розвитку охорони здоров'я (огляд літератури). Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2015. № (4). С. 49-55.
- 

## ЩО ЗНАЮТЬ СПОЖИВАЧІ ПРО ЯКІСТЬ ПИТНОЇ ВОДИ В ЖИТОМИРСЬКІЙ ОБЛАСТІ

**Заблоцька О.С., Таргачник І.А.**

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**Актуальність проблеми.** За даними ВООЗ близько 80% населення світу страждає від захворювань, які пов'язані з вживанням неякісної питної води [1]. Доведено, що мінеральний склад питної води спричинює формування неінфекційних хвороб людини [2].

Відповідно до ЗУ “Про питну воду, питне водопостачання та водовідведення” (2002) [3], Плану заходів з виконання Угоди про асоціацію між Україною та ЄС (2018) [4] та Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку (2018) [5] передбачається забезпечити організацію та проведення інформаційних кампаній для населення з роз'яснення негативного впливу факторів навколишнього середовища як чинника ризику неінфекційних захворювань.

**Мета дослідження:** оцінка обізнаності населення в питаннях якості питної води, впливу її хімічних складових на формування неінфекційних захворювань (на прикладі Житомирської області).

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати наукову літературу щодо змісту поняття “якість питної води”, показників, що її визначають, впливу неякісної питної води на формування неінфекційних захворювань населення.

2. Провести соціологічне опитування населення Житомирської області з питань якості питної води.

3. Здійснити гігієнічну оцінку питної води в регіоні та порівняти її результати з результатами соціологічного опитування.

**Об'єкт дослідження:** незалежна оцінка споживачами та лабораторна оцінка якості питної води в Житомирській області.

**Предмет дослідження:** якість питної води в Житомирській області.

Для досягнення мети використано такі методи дослідження: бібліографічний, соціологічний, фізико-хімічні методи, медико-статистичні, системного аналізу та узагальнення.

**Результати та їх обговорення.** Під час розв'язання першого завдання з'ясували, що:

1. Питна вода це “вода, призначена для пиття, приготування їжі, інших побутових цілей, незалежно від її походження та постачання” (Директива Ради ЄС) [6].

2. Якість питної води визначається санітарно-хімічними нормами і показниками радіаційної та епідемічної безпеки [7].

3. При тривалому вживанні недоброякісної (за хімічним складом) питної води

в організмі людини можуть формуватися неінфекційні захворювання [2].

На етапі розв'язання другого завдання провели анонімне опитування 100 респондентів різних вікових груп та професій, у тому числі й – медичних працівників Житомира та ряду районів Житомирської області. З цією метою розробили анкету, яка включала 17 запитань і давала можливість дослідити думку опитаних щодо актуальності проблеми якості питної води, впливу неякісної води на здоров'я населення, пріоритетних шляхів поліпшення якості питної води з централізованих джерел водопостачання в Житомирській області.

За результатами опитування встановили, що:

– 100,0% респондентів вважають проблему якості питної води актуальною;

– Повною або значною мірою ознайомлені з проблемою якості питної води лише 32,0% опитаних;

– Більшість споживачів володіють знаннями про хімічні елементи, які забезпечують фізіологічну повноцінність питної води (Ca, Mg, Na, K, I, F). Однак, 13,2% вносять в дану групу Fe – санітарно-хімічний показник.

– 96,0% респондентів вважають, що неякісна питна вода є чинником формування неінфекційних захворювань населення. В той же час, 26,5% опитаних висловлюють думку про те, що означені захворювання спричинюються показниками епідеміологічної безпеки.

– Про залежність між надлишковим вмістом Fe в питній воді і формуванням у населення серцево-судинних захворювань знають лише 14,0% опитаних, сечокам'яної хвороби – 8,0%, алергічних захворювань – 7,0%, захворювань шкіри – 6,0%, цироз печінки – 3,0%.

– Переважна більшість споживачів використовують воду для питних потреб із колодязів (34,0%) та з централізованих джерел водопостачання (28,0%).

– 54,0% опитаних вважають, що вода, яку вони споживають, є неякісною, однак, лише 14,0% респондентів доочищують воду в домашніх умовах;

– Учасники анкетування впевнені, що в їхньому населеному пункті питна вода не відповідає санітарним державним нормам за вмістом загальної жорсткості – 23,0% опитаних, заліза – 14,0%, марганцю – 13,0%, хлору – 8,0%, ртуті і йоду – по 6,0%, магнію і кальцію – по 5,0%.

– До пріоритетних шляхів поліпшення якості питної води з централізованих джерел водопостачання в Житомирській області респонденти віднесли:

– Оновлення технологій водопідготовки на водоканалах – 30,0%;

– Встановлення колективних систем доочищення питної води в багатоповерхових будинках – 24,0%;

– Заміну зношених водогінних мереж – 20,0%.

В ході розв'язання третього завдання провели гігієнічний аналіз безпечності та якості питної води. З цією метою використали дані ДУ «Житомирський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України» за 2019 р.

Дослідження санітарно-хімічних показників безпечності та якості питної води в лабораторних умовах проводилися за загальноприйнятими методиками, внесеними до

Державних санітарних норм та правил «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною» (ДСанПіН 2.2.4-171-10) [6].

Результати лабораторних досліджень якості і безпечності питної води в Житомирській області за 2019 р. засвідчили значну питому вагу проб із перевищенням гігієнічних нормативів за:

– Залізом, загальною жорсткістю, аміаком, нітритами, марганцем – централізоване водопостачання;

– Нітритами, залізом, загальною жорсткістю, аміаком, нітритами, хлоридами, марганцем – нецентралізоване водопостачання.

Висновки та перспективи подальших досліджень:

1. На основі порівняння даних лабораторних досліджень та результатів

соціологічного опитування можна зробити висновок про недостатню поінформованість населення Житомирської області щодо якості питної води в регіоні.

2. Споживачі питної води не володіють знаннями стосовно впливу перевищених концентрацій хімічних складових питної води на формування неінфекційних захворювань людини. Тому, у переважній більшості випадків, не вдаються до доочищення води вдомашніх умовах. Особливо це стосується використання питної води нецентралізованого постачання.

Враховуючи отримані результати, передбачається дослідити залежність між якістю питної води в Житомирській області та рядом неінфекційних хвороб населення.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Guidelines for drinking water quality. – The 4th ed. – Vol. 1. Recommendations. – World Health Organisation. – Geneva. – 2011. – 501 p. URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44584/9789241548151\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44584/9789241548151_eng.pdf?sequence=1) Липовецька О. Б. Вплив довготривалого споживання некондиційної за мінеральним складом питної води на формування неінфекційної захворюваності населення та розробка профілактичних заходів: дис. ... канд. мед. наук. Київ, 2016. 177 с.
2. Про питну воду, питне водопостачання та водовідведення: Закон України від 10.01.2002 № 2918-III. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2918-14> (Редакція від 01.05.2019).
3. План заходів з виконання Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони: затверджений Постановою Кабінету Міністрів № 1106 від 25.10.2017; із змінами, внесеними згідно з Постановою Кабінету Міністрів № 1109 від 18.12.2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1106-2017-%D0%BF#n49>.
4. Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-nacionalnogo-planu-zahodiv-shchodo-neinfekciynih-zahvoryuvan-dlya-dosyagnennya-globalnih-cilej-stalogo-rozvitku>.
5. COUNCIL DIRECTIVE 98/83/EC of 3 November 1998 on the quality of water intended for human consumption /Official Journal of the European Communities 5.12.98. URL: <https://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1998:330:0032:0054:EN:PDF>.
6. Державні санітарні норми та правила «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною» (ДСанПіН 2.2.4-171-10): Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 400 від 12.05.2010 р. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0452-10>.

## ПОПУЛЯРИЗАЦІЯ КУЛЬТУРИ ХАРЧУВАННЯ ЯК ОДИН З ПРІОРИТЕТНИХ НАПРЯМКІВ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

**Іщенко В.О.**

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

У статті окреслено важливість максимального поширення та пропагування культури раціонального харчування, необхідність вивчення альтернативних шляхів її популяризації на національному рівні, визначено сучасні інструменти для інформування населення та поширення культури споживання їжі й виваженого підходу до вибору продуктового набору.

**Ключові слова:** збалансоване харчування, громадське здоров'я, харчова культура.

**Актуальність проблеми.** Рух людства до технічного прогресу, пришвидшення темпу всіх процесів життя, урбанізація та викликаний такими змінами хронічний стрес, зниження фізичної активності, широке впровадження різноманітної техніки в побут - усе це призвело до переходу від звичних стереотипів харчування до сучасних моделей: вживання

напівфабрикатів, консервованої, готової продукції, фаст-фуду - та зміни харчового вибору громадськості в цілому.

Серед захворювань, основну роль в походженні яких грає фактор харчування, 61% складають серцево-судинні розлади, 32% - новоутворення, 5% - цукровий діабет II типу (інсулінозалежний), 2% - аліментарні дефіцити (йододефіцит, залізодефіцит і т.ін.); неправильне харчування має визначне значення у виникненні і розвитку захворювань шлунково-кишкового тракту, печінки і жовчовивідних шляхів, ендокринних патологій, захворювань опорно-рухового апарату, карієсу [2; 4]. Від якості уживаного загалом та окремих складових напряму залежить стан здоров'я людини та відповідно її задоволеність життям.

Варто зазначити, що в світі простежується тенденція до ожиріння серед дітей та підлітків як результат суттєвих змін характеру харчування, надання переваги вибору їжі за смаковими та зовнішніми ознаками, незважаючи на її якість та корисність [7]. Водночас спостерігається прогресуюче погіршення стану здоров'я та якості життя молоді. Порушення балансу раціону в період формування організму в дитячому та підлітковому віці в бік споживання шкідливих продуктів може стати причиною виникнення метаболічних змін, хронічних захворювань, та, як наслідок, – порушення стану здоров'я протягом усього життя. У зв'язку з цим питання культури здорового харчування гостро стоїть для цієї вікової категорії задля правильного функціонування органів і систем організму, його опору хворобам, правильному перебігу фізіологічних процесів у підростаючого покоління сьогодні та в майбутньому.

Численними науковими дослідженнями доведено вплив збалансованого харчування на здоров'я [2; 3]. Одним з найбільш актуальних питань раціонального харчування, що потребує першочергової уваги, є скорочення тривалості життя, пов'язане як з різким падінням рівня існування, невисокою якістю харчових продуктів, так і з низькою грамотністю населення в питаннях раціонального харчування. За даними ВООЗ, саме ця проблема лежить в основі або має суттєве значення у виникненні, розвитку і перебігу близько 80% всіх відомих патологічних станів [2; 4].

Повноцінний та безпечний раціон – важлива умова підтримання здоров'я, високої працездатності та витривалості людини, збереження нації та генофонду в цілому; забезпечує нормальне зростання і розвиток організму, гомеостаз внутрішнього середовища, стійкість до несприятливих факторів навколишнього середовища, є шляхом попередження аліментарних захворювань та дає змогу перейти від лікування до профілактики хвороб, що, безумовно, є важливим в соціальному та економічному плані для держави [5].

Аналіз фактичного харчування й оцінка харчового статусу населення свідчить про те, що раціон характеризується надмірним споживанням виробів тваринного походження і легкозасвоюваних вуглеводів, зменшенням кількості рослинної складової, як овочів, так і фруктів, цільнозернових та бобових продуктів, практично повна відсутність у раціоні горіхів, насіння, а також жирних кислот омега-3, що містяться в морепродуктах і клітковині, збільшенням вживанням перероблених та рафінованих страв [3]. Водночас енерговитрати людей істотно знизилися. У результаті в негативний бік змінилася реальна забезпеченість людини есенціальними харчовими речовинами, і, у першу чергу, мікронутрієнтами і біологічно активними компонентами їжі.

У межах глобалізаційних процесів гостро стоїть проблема якості харчових продуктів і продовольчої сировини. Харчове виробництво не оминули зміни в підходах до технологічних композицій та якості продукції, використання надмірної кількості солі, жирів, цукру, трансжирів, стабілізаторів, консервантів, барвників та інших шкідливих домішок, які мають прямий вплив на метаболічні зміни в організмі, що, у свою чергу, викликають запалення, призводять до хронічних захворювань та несуть онкогенну загрозу.

Окремо слід відзначити використання у виробництві харчової промисловості пряно-ароматичних сумішей, підсилювачів смаку та аромату, які впливають на нервову систему, викликають залежність, пригнічують реальне відчуття голоду, що призводить до більшого

споживання такого продукту, аніж потрібно для задоволення потреб організму [6]. Найбільш негативну роль в механізмі розвитку аліментарних захворювань відіграє надходження з їжею висококалорійної продукції, що має надвисоку енергетичну цінність як за рахунок тваринних жирів, так і за рахунок надлишково доданих цукрів.

**Метою дослідження** є вивчення альтернативних шляхів популяризації раціонального харчування на національному рівні та визначення сучасних інструментів для інформування населення, поширення культури споживання їжі та грамотного підходу до вибору продуктового набору.

**Матеріали та методи.** Проведений аналіз наукових публікацій дає змогу окреслити стан питання, актуальні методи, направлені на якісні зміни в інформуванні щодо концепції здорового харчування як одного із пріоритетних напрямків у сфері громадського здоров'я та визначення сучасних інструментів та векторів руху до поставленої мети - здорової нації.

За дослідженнями вчених Єнського університету імені Фрідріха Шиллера, проведеного на замовлення Всесвітньої організації охорони здоров'я, Україна посіла перше місце за рівнем смертності, спричиненої неправильним харчуванням, серед 51 країн європейського регіону [1].

Надважливою є роль держави у поширенні інформації за допомогою сучасних засобів, зрозумілих та доступних всім категоріям населення. Серед задач, які стоять перед нею: грамотність та обізнаність громадськості про можливі наслідки порушення балансу в харчуванні, формування розуміння харчової цінності, ступеня впливу на стан здоров'я спожитого, привчити вивчати склад виробів та бути поінформованими щодо шкідливості речовин у складі готової продукції.

Кожна людина свідомо робить вибір продуктів для споживання, але пріоритетом для держави є здорова та працездатна нація. Тому, на наш погляд, зважаючи на розвиток технічного прогресу, перехід до «держави у смартфоні», сучасним підходом популяризації культури здорового харчування для громадськості буде використання та запровадження соціального проєкту про здорове харчування за допомогою сучасного інструменту «чат-боту», який використовується в публіках соціальних мереж Телеграм, Вайбер та інших месенджерів. Завдяки боту є можливість поширення інформації та проведення опитування, проходження тестів на самоперевірку щодо знань у визначеній сфері. Діалог проходить у звичній формі для людини, з заздалегідь прописаними та запланованими питаннями та відповідями в програмі. Таким чином охоплюються декілька поколінь, що користуються засобами зв'язку, спілкування та отримання інформації з екрану смартфона, планшета, ПК. Подача матеріалу має бути в простій формі, з мінімальною кількістю тексту та максимально простими та цікавими одночасно для дітей і для дорослих таблицями та піктограмами, в яскравих та приємних для сприйняття кольорах, поширюватися серед молодших школярів у вигляді роздрукованих додатків, а також для старшого покоління, що не має навичок користування інтернетом, - через рекламу на телебаченні з коментарями диктора та друку в періодичних виданнях на паперових носіях (газетах, журналах). У закладах освіти всіх рівнів з метою формування правильного погляду на збалансованість раціону необхідне введення факультативних занять «харчової грамотності» в інтерактивній формі із застосуванням сучасних технологій.

Сьогодні актуальною проблемою постає повна відсутність регламентування та обмеження реклами закладів фаст-фуду, продуктів з надмірним вмістом солі, цукру та насичених жирів, шкідливих домішок, як через ЗМІ, в мережі Інтернет, так і через вуличні засоби для реклами - біг борди, стенди та ін. Тому поширення інформації через зрозумілі, доступні та популярні інструменти за допомогою сучасних технологій, на нашу думку, буде мати ефективний вплив на свідомість та освіченість громадян нашої країни, що в кінцевому результаті переважить пропагування неякісного та нездорового харчування, навчить відповідально ставитися до вибору і споживання та призведе до досягнення мети будь-якої держави - формування здорового громадянського суспільства.

**Висновки.** Актуальність та важливість максимального поширення та пропагування



культури раціонального харчування в загальнодержавних масштабах не підлягає сумніву, адже ВООЗ назвала хвороби, викликані незбалансованим харчуванням, неінфекційною епідемією, та, зважаючи на те, що за даними досліджень Єнського університету імені Фрідріха Шиллера Україна очолила список країн із високою смертністю внаслідок неправильного харчування, розроблення та впровадження масштабної кампанії з інформування населення має бути реалізовано якомога швидше та мати постійний характер.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Meier T. Серцево-судинна смертність, пов'язана з дієтичними факторами ризику в 51 країні Європейського регіону ВООЗ з 1990 по 2016 рік: систематичний аналіз дослідження глобального тягаря захворювань. *Європейський журнал епідеміології* (2019) URL : <https://www.unijena.de/nachrichten% C3% BCbersicht/jeder+zweite+bis+dritte+todesfall+vermeidbar>

2. Вплив дієтичних ризиків на здоров'я в 195 країнах, 1990—2017 рр.: Систематичний аналіз для дослідження глобального тягаря хвороб 2017 р. *том 393, випуск 10184*, р1958- 1972, 11 травня 2019 р.

URL : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30041-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30041-8/fulltext)

3. Міністерство охорони здоров'я. Як харчування впливає на смертність і що може змінити кожен для свого здоров'я.

<https://moz.gov.ua/article/health/jak-harchuvannja-vplivae-na-zdorovja-i-scho-mozhe-zminiti-kozhen-dlja-svogo-zdorovja>

4. Світова організація охорони здоров'я. Глобальний план дій щодо профілактики та боротьби з неінфекційними хворобами на 2013-2020 роки. Хронічні захворювання. Серцево-судинні захворювання. Новоутворення. Захворювання дихальних шляхів. Цукровий діабет. Планування здоров'я. Міжнародна співпраця.

URL : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf)

5. Оуен Л. Морган А. Фішер А. Елліс С. Гой А. Келлі М. П. Економічна ефективність заходів з охорони здоров'я. *Громадське здоров'я*. 2012. 34. С. 37-45.

6. Усик С., Богданович Л. Харчові добавки у продуктах, або смертельна їжа. *Безпека Життєдіяльності* 2016. №9. С.

7. В.А. Огнєв, К.Г. Помогайбо. Організація медичної допомоги дітям та підліткам з ожирінням. *Економіка і право охорони здоров'я*. № 2 (6), 2017.

---

## ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

**Кагукіна А.М.**

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**Ключові слова:** фізична активність, люди похилого віку, особливості фізичної активності, рухова активність, здоров'я людей похилого віку.

**Актуальність проблеми.** Рухова активність людей похилого віку залишається актуальною у зв'язку з старінням населення світу. Медичні працівники в виявленні проблем та забезпеченні активної рухової діяльності в похилому віці відіграють визначну роль. Оскільки, явище старіння населення спостерігається у країнах високорозвинених та з низьким і середнім рівнем доходу, така ситуація наближається і до України [1].

За даними, що надає ВООЗ, населення віком від 60 років і старше по всьому світу збільшиться вдвічі в період 2015-2050 років. Процес старіння населення був зафіксований, ще у 2001 році [15].

Покращуючи здоров'я людей похилого віку можна зменшити смертність та збільшити довголіття. З віком люди стають менш активними, дане явище пояснюється, як фізіологічно, так, і з об'єктивних причин [2].

Україна належить до 30 «найстаріших» країн світу. В усіх країнах на планеті Земля



роблять все можливе для покращення умов життя та здоров'я людей похилого віку. Близько 3,2 млн смертей, щороку пов'язані зі зниженням рухової активності [15].

На сьогодні більшість людей похилого віку не досягають рекомендованого рівня фізичної активності. Головним завданням медичних працівників є залучення до активного способу життя, та створення умов в яких буде збережено молодість та покращено стан здоров'я [4].

В Україні дана проблема є актуальною, так як і за кордоном. Медичні сестри повинні професійно володіти інформацією про кількість, інтенсивність, тип та частоту фізичного навантаження у похилому віці та надавати рекомендації пацієнтам поважного віку [7].

**Мета дослідження.** Дослідити особливості фізичної активності у людей похилого віку.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 100 осіб похилого віку від 60 до 75 років. Методом дослідження було обрано анкетування, яке проведено за спеціально розробленою анкетною.

**Результати та їх обговорення.** До чинників які впливають на здоров'я людей належить довкілля, спадковість, медицина та спосіб життя. Медичні послуги в забезпеченні здоров'я людства складають 10%, спосіб життя 50%. Якщо об'єднати ці відсотки, то це буде складати 60%, тобто більшу половину, від тих чинників, на які людина не може вплинути, так як, спадковість люди не обирають, а умови довкілля, також не всі зможуть змінити [1].

Важливу роль для покращення життя у людей похилого віку відіграє фізична активність. Після тривалого часу занять фізичними вправами покращується загальний стан здоров'я, тим самим сповільнюються процеси старіння та розвиток захворювань [3].

Покращується психо-емоційний стан, людина відчуває позитивний настрій. Зміцнюються нервова система, людина краще справляється з нервовим напруженням та поганим настроєм [1]. Під час анкетування нами було досліджено, що у 70.0% осіб похилого віку які займаються фізичними вправами щодня відсутні відчуття загальної слабкості, розгубленості, страху, невпевненості, тривоги, депресії, пригніченості та дратівливості.

Зменшується кількість жирових відкладень у чоловіків в середньому жир складає 22.0% від маси тіла, у жінок 30.0%. Завдяки фізичним вправам цей відсоток у чоловіків зменшується до 16.0%, а у жінок до 20.0%. Зміцнюються кісткові тканини, що зменшує вірогідність виникнення остеопорузу [5, 8].

Покращується кровообіг, більша кількість кисню розповсюджується по організму людини, а саме до верхніх та нижніх кінцівок, внутрішніх органів та головного мозку, що зменшує вірогідність розвитку патологій. Підвищується працездатність, оскільки з часом фізично тренувана людина виконує більшу кількість роботи з меншим навантаженням [6].

Зменшується частота серцевих скорочень при фізичних навантаженнях по мірі покращення фізичного стану. Знижується артеріальний тиск. Нами було досліджено, що серед осіб які займаються регулярно фізичними навантаженнями лише 8.0% мають гіпертонічну хворобу. Змінюється хімічний склад крові. В крові фізично активних людей більша кількість холестерину ЛПВЩ, ніж у тих хто мало рухається. Холестерин ЛПВЩ захищає організм від холестерину ЛПНЩ, що закупорює судини та підвищує ризик розвитку атеросклерозу судин [9].

Організм фізично омолоджується, людина стає молодшою в порівнянні з ровесниками. Люди літнього віку які не мають захворювань повинні займатися фізичним здоров'ям, оскільки без фізичних вправ не можливо мати здорову серцево-судинну систему, а ті що мають патологію з боку даної системи повинні профілакувати редициви займаючись дозованими фізичним навантаженнями [11].

Відомий англійський геронтолог А. Комфорт сказав: "Якби протидія різним видам пошкодженням та хворобам залишалась би притаманна людині 10 літньому віку зберігалася би впродовж всієї його життя, то половина нині живих людей могла би прожити 700 років" [14].

Інтенсивність захисних реакцій у людини протягом життя змінюється. Дитина

зазвичай народжується здоровою і повною сил. У молодих людей багато енергії та та невичерпних можливостей, однак після 45 років життя, а іноді набагато раніше, людина починає відчувати свій вік, його можливості уже не здаються йому такими як раніше [13]. 84.0% опитаних, що займалися фізичним розвитком протягом життя у похилому віці стали вдвічі менше часу приділяти руховій активності.

Вчені які вивчають старіння встановили, що у людей після 30 років життя щорічно зменшується об'єм та інтенсивність дихання, знижується рівень насичення внутрішніх органів та шкірних покривів [15]. Все це не є проявами хвороби, а являються нормальними фізіологічно-віковими змінами, що характеризують процес старіння який характерний для всього живого на Землі. В цей же час, дуже часто на фізіологічні вікові зміни накладаються та посилюють їх різні стани хвороб (атеросклеротичні зміни кровоносних судин, емфіземалегень, холецистит, гепатит, коліт, артрит, остеохондроз та інші) [12]. В ході дослідження було виявлено, що основними причинами зменшеної фізичної активності у людей були фізіологічні-вікові зміни, які посилюють наявні захворювання.

Фізичні вправи зміцнюють здоров'я, що неодноразово було підтверджено вченими всього світу. Було доведено, що у фізично активних осіб інфаркти менш вірогідні та протікають у легшій формі ніж у не тренуваних людей [10].

Нами було досліджено, що лише 36.0% опитаних осіб похилого віку отримують рекомендації від медичних працівників про важливість фізичної активності. 22.0% осіб не знають, що таке фізична активність та не бачать сенсу виконувати її щодня. Медичні працівники можуть вплинути на даний показник, надаючи рекомендації з фізичної активності.

Про потребу у фізичній активності після 60 років обізнані не всі люди. Серед фізичних навантажень методом анкетування було виявлено, що ранковою пробіжкою займаються 12.0% опитаних респондентів, ранковою зарядкою займаються 22.0% респондентів, відвідують басейн 6.0%, відвідують спортивний зал 8.0%.

Під час прогулянки 34% осіб похилого віку зупиняються, щоб перепочити через наявність таких симптомів як задишка, біль у серці та втома. На другий поверх важко піднятися 29.0% осіб через наявність задишки.

При опитуванні нами було виявлено, що 40.0% людей похилого віку значно обмежує стан здоров'я під час тяжких фізичних навантажень, такі як біг, підняття ваги, заняття силовими видами спорту. 32.0% особам приносить дискомфорт стан здоров'я під час помірних силових навантажень, такі як пересунути стіл, попрацювати з пиломососом, зібрати гриби та ягоди, підняти або нести сумку з продуктами, нагнути, встати на коліна, присісти навпочіпки. Пройти відстань більше одного кілометра обмежує стан здоров'я 56.0% осіб, пройти відстань в декілька кварталів обмежує стан здоров'я 42.0% осіб, пройти відстань в один квартал обмежує 16.0% осіб впродовж звичайного дня.

Ми дослідили, що 62.0% осіб похилого віку звертаються за медичною допомогою відразу, якщо виникає нове захворювання або загострюється хронічне. 64.0% мають хронічні захворювання, які негативно впливають на фізичну активність. Серед них найбільшу кількість займають хвороби серцево-судинної системи.

На простудні захворювання хворіє 4.0% осіб щомісяця, 18.0% один раз на три місяці, 34.0% один раз на пів року, 24.0% один раз в рік, 20.0% менше ніж один раз на рік. Лише в 14.0% простудні захворювання викликають хронічні захворювання дихальної системи та негативно впливають на рухову активність.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** В таких умовах на медичних працівників лягає велика відповідальність у забезпеченні здоров'я населення України. Оскільки, саме вони можуть з наукової точки зору аргументувати необхідність фізичних навантажень на організм після 60 років, та намагатися змінити гіподинамічний спосіб життя на активний для забезпечення здорового способу життя без нових хвороб та рецидивів хронічних захворювань. Перспектива дослідження полягає у постійному вивченні стану фізичної активності підведення висновків, щодо покращення або погіршення стану здоров'я

людей похилого віку, а саме від 60 до 75 років, та старших людей віком від 75 років.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Ахаладзе М. Г. Оцінка темпу старіння, стану здоров'я і життєздатності людини на основі визначення біологічного віку: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра. мед. наук: [спец.] 14.03.03. «Нормальна фізіологія» М. Г. Ахаладзе. – К., 2005. – 43 с.
2. Баскевич О. В. Фізична активність і спосіб життя викладачів вузів 50–65 років / Баскевич О. В. // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2015. – № 12. – С. 23 – 29.
3. Біологічний вік та фізична активність / Г. Коробейніков, С. Адирхаєв, К. Медвидчук [та ін.] // Теорія і практика фізичного виховання і спорту. – 2007. – № 1. – С. 64
4. Власова И. А. Биологический возраст и уровень здоровья пожилых лиц, занимающихся физическими тренировками / И. А. Власова // Сибирский медицинский вестник. – 2011. – № 5. – С. 65-68.
5. Боровик О. А. Диференційований підхід в процесі фізкультурно оздоровчих занять у жінок з урахуванням спадкових чинників : автореф. дис. канд. наук з фіз. виховання і спорту : [спец.] 24.00.02 „Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення” / Боровик Ольга Анатоліївна ; Нац. ун-т фіз. виховання і спорту України. – Київ, 2012. – 21 с.
6. Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи [Текст] : науково-практична конференція з міжнародною участю, Житомир 19-20 жовтня 2017 р. / за ред. В. Й. Шатила. – Житомир : "Полісся", 2017. – 444 с.
7. Гакман А. В. Вплив рекреаційно-оздоровчої діяльності на уповільнення старіння організму // А. В. Гакман, Л. В. Балацька, Т. І. Лясота. – Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. – 2016. – С. 91-98. «YoungScientist» • № 3.3 (55.3) • March, 2018 37 ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА, ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ
8. Гакман А. В. Закордонний досвід рекреаційно-оздоровчої діяльності у рамках дозвілля з людьми похилого віку / А. В. Гакман, М. Ю. Байдюк // Молодий вчений, 2017 / 3 (43). – С. 116-120.
9. Гакман А. В. Мотиваційні чинники рекреаційно-оздоровчої діяльності людей похилого віку / А. В. Гакман, М. Ю. Байдюк // Молодий вчений, 2016 / 11 (39). – С. 70-73.
10. Гакман А. В. Особливості управління рекреаційно-оздоровчої діяльності людей похилого віку в умовах фітнесклубу / А. В. Гакман. – Молодь та олімпійський рух: Збірник тез доповідей X Міжнародної конференції, 24-25 травня 2017 року [Електронний ресурс]. – К., 2017. – С. 241.
11. Гакман А. Проблеми організації рекреаційно-оздоровчої діяльності у структурі дозвілля людей похилого віку / Гакман Анна // Вісник Прикарпатського університету. Фізична культура. – 2017. – С. 42-46.
12. Гакман А. Фітнес-клуб як форма активізації життєвої позиції літньої людини / Гакман Анна // Спортивний вісник Придніпров'я: наук.-практ. журнал. – № 3, 2017. С. 25-30.
13. Грибан, Г. П. Рухова активність - основа здорового способу життя студентської молоді [Текст] / Г. П. Грибан // Магістр медсестринства. - 2015. - №1. - С. 79-88.
14. Десятнікова Н. В. Вплив різних засобів фізичної культури на біологічний вік населення / Н. В. Десятнікова // Теорія і практика фізичного виховання. – 2012. – № 2. – С. 197-203.
15. Коробейніков Г. Біологічні механізми старіння і рухова активність людини / Г. Коробейніков // Фізична активність, здоров'я і спорт. – 2010. – № 2. – С. 3-13.
16. Куриш Н. Вплив демографічних чинників на рухову активність осіб похилого віку України і Польщі / Назар Куриш // Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення : матеріали ІХ Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю. – Львів, 2014. – С. 204.

## ОРГАНІЗАЦІЯ ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ОЖИРІННЯ

Киричук І.М., Власенко Я.Ю.

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**Ключові слова:** ожиріння, надмірна вага, індекс маси тіла, профілактика.

**Актуальність проблеми.** У 2016 році у світі нараховувалось 1,9 мільярда дорослих старше 18 років з надмірною вагою, з яких більше 650 мільйонів страждали ожирінням, що складало біля 13% дорослого населення планети. За період з 1975 по 2016 роки число хворих на ожиріння в глобальному масштабі збільшилось у три рази. Надмірна вага та ожиріння є доведеними чинниками ризику розвитку серцево-судинних захворювань, діабету, дегенеративних захворювань суглобів, онкологічних захворювань молочних залоз, яєчників, передміхурової залози, печінки, жовчного міхура, товстого кишківника. Дитяче ожиріння підвищує ризик ожиріння, передчасної інвалідності та смерті населення в дорослому віці. Тому профілактика ожиріння є одним із ключових завдань системи охорони громадського здоров'я для зменшення тягаря неінфекційних захворювань населення в цілому.

**Мета дослідження** – провести короткий огляд літературних джерел з актуальних питань заходів щодо профілактики ожиріння на державному та індивідуальному рівнях та його можливих наслідків для населення.

**Результати та їх обговорення.**

Ожиріння – це патологічне збільшення маси тіла за рахунок надмірного накопичення в організмі людини жирової тканини.

Доведено, що ожиріння пов'язане з:

- ризиками захворюваності, непрацездатності і смертності населення і є найважливішим фактором ризику інсулінозалежного цукрового діабету, артеріальної гіпертензії, атеросклерозу, жовчно-кам'яної хвороби та деяких злоякісних новоутворень. Докази причинно-наслідкового зв'язку ожиріння з серйозними метаболічними порушеннями і серцево-судинними захворюваннями визначають важливість цієї проблеми для сучасної охорони здоров'я і дозволяють говорити про ожиріння як серйозну загрозу суспільному здоров'ю [3, 22];

- економічними наслідками: прямими витрати системи охорони здоров'я на лікування хворих, індивідуальними витратами хворих на придбання продуктів харчування для похудіння, непрямими втратами через зниження економічної продуктивності [3, 31];

- низьким рівнем фізичної активності, малорухливим і сидячим способом життя [4, 39];

- нераціональним харчуванням, коли кількість спожитої енергії за рахунок харчування на протязі тривалого часу перевищує її витрати [3, 53].

Всесвітня організація охорони здоров'я розробила Глобальний план дій по профілактиці неінфекційних захворювань на 2013-2020 роки, виконання якого передбачає стабілізацію глобальних показників по ожирінню серед населення в 2025 році на рівні 2010 року[1].

На сьогоднішній день, основним методом боротьби з ожирінням повинна стати профілактика, яку потрібно проводити на державному [3, 232], та індивідуальному рівнях[3, 230] .

Попередження ожиріння відносять до заходів первинної профілактики, які проводять серед здорових людей. Ці заходи найбільш ефективні, коли спрямовані на все населення в цілому. Основу їх складають принципи здорового харчування. Медичним працівникам в цих заходах належить лідируюча і координуюча роль [4, 146-152]

Первинну профілактику ожиріння необхідно проводити при генетичній і сімейній схильності, при схильності до розвитку захворювань, супутніх ожирінню (цукрового діабету 2-го типу, артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця), при наявності факторів ризику метаболічного синдрому, при індексі маси тіла (ІМТ) $> 25$  кг / м<sup>2</sup>, особливо у жінок[2, 69].

Вторинна профілактика також вимагає активної участі сімейних лікарів із залучення ними дієтологів, нутриціології, ендокринологів і має сприяти ранньому виявленню ожиріння та попередженню його наслідків і ускладнень.

В рамках заходів з профілактики ожиріння на державному рівні необхідно забезпечити:

- обмеження реклами продуктів харчування, які мають надлишкову калорійність, під час дитячих програм і прайм-тайму;
- підвищення доступності для населення продуктів здорового харчування (фруктів, овочів, маложирних м'ясних і молочних продуктів);
- популяризацію серед населення фізичної активності через розвиток масового спорту.

Підвищенню фізичної активності населення сприяють: ранкова гімнастика вдома, впровадження фізкультурних пауз на виробництві, популяризація маршрутів для піших і інших активних прогулянок і походів, доступних для масового використання.

Літні оздоровчі установи, дворові спортивні майданчики, інші найпростіші спортивні споруди можуть стати місцями навчання населення, особливо дітей та молоді, навичкам фізичної культури і формування здорового способу життя.

Обов'язкові заходи з профілактики ожиріння на індивідуальному рівні [5;6]:

- регулярна оцінка маси тіла всіх пацієнтів, визначення об'єму талії. Якщо ці показники в межах норми або знижуються, слід проінформувати пацієнта і похвалити його;
- оцінка характеру харчування і харчових звичок, прогностично значущих для розвитку ожиріння, яку бажано проводити всім пацієнтам незалежно від величини ІМТ;
- інформування пацієнтів про шкоду надмірної маси тіла, особливо про ризик розвитку серцево-судинних та інших захворювань;
- рекомендації пацієнтам з ІМТ вище 30 щодо зниження ІМТ до 27 і нижче як довгострокової мети із використання відповідних методик;
- постійне спостереження і підтримка пацієнта під час лікування ожиріння (вимірювання ІМТ, контроль щоденника харчування, висловлювати пацієнтові схвалення і заохочення, контроль за збільшенням рухової активності і фізичних навантажень, моральна підтримка та заохочення пацієнта).

Слід відмітити, що, заходи, спрямовані на лікування ожиріння у одних членів сім'ї, одночасно будуть заходами профілактики наростання надлишкової маси тіла у інших членів сім'ї. Обумовлено це тим, що методи лікування ожиріння базуються на тих же принципах, що і заходи його профілактики. У зв'язку з цим медичному персоналу в роботі з хворими на ожиріння і з членами їх сімей необхідно враховувати наступні моменти [7]:

- наявність ожиріння у одних членів сім'ї значно підвищує ймовірність його розвитку у інших членів сім'ї;
- лікування ожиріння є необхідним компонентом лікування захворювань, причинно з ним пов'язаних (артеріальна гіпертонія, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет);
- як для лікування ожиріння, так і для його профілактики необхідно, щоб харчування було раціональним, а спосіб життя посилено більш активним;
- заходи, спрямовані як на лікування ожиріння, так і на його профілактику, в тому або іншому вигляді повинні стосуватися всіх членів сім'ї і носити безперервний характер.

Ожиріння не можна вилікувати без участі, активної співпраці і взаєморозуміння між лікарем і пацієнтом, тому для досягнення хорошого ефекту просто необхідно, щоб пацієнти правильно розуміли лікаря, логіку і обґрунтованість тих чи інших рекомендацій.

#### **Висновок.**

Ожиріння залишається глобальною медико-соціальною проблемою. Зниження рівнів захворюваності населення на ожиріння та асоційовані з ним хвороби можливе за умови активного впровадження заходів первинної профілактики серед населення на індивідуальному та державному рівнях.

Помірне і поетапне зниження маси тіла, усунення чинників ризику, лікування пов'язаних з ожирінням захворювань, індивідуалізація профілактики і терапії на тлі комплексного підходу, що включає нефармакологічні і фармакологічні методи, дозволять домогтися довготривалих результатів зниження маси тіла і запобігти рецидивам ожиріння.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг.: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/5/9789244506233\\_rus.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/5/9789244506233_rus.pdf)
2. Гігієнічні аспекти проблеми ожиріння (огляд літератури). Ваколюк Л.М., Дударенко О.Б. «Молодий вчений» • № 11 (38) • листопад, 2016 р.
3. Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения / Под редакцией : Francesco Branca, Haik Nikogosian и Tim Lobstein – Режимдоступу:[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0011/74747/E90711R.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/74747/E90711R.pdf?ua=1)
4. Профілактичні заходи в практиці лікарів “загальної практики – сімейної медицини”. частина II: навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти МОЗ України / В.І.Кривенко, О.П.Федорова, С.П.Пахомова [та ін.] – Запоріжжя: АА Тандем, 2017 – С. 146 – 152.
5. Паньків В.І. Ожиріння як медико-соціальна проблема. // Практична ангіологія № 4 (5) – 2006 р.
6. Erhardt L. Managing cardiovascular risk: reality vs. perception // Eur. Heart J. — 2005.— Vol. 7 (suppl. L).— P. L11–L15
7. Accuracy and impact of risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease: a systematic review / P. Brindle, A. Beswick, T. Fahey, S. Ebrahim // Heart.— 2006.— Vol. 92.— P. 752–759.

---

## РОЗВИТОК ДРІБНОЇ МОТОРИКИ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

**Кобець Н.І., Філак Я. Ф.**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м Ужгород*

**Ключові слова:** дрібна моторика, розумова відсталість, діти-олігофрени, фізичне виховання.

**Актуальність проблеми.** Розумова відсталість відноситься до найбільш поширеної патології дитячого віку. За даними ВООЗ, розумова відсталість широко поширена в усьому світі й виявляється в 1 – 3% населення. Відзначається перевага серед хворих осіб чоловічої статі. Це пояснюється більшою кількістю антенатальних і постнатальних порушень серед осіб чоловічої статі в порівнянні з жіночою, зчепленим з Х-хромосомою успадкуванням даного захворювання, а також погіршенням екологічної ситуації у світі, підвищенням рівня і якості медичної допомоги, внаслідок цього збільшилась кількість дітей, що виживають, з вадами розвитку й дефектами центральної нервової системи. Фізична культура і спорт є частиною культури суспільства, залучення до якої, безумовно, буде сприяти адаптації будь-якої нормальної дитини, а тим більше дітей, з вадами у розвитку в навколишньому світі. Здається, що важливим є використання лікувальної фізичної культури з різноманітним форм організації рухової діяльності як одного із важливих засобів соціалізації особистості дітей, що мають порушення інтелектуального розвитку. Автори припускають, що розвиток фізичних якостей школярів, з відхиленнями у розумовому розвитку, найбільш успішно буде здійснюватися на уроках фізичної культури з використанням спеціальних корекційних завдань та вправ [1, 3].

Соціально-психологічні проблеми людей з обмеженими можливостями турбують сьогодні все прогресивне людство. Нестійка економічна ситуація, екологічна криза призвели

до масового погіршення стану здоров'я дітей на всій території України. Зросла кількість дітей із відхиленнями психофізичного розвитку генетичного походження. В даний час науковці, практики стали приділяти багато уваги вивченню адаптаційних та компенсаторних механізмів особистості в умовах дефіцитарного розвитку. В спеціальній літературі зазначається, що у таких дітей є багато проблем, серед яких не останнє місце займають слабкі комунікативні можливості. Вихователі та вчителі, наприклад, свідчать про часті конфліктні ситуації, що супроводжуються агресивною поведінкою та створюють у дитячому середовищі негативний емоційний фон. Іноді подібні ситуації можуть переходити у бійки, що мають негативні наслідки як для виховного процесу, так і для здоров'я дітей.

Здійснення розвивального навчання передбачає підвищення якості уроків шляхом включення учнів в активну навчальну діяльність та розвитку в них пізнавальної активності і самостійності [2, 5].

У зв'язку з тим, що у процесі фізичного виховання та спортивної діяльності можна достатньо ефективно розвивати комунікативні здібності у дітей, зроблено припущення, що цілеспрямоване використання групових фізичних вправ, рухливих ігор, які потребують злагоджених колективних дій та швидкого групового визначення найоптимальнішого способу вирішення рухового завдання, дозволить покращити комунікативні можливості дітей з розумовими відхиленнями та сприятиме їх кращій соціалізації. Це дозволяють створити дружню атмосферу, або ж попередити конфлікти, чи залагоджувати їх у мирний спосіб, є актуальною проблемою. Особливе значення цей аспект виховної роботи має для тих дітей, які не можуть самостійно вирішувати подібні проблеми [4].

**Мета дослідження** – розробити та апробувати комплексну програму фізичної терапії для школярів, які мають відхилення у розумовому розвитку.

**Матеріали та методи.** Для вирішення основних задач дослідження нами були використані наступні методи дослідження: аналіз літературних джерел з обраної теми, аналіз медичних карт, визначення сили м'язів кисті сили м'язів кисті верхніх кінцівок ручним динамометром. З метою визначення динаміки розвитку дрібної моторики нами були проведені контрольні-педагогічні тести, а саме: "склади мозаїку", "застебни гудзик", "шнурування». Фіксувалися правильність виконання кожного завдання.

**Результати та їх обговорення.** Обстеження проведені у 20 школярів віком 11-12 років, із них 12 хлопців і 8 дівчат, які навчаються спеціалізованій школі-інтернат. Переважна більшість всіх розумово відсталих дітей - учнів допоміжної школи - складають діти-олігофрени. Однак розвиток розумово відсталих школярів без корекції їхнього мислення і порушення психофізичних функцій не може бути досить успішним. Тому навчання в допоміжній школі носить корекційно розвиваючий характер. Згідно міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10; F70) всі обстежені учні мали легкий ступінь психічного недорозвинення, який характеризується нездатністю до розуміння і продукування складних понять, узагальнень, аналізу і переваженням конкретно-описового типу мислення, спрощеністю поглядів.

При обстеженні у 70,0% пацієнтів виявлено затримки розуміння і мовлення в різному ступені, розлади поведінки виявлені у всіх школярів. Труднощі навчання в загальноосвітній школі виявляють 80,0% школярів, здатність потрапляти під чужий вплив виявлено у 100,0% пацієнтів. Визначення сили м'язів кисті обох рук проводилось за допомогою ручного динамометра. Сила м'язів кисті рук визначалась у положенні сидячи при відведенні руки в бік. Показники сили м'язів кисті рук для дітей становив  $16,3 \pm 0,8$  кг, що нижче від норми. У практично здорових дітей віком 11 – 12 років показники сили м'язів кисті становить  $21,18 \pm 0,3$  кг. В результаті проведеного тестування (30,0%) дітей завдання «застебни гудзик» виконали самостійно, 70,0%- необхідна була допомога, Завдання «шнурування» самостійно виконали 40,0% школярів 60,0% необхідна була допомога. Завдання «скласти мозаїку» виконали відповідно 20,0% школярів, потрібна була допомога 80,0% пацієнтів.

Корекційно-олзвиваюча програма реабілітації включала: ранкову гігієнічну гімнастику (РГГ), лікувальну гімнастику, рухливі ігри.

Після проведення курсу корекційно-розвиваючої програми реабілітації, яка тривала три місяці у основній групі відзначається позитивна динаміка. Тенденція до затримки розуміння мовлення в різному ступені знизилася з 80,0% до 40,0%. Розлади поведінки після реабілітації відзначали 50,0% пацієнтів. Труднощі навчання в загальноосвітній школі у пацієнтів основної групи покращилися у 20,0% школярів.

Показник сили м'язів кисті рук для школярів основної групи після реабілітації збільшився з  $18,4 \pm 0,8$  кг. до  $23,3 \pm 0,6$  кг., що відповідає нормі. Кількість дітей, які змогли виконати тести самостійно збільшилися, а саме тест «скласти мозаїку» самостійно склали 50,0) дітей, завдання «шнурування», «застебни гудзик» самостійно виконали відповідно 60,0% і 40,0% школярів.

**Висновки.** Корекційно-розвиваюча програма, яка включала спеціалізовану лікувальну гімнастику, рухливі ігри, була спрямована на навчання навичкам самообслуговування на підставі покращання дрібної моторики кистей і пальців рук, концентрації довільної уваги, збереження та зміцнення загального здоров'я школярів, що є мотивацією до самостійної активної навчальної та рухової діяльності.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Дегтяренко Т. М. корекційно-реабілітаційна робота в спеціальних дошкільних закладах для дітей з особливими потребами: навчальний посібник / Т. М. Дегтяренко. - Суми: ВТД «Університетська книга», 2008. - 302 с.
2. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Основи генетики: Клініко-генетичні основи корекційної педагогіки та спеціальної психології: Учеб. посібник для студ. пед. вищ. навч. закладів / За ред. В.І. Селіверстова, Б.П. Пузанова. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. 213с.
3. Маллер Г.Р. Соціальне виховання і навчання Із відхіленнями у розвитку. - Москва, 2000. - 396с.
4. Приватні методики адаптивної фізичної культури: Навчальний посібник / За ред. Л.В. Шапкова. - М.: Радянський спорт, 2004. - 464 с.
5. Шиян Б.М. Теорія і методика фізичного виховання школярів. - Тернопіль: Навчальна книга - Богдан, 2004. - 247 с.

---

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ / СНІДу У МОЛОДІЖНОМУ СЕРЕДОВИЩІ

**Козак Т.П., Самборська Н.М.**

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**Ключові слова:** епідемія ВІЛ/СНІДу, рівні профілактичних програм, інституційні повноваження.

**Актуальність проблеми.** Проблема профілактики ВІЛ/СНІДу визначається зростанням захворюваності, ураженням цією хворобою найбільш активної частини населення. Швидкі темпи поширення ВІЛ-інфекції пов'язані з соціальними аспектами поведінки населення, а саме молоді. Сьогодні епідемія ВІЛ-інфекції являється важко керованим медико-соціальним явищем. Ця проблема викликає тривогу і занепокоєння медиків, соціальних працівників, політичних діячів.

**Мета статті.** Розглянути передумови захворювання на ВІЛ/СНІДта стратегії профілактичного втручання із запобігання поширенню означеного захворювання у молодіжному середовищі.

**Матеріали і методи.** На першому етапі дослідження нами було проведено аналіз літературних джерел з метою визначення рівня дослідження вивчасного явища та сучасних підходів до профілактики ВІЛ/СНІДу у молодіжному середовищі.

**Результати та їх обговорення.** В Україні одночасно поширюються чотири епідемії,



що підсилюють одна одну. Це епідемії алкоголізму, наркоманії, туберкульозу та ВІЛ/СНІДу. За оцінками фахівців більш як 360 тисяч українців живуть з ВІЛ/СНІДом і щоденно їх кількість збільшується на 50 осіб. Стрімке поширення ВІЛ-інфекції збільшує на 60 % ризик зараження туберкульозом. Поширенню туберкульозу та ВІЛ-інфекції сприяє також зростання кількості споживачів алкоголю й наркотиків. Загальна кількість алко- і наркозалежних в Україні становить приблизно 7 % працездатного населення.

Отже, впровадження ефективних програм профілактики ризикованої поведінки для молоді є вкрай необхідним. Такі програми мають забезпечити позитивний вплив на поведінку учнів шляхом підвищення їхньої мотивації до здорового способу життя, отримання ними необхідних для безпечної поведінки знань і набуття нових ставлень, практичних і життєвих навичок. Проте люди, які живуть з ВІЛ, є частиною українського суспільства і потребують не лише медичної допомоги, але й можливостей для реалізації своїх невід'ємних прав, таких як право на навчання і роботу. Тому профілактичні програми мають бути спрямовані також на подолання стигми і дискримінації ВІЛ-інфікованих та членів їхніх родин. [1]

Насамперед зауважимо, що у науковій літературі пропонується низка стратегій профілактичного втручання із запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу у молодіжному середовищі.

Традиційно стратегії профілактики поділяють на: первинні – спрямовані на усе населення, вторинні – ті, що фокусуються на роботі з групами підвищеного ризику, третинні – запобігання поширенню вірусу від людей, які вже ним уражені[5]. Дещо інший підхід пропонує американський дослідник С. Ноар, який класифікує превентивні стратегії за рівнем впливу: від індивідуального (вузького) до структурного (широкого), а також додає превентивне лікування як рівень втручання.[6](див.табл.1)

Таблиця 1

### Рівні інтервенційних програм профілактики ВІЛ

Рівень втручання	Адресат (отримувач)	Шляхи доступу	Засоби впливу	Приклади
Індивідуальний	Індивіди	Знайомі, фахівці, друковані та відеоматеріали	Пряме навчання, звички, поведінка індивідів	Добровільне консультування та тестування, консультування в дерматовенерологічних центрах з приводу зменшення ризику
Груповий	Сімейні пари, малі групи, сім'ї	Знайомі, фахівці, друковані та відеоматеріали	Пряме навчання, звички, поведінка групи	Втручання, спрямоване на ВІЛ-негативні, серодискордантні пари та пари в групах ризику; тренінгові програми для батьків, інтервенції в групах.
Громадський	Спільноти	Знайомі, фахівці, ЗМІ	Пряме та непряме навчання, навички, поведінка спільнот	Медіа-кампанії, мобілізація громад; інші заходи, зосереджені на отриманні доступу до громад
Структурний	Спільноти	Посадовці місцевого та державного рівнів	Непрямий вплив на зміну поведінки шляхом змін у законах, політиці	Закони та програми, які стосуються ВІЛ/СНІДу: використання презервативів, тестування на ВІЛ, контроль практики вживання наркотиків та надання сексуальних послуг

Медичний	Усі вищеназвані	Надавачі медичних послуг	Прямий і непрямий вплив на ризик інфікування через наукові дослідження	Швидкі тести на ВІЛ, терапія для зменшення ризику передачі ВІЛ від матері до дитини; скринінг крові; бактерицидні засоби
----------	-----------------	--------------------------	--	--

Відмінною особливістю втручання на індивідуальному, груповому та громадському рівнях є прямий вплив на поведінку учасників. Водночас втручання на структурному рівні передбачає непряме стимулювання до зміни поведінки через розширення доступу до засобів профілактики та діагностування. У свою чергу, медичні втручання сприяють поширенню практик, які попереджають передачу інфекції від заражених людей. [5]

В Україні питання проведення профілактичної роботи щодо запобігання поширення ВІЛ/СНІДу регулюються чинними нормативно-правовими актами.

Наразі державні програми включають у себе такі профілактичні заходи:

- забезпечення масштабної первинної профілактики поширення ВІЛ-інфекції серед населення, передусім серед молоді, через проведення освітньої та роз'яснювальної роботи з залученням засобів масової інформації та мережі Інтернет з пропаганди здорового способу життя, духовних, морально-етичних, культурних цінностей та відповідальної поведінки;
- посилення профілактичних заходів серед представників груп ризику;
- дотримання вимог щодо безпеки лікувально-діагностичного процесу в лікувально-профілактичних закладах шляхом повного переходу до використання медичних виробів одноразового використання;
- посилення безпеки донорства щодо запобігання випадкам передачі ВІЛ-інфекції через кров, її компоненти та анатомічні матеріали для трансплантації;
- удосконалення механізму запобігання передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини;
- забезпечення вільного доступу до консультування та безоплатного тестування на ВІЛ-інфекцію населення, передусім молоді та представників груп ризику;
- розширення доступу споживачів ін'єкційних наркотиків, передусім ВІЛ-позитивних, до замісної підтримувальної терапії та реабілітаційних програм;
- систематичне створення радіо- і телепередач з висвітлення проблем, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом. Задекларовані Українською державою заходи, як можна побачити, цілком відповідають сучасним уявленням щодо стратегій профілактичного втручання, визначених науковцями як прийнятних для протидії поширення ВІЛ у молодіжному середовищі.

Однак ВІЛ/СНІД – це комплексна проблема. Серед причин, що зумовили стрімке поширення інфекції в Україні, визначають: безробіття (особливо серед молоді); економічну нестабільність; поширення проституції (особливо дитячої); неконтрольоване вживання алкоголю та наркотиків; знецінення інституту сім'ї; прискорення темпів міграції. До того ж така ситуація багато в чому обумовлена кризою суспільства, що має наслідком: інформаційну необізнаність широкого загалу населення, незахищений секс, низький рівень зацікавленості в обстеженнях, наркотизацію молоді. [3]

Саме тому традиційна профілактика інфекційних захворювань передбачає комплекс заходів, спрямованих:

1. На джерело інфекції: виявити інфіковану людину - ізолювати – вилікувати – та виписати із стаціонару здоровою та вільною від збудника
2. На сприйнятливі контингенти населення - підвищення їх опірності (імунітету) до збудників (звичайно це вакцинація, введення специфічних антитіл, профілактичне лікування тощо).
3. На шляхи та фактори передачі – виключення ризикованих ситуацій (або зменшення їх частоти) та знешкодження збудника в тому біологічному матеріалі, з яким він звичайно передається.[2]

Таким чином, у науковій літературі виділяються п'ять рівнів інтервенційних програм з

профілактики ВІЛ: індивідуальний, груповий, громадський, структурний, медичний. Політична відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу має передбачати застосування ефективних методів статевого виховання молоді; проведення інформаційних кампаній щодо шляхів передачі ВІЛ, доступності тестування на ВІЛ і послуг для тих, у кого виявлено вірус, із застосуванням сучасних ефективних методів і засобів комунікації, стратегій соціального маркетингу, впливу на соціальні мережі. Профілактичні заходи дозволять попередити та розвиток Віл-інфекції зберегти здоров'я населення, особливо серед молоді.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Воронцова Т. В., Оржеховська В. М., Пономаренко В. С. Формування здорового способу життя та профілактика ВІЛ/СНІДу: Програма навчального курсу для учнівської молоді старшого підліткового та юнацького віку. — К.: Освіта, 2013. — 12 с. [Електронний ресурс] Режим доступу <https://network.org.ua/wpcontent/uploads/2017/03/1af070ed8d763bb6b5e5f7612210466c.pdf>
2. Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім.Ф.Г.Яновського. Здоровий спосіб життя. Популярно про Віл інфекцію кандидат медичних наук І.Ф. Льїнська.[Електронний ресурс ]Режим доступу: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/people/vil-pop/vil-pop7.htm>
3. Скуйбіда Ю. В. Проблема ВІЛ/СНІДу як питання порядку денного в публічній політиці України / Ю.В. Скуйбіда // Наукові записки НаУКМА. – Т.45: Політичні науки. – 2005. – С. 71-77.
4. Noar S.M. Fact sheet. Behavioral Interventions for Reducing Sexual Risk Behavior / S.M. Noar [Електроннийресурс]. – Режимдоступу: [www.indiana.edu/~aids/factsheet21.pdf](http://www.indiana.edu/~aids/factsheet21.pdf)?
5. Semigina T. Tracking Global HIV/AIDS Initiatives and their Impact on the Health System in Ukraine. Interim report / T.Semigina, I.Griga, D.Bogdan, I. Schevchenko, V.Bondar, K.Fuks, N. Spicer [Електроннийресурс]. – Режим доступу: [http://www.sph.ukma.kiev.ua/images/1210854730\\_Ukraine%2008%201.pdf](http://www.sph.ukma.kiev.ua/images/1210854730_Ukraine%2008%201.pdf).
6. Vliet C. The effectiveness of HIV prevention strategies under alternative scenarios: Evaluation with the STDSIM model / C.Vliet, K. K. Holmes, B Singer., J.F. Habbema // Confronting AIDS: Evidence from the Developing / Eds. Ainsworth M., Franssen L., Over M. - Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1998. – P. 207-237.

---

### ВИЗНАЧЕННЯ ПОТРЕБИ В ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ СУПУТНІХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ДИСПАНСЕРНОМУ ОБЛІКУ В М. УЖГОРОДІ

**Куфіна І.В., Миронюк І.С., Потокій Н.Й.**  
*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** фізична терапія, фізична реабілітація, ВІЛ-інфекція/СНІД, супутні захворювання

**Актуальність проблеми.** Послуги з фізичної терапії можна отримати в декількох закладах м. Ужгорода – Закарпатський обласний лікарсько-фізкультурний диспансер, ДУ «НПМЦ “Реабілітація” МОЗ України», на етапах стаціонарного лікування у відповідних відділеннях із залученням фахівців та в приватних кабінетах/клініках. Найбільш часто послуги з фізичної терапії отримують особи з травматичними ушкодженнями в анамнезі, порушеннями рухової функції організму, захворюваннями дихальної та серцево-судинної системи, діти першого року життя [1]. При цьому, напрямок з призначення послуг фізичної терапії ВІЛ-інфікованим особам залишається поза увагою в комплексі послуг з догляду та підтримки таких пацієнтів. Враховуючи соціальну значимість епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, актуальним є вивчення потреби в фізичній терапії при супутніх захворюваннях у ВІЛ- позитивних пацієнтів, що перебувають на диспансерному обліку в м. Ужгороді.

**Мета дослідження.** Дослідження проведено з метою розробки рекомендацій щодо застосування засобів фізичної терапії супутніх захворювань ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що перебувають на диспансерному обліку в м. Ужгороді, та подальшого використання розроблених рекомендацій в міждисциплінарному підході у фізичній терапії для ВІЛ-інфікованих пацієнтів в рамках послуг з догляду та підтримки.

**Матеріали та методи.** В ході роботи проведено вивчення особливостей застосування засобів фізичної терапії в залежності від захворювань пацієнта, епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області та м. Ужгороді зокрема, особливостей перебігу ВІЛ-інфекції та аналіз реєстрації опортуністичних захворювань, які найбільш часто зустрічаються у ВІЛ-інфікованих осіб. В роботі використані такі теоретичні методи дослідження як аналіз, синтез, узагальнення, класифікація.

**Результати та їх обговорення.** Одним із найважливіших напрямків у системі охорони суспільного здоров'я є реабілітація. Реабілітація – це комплекс координовано проведених заходів медичного, фізичного, психологічного, педагогічного, соціального характеру. Завданнями реабілітації є попередження захворювань, які призводять до тимчасової і стійкої втрати працездатності та повернення хворих й інвалідів у суспільство і до суспільно-корисної праці. Медична реабілітація може бути розглянута як комплекс ендо- і екзогенних заходів, спрямованих на усунення змін в організмі, які спричинюють захворювання або сприяють його прогресуванню [2].

У системі реабілітації хворих важливе місце належить фізичній реабілітації. Застосування фізичної реабілітації сприяє активізації захисних і пристосувальних механізмів адаптації, прискоренню відновлення функції різних органів та систем, попередженню ускладнень та рецидивів захворювання, скороченню термінів клінічного і функціонального відновлення здоров'я та працездатності хворого; прискорює його повернення до суспільно-корисної праці, підвищує ефективність реабілітації, що має значний економічний та соціальний ефект [3].

Засоби фізичної терапії (реабілітації) застосовуються на всіх етапах медичної реабілітації – превентивному, стаціонарному, поліклінічному, санаторно-курортному і етапі метаболічної реабілітації.

З метою розробки рекомендацій щодо застосування засобів фізичної терапії супутніх захворювань ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які перебувають на диспансерному обліку в м. Ужгороді, нами вивчено структуру випадків ВІЛ-інфекції серед мешканців м. Ужгорода за клінічними стадіями та провідними супутніми захворюваннями станом на початок 2020 року. Так, за клінічними стадіями визначено наступний розподіл: I клінічна стадія – 27 осіб (30,0%); II клінічна стадія – 10 осіб (11,1%); III клінічна стадія – 7 осіб (7,8%); IV клінічна стадія – 46 осіб (51,1%). Структура провідних супутніх захворювань серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів м. Ужгорода: безсимптомний перебіг ВІЛ-інфекції – 12 осіб (13,3%), поширена генералізована лімфаденопатія – 15 осіб (16,7%), орофарінгеальний кандидоз – 4 особи (4,4%), рецидивуючі бактеріальні інфекції верхніх дихальних шляхів – 4 особи (4,4%), оперізувальний лишай – 2 особи (2,2%), рецидивуючий кандидоз (молочниця) ротової порожнини (два або більше епізодів протягом 6 місяців) – 3 особи (3,3%), важкі бактеріальні інфекції (пневмонія, менінгіт, емпієма, гнійний міозит, артрит або остеомієліт, бактеріємія, важкі запальні захворювання малого таза та ін.) – 4 особи (4,4%), туберкульоз легеневий – 10 осіб (11,1%), туберкульоз позалегенеєвий – 5 осіб (5,6%), дисеміновані мікози (кандидоз, кокцидіомікоз, гістоплазмоз) – 4 особи (4,4%), токсоплазмоз – 3 особи (3,3%), хронічна або персистуюча інфекція, викликана вірусом простого герпесу тривалістю понад 1 місяць – 5 осіб (5,6%), пневмоцистна пневмонія – 1 особа (1,1%), рецидивуючі бактеріальні пневмонії (два або більше епізодів протягом одного року) – 7 осіб (7,8%), синдром виснаження (ВІЛ-кахексія) – 11 осіб (12,2%).

Відповідно до отриманих даних, розроблено рекомендації щодо застосування засобів фізичної терапії супутніх захворювань ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які перебувають на диспансерному обліку в м. Ужгороді.

Завданнями фізичної терапії для ВІЛ-інфікованих пацієнтів визначено мобілізацію резервних сил організму, активізацію захисних і пристосувальних механізмів, попередження ускладнень захворювання, прискорення відновлення функції різних органів та систем, тренування та загартовування організму, відновлення працездатності.

Враховуючи поліморфізм клінічних проявів на фоні зниженого імунітету при ВІЛ-інфекції, особливу увагу при визначенні комплексу засобів фізичної терапії слід приділяти міждисциплінарному підходу. Такий підхід дасть змогу забезпечити в повній мірі відповідність засобів реабілітації та їх дозування видам супутніх захворювань, їх тяжкості перебігу, а також врахування індивідуальних особливостей хворого (вік, стать, професія, психоемоційний стан, адекватність оцінки пацієнтом важкості свого стану, функціональних можливостей організму, здатність до побутової та виробничої діяльності, стан оточуючого середовища).

В реалізації заходів з догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих/хворих на СНІД осіб одне із провідних місць займає робота, направлена на підтримання позитивного психоемоційного стану хворого. Як відомо, при ВІЛ-інфекції на погіршення психоемоційного стану пацієнта здебільшого впливають такі фактори як пожиттєвість захворювання та щоденний прийом антиретровірусних препаратів. Важливим компонентом також є застосування дієтотерапії. Спеціально складені раціони харчування та режими приймання їжі можуть значно покращити якість життя ВІЛ-інфікованих пацієнтів на фоні щоденного прийому ліків.

В галузі медичної реабілітації пацієнтів складовими охоронного режиму в числі немедикаментозних засобів реабілітації є позбавлення хворого від надмірних психічних та фізичних навантажень.

Як правило, послуги з догляду та підтримки ВІЛ-інфікованим/хворим на СНІД пацієнтам надаються представниками неурядових організацій. Саме неурядові організації, на нашу думку, мають стати першою ланкою в міждисциплінарному підході у забезпеченні заходів з фізичної терапії у ВІЛ-інфікованих/хворих на СНІД осіб і взяти на себе обов'язок у виробленні прихильності пацієнтів до застосування і дотримання виконання призначених відповідним фахівцем засобів.

За результатами проведеної роботи розроблено загальні рекомендації щодо застосування фізіотерапевтичних процедур у ВІЛ-інфікованих/хворих на СНІД пацієнтів м. Ужгорода та рекомендації щодо застосування фізіотерапевтичних процедур у ВІЛ-інфікованих/хворих на СНІД пацієнтів м. Ужгорода в залежності від клінічних проявів захворювання.

Загальні рекомендації щодо застосування фізіотерапевтичних процедур у ВІЛ-інфікованих/хворих на СНІД пацієнтів м. Ужгорода:

Підтримання позитивного психоемоційного стану хворого за активної участі осіб, залучених до заходів з догляду та підтримки (неурядові організації, родичі, близькі люди): створити сприятливий психотерапевтичний вплив: хворий повинен бути впевнений у покращенні якості життя та подовженні життя на фоні антиретровірусного лікування та застосування засобів фізичної реабілітації, відмежувати хворого від негативної інформації побутового характеру, уважно ставитися до хворого: він повинен відчувати турботу з боку родичів, медичного персоналу, співробітників з виробничої діяльності, при відсутності протипоказань якнайшвидше розширювати режим рухової активності, залучати хворого до самообслуговування, занять лікувальною фізкультурою, працетерапією.

Дотримання дієтотерапії з урахуванням індивідуального підходу до визначення раціону харчування, режиму приймання їжі та способу її кулінарної обробки, забезпечення кількісної та якісної відповідності раціону харчування, стану пацієнта, індивідуальних особливостей його організму, терапевтичних засобів, що вживає хворий. Складання збалансованих і фізіологічно повноцінних раціонів у тих випадках, коли стан хворого вимагає виключення чи обмеження певних поживних речовин або харчових продуктів.

Застосування засобів лікувальної фізичної культури з урахуванням динамічних даних



щодо перебігу захворювання та індивідуальних особливостей пацієнта.

Рекомендації щодо застосування фізіотерапевтичних процедур у ВІЛ-інфікованих/хворих на СНІД пацієнтів м. Ужгорода в залежності від клінічних проявів захворювання наступні.

У разі безсимптомного перебігу ВІЛ-інфекції вважаємо достатнім застосування загальних рекомендацій щодо застосування фізіотерапевтичних процедур у ВІЛ-інфікованих/хворих на СНІД. Проте, в залежності від рішення фахівців можуть бути додані інші засоби фізичної терапії.

Поширена генералізована лімфаденопатія є протипоказанням для призначення масажу, теплолікувальних, кліматичних, бальнеологічних процедур. При орофарингеальному кандидозі, рецидивуючому кандидозі (молочниці) ротової порожнини (два або більше епізодів протягом 6 місяців) можуть бути показані інгаляції. Масаж та електрофорез протипоказані при оперізувальному лишайі. У разі діагностики туберкульозу ефективною є кліматотерапія. При цьому теплолікування, електро- і фотолікування при туберкульозі, як і при токсоплазмозі, протипоказані.

Ряд бактеріальних інфекцій (хронічна або персистуюча інфекція, викликана вірусом простого герпесу тривалістю понад 1 місяць; пневмоцистна пневмонія; рецидивуючі бактеріальні пневмонії (два або більше епізодів протягом одного року); важкі бактеріальні інфекції (пневмонія, менінгіт, емпієма, гнійний міозит, артрит або остеомиєліт, бактеріємія, важкі запальні захворювання малого таза та ін.); рецидивуючі бактеріальні інфекції верхніх дихальних шляхів) є показанням до застосування електричного поля ультрависокої частоти. Інгаляції показані при бронхітах та пневмоніях на стадії розрешення, дарсонвалізація – при трофічних виразках, індуктотермія – при підгострих та хронічних запальних процесах. При цьому протипоказані у разі наявності бактеріальних захворювань теплолікування, ЛФК, електрофорез, теплотерапія (у разі гострого захворювання), масаж (у разі ураження шкіри), індуктотермія (при гострих запальних процесах).

Наявність злоякісних новоутворень є абсолютним протипоказанням для більшості фізіотерапевтичних процедур: ЛФК, масаж, бальнеотерапія, електро- і фотолікування, дарсонвалізація, індуктотермія, електричне поле ультрависокої частоти.

У разі реєстрації синдрому виснаження (ВІЛ-кахексія) ефективними можуть бути процедури індиферентних температур, проте ЛФК та масаж протипоказані.

Отже, принципи застосування засобів фізичної терапії на організм людини в залежності від наявних соматичних та інфекційних захворювань у пацієнта стали основою для розробки рекомендацій щодо застосування засобів фізичної терапії супутніх захворювань ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що перебувають на диспансерному обліку в м. Ужгороді з урахуванням міждисциплінарного підходу.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Воробйов О. С., Новак І.Ю. Загальна фізіотерапія: підручник. Полтава: ВАТ «Видавництво «Полтава», 2002. 248 с.
  2. Основи фізичної реабілітації : навчальний посібник / за заг. ред. Л.О. Вакуленко, В.В.Клапчука. Тернопіль : ТНПУ, 2010. 234 с.
  3. Соколовський В. С., Романова Н. О., Юшковська О. Г. Лікувальна фізична культура: підручник. Одеса : ОДМУ, 2005. 234 с.
-

## ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА ОСНОВНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Кухнюк О.Л., Мелега К.П.

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,  
факультет здоров'я та фізичного виховання*

**Ключові слова:** здоров'я студентів, здоровий спосіб життя, фактори ризику, фізична активність, дозволя, шкідливі звички

**Актуальність проблеми** обумовлена тим, що останнім часом в Україні спостерігається стійка тенденція до погіршення стану здоров'я молоді, відхилення у стані здоров'я визначаються медиками майже у 90% студентів, серед яких більше половини мають незадовільний фізичний стан [1]. Студентська молодь є найбільш вразливою верствою суспільства до негативного впливу соціальних чинників на здоров'я. Патологічні зміни стану здоров'я студентів зумовлюють також економічні, екологічні, суспільно-політичні обставини. Невміння та небажання раціонально організувати режим дня, навчання, харчування і відпочинок призводить до появи гострих та хронічних захворювань [2]. За останні роки змінюється концепція освіти, впроваджується Болонська система, підвищується інтенсифікація процесу навчання – все це потребує адаптації студентів до нових умов. Кредитно-модульна система навчання, прийнята у вищих навчальних закладах України, висуває достатньо високі вимоги до студентів, які розпочали своє навчання у вузі. Не сприяє збереженню здоров'я молоді й високий рівень вживання спиртних напоїв, тютюнопаління, вживання наркотичних речовин, проблема нездорового харчування, гіподинамії [6, 7].

Процес навчання у вищому навчальному закладі пов'язаний з переходом від шкільної до вузівської системи навчання і супроводжується різкою зміною «соціальної ситуації» розвитку особистості, при цьому процеси психофізіологічного дозрівання колишнього учня ще не завершені. Найбільш активні процеси адаптації до нових умов середовища та студентського життя відбуваються на перших курсах навчання внаслідок дії стресової ситуації на організм. Першокурсники опиняються в досить складному становищі, оскільки після іспитів у школі, важких вступних іспитів у навчальні заклади потрапляють у нові специфічні соціальні відносини та умови навчальної діяльності. Змінюється ритм праці, відпочинку й сну, з'являються незвичні методи й форми навчання, нові емоційні переживання. Сильне внутрішнє напруження може викликати складні фізіологічні зміни в організмі, а емоційне напруження спричинює стрес, що впливає на поведінку людини, її працездатність, взаємини з оточенням та у родині [5].

Останнім часом невід'ємною частиною життя молоді став комп'ютер. Неможливо переоцінити позитивне значення цього науково-технічного досягнення. Однак навіть недовгий період масового користування комп'ютером виявив немало випадків його негативного впливу на людину, особливо це стосується неповнолітніх, психіка яких є більш незахищеною, а тому й уразливішою порівняно з дорослими. Адже в усьому світі все більшого поширення набуває «комп'ютерна залежність», яку психологи класифікують як форму емоційної «наркоманії». Термін «інтернет-залежність» уперше був запропонований американським лікарем Голдбергом у 90-х роках ХХ століття. Під цим поняттям він розумів непереборний потяг до Інтернету, що характеризується згубною дією на побутову, навчальну, соціальну, робочу, сімейну, фінансову сфери діяльності. За ступенем відходу від реальності інтернет-залежність вельми нагадує потяг до наркотиків, алкоголю, азартних ігор [4].

Для подолання факторів ризику для здоров'я і формування здорового способу життя молоді важливі як зусилля закладу вищої освіти щодо забезпечення умов зі збереження й зміцнення здоров'я студентів, так і валеологічне виховання кожної людини. З метою розробки ефективних підходів до «виховання здоров'я», пропагування серед студентів здорового способу життя, організації їх навчання та відпочинку на наукових засадах,

необхідно звернути увагу на існуючі фактори ризику з їх негативним впливом на здоров'я.

**Мета роботи** – визначити рівень сформованості окремих складових здорового способу життя, фактори ризику у способі життя студентів молодших курсів факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ» та окреслити шляхи для їх подолання.

**Завдання дослідження:** визначити особливості способу життя студентів закладів вищої освіти, виділити фактори ризику для здоров'я та способи їх усунення; визначити особливості способу життя, індекс здорового способу життя та фактори ризику для здоров'я студентів молодших курсів факультету здоров'я та фізичного виховання (ФЗФВ) ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; розробити рекомендації щодо подолання факторів ризику для здоров'я студентів шляхом корекції способу життя та застосування оздоровчих заходів.

**Матеріали і методи дослідження:** Дослідження проведено в рамках виконання дипломної роботи магістра, на базі кафедри основ медицини факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ». У дослідженні взяли участь 74 студенти ФЗФВ серед яких: 42 (56,7%) юнаки і 32 (43,2%) дівчат. Середній вік студентів –  $18,2 \pm 0,2$  роки. Дослідження проводилось у 4 етапи (з вересня по листопад 2020 р.) відповідно до вирішення завдань дослідження. Використані методи дослідження: аналіз та узагальнення спеціальної науково-методичної літератури; соціологічні методи (анкетне опитування з використанням

«Опитувальника для визначення індексу здорового способу життя та самооцінки здоров'я» [3] та опитувальника, складеного на основі анкети Brigham Young University (USA)) [8] антропометрія (визначення росту і маси тіла, розрахунок індексу маси тіла (ІМТ), методи математичної статистики.

**Результати та їх обговорення.** Для оцінки особливостей способу життя студентів використано «Опитувальник для визначення індексу здорового способу життя та самооцінки здоров'я», розроблений на кафедрі основ медицини [17]; анкетування проводили анонімно. На основі аналізу бальної оцінки 8 шкал опитувальника, у яких міститься 40 запитань, визначали загальний показник – індекс здорового способу життя (ІЗСЖ) студентів. Усі запитання 8 шкал анкети відображають основні складові здорового способу життя: 1) харчування; 2) сон; 3) фізична активність; 4) режим дня; 5) дозвілля; 6) контроль стресу; 7) соціальна активність; 8) шкідливі звички. Максимальна кількість балів за кожною шкалою – 10 балів, загалом – 80 балів. Отримані результати анкетування наведено у таблиці 1.

*Таблиця 1*

Показники способу життя юнаків та дівчат молодших курсів факультету здоров'я та фізичного виховання

Шкали анкети		Юнаки (n = 42)		Дівчата (n = 32)		P
		М	m	М	m	
1	Харчування, бали	5,3	0,36	6,6	0,36	<0,05
2	Сон, бали	5,3	0,39	5,5	0,35	>0,05
3	Фізична активність, бали	5,4	0,40	5,1	0,40	>0,05
5	Режим дня, бали	4,3	0,27	4,3	0,26	>0,05
4	Дозвілля, бали	5,3	0,33	5,3	0,33	>0,05
6	Контроль стресу, бали	5,1	0,38	5,4	0,35	>0,05
7	Соціальна активність, бали	5,1	0,35	5,4	0,34	>0,05
8	Шкідливі звички, бали	7,3	0,52	7,7	0,44	>0,05
	ІЗСЖ, бали	44,0	1,48	45,7	1,23	>0,05

Примітка. p – вірогідність відмінностей між показниками у юнаків та дівчат

На основі аналізу отриманих результатів було встановлено, що загальний показник ІЗСЖ у юнаків і дівчат вірогідно не відрізняється і становить у середньому  $44,0 \pm 1,48$  балів та  $45,7 \pm 1,23$  балів, відповідно, ( $p > 0,05$ ), що оцінюється як середній та свідчить про наблизений до здорового спосіб життя (див. табл. 1). Згідно оцінки, чим більшу кількість балів набирає респондент як за окремою шкалою, так і загалом, тим більше його спосіб життя можна



вважати здоровим. Оцінка показника ІЗСЖ: 1) високий – 80-65 балів, свідчить про здоровий спосіб життя; 2) середній - 64-40 балів, свідчить про наблизений до здорового спосіб життя; 3) низький - менше 40 балів, свідчить про те, що спосіб життя не можна вважати здоровим.

Як видно з наведеної таблиці 1, не встановлено вірогідних відмінностей між показниками за більшістю шкал серед юнаків та дівчат, за винятком шкали «Харчування», показники якої у дівчат виявились вірогідно вищими ( $p < 0,05$ ), ніж у юнаків, що свідчить про більш здорові харчові звички у дівчат-студенток. При аналізі складових способу життя студентів молодших курсів ФЗФВ за окремими шкалами встановлено, що найнижчі показники, як серед юнаків, так і серед дівчат, виявлялись за шкалою «Режим дня» ( $4,3 \pm 0,27$  балів і  $4,3 \pm 0,26$  балів, відповідно, ( $p > 0,05$ )), а найвищі - за шкалою «Відсутність шкідливих звичок» ( $7,3 \pm 0,52$  балів і  $7,7 \pm 0,44$  балів, відповідно, ( $p > 0,05$ )).

Одне з важливих запитань, на яке відповідали студенти при анкетуванні, було присвячене самооцінці власного здоров'я (блок 9). Загалом, більшість опитаних - 58 (78,3%) студентів ФЗФВ оцінювали свій стан здоров'я як відмінний (31% юнаків і жодна з дівчат) або добрий (46% юнаків і 78% дівчат); задовільний стан здоров'я відмітили 19% юнаків і 18% дівчат, поганий – лише 4% дівчат і жоден серед юнаків; відповідь «не знаю» вказали 4% юнаків і жодної – серед дівчат. Антропометричні вимірювання зросту і маси тіла обстежених студентів показали, що індекс маси тіла (ІМТ) у юнаків у середньому  $22,4 \pm 0,35$  кг/м<sup>2</sup>, у дівчат –  $20,0 \pm 0,32$  кг/м<sup>2</sup>, що відповідає нормальному показнику ІМТ (норма 18,5-24,9 кг/м<sup>2</sup>) і свідчить про відповідність маси тіла зросту у більшості обстежених студентів. Таким чином, у переважній більшості обстежених студентів молодших курсів ФЗФВ (за винятком 1 студента-юнака та 3 студенток-дівчат з дефіцитом маси тіла, що складає 5,4% від кількості усіх обстежених студентів) за показником ІМТ виявлена нормальна маса тіла, яка відповідає зросту, і свідчить про хороший харчовий статус.

Для детального вивчення особливостей способу життя та визначення факторів ризику для здоров'я студентів молодших курсів ФЗФВ було проведено анкетне опитування за допомогою розробленого нами опитувальника (складеного на основі анкети Brigham Young University (USA)) [42], яке проводилося анонімно. Аналізуючи харчовий раціон студентів ФЗФВ, можна відмітити, що менше половини респондентів, незалежно від статі, дотримуються здорового режиму харчування, який передбачає обов'язковий сніданок. На питання «Скільки разів за минулі 7 днів (тиждень) ви снідали упродовж 1 години від того часу, як прокинулись?» 35% юнаків і 43,3% дівчат вказують, що снідають щодня; ще 16,6% юнаків і 19,5% дівчат снідають 5-6 разів у тиждень (тобто іноді пропускають сніданок); 28,9% юнаків і 21% дівчат – 3-4 рази у тиждень (тобто нерегулярно) і 14,5% юнаків та 16,2% снідають лише час від часу. На запитання «Як часто ви п'єте колу або інші види напоїв, які містять цукор?» 4,5% студентів-юнаків і 15,5% дівчат відповіли, що ніколи не вживають подібні напої; рідко вживають (менше, ніж один раз в тиждень) – 40% юнаків і 41,7% дівчат; один раз в тиждень – 31% юнаків і 19% дівчат; один раз в день – 14,5% юнаків і 18,3% дівчат; більше 1 напою в день – 10% юнаків і 5,5% дівчат. Таким чином, 44,5% юнаків та 57,2% не є прихильниками солодких напоїв, однак близько 40% студентів обох статей вживають їх хоча б один раз у тиждень. Фактором ризику є те, що 24,5% юнаків та 20% дівчат вживають такі напої щодня, причому 10% юнаків більше склянки в день. Як відомо, у газованих напоях дуже високий вміст цукру, що загрожує здоров'ю. Таким чином, схильність до дотримання здорового харчового раціону більш притаманна дівчатам. З юнаками необхідно проводити посилену просвітницьку і роз'яснювальну роботу для переорієнтування у бік більш здорових харчових звичок.

При аналізі сну обстежених студентів встановлено, що фізіологічно обґрунтована тривалість сну 7-8 год притаманна лише 48% студентів-юнаків ФЗФВ; тоді як серед дівчат таких 55% студенток. Менше 7 год на сон витрачає в середньому 23,7% юнаків і 25% дівчат; більше 9 год на сон витрачають 28,3% студентів і 20% студенток. Отже, виявлено деякі відмінності у режимі сну опитаних студентів залежно від статі: близько половини юнаків та

більше половини дівчат дотримуються фізіологічно обґрунтованої рекомендації щодо тривалості сну 7-8 годин, тоді як близько  $\frac{1}{4}$  студентів недосипають (менше 7 годинний сон), а 28,3% юнаків та 20% дівчат пересипають (сон триває 9 годин і більше).

Для оцінки проведення дозвілля студентами ФЗФВ було проаналізовано такі показники як час сидіння перед екранами (телевізор, комп'ютер), слухання музики, читання газет, журналів, книг, активний відпочинок. Згідно з результатами опитування перед екранами телевізорів і DVD проводять дозвілля упродовж дня як юнаки, так і дівчата, причому найбільша частка студентів витрачає на перегляд телепередач в середньому 1-2 год в день або менше, ніж 1 годину. Взагалі не дивляться телевізор у середньому 17% юнаків і 29% дівчат, але частка дівчат, які витрачають на перегляд телепередач 3-5 годин і більше, вдвічі більша, ніж юнаків. Досить популярними серед студентів є комп'ютерні ігри, причому більше серед юнаків. Їм присвячують переважно 1-2 год в день у середньому 28,6% опитаних, великою небезпекою є те, що 27% грають у комп'ютерні ігри 3-5 годин і більше. Мало комп'ютерні ігри цікавлять дівчат - 71,0% з них взагалі не грають у комп'ютерні ігри, решта – витрачає не більше 2 годин у день, «ігроманів» серед дівчат майже немає.

Часто дозвілля студентів пов'язано з сидінням за комп'ютером (в мережі Інтернет, соціальних мережах тощо), причому 46% студентів-юнаків щоденно по 3-5 годин і більше проводять за комп'ютером; серед дівчат таких лише 20,3%. Як відомо, таке тривале сидіння загрожує розвитком гіподинамії та пов'язаних з нею проблем зі здоров'ям, формуванням комп'ютерної залежності. Крім того, 49% юнаків і 73,3% виділяють на сидіння за комп'ютером 1-2 години або менше, що не можна вважати зловживанням. Лише 10,7% юнаків не присвячують більше 2 годин вільного часу віртуальним контактам; серед дівчат таких не виявлено. Як відомо, тривале сидіння за комп'ютером, цифрове "залипання" в гаджетах загрожує розвитком гіподинамії, формуванням комп'ютерної залежності, може негативно відобразитись як на фізичному, так і на психічному здоров'ї студентів.

Популярним видом проведення дозвілля студентів молодших курсів ФЗФВ є активний відпочинок, причому це характерно як для юнаків, так і для дівчат. На основі анкетного опитування встановлено, що у середньому 52% юнаків активно відпочивають 3-5 годин і більше (очевидно, включений час на заняттях фізичною культурою у вузі, прогулянки), 38,2% - 1-2 год в день, близько 10% - присвячують фізичній активності менше год або не проводять час подібним чином. Дівчата демонструють подібні результати, однак, більшість (69%) активний відпочинок проводять упродовж 1-2 год, лише 21% - 3-5 годин і більше. Таким чином, аналізуючи відповіді на анкети студентів ФЗФВ молодших курсів, можна відмітити, що переважна більшість молодих людей віддає перевагу активному проведенню дозвілля (на природі або виконуючи фізичні навантаження).

Опитування щодо розповсюдженості шкідливих звичок серед студентів молодших курсів ФЗФВ показало, що більшість з них не є курцями: ніколи не курили 66,2% юнаків та 50% дівчат. Пробували, але не за останні 30 днів 24,3% юнаків та 37,3% дівчат. Менше 10% курять зрідка, не кожен день, час від часу. Щоденно курять лише 2,5% юнаків та 2,8% дівчат. У середньому юнаки викурюють до 30 сигарет у тиждень, тоді як дівчата – лише 15. Однак, на думку опитаних студентів у курінні відкрито зізнались би лише 44% юнаків і 25% дівчат. Це вказує на те, що куріння у молоді не належить до звичок, якими варто хизуватись. При анонімному опитуванні виявлено, що лише 35,7% юнаків та 26,2% дівчат зовсім не вживають алкоголь; 45,3% юнаків та 61% дівчат пробували вживати алкоголь раніше, але не за останні 30 днів. Частка студентів, які вживають алкоголь час від часу у незначних кількостях, серед юнаків складає 19%, серед дівчат – 12,8%. Не виявлено жодного студента, який би вказував на щоденне вживання алкоголю. Студенти-юнаки віддають перевагу пиву; рідше - вживають горілку, коктейлі та вино; дівчата також найбільше люблять пиво, менше – вино і коктейлі (горілку майже не вживають). Однак, у вживанні алкогольних напоїв відкрито зізнались би лише 50% юнаків і 30% дівчат. Це може свідчить про те, що молодь усвідомлює згубність такої шкідливої звички як вживання алкоголю і не прагне це демонструвати.

**Висновки.** Адаптація студентів, особливо молодших курсів, до навчання у виші являє

собою складний, довготривалий процес і висуває високі вимоги до пластичності психіки та фізіологічних функцій організму молодих людей. Встановлено, що у студентів молодших курсів факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ» показник індексу здорового способу життя (ІЗСЖ) у юнаків та дівчат вірогідно не відрізняється, може розцінюватись як середній, та свідчить про наблизений до здорового спосіб життя. Найнижчі показники, як серед юнаків, так і серед дівчат, виявляються за шкалою «Режим дня», а найвищі - за шкалою «Відсутність шкідливих звичок». Факторами ризику для здоров'я опитаних студентів можна вважати: недотримання режиму харчування, схильність до вживання солодких газованих напоїв та невідповідність тривалості сну фізіологічній нормі (7-8 годин) щонайменше у 50% юнаків; надмірне проведення часу перед екранами комп'ютерів (Інтернет, комп'ютерні ігри тощо) упродовж кількох годин у день у 46% юнаків та 20,3% дівчат. Незважаючи на те, що більшість студентів ФЗФВ намагається дотримуватися засад ЗСЖ, втілюючи у життя валеологічні принципи, залишається актуальним посилення просвітницької роботи щодо формування ЗСЖ у вигляді бесід, круглих столів, тренінгів, пропагування рекреаційних заходів з метою подолання негативних тенденцій у способі життя сучасної молоді. Для корекції виявлених порушень запропоновані заходи щодо покращення раціону харчування, оптимізації режиму дня, нормалізації сну, запобігання формування комп'ютерної залежності.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Блавт О.З. Інформативні показники рівня фізичного здоров'я та фізичної підготовленості студентів ВНЗ. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*: зб. наук. праць. Харків: ХДАДМ (ХХП), 2012. № 11. С. 14-18.
  2. Кошманюк М.В. Особливості формування здорового способу життя студентів в умовах вищого навчального закладу. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Педагогіка, соціальна робота»*. Ужгород: УНУ, 2013. Вип. 30. С. 69 – 73.
  3. Мелега К.П. Сучасні технології здоров'язбереження: навчальний посібник. Ужгород: Вид-во УжНУ "Говерла", 2018. 200 с.
  4. Основи здорового способу життя / М.І. Кручаниця, В.В. Кручаниця, К.П. Мелега та ін. Ужгород: ТОВ «РІК-У», 2016. 264 с.
  5. Польшин А.К., Жарова Л. В. Психологические особенности адаптации студентов к обучению в вузе. *Вісн. Харк. ун-ту. Серія «Психологія»*. 2000. № 483. С. 141-145.
  6. Фера О. В., Палко А.І., Фера М.О. Вплив факторів, що формують спосіб життя, на ризик виникнення захворювань та донозологічних станів студентів медичного факультету Ужгородського національного університету. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія „Медицина”*. 2010. Вип. 39. С. 195-197.
  7. Фурманов А. Г., Горовой В. А. Формирование здорового образа жизни: пособие. Мозырь: УО МГПУ им. И. П. Шамякина, 2012. 201 с.
  8. Page R.M., Lee C.M., Miao N.F. Self-perception of body weight among high school students in Taipei, Taiwan. *Int. J. Adolesc. Med. Health*. 2005. № 17. P. 121-134.
-

# АНАЛІЗ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ СТУДЕНТІВ-ПЕРШОКУРСНИКІВ ВНЗ У ГЕНДЕРНОМУ КОНТЕКСТІ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПРОБ ТА РУХОВИХ ТЕСТІВ.

Легеца Р.М., Русин Л.П.

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** студенти, фізичний розвиток, функціональні проби, здоров'я, здоровий спосіб життя.

## **Актуальність проблеми.**

Сучасні умови життя характеризуються зниженням рівня фізичного здоров'я та функціонального стану населення різного віку та статі, у тому числі й студентської молоді. На думку науковців, однією з причин погіршення загального фізичного стану студентів є недостатня ефективність системи фізичного виховання у вищих навчальних закладах.

Фізичний розвиток – один із провідних критеріїв оцінки стану здоров'я студентів, важливий і доступний для вимірювання та аналізу [1, 3, 8].

Основним фактором майбутнього будь-якої держави є здоров'я молодого покоління, що розглядається в єдності його фізіологічного, психологічного та соціального аспектів. Серед першочергових завдань, які сьогодні стоять перед охороною здоров'я та освітою, є турбота про здоров'я молоді, і студентства зокрема, його збереження та зміцнення [2,4,7]

Ряд досліджень свідчать про те, що здоров'я дитини її ріст і розвиток визначаються середовищем, в якому вона проживає. Для дітей від шести років і до юнацького віку 22-23 років таким середовищем є система освіти, з перебуванням в установах якої пов'язані більш 70 % часу його активної життєдіяльності [2,3,6].

Усвідомлення зв'язку між станом здоров'я студентів і освітнім процесом сприяло появі низки досліджень, що розглядають різні підходи до вирішення проблеми збереження та зміцнення здоров'я молоді. [5,7,8]. Все вище перераховане і визначає актуальність нашого дослідження.

**Мета дослідження** - проаналізувати фізичний розвиток студентів-першокурсників факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ» за результатами функціональних проб і рухових тестів .

**Матеріали та методи** Дослідження організовано та проведено на базі студмістечка ДВНЗ «УжНУ». У дослідженні прийняли участь 100 студентів перших курсів медичного, стоматологічного, фізичного та факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ

«УжНУ»: 22 студентів (22 %) медичного факультету, 27 (27 %) стоматологічного, 26 (26 %) фізичного та 25 студентів (25 %) факультету здоров'я та фізичного виховання. За гендерною структурою розподіл був наступним – 64 дівчини (64 %) та 36 юнаків (36 %). Всі досліджувані були віком 17- 18 років. У дослідженні використовувався комплекс антропометричних (для визначення соматометричних і фізіометричних показників фізичного розвитку), анкетних (для вивчення соціальних умов життя, режиму дня та медико-соціальних аспектів поширення патологічних зрушень у стані здоров'я студентів) методів, а також методи статистичного аналізу. Дослідження проводилося у декілька етапів: на першому етапі були опрацьовані вітчизняні та іноземні літературні джерела, потім проведено антропометричне дослідження 100 студентів 4 факультетів ДВНЗ «УжНУ», а також проведення функціональних проб (Штанге, Генчі) та рухових тестів На наступному етапі нашого дослідження було проаналізовано показники фізичного розвитку та оформлено результати.

## **Результати та їх обговорення**

Результати дослідження свідчать, що середня довжина тіла юнаків становить 179,7 см, маса – 69,2 кг. Відповідно до вікових стандартів ці величини перебувають у межах норми. За середніми масо-зростовими показниками дівчата 4 факультетів між собою істотно не відрізняються, їх середнє значення відповідно дорівнює 56,1 кг та 167 см. Цей

показник відповідає віковим стандартам.

Показники рівня фізичного розвитку студентів ДВНЗ «УжНУ», свідчать про те, що їх значення відповідають біологічним закономірностям властивим для даного віку. Вищий за середній рівень середнього розвитку було виявлено у 22,0 % осіб, середній рівень фізичного розвитку – у 31,0 %, нижче середнього – у 26,0 % та низький рівень фізичного розвитку у 21,0 % студентів. У всіх досліджуваних студентів ЖЄЛ знаходиться на середньому рівні.

За середніми масо-зростовими показниками дівчата 4 факультетів між собою істотно не відрізняються, їх середнє значення відповідно дорівнює 56,1 кг та 167 см. Цей показник відповідає віковим стандартам.

Експерсія легень відображає респіраторні можливості дихальної системи людини і в середньому для дівчат вона повинна складати 6-8 см. У дівчат усіх факультетів вона знаходиться в межах норми.

Проаналізувавши середньостатистичні показники для відповідної статево-вікової групи, можна зробити висновок, що середні показники станової сили досліджуваних дівчат оцінюються як низькі. Станова сила потребує значного підвищення. Існуюча ситуація може призвести до численних захворювань хребта, що ускладнюється ще й тривалим перебуванням студентів у статичній позі під час навчання.

За показниками ЖЄЛ у дівчат усіх чотирьох факультетів середні показники в межах норми.

Аналізуючи результати фізичного розвитку на медичному факультеті серед хлопців немає жодного з низьким рівнем фізичного розвитку, натомість серед дівчат низький рівень фізичного розвитку спостерігається у трьох студенток (21,43 %), розподіл рівнів фізичного розвитку вище середнього та середнього серед хлопців рівномірний – по 25 %, у дівчат переважає середній рівень фізичного розвитку (35,71%), а у хлопців – рівень фізичного розвитку нижче середнього (50%).

Проаналізувавши показники фізичного розвитку студентів 1 курсу стоматологічного факультету, можемо констатувати: серед юнаків стоматологічного факультету, так як і серед медичного, відсутні студенти з низьким рівнем фізичного розвитку, більшість хлопців даного курсу мають рівень фізичного розвитку середній та вище середнього, 34,78 % дівчат-стоматологів мають низький рівень фізичного розвитку.

Проаналізувавши результати усіх студентів 1 курсу фізичного факультету і бачимо наступне: серед дівчат курсу немає показників які б дорівнювали рівню фізичного розвитку вище середнього, найбільше юнаків з рівнем фізичного розвитку вище середнього, низький рівень фізичного розвитку серед хлопців мають лише 4,76 %, 20,0 % дівчат мають середній рівень фізичного розвитку, по 40,0 % студенток – з рівнями фізичного розвитку нижче середнього та низьким.

Проаналізувавши показники фізичного розвитку дівчат, які навчаються 1 курсі факультету здоров'я та фізичного виховання можна зробити такі висновки:

42,11 % дівчат мають низький рівень фізичного розвитку; 36,84 % мають рівень фізичного розвитку нижчий середнього; 21,05 % дівчат мають середній рівень фізичного розвитку.

Проаналізувавши показники фізичного розвитку студентів 1 курсу факультету здоров'я та фізичного виховання, можемо констатувати наступне: більшість (66,67 % ) юнаків курсу мають середній рівень фізичного розвитку; немає юнаків з низьким та нижче середнього показниками фізичного розвитку; серед обстежених дівчат цього курсу немає студенток з вищим за середній рівень фізичного розвитку

#### **Висновки та перспективи подальших досліджень**

Вивчено та проведено аналіз літературних джерел за темою дослідження. Показники рівня фізичного розвитку студентів ДВНЗ «УжНУ», свідчать про те, що їх значення відповідають біологічним закономірностям властивим для даного віку. Вищий за середній рівень середнього розвитку було виявлено у 22,0 % осіб, середній рівень фізичного розвитку у 31,0 %, нижче середнього – у 26,0 % та низький рівень фізичного розвитку у 21,0 %.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Апанасенко Г.Л. Експрес-скринінг рівня соматичного здоров'я дітей та підлітків – Київ, 2000. – 12 с.
  2. Біоетика і проблеми оцінки стану здоров'я та розроблення ефективних здоров'язберігаючих технологій у сучасній профілактичній медицині Четвертий національний конгрес з біоетики з міжнародною участю, 20–23 вересня 2010. – Київ. 2010 – С. 114–115.
  3. Грейда Б. Фізичний розвиток дітей і підлітків з урахуванням стану їх здоров'я – Луцьк. 2005. –188 с.
  4. Дудіна О.О. Ситуаційний аналіз стану охорони здоров'я дітей та підлітків в Україні. Забезпечення принципу соціальної справедливості відносно здоров'я дітей та підлітків Вісн. соц. гігієни і організації охорони здоров'я України. – 2008. – №2. – С. 8–19.
  5. Засоби психофізіологічного впливу на організм і психогігієнічної корекції та їх місце у структурі сучасних технологій оздоровлення дітей, підлітків і молоді / [І.В. Сергета, О.Є. Александрова, Н.І. Осадчук та ін.] // Матеріали науково-практичної конференції – Медико-соціальні проблеми формування здоров'я дітей та підлітків, шляхи їх вирішення – Харків, 2010. – С. 144–147.
  6. Порівняльна характеристика показників фізичного розвитку школярів міської та аграрної зон / Ю. Трофим'як, С. Швайко, О. Дмитроца // Науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Біологічні науки. – 2015. – № 2. – С. 221– Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvvnvnu\\_245](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvvnvnu_245)
  7. Сенаторова Г. С. Порівняльна характеристика фізичного розвитку дітей шкільного віку, що мешкають у місті та сільській місцевості Совр. педиатрия. – 2014. – № 8 (56). – С. 154–157.
  8. Стандарти для оцінки фізичного розвитку школярів / Під заг. Ред. А.М. Сердюк, укладачі Н.С. Полька, А.Г. Платонова. – Вип. 3. –К.: Казка, 2010. – 60 с.
- 

## ІНТЕРАКТИВНІ МЕТОДИ ЯК СУЧАСНА ФОРМА ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ ПІД ЧАС ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

**Мартиненко С.О., Калашченко С.І.**

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

**Ключові слова:** інтерактивні методи, імерсивні технології, віртуальний пацієнт, симуляційні технології, дистанційне навчання

**Актуальність проблеми.** Впровадження новітніх технологій в сучасні алгоритми навчання студентів-медиків є важливим аспектом при підготовці висококваліфікованих спеціалістів. Враховуючи що в нашому суспільстві за останній час відбуваються економічні, соціальні та технічні зміни, збільшуються вимоги до компетентностей фахівців у різних галузях знань. Виконання комплексних завдань потребує використання різноманітних методів навчання, які не можуть обмежуватися лише традиційними методиками, що використовувалися до сьогодні. Сучасні методи навчання передбачають використання інтерактивних технологій. З використанням новітніх технологій, змінюється акценти та роль як викладача, так і студента. Викладач має бути учасником, який активно дає зворотній зв'язок та динамічно створює ситуаційні задачі під час проведення навчального процесу, формує для магістра напрями подальшого поглибленого вивчення дисциплін та проведення наукового пошуку. Студент в свою чергу має бути відкритим для нових знань та методик викладання, які в наш час набувають все більшої актуальності в зв'язку з пандемією та впровадження дистанційного навчання на всіх освітніх рівнях.

**Мета дослідження.** Впровадження інтерактивних методів в систему підготовки студентів-медиків під час дистанційного та змішаних форм навчання для покращення їх рівня

практичної та теоретичної підготовки.

**Матеріали та методи.** На сьогоднішній час у більшості країн світу для підготовки медичних фахівців застосовують симуляційні технології (СТ), які є новим напрямом підготовки висококваліфікованих медичних кадрів. СТ мають широкий спектр методик, які включають в себе різноманітні манекени, муляжі, шини, засоби та накладки для імітації ранової поверхні, ситуаційні сценарії, які використовуються для відпрацьовуються практичних навичок з високим рівнем реалістичності; комп'ютерні та віртуальні моделі для удосконалення алгоритмів дій із різними клінічними ситуаціями, що сприяють повному зануренню в змодельовану ситуацію, шляхом залучення зорових, слухових аналізаторів [2].

Одним з новітніх моделей імітаційного моделювання є «Віртуальний пацієнт» який призначений для вирішення наступних задач: постановки попереднього діагнозу, проведення різноманітних маніпуляцій (від інтубації трахеї та зупинки критичної кровотечі до вислуховування серцебиття плоду вагітної жінки).

Віртуальний пацієнт (ВП) – це новітня інтерактивна технологія навчання, яка дозволяє за допомогою комп'ютерного моделювання клінічної ситуації, що максимально наближена до реальності, повноцінно зануритися у процес надання допомоги, діагностики й лікування пацієнта. ВП дозволяє опанувати практичні навички за принципом «не нашкодити пацієнту» [3].

Після виконаної навички студент-медик має змогу побачити недоліки своїх професійних рішень не загрожуючи безпеці та життю пацієнта та не порушуючи його прав, з юридичної та етичної точок зору. Вагомими перевагами даної технології також є стимулювання інтересу до самостійного вивчення матеріалу шляхом наочність змодельованої ситуації, можливості обдумати свої дії у процесі роботи з манекеном чи програмою, отримати необхідну додаткову інформацію як на етапі виконання навички (як це було б з живою людиною під час динамічної зміни її стану), так і після відпрацювання сценарію на загальному обговоренні заданої ситуації (на дебрифінгу), під час якого в кінці проводиться оцінка дій студента, вказується доцільність призначення методів діагностики та обраної тактики лікування. В результаті створюються умови коли студент сам усвідомлює необхідність повтору практичних навичок доти, поки він повністю не опанує їх. Наприклад, виконання практичної навички серцево-легеневої реанімації може супроводжуватися значною кількістю помилок: від неправильної постановки рук та частоти натискань на грудну клітку потерпілого до неправильного використання клапан-маски при проведенні штучного дихання, - що в подальшому ставить під загрозу життя не тільки самого потерпілого, а й життя та здоров'я медичного співробітника.

У роботі з пацієнтами важливо демонструвати готовність діяти грамотно, самостійно, самокритично та цілеспрямовано, вирішуючи поставлені завдання на основі здобутих знань та досвіду, оцінювати прийняті рішення та їх можливі наслідки для стану пацієнта з метою його безпеки.

При подальшому удосконаленні своїх професійних навичок необхідно не тільки володіти достатнім обсягом теоретичних знань, що можна отримати при самостійній роботі з навчальною літературою, посібниками та відеоматеріалами, але й вміти використовувати їх на практиці. Реорганізація занять в університеті має постійно удосконалювати методики їх проведення та робити акцент на формуванні цифрових компетентностей [1] здобувачів освіти та створювати умови до заохочення творчого використання цифрових технологій в процесі навчання як викладачів, так і студентів.

В умовах змішаної очно-дистанційної форми навчання, яка дозволяє максимально забезпечити весь комплекс заходів щодо профілактики передачі COVID-19, важливим елементом при використанні інтерактивних технологій є зменшення кількості слухачів які одночасно знаходяться в приміщенні та спілкуються з викладачем та між собою. Таким чином формується оптимальна кількість слухачів на одного викладача в групі (від шести до восьми чоловік), що дасть змогу більш поглиблено вивчати студентам матеріал та в достатній кількості, приділити увагу викладачу кожному із студентів. В малих групах є

можливість в повній мірі користуватися такими програми для бліц-опитування, як Kahoot, Mentimeter, що в оптимальні часові проміжки дозволяють з'ясувати наскільки добре здобувач засвоїв пройдений матеріал, та подати це опитування в формі гри, тим самим знижуючи стресове навантаження від проміжного контролю рівня знань.

При зменшенні кількості студентів, що навчаються в групах, можна використовувати інтерактивні методики кооперативного навчання, що базуються на принципах або парної роботи (дві людини), або ротаційної трійки, або використання методу два-чотири (в основі лежить обговорення будь-якої гострої проблеми з діаметрально протилежних позицій), що покращує розвиток клінічного мислення у здобувачів шляхом командної роботи над ситуаційним завданням або сценарієм, який містить набір даних, що динамічно змінюються. Прикладом таких даних є показники пульсу, частоти дихання, артеріального тиску, рівня цукру в крові, температури тіла та інше.

Традиційні методи навчання, доцільно переводити на онлайн-платформи, такі як Skype, Zoom, Classmaker, GoToMeeting тощо, які дають змогу проводити семінарські заняття, усне опитування та читати лекції в дистанційному форматі з будь-якою кількістю здобувачів, а також збирати інформацію про продуктивність пройденого навчання шляхом створення онлайн-анкетування (наприклад, ресурси Google форми, Simpoll, Survio.com), що сприяє отриманню зворотного зв'язку від студентів, ознайомлення з їхніми враженнями та пропозиціями щодо вдосконалення процесу навчання, аналізу зібраних даних та створення студентоцентрованого підходу під час викладання.

Яскравим прикладом впровадження проблемного-орієнтовного навчання для студентів-медиків з застосуванням цифрових та віртуальних технологій є програма Tempus, в основі якої реалізовано ідею зовнішньої допомоги Єврейським союзом країнам-партнерам [4] та надає не тільки фінансову підтримку, але й заохочує створення міжнародного співробітництва і обміну досвідом між країнами-партнерами.

Однією з методик, що активно впроваджується в викладання за цією програмою, є кейс, що включає в себе вивчення одного конкретного клінічного випадку з поступовим оновленням інформації про його стан та зміни, які відбулися в нього протягом тижня. Це сприяє розвитку дискусій та знаходження в наданій інформації маркерів, що можуть дати підказки про ураження тієї чи іншої системи в організмі людини.

Водночас, ми розуміємо що інтерактивне навчання не може бути основним напрямом навчання, але в комплексі з традиційними методами він може оптимізувати час досягнення необхідних результатів навчання як при проходженні студентами-медиками (освітній рівень магістр) теоретичних, так і клінічних кафедр.

**Результати та їх обговорення.** Використання інтерактивних технологій є наступним етапом динамічного розвитку академічної системи підготовки фахівців медичних вузів в закладах вищої освіти та з перших курсів орієнтує лікаря на командну співпрацю, вміння враховувати точку зору іншого спеціаліста, сприяє розвитку комунікативних навичок, формуванню самостійності при прийнятті рішень в обмежені проміжки часу та професіоналізму. Використання інтерактивних технологій, зокрема ВП у професійній підготовці магістрів дає їм в подальшому можливість розв'язувати проблемні ситуації в роботі з живим пацієнтами за допомогою ефективних дій, готовності самостійно думати, неперервного навчання та самовдосконалення, осмислення кожного розділу навчальної програми щодо реальної клінічної ситуації, прийняття кінцевого рішення, отримання задоволення від самої діяльності, а не тільки від її результатів.

Тож, інтерактивні методи навчання як засіб з реорганізація системи викладання в вищих навчальних закладах України чудово для цього підходять, адже вони підвищують оволодіння практичними навичками та стимулюють студентів до самостійного опрацювання тем і неперервного саморозвитку.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Ковальчук О.І., Бондаренко М.П., Охрей А.Г., Прибилько І.Ю., Решетник Є.М.



Особливості використання імерсивних технологій (віртуальної і доповненої реальності) в медичній освіті та практиці. *Morphologia*. 2020. № 14. С. 158-164.

2. Лісовий В.М., Капустник В.А., Марковський В.Д., Завгородній І.В. Загальні проблеми та перспективи застосування симуляційних методів освіти. Симуляційне навчання в системі підготовки медичних кадрів: матеріали І навч.-метод. конф., присвяченої 212-й річниці від дня заснування ХНМУ, Харків, 30 листопада 2016 р. С. 3–7

3. Фурик, О. О., Рябоконь, О. В., Оніщенко, Т. Є., Савельєв, В. Г., & Хелемендик, А. Б. Віртуальні пацієнти як інноваційний метод підготовки фахівців медичної освіти. Інновації у вищій медичній та фармацевтичній освіті України (з дистанційним I-66 під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку) : матеріали XVI Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Тернопіль, 16–17 трав. 2019 р.) / Терноп. нац. мед. ун-т імені І. Я. Горбачевського. – Тернопіль : ТНМУ, 2019. С. 313-314

4. Програма Tempus. Національний Темпус / Еразмус+офіс в Україні: веб-сайт. URL: <https://www.tempus.org.ua/uk/tempus.html>

---

## ОБІЗНАНІСТЬ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ПСИХІАТРИЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ З ПРОБЛЕМ ПРОФІЛАКТИКИ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Є. Милашевська, В. Косенко

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**Актуальність теми.** Пандемію коронавірусу небезпідставно можна вважати найбільш кризовим етапом у сучасному розвитку та функціонуванні галузі охорони здоров'я [1]. В умовах стрімкого поширення інфекції було виявлено недоліки та слабкі місця у галузі охорони здоров'я [3]. Водночас відбулися пошук та реалізація нових підходів до надання медичних послуг в умовах пандемії [2;3].

В наш час заклади охорони здоров'я продовжують функціонувати у напружених складних умовах, стикаються з численними проблемами, потребують додаткового фінансового та матеріального забезпечення від держави та надалі працюють над посиленням власного потенціалу у боротьбі із корона вірусом [3].

Медичними установами були розроблені алгоритми дій та заходи безпеки, покликані попередити подальші зараження. Не стало винятком і КНП "Обласний медичний центр психічного здоров'я Житомирської обласної ради".

**Мета дослідження** – проаналізувати рівень знань медичних сестер психіатричного відділення стосовно профілактики коронавірусної інфекції.

**Методи дослідження:** бібліосемантичний (аналіз, співставлення, порівняння, узагальнення, систематизація наукової літератури для вивчення стану проблеми), системного аналізу та логічного узагальнення (для наукового обґрунтування ролі медичної сестри в профілактиці коронавірусної інфекції), медико-соціологічний метод (опитування, анкетування), математичної обробки зібраних даних. Дослідження проводилось серед медичних сестер психіатричного відділення КНП "Обласний медичний центр психічного здоров'я Житомирської обласної ради"

З метою встановлення результатів дослідження були розроблені критерії оцінювання, а саме: низький рівень знань (медичні сестри давали правильні відповіді на 60% запитань), достатній (повні відповіді були отримані на 80%-90% питань), високий (медичні сестри без вагань пояснювали основні питання профілактики коронавірусної інфекції).

Математичну обробку цифрових результатів проводили з використанням коефіцієнтів кореляції (r) .

### **Результати дослідження та їх обговорення**

Пандемія коронавірусної інфекції (COVID-19) створила для психіатричного закладу надзвичайні виклики, як для медичного персоналу, так і для пацієнтів. Проте, профілактичні

заходи, спрямовані на боротьбу із коронавірусною інфекцією не повинні створювати передумов для порушення прав пацієнтів, приниження їхньої гідності. До того ж, методики лікування психічнохворих вимагають роботи в групах, заходів, покликаних сприяти соціалізації пацієнтів, а не відсторонення і збільшення дистанції. Обмеження, покликані захистити від інфекції, можуть викликати підвищення тривоги, роздратування, неспокій і навіть агресію у пацієнтів. Тому дотримання балансу між профілактичними, протиепідемічними заходами та лікувальними методиками стає вкрай важливим в діяльності закладу.

Психіатрична допомога – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на профілактику, раннє виявлення (у тому числі шляхом проведення профілактичних оглядів), діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медичну, психологічну та соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади.

Для пацієнтів психіатричного закладу характерні: висока інвалідизація; порушення соціальних зв'язків; соціальна дезадаптація; порушення когнітивних функцій; обмеження життєдіяльності; наявність супутньої патології; потреба у тривалому терміні стаціонарного лікування; знижене усвідомлення рівня небезпеки.

Відповідно, перебіг коронавірусної інфекції у таких пацієнтів прогнозовано передбачає виникнення ускладнень.

Медична сестра психіатричного закладу в силу покладених на неї професійних обов'язків, особистісних якостей має постійний контакт із психічнохворим протягом досить тривалого часу, знає усі його сильні та слабкі сторони. Пацієнт, постійно контактуючи з медичною сестрою, довіряє їй, бачить в ній товариша, помічника, наставника, людину, яка може допомогти і захистити в певній ситуації. Медична сестра може забезпечити безпечні умови перебування в психіатричному закладі і вберегти пацієнта від інфікування коронавірусною інфекцією як шляхом дотримання протиепідемічних норм і правил, так і шляхом надання необхідних знань щодо COVID-19. Саме медична сестра повинна навчити пацієнта основним заходам безпеки, підготувати до самостійного життя в умовах пандемії, навчити як діяти і куди звертатись в разі появи перших симптомів недуги.

Проведене опитування дозволило оцінити рівень знань медичних сестер психіатричного відділення щодо організації роботи в умовах коронавірусної інфекції.

Медичні сестри психіатричного відділення (в незалежності від кваліфікаційної категорії) добре знають тривалість інкубаційного періоду, основні клінічні прояви захворювання. Опитані медичні сестри чітко перераховували стандартні заходи безпеки, правила миття рук, повністю розкрили поняття "соціальна дистанція", "респіраторна гігієна".

Проте викликали труднощі питання, які торкалися безсимптомного випадку та характеристики груп осіб, які найбільш сприйнятливі до коронавірусної інфекції.

89,7% респондентів розуміють, що коронавірусна інфекція поширюється повітряно-краплинним шляхом через вдихання розпоросених в повітрі в процесі кашлю або чхання крапель з вірусом, а також через потрапляння вірусу на поверхні з подальшим занесенням в очі, ніс або рот.

81,3% опитаних вказали, що прості дезінфікуючі засоби можуть вбити вірус, унеможливаючи зараження людей та пояснили, що віруси нестійкі у зовнішньому середовищі та миттєво гинуть при температурі понад 56 градусів, руйнуються під дією хлороформу, формаліну, етилового спирту або ефіру.

Опитаних медичних сестер непокоїть, що спорадичне виникнення нових типів CoV і зумовлених ними спалахів становить серйозну глобальну загрозу для здоров'я. 78,4% респондентів вказали, що дуже ймовірно, що у зв'язку зі змінами клімату, екології, а також збільшенням взаємодії людини з тваринами нові спалахи цієї інфекції неминучі.

### **Висновки**

Проведене дослідження переконало в необхідності безперервної професійної освіти середнього медичного персоналу шляхом організації тренінгів у медичних закладах з питань профілактики коронавірусної інфекції.

В наш час виникає потреба в постійній інформаційній підтримці медичних сестер, з метою організації безпечного виконання професійних обов'язків в період пандемії коронавірусної інфекції.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Коронавірус 2019-nCoV: Нові виклики охорони здоров'я та людству: веб- сайт.URL: <http://amnu.gov.ua/koronavirus-2019-ncov-novi-vyklyky-ohoroni-zdorov-ya-ta-lyudstvu/>(дата звернення: 24.10. 2020)

2. Надання підтримки Україні у розвитку сучасної системи громадського здоров'я. Профілактика та контроль інфекцій та готовність до COVID-19 у медичних установах. Підготовлено Європейським центром з профілактики та контролю захворювань: веб-сайт.URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/ECDC%20Guide%20IPC%20COVID-19%20UKR%2020200528.pdf> (дата звернення: 24.10. 2020)

3. COVID-19: веб-сайт.URL: <https://imtuik.org.ua/covid-19.html> (дата звернення: 24.10. 2020).

---

### PHD З МЕДСЕСТРИНСТВА

**Овчиннікова Надія**

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**Актуальність проблеми.** В Україні велика увага приділяється реформуванню та розвитку медсестринської освіти. Запроваджено ступеневу підготовку медичних сестер з вищою освітою, що дозволило значно підвищити якість надання медсестринських послуг.

Позитивні зміни у сфері охорони здоров'я неможливі без підготовки висококваліфікованих фахівців.

Актуальність даної теми полягає в тому, що в процесі активного реформування медсестринства виникає необхідність формування правової основи розвитку медсестринства як науки та наближення українського законодавства до норм європейського законодавства з метою підготовки конкурентоспроможного людського капіталу, забезпечення потреб суспільства, ринку праці та держави у кваліфікованих фахівцях.

**Мета дослідження** – на основі наукових джерел літератури, нормативно- правових актів проаналізувати розвиток медсестринства в Україні як науки.

**Методи дослідження.** нормативно-правові акти в галузі охорони здоров'я, в галузі освіти, міжнародні нормативно-правові акти, документи, інформація міжнародних організацій та інші.

**Результати.** За результатами аналізу джерел наукової літератури, вивчення нормативно-правових актів та їх аналізу розроблено рекомендації щодо подальшого становлення та розвитку медсестринства, як наукової спеціальності.

**Основна частина.** В процесі підготовки медичних сестер з вищою освітою відповідно до міжнародних стандартів постає питання щодо необхідності запровадження підготовки докторів філософії з медсестринства.

Варто зазначити, що запровадження вищої медсестринської освіти та подальший розвиток медсестринства як науки - це вимога сьогодення.

Заклади вищої медичної освіти в Україні здійснюють опрацювання спеціальності 223 «Медсестринство», як наукової спеціальності. Так, Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України отримав у 2019 році ліцензію на підготовку докторів філософії в галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медсестринство».

Доктор філософії - це освітній і водночас перший науковий ступінь, що здобувається на третьому рівні вищої освіти на основі ступеня магістра. Ступінь доктора філософії присуджується спеціалізованою вченою радою закладу вищої освіти або наукової установи в

результаті успішного виконання здобувачем вищої освіти відповідної освітньо-наукової програми та публічного захисту дисертації у спеціалізованій вченій раді [1].

Особа має право здобувати ступінь доктора філософії під час навчання в аспірантурі (ад'юнктурі). Особи, які професійно здійснюють наукову, науково-технічну або науково-педагогічну діяльність за основним місцем роботи, мають право здобувати ступінь доктора філософії поза аспірантурою, зокрема під час перебування у творчій відпустці, за умови успішного виконання відповідної освітньо-наукової програми та публічного захисту дисертації у спеціалізованій вченій раді [1].

Впровадження вищої медсестринської освіти і подальший розвиток сестринської справи як науки розглядається австрійськими науковцями як пріоритетний напрямок реформування системи підготовки сестринського персоналу Австрії. Тут доцільно зауважити, що реформування вищої, в тому числі медичної освіти, розпочалось в Австрії у 2002 році із прийняттям Федеральним парламентом країни Закону про університети (Universitetsgesetz 2002) [2].

Ступенем PhD вперше почали номінувати у Болонському університеті в 1130 р., а у 1231 р. – у Паризькому університеті. У більшості країн Європейського Союзу, Мексиці, США і Канаді PhD залишається найвищим науковим ступенем. Треба зауважити, що ступінь PhD не має безпосереднього відношення до галузі сучасної філософії, його отримують дослідники всіх (в Україні) наукових галузей, наприклад: доктор філософії в літературі або доктор філософії у фізиці, доктор філософії в медицині. Це зумовлено традиціями, започаткованими у середньовічних європейських університетах, стандартна структура яких, як правило, передбачала наявність факультетів філософії, права, теології та медицини [3].

Аналізуючи чинне українське законодавство в галузях охорони здоров'я та освіти, варто зазначити, що Постановою Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 року № 266

«Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти» визначено перелік спеціальностей за якими особа має право здобувати ступінь доктора філософії [4].

Нормативний строк підготовки доктора філософії в аспірантурі (ад'юнктурі) становить чотири роки. Обсяг освітньої складової освітньо-наукової програми підготовки доктора філософії становить 30-60 кредитів ЄКТС[1].

Заклад вищої медичної освіти на основі освітньо-наукової програми самостійно розробляє власний навчальний план, який визначає перелік та обсяг навчальних дисциплін. В рамках автономії заклад освіти самостійно визначає послідовність вивчення навчальних дисциплін, форми проведення навчальних занять, їх обсяг, графік освітнього процесу.

Освітньо-наукова програма аспірантури закладу вищої медичної освіти має включати не менше чотирьох складових, що передбачають набуття аспірантом компетентностей відповідно до Національної рамки кваліфікацій.

Програма підготовки докторів філософії з медсестринства має бути розрахована на чотири роки здобуття освіти і включати освітню та наукову складові. Наукова складова програми підготовки докторів філософії передбачає проведення власного оригінального наукового дослідження під керівництвом одного або двох наукових керівників та оформлення його результатів у вигляді дисертації. Обсяг освітньої програми має складати 60 ЄКТС на базі попередньо здобутого ступеня магістра. Програма підготовки доктора філософії з медсестринства має включати обов'язкові та елективні навчальні дисципліни.

PhD програми в охороні здоров'я призначені для випускників університетів, які бажають продовжити дослідницьку кар'єру в галузі охорони здоров'я[3].

Освітньо-наукова програма та навчальний план аспірантури є основою для формування аспірантом індивідуального навчального плану та індивідуального плану наукової роботи, які погоджуються з науковим керівником та затверджуються вченою радою закладу вищої освіти протягом двох місяців з дня зарахування особи до аспірантури.

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 23 березня 2016 року №266 «Про затвердження Порядку підготовки здобувачів вищої освіти ступеня доктора

філософії та доктора наук у вищих навчальних закладах (наукових установах) освітньо-наукова програма аспірантури (ад'юнктури) вищого навчального закладу (наукової установи) має включати не менше чотирьох складових, що передбачають набуття аспірантом (ад'юнктом) таких компетентностей відповідно до Національної рамки кваліфікацій:

- здобуття глибинних знань із спеціальності (групи спеціальностей), за якою (якими) аспірант (ад'юнкт) проводить дослідження, зокрема засвоєння основних концепцій, розуміння теоретичних і практичних проблем, історії розвитку та сучасного стану наукових знань за обраною спеціальністю, оволодіння термінологією з досліджуваного наукового напрямку (орієнтовний обсяг такої освітньої складової становить не менш як 12 кредитів ЄКТС);

- оволодіння загальнонауковими (філософськими) компетентностями, спрямованими на формування системного наукового світогляду, професійної етики та загального культурного кругозору (орієнтовний обсяг такої освітньої складової становить чотири — шість кредитів ЄКТС);

- набуття універсальних навичок дослідника, зокрема усної та письмової презентації результатів власного наукового дослідження українською мовою, застосування сучасних інформаційних технологій у науковій діяльності, організації та проведення навчальних занять, управління науковими проектами та/або складення пропозицій щодо фінансування наукових досліджень, реєстрації прав інтелектуальної власності (орієнтовний обсяг такої освітньої складової становить не менш як шість кредитів ЄКТС);

- здобуття мовних компетентностей, достатніх для представлення та обговорення результатів своєї наукової роботи іноземною мовою (англійською або іншою відповідно до специфіки спеціальності) в усній та письмовій формі, а також для повного розуміння іншомовних наукових текстів з відповідної спеціальності (рекомендований обсяг такої навчальної складової становить шість — вісім кредитів ЄКТС) [6].

Атестація осіб, які здобувають ступінь доктора філософії, здійснюється постійно діючою або разовою спеціалізованою вченою радою закладу вищої освіти чи наукової установи, акредитованою Національним агентством із забезпечення якості вищої освіти, на підставі публічного захисту наукових досягнень у формі дисертації. Здобувач ступеня доктора філософії має право на вибір спеціалізованої вченої ради [1].

Обов'язковою умовою допуску до захисту є успішне виконання аспірантом його індивідуального навчального плану. Усі аспіранти незалежно від форми навчання зобов'язані відвідувати аудиторні заняття і проходити всі форми поточного та підсумкового контролю, передбачені індивідуальним навчальним планом аспіранта та освітньо-науковою програмою аспірантури закладу вищої освіти.

Центральний орган виконавчої влади у сфері освіти і науки розробляє порядок підготовки здобувачів вищої освіти ступеня доктора філософії та доктора наук у закладах вищої освіти (наукових установах) та подає їх на затвердження Кабінету Міністрів України[1].

Затвердження наукової спеціальності «Медсестринство» – нагальна суспільна потреба, без якої цикл вищої медсестринської освіти не може бути завершеним [5].

Ступінь PhD з медсестринства присуджується спеціалізованою вченою радою за результатами успішного виконання здобувачем вищої освіти освітньо-наукової програми зі спеціальності «Медсестринство» та публічного захисту дисертації у спеціалізованій вченій раді.

**Висновок та перспективи подальших досліджень.** З метою подальшого розвитку наукових досліджень з проблем медсестринства та для запровадження підготовки докторів філософії з медсестринства, в першу чергу, необхідно в установленому законом порядку отримати ліценцію на провадження освітньої діяльності на третьому рівні вищої освіти в галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Медсестринство».

Запровадження аспірантури з медсестринства, створення відповідних спеціалізованих вчених рад для захисту дисертацій необхідна передумова розвитку

медсестринства як науки.

Аналіз джерел наукової літератури, вивчення та аналіз нормативно-правових актів з метою вивчення питання підготовки здобувачів вищої освіти на третьому рівні вищої освіти в галузі охорони здоров'я свідчить, що дана проблема є не достатньо дослідженою науковцями.

Впровадження вищої медсестринської освіти і подальший розвиток медсестринства як науки має розглядатися одним з найпріоритетних напрямів реформування системи підготовки медсестринського персоналу.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Про вищу освіту: Закон України. [on line]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18#Text> (Дата звернення 03.10.2020).
2. Bundesgesetzes uber die Organization der Universitaded und ihre Studien (Univesitatgesetz 2002 - UG).StF:BGBl.1N.120/2002(Nr:GPXXSRV 1134 AB 1224). – Wien:Bundesministerium fur Wissenschaft und Forschung,2002. – 111 S.
3. Волосовець О.П. PhD програми в охороні здоров'я. Матеріали XIII Всеукраїнської науково – практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання якості медичної освіти», 2016. Медична освіта № 2. – С. 36-39.
4. Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти: Постанова Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 року №266. [on line]. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/266-2015-%D0%BF#Text>. (Дата звернення 03.10.2020).
5. Стратегія розвитку медсестринства в Україні на основі результатів науково – прикладних досліджень студентів магістратури Житомирського медичного інституту (2008-2019pp.) Колективна монографія присвячена 145 –й річниці заснування навчального закладу за редакцією Заслуженого лікаря України В.Й.Шатила. Житомир,2020. – С.182.
6. Порядок підготовки здобувачів вищої освіти ступеня доктора філософії та доктора наук у вищих навчальних закладах (наукових установах) – Постанова КМУ № 261 від 23.03.2016 [online]. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/248945529/>

---

## ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМІВ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ У ЛЮДЕЙ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ

**Петрішка А.В.**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** фізична терапія, ортопедія, плечова кістка, верхня кінцівка.

**Актуальність теми.** Серед пошкоджень опорно-рухової системи до 25 % становлять відкриті переломи кінцівок, які більше ніж у 64 % випадків супроводжуються ускладненнями, що призводять до обмеження життєдіяльності потерпілих і встановлення інвалідності. До 10 % усіх травматичних пошкоджень кістяка становлять травми хребта, з яких 8 % ускладнюються ушкодженнями спинного мозку[1, 3].

Щорічно в Україні більше 20 тис. потерпілих від травм стають інвалідами, з них близько 90 % — особи працездатного віку.

Усі вищевикладені фактори вимагають удосконалювання способів лікування потерпілих із травмами, у тому числі з переломами кісток. У цьому плані однією з сучасних тенденцій світової травматології та ортопедії є розвиток і широке впровадження в практику травматолога-ортопеда сучасних методів остеосинтезу, спрямованих на скорочення термінів зрощення переломів, перебування хворого в стаціонарі, забезпечення ранньої функції ушкодженої кінцівки, зниження рівня інвалідності та швидку соціальну адаптацію потерпілого[2, 4].



**Мета роботи** – розробити програму фізичної терапії для відновлення стану пошкодженої верхньої кінцівки.

**Результати дослідження:** В дослідженні взяло участь 30 хворих з переломом плечової кістки, які перебували на поліклінічному лікуванні. З них 18 жінок, що становило 60 % та 12 чоловіків – 40 %.

Під час збору анамнезу встановлено, що 12 хворих (40%) потрапили у ДТП, 8 (26,7%) отримали виробничу травму, 6 (20%) – в побуті, а 4 (13,3%) – під час занять спортом.

Хворим з переломом плечової кістки призначили реабілітаційну програму з перших днів лікування за трьома періодами: іммобілізаційний, функціональний та відновлювальний. Програма фізичної реабілітації включала: 1) лікувальну гімнастику; 2) вправи у воді; 3) масаж; 4) фізіотерапію.

Фізичні навантаження збільшували поступово, з покращенням клінічного стану пацієнтів та підвищення їх функціональних і фізичних можливостей.

Під впливом проведених реабілітаційних заходів відмічено суттєве покращення клінічного стану хворих з переломом плечової кістки (табл. 1).

Таблиця 1

**Клінічні показники у хворих з переломом плечової кістки під впливом фізичної терапії**

СИМПТОМИ	n=30			
	До лікування		Після лікування	
	абс.	%	абс.	%
Локальний біль (у спокої)	12	20	1	3,3
Локальний біль (при рухах)	30	100	3	10
Порушення функції	12	40	1	3,3
Набряк м'яких тканин	20	66,7	1	3,3
Локальна гіперемія	20	66,7	0	0
Наявність внутрішньо шкірних гематом	8	26,7	0	0

В загальному до кінця курсу реабілітації у всіх обстежених хворих стан нормалізувався. Однак у 3,3% хворих залишились локальний біль у стані спокою, набряк м'яких тканин, порушення функції, а у 10% - локальний біль при рухах.

Дані, що представлені у таблиці 2, відображають стан системи опори та рухів у людей працездатного віку з переломом плечової кістки.

При поступленні на курс реабілітації всі 30 хворих (100%) скаржились на біль при рухах в суглобі (згинання, відведення та приведення). У 90 % (27 осіб) випадків хворі скаржились на біль при розгинанні суглоба. А 18 (60 %) пацієнтів мали неприємні відчуття під час ротації кінцівки.

Таблиця 2

**Динаміка змін суб'єктивних показників обсягу рухів у плечовому суглобі**

РУХИ	Норма	До лікування (n = 30)		Після лікування			
				ОГ (n = 15)		КГ (n = 15)	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Згинання	180°	30	100	1	3,3	2	6,7
Розгинання	40 °	27	90	-	-	2	6,7
Відведення/приведення	180 °	30	100	1	3,3	4	13,3
Ротація	90 °	18	60	-	-	2	6,7

Об'єктивне обстеження після програми фізичної терапії підтвердило наявність у ОГ незначного обмеження рухів, а саме під час згинання та відведення суглоба, що становило – 3,3 % (1 особа).

Відповідно у КГ показники були дещо гіршими. Згинання, розгинання суглоба та ротація становила – 6,7 % (2осіб), та відведення суглоба – 13,3 % (4 особи).

Поліклінічне лікування позитивно відобразилося на здоров'ї хворих основних і контрольних груп. Проте розроблена програма фізичної терапії виявилася ефективнішою.

#### **Висновки:**

1. Аналіз літературних джерел з проблеми фізичної терапії після переломів плечової кістки, дозволив вивчити і проаналізувати загальноприйнятту для даної категорії хворих програму фізичної терапії з використанням загальноприйнятих у травматології методик лікувальної фізичної культури, лікувального масажу і фізіотерапії.

2. Під впливом запропонованого нами комплексу реабілітаційних дій у хворих основної групи спостерігалася більш виражена позитивна динаміка показників, ніж у хворих контрольної групи.

На основі одержаних даних про динаміку вищеназаних показників у дослідженого контингенту хворих можна зробити висновок, що запропонована нами комплексна програма фізичної терапії, яка включала поєднання лікувальної гімнастики, фізіотерапії та лікувального масажу надає загальнозміцнюючу дію на функціональний стан пошкодженої верхньої кінцівки і може бути рекомендована до використання у травматологічних відділеннях.

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Архипов С.В. Плечо: современные хирургические технологии / С.В. Архипов, Г.М. Кавалерский. — М.: Медицина, 2009. — 192 с.

2. Боголюбов В.М. Физические факторы в профилактике, лечении и медицинской реабилитации / В.М. Боголюбов. – М.: Медицина, 2002. – 376 с.

3. Ганул В.Р. Диагностика и лечение чрезмыщелковых и надмыщелковых переломов плечевой кости / В.Р. Ганул, В.Д. Шишук, А.Г. Биденко, В.А. Бабич // Вісн. Сумськ. держ. ун-ту, серія «Медицина», 2011. – 1: 129–141.

4. Корж М.О. Клінічні рекомендації по лікуванню переломів / Корж М.О., Страфун С.С. — МОЗ України, НАМН України, 2013. — С. 17-24.

---

## **РОЛЬ МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ОРГАНІЗАЦІЇ ГІГІЄНИЧНОГО НАВЧАННЯ ТА ВИХОВАННЯ НАСЕЛЕННЯ**

**Поплавська С.Д.**

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

**Актуальність теми.** За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, громадське здоров'я – це наука та практика попередження захворювань, подовження тривалості життя і зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства; це формування відповідальної поведінки людей стосовного власного здоров'я. В Україні вперше на рівні держави (Концепція громадського здоров'я) формується підґрунтя для забезпечення пріоритету профілактики в національній системі охорони здоров'я, тобто зміщення акценту на попередження хвороб, а не лише на вчасну діагностику і лікування, шляхом розбудови системи громадського здоров'я. Запровадження нової системи змінить не тільки державні підходи, але й свідомість кожної людини.

Успішно реалізувати функції системи громадського здоров'я мають нові кадри з новими знаннями і підходами. Основним завданням фахівців із громадського здоров'я є розробка дієвих, ефективних заходів, спрямованих на збереження здоров'я населення [2].

Турбота про громадське здоров'я включає в себе ефективну організацію просвітницької роботи серед населення. А це потребує сучасних методів донесення інформації, адвокацію його інтересів, соціальну мобілізацію в інтересах здоров'я. Політика



громадського здоров'я передбачає формування комплексної стратегії й тактики її реалізації, втілювати яку зможуть лише фахівці нової генерації, до яких пред'являються набагато вищі вимоги [1].

Комунікація у сфері охорони здоров'я спрямована на підвищення медико-санітарної грамотності та поліпшення здоров'я окремих громадян і населення загалом. Вона є мистецтвом і технікою інформування, здійснення впливу і створення мотивації індивідів, аудиторій, організацій щодо важливих питань і детермінант (чинників) здоров'я («Європейський план дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я», ВООЗ, 2012) [4].

Поняття «санітарно-просвітня робота» включає в себе сукупність освітніх, виховних, агітаційних, пропагандистських заходів, спрямованих на формування здорового способу життя, профілактику захворювань, збереження та зміцнення здоров'я населення, підвищення працездатності та збереження активного довголіття; це розділ профілактичної діяльності органів та установ охорони здоров'я, спрямований на гігієнічне навчання та виховання населення, залучення всіх прошарків населення до участі в охороні здоров'я.

З точки зору медичної інформаціології, сама санітарна освіта відноситься до інформаційних технологій, а конкретніше - до інформаційно-інтелектуальних технологій штучних інформаційних систем. Але, як і будь-якій інформаційній системі, їй притаманні наявність власних інформаційних процесів та інформаційних ресурсів. Ключовою фігурою, яка забезпечує ефективне використання інформаційних ресурсів і функціонування процесів, є фахово підготовлені медичні працівники [5].

Завданнями санітарної освіти є: поширення медичних та гігієнічних знань; виховання санітарно-гігієнічних навичок для збереження та зміцнення здоров'я; підвищення санітарно-гігієнічної культури. Відповідно до наказу МОЗ України «Про поліпшення діяльності органів і закладів охорони здоров'я з питань формування здорового способу життя, гігієнічного виховання населення» від 05.01.1999 №1 в Україні широко використовують методи масового, групового та індивідуального санітарно-просвітнього інформування, яке може здійснюватися в усній, текстовій та образотворчій формах. Затверджено орієнтовний мінімальний перелік форм і засобів гігієнічного виховання в роботі органів і закладів системи МОЗ України., серед яких: індивідуальні та групові бесіди, консультації, лекції, тематичні санітарні бюлетені, школи здоров'я, відеоперегляди, виступи у ЗМІ, тощо.

Основною метою профілактичної роботи є формування у населення мотивованого відповідального ставлення до власного здоров'я та формування здорового способу життя, зміцнення здоров'я населення, зниження захворюваності, інвалідності та смертності.

Найціннішою роботою з профілактики, крім первинної або вторинної, є освітні програми з формування здорового способу життя (пропаганда і зміцнення здоров'я). Межі, які відокремлюють зміцнення здоров'я від медико-санітарної освіти, складно окреслити. Основу профілактичної роботи складають комунікації фахівців центрів ПМСД, які мають здійснюватися на індивідуальному, сімейному та на рівні громади [7].

Основними напрямками профілактичної діяльності фахівців центрів ПМСД є організаційно-профілактичний, санітарно-освітній, діагностично-скринінговий та диспансерний. Основними формами та методами комунікативного впливу є на індивідуальному рівні: пам'ятки, буклети, плакати, муляжі, слайди, відео-, аудіоматеріали тощо; на рівні сім'ї – проведення занять з питань ЗСЖ, а на рівні громади – створення громадських рухів за здоров'я, звернення через ЗМІ до населення про ЗСЖ [6].

Особливої важливості набуває санітарно-просвітницька робота серед груп людей, які мають підвищений ризик виникнення захворювань. З преморбідних станів до найбільш прогностично небезпечних відносяться: «схильність» до надмірної ваги, підвищеного артеріального тиску, гіперхолестеринемія, гіперглікемія тощо. В основі багатьох з них лежать порушення здорового способу життя: гіподинамія, куріння, зловживання алкоголем, нераціональне харчування, неправильний режим. Санітарна просвіта осіб групи ризику по розвитку хвороби включає питання первинної профілактики захворювання, спрямовані на

корекцію їх способу життя. Часто необхідно впливати на вже сформовані звички поведінки і тому санітарно-просвітницька робота повинна будуватися на прямому, повторному спілкуванні, в процесі якого реципієнт бере на себе певні зобов'язання по зміні свого способу життя, а медичний працівник - контролює виконання цих зобов'язань [3].

Згідно із сучасними вимогами, діяльність медичних сестер визначається як науково-обґрунтований комплекс заходів, спрямованих на підтримку і поліпшення фізичного, психічного і соціального статусу хворого, який надається середнім медперсоналом в рамках виконання своїх функціональних обов'язків. Медсестра магістр це високоспеціалізований фахівець, який здобув поглиблені спеціальні знання та вміння, має досвід їх застосування, є організатором і лідером медсестринської справи. Професійна діяльність магістрів громадського здоров'я полягає в збереженні і забезпеченні здоров'я населення, поліпшенні якості його життя шляхом надання кваліфікованої сестринської допомоги, проведенні профілактичної роботи з населенням, забезпеченні організації роботи та навчання сестринського персоналу. Медичні сестри з вищою освітою здійснюють планування та організацію догляду за хворим, спостереження за його станом в рамках сестринського процесу, навчання здоровому способу життя, самогляду, адаптації пацієнта до його захворювання, психологічну підтримку пацієнта і його близьких. Об'єктами їх професійної діяльності є пацієнт і його оточення, населення, сестринський персонал.

У медичних працівників часто бракує часу на проведення санітарно-просвітньої роботи. Недостатнім є усвідомлення важливості таких форм роботи, як підготовка санітарних бюлетенів, виступів у ЗМІ, зустрічей із населенням. Мало уваги лікарі і старші медичні сестри приділяють висвітленню в засобах масової інформації проблем реформування медичної галузі, державних програм.

Саме від підходу до організації проведення санітарно-просвітньої роботи в закладах охорони здоров'я залежить її ефективність. Кожен медичний працівник має зрозуміти, що гігієнічна освіта населення - це не перешкода для здійснення лікувального процесу, а необхідність і невід'ємна складова надання медичної допомоги пацієнтам закладів охорони здоров'я. Медсестра магістр відіграє важливу роль в організації санітарно-освітньої діяльності та навчанні медичних сестер новітнім формам і методам санітарно-гігієнічного виховання, з метою профілактики хвороб серед населення.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Грузева Т. С. Проблеми громадського здоров'я у світлі соціально-економічних детермінант / Т.С. Грузева // Головна медична сестра. - 2008. - N12. - С. 43-45.
2. Іванченко С. М. Соціально-психологічний підхід до проблем громадського здоров'я та розвиток медичної комунікації / С.М. Іванченко // Главный врач. - 2008. - N11. - С. 36-37.
3. Обучение и санитарное просвещение пациентов (актуальность проблемы и собственный опыт) / А. Стремоухов, В. Ерохин, М. Смирнова, Киреева Н. // Врач. - 2007. - N3. - С. 115-118.
4. Слабкий Г. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст / Г.О. Слабкий, В.І. Миронюк, Л.О. Качала // Україна. Здоров'я нації. - 2017. - № 3 (44). - С. 24-31.
5. Хмара А. П. Інформаціологічний підхід до організації санітарно-освітньої роботи в сільському районі / А. П. Хмара, В. С. Килівник // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2008. - N 3. - С. 64-67.
6. Юдіна О. Санітарно-просвітня діяльність медичних працівників: досвід Комунальної установи "Жмеринська центральна районна лікарня" / О. Юдіна // Управління закладом охорони здоров'я. - 2014. - N 8. - С. 17-25.
7. Яковлева О. Г. Організація профілактичної роботи у центрі первинної медико-санітарної допомоги / О. Г. Яковлева // Медсестринство. - 2019. - №4. - С. 22-25.

# КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ 12-ПАЛОЇ КИШКИ В УМОВАХ САНАТОРІЮ

Пустомитенко Г.В., Філак Ф.Г.

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** виразкова хвороба 12-палої кишки, фізична реабілітація, езофагогастодуоденоскопія, лікувальна гімнастика.

**Вступ.** Актуальність сучасного стану проблеми виразкової хвороби обумовлена широкою поширеністю її серед дорослого населення, що в різних країнах світу складає від 5 до 15%. Виразки 12-палої кишки зустрічаються в 4 рази частіше, ніж виразки шлунка. Протягом всього цього життя виразковою хворобою страждає до 20% дорослого населення. В Україні число виявлених хворих на ПВ перевищує 4 мільйони. У 1995 році в нашій країні з приводу цього захворювання прооперовано 29 тисяч хворих і лише у 36 відсотків з них була ускладнена ПВ, тоді як 64 відсотки складали планові операції. Загальновідомо, що в основному на виразкову хворобу хворіють люди молодого та середнього найбільш працездатного віку і звичайно, інвалідизація прооперованих з цього приводу хворих залишається однією з основних причин серед захворювань внутрішніх органів, що приводять до втрати працездатності.

У зв'язку з рецидивуючим характером захворювання в системі лікувально-профілактичних заходів велике значення мають реабілітаційні засоби, а саме лікувальна гімнастика, внутрішній прийом мінеральної води, що є важливою складовою частиною реабілітаційних заходів на всіх етапах лікування.

**Мета та завдання дослідження** – удосконалити та науково обґрунтувати комплексну програму фізичної реабілітації з використанням лікувальної гімнастики у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки на санаторному етапі.

У завдання дослідження входило:

1. Розробка і проведення програми комплексної фізичної реабілітації для хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки на санаторному етапі лікування.
2. Оцінка впливу комплексної програми реабілітації на клінічний стан і функціональні показники організму у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки.

**Хід дослідження та обговорення результатів.** Дослідження проведено у 20 хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки віком від 25 до 45 років, з них 12 чоловіків і 8 жінки. Методом рандомізації пацієнти були розподілені на 2 групи: 1-а група основна – 10 чоловік; 2-а група контрольна – 10 чоловік.

При поступленні в санаторій «Орлине гніздо» хворі на виразкову хворобу були детально обстежені. На початку дослідження було проведено опитування хворих з метою збору скарг, анамнезу життя і хвороби. Для оцінки ефективності комплексу санаторно-курортної реабілітації у поєднанні з засобами фізичної реабілітації використовували методи дослідження на початку і у кінці реабілітації:

1. Аналіз науково-методичної літератури.
2. Суб'єктивні дані на основі опитування пацієнтів.
3. Об'єктивні показники: зовнішній огляд (соматоскопія), функціональні проби серцево-судинної системи: пульсометрія, визначення артеріального тиску.
4. Езофагогастодуоденоскопія. ЕФГДС виконувалась гнучким зондом лікарем–ендоскопістом на початку і в кінці програми реабілітації. Ендоскопічні дослідження дозволяють виявити у хворих на ВХ у стадії ремісії або неповної ремісії вогнищеві і дифузні зміни слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки та різні моторно-евакуаторні порушення. Таким чином, використовуючи ЕФГДС можна судити про інтенсивність запального процесу стінок шлунка й, особливо дванадцятипалої кишки у хворих на ВХДК у стадії ремісії, виявити їх функціональний стан (перистальтику) та оцінити ефективність застосованих реабілітаційних заходів.

За даними опитування, 9 (9,0%) пацієнтів хворих основної групи і 8 (80,0%) контрольної скаржились на голодні болі в епігастральній ділянці, які зменшуються або зникають після прийому їжі. Печію, відрижку кислим або повітрям відзначали відповідно 8 (80,0%), 9 (90,0%) пацієнтів обох груп, хворих на ВХДК.

Ендоскопічне обстеження дозволило виявити вогнищеві і дифузні зміни слизової оболонки гастродуоденальної зони у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. При ендоскопічному обстеженні гастродуоденальної зони ерозивний гастродуоденіт виявлений у 3 (30,0%) основної групи і у 2 (20,0%) контрольної групи. Дуоденіт помірно виражений відповідно у 2 (20,0%) і 3 (30,0%) пацієнтів обидвох груп, виражений дуоденіт – у 2 (20,3%) і 1 (10,0%) в обох групах. Гастрит помірно виражений виявлений у 1 (10,0%) хворих на ВХДК основної групи і у 2 (20,0%) контрольної. Виражений гастрит - відповідно у 2 (20,0 %) хворих обох груп.. У 5 (50,0%) хворих основної та 4 (40,0%) контрольної констатовано рубцеву деформацію цибулин дванадцятипалої кишки. Тобто до початку відновного лікування вираженість супутнього гастриту та дуоденіту, виявлених при ФГДС мали місце у всіх хворих на ВХДК.

Всім хворим на ВХДК після проведеного обстеження призначали комплексну програму реабілітації, яка включала: РРГ, лікувальну гімнастику, внутрішній прийом мінеральної води Поляна Купіль, вуглекислі мінеральні ванни, сегментарно-рефлекторний масаж, який виконувався на фоні класичного масажу, ампліпульстерапію, теренкур.

В результаті проведення реабілітаційних заходів на фоні внутрішнього прийому мінеральної води Поляна Квасова вірогідно зменшилися голодні болі в епігастрії з 90,0% до 20,0%, в основній групі і з 80,0% до 30,0% пацієнтів контрольної групи. Печія зменшилися з 90,0% до 20,0%. в основній групі з 80,0% до 30,0% в контрольній групі.

*Таблиця 1*

**Динаміка ФГДС у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки в основній і контрольній групах**

Діагноз	Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки			
	Основна група		Контрольна група	
	До реабілітації	Після реабілітації	До реабілітації	Після реабілітації
Ерозивний гастродуоденіт	30,0	10,0	20,	10,0
Помірно виражений гастродуоденіт	20,0	-	30,0	20,0
Дуоденіт виражений	20,0	10,0	10,0	10,0
Гастрит помірно виражений	10,0	-	20,0	10,0
Гастрит виражений	20,0	10,0	20,0	10,0
Рубцева деформація 12-палої кишки	50,0	10,0	40,0	20,0

В результаті проведених реабілітаційних заходів вираженість супутніх виразковій хворобі дванадцятипалій кишці гастриту, дуоденіту вірогідно знизилась. Прояв ерозивного гастродуоденіту ендоскопічно знизився в основній групі з 30,0% до 10,0%. Помірно виражений гастродуоденіт у пацієнтів в основній групі не відзначали, у контрольній групі цей показник знизився з 30,0% до 20,0%., гастрит помірно виражений – в основній групі не виявляли, у контрольній зменшився з 20,0% до 10,0%. Виражені зміни дуоденіту та гастриту після реабілітації відповідно виявляли у 10,0% пацієнтів в обох групах. Рубцева деформація цибулини 12-палої кишки після реабілітації ендоскопічно виявлена у 10,0% пацієнтів основної групи та 20,0% хворих контрольної групи.. Таким чином проведені дослідження свідчать що запропонована комплексна програма реабілітації є ефективною у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки в стадії ремісії і неповної ремісії в основній групі.

**Висновки.** Провівши аналіз літературних джерел та обстеження хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки у стадії ремісії або неповної ремісії можна стверджувати, що ВХДК займає одне з провідних місць серед захворювань органів травлення і найбільш характерною клінічною ознакою є голодні нічні болі та печія, яку відзначали відповідно

90,0% і 80,0% пацієнтів в обидвох групах та наявність супутнього гастриту, дуоденіту, рубцевої деформації 12-палої кишки, виявлених при ФГДС.

2. Ефективність призначення лікувальної фізичної культури в комплексній санаторно-курортній реабілітації підтверджує динаміка клінічних показників, результати ендоскопічного обстеження після проведеного курсу відновного лікування.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Василенко В. Х., Гребнев А. Л. Болезни желудка и 12-ти перстной кишки. - М.: Медицина, 1988. - 344с.

2. Григор'єв П.Я та ін. Хвороби органів травлення (діагностика і лікування): Б-ка практичного лікаря. Суттєві питання внутрішньої медицини /П. Я. Григор'єв, Є. М. Стародуб, Є. П. Яковенко, М. Є. Гаврилук, С. Є. Шостак. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 448 с.

3. Пархотик И.И. Физическая реабилитация при заболеваниях органов брюшной полости. – К.: Олимпийская література, 2003. – 222 с.

4. Язвенная болезнь или пептическая язва? Современные представления о причинах возникновения, новых подходах в лечении и возможностях вылечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / Под ред. проф. В.Г. Передерия. - К., 1997. – 158 с.

---

### КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ З ПОНИЖЕНОЮ СЕКРЕЦІЄЮ В УМОВАХ САНАТОРІЇ

Сібахер Н.І., Філак Я. Ф.

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** хронічний гастрит, лікувальна фізкультура, фізична реабілітація,

Актуальність проблеми. Хронічний гастрит (ХГ) - одне з найпоширеніших захворювань. Він зустрічається в осіб різного віку. Нерідко гастрит поєднується з іншими хворобами органів травлення, а також є провісником більш важкої патології. За даними деяких досліджень, хронічний гастрит зустрічається у 25-28% дорослого населення, що страждають захворюваннями шлунково-кишкового тракту. Важливість проблеми хронічного гастриту обумовлена як його великою поширеністю, так і тим, що захворювання нерідко поєднується з раком шлунка, тому деякі автори розглядають його як передракове захворювання, особливо при наявності вираженої атрофії слизової оболонки. Це хронічний запальний процес слизової оболонки шлунка, що характеризується порушенням її фізіологічної регенерації, зменшенням кількості залізистих клітин, при прогресуванні – атрофією залізистого епітелію з наступним розвитком кишкової метаплазії і дисплазії, розладом секреторної, моторної і нерідко інкреторної функції шлунка. Прогресуючі дистрофічні зміни слизової оболонки шлунка вважаються ключовим поняттям хронічного гастриту. Незважаючи на різноманітність методів лікування хронічних гастритів, комплексного підходу реабілітації хворих на хронічний гастрит з пониженою секрецією не розроблено[1, 2, 4].

**Мета дослідження** – розробити і удосконалити комплексну програму фізичної реабілітації у хворих на хронічний гастрит з пониженою секрецією в стадії ремісії.

**Методи дослідження.**Об'єктом для дослідження обрана група з 15 осіб з хронічним гастритом з пониженою секреторною функцією у початковий період реконвалесценції, із них

10 чоловіків і 5 жінок віком 45 - 50 років. При поступленні на відновне лікування в поліклініку пацієнти були детально обстежені. Для рішення основних задач нашого дослідження із цілого ряду методик обстеження травної системи, які пропонують використовувати для реабілітації, нами були використані наступні методи дослідження: аналіз літературних джерел з обраної теми, аналіз історій хвороби, визначення показників фізичного розвитку, вивчення показників кислотності шлункового соку за лабораторними даними, фіброгастродуоденоскопія.

Езофагогастродуоденоскопія (ЕФГДС). виконувалась гнучким зондом лікарем–ендоскопістом на початку і в кінці програми реабілітації. Ендоскопічні дослідження дозволяють виявити у хворих на хронічний гастрит у стадії ремісії або неповної ремісії вогнищеві і дифузні зміни слизової оболонки шлунка та різні моторно-евакуаторні порушення. Таким чином, використовуючи ЕФГДС можна судити про інтенсивність запального процесу стінок шлунка й дванадцятипалої кишки у хворих на хронічний гастрит з пониженою секреторною функцією, виявити їх функціональний стан (перистальтику) та оцінити ефективність застосованих реабілітаційних заходів.

**Результати та їх обговорення.** Детальне опитування хворих до реабілітації дозволило виявити скарги, анамнез захворювання та встановити причини захворювання. За даними опитування, 11 (73,3%) пацієнтів скаржились на ниючі болі в епігастральній ділянці. Із них у 7 (46,7%) хворих відзначали іррадіацію болів в спину на рівні D<sub>5</sub> - D<sub>9</sub>. Крім болю пацієнти скаржились на нудоту, яку відзначали 8 (53,3%) хворих на хронічний гастрит з пониженою секрецією. Здуття живота відзначали відповідно 13 (87,6%) пацієнтів, проноси відзначали 7 (46,7%) пацієнтів, нестійкий стілець - 8 (53,3%) хворих. Блювання виявляли у 4 (26,7%) хворих на ХГ. Ці симптоми свідчать про порушення евакуації шлункового вмісту та порушення перистальтики шлунка і кишечника. Загальну слабкість визначали 10 (66,7%) хворих на хронічний гастрит. При рН 2,1 - 5,9 базального секрету і при рН 2,1 - 3 стимульованого секрету говорять про гіпоацидність, при рН 6 і 5 - про антацидний стан. Про кислотонейтралізуючу функцію шлунка судять по рН в антральному відділі шлунка, в якому у здорових рН в 5- 10 разів вище, ніж в тілі шлунка.

Ендоскопічне обстеження дозволило виявити вогнищеві і дифузні зміни слизової оболонки шлунка у хворих на хронічний гастрит зі зниженою секреторною функцією шлунка. При ендоскопічному обстеженні шлунка поверхневий гастрит виявлений у 6 (40,0%) пацієнтів Дифузний гастрит з ураженням залоз без атрофії – у 20,0% хворих на хронічний гастрит.

Розроблена нами реабілітаційна програма для хворих на хронічний гастрит з пониженою секрецією включала наступні засоби реабілітації: дієтотерапію, лікувальну гімнастику, внутрішній прийом мінеральної води «Поляна Квасова», лікувальну ходьбу, класичний і сегментарно-рефлекторний масаж, ампліпульстерапія. Загальний вплив фізичного тренування на організм хворого здійснюється за рахунок підвищення неспецифічної опірності, нормалізації реактивності, нормалізації функції ЦНС, поліпшення вегетативного забезпечення навантаження і адаптації хворого до індивідуально дозованих фізичних навантажень. Спеціальне тренування спрямоване на відновлення порушених хворобою функцій. Вплив м'язової роботи на органи травлення зв'язують із її стимулюючою дією на ферментотворення, всмоктування і моторику. Цей вплив реалізується за принципом умовного рефлексу, у першу чергу - моторно-вісцерального. Моторно-вісцеральні рефлекси регулюють діяльність всіх вегетативних функцій.

В результаті проведених реабілітаційних заходів ниючі болі в епігастрії зникли або зменшилися у 47,6% пацієнтів, іррадіацію болів в спину відзначали лише 20,0% хворих (табл. 3). Здуття живота зменшилось у 8 (53, 3%) хворих, проноси зникли у 33,3% пацієнтів. Нудоту відзначали лише 2 (13,3%) хворих. Підвищену збудливість та загальну слабкість після реабілітації відзначали відповідно 26,7% і 13,3% хворих.

Застосування засобів фізичної реабілітації вплинуло і на функціональний стан шлунка і дванадцятипалої кишки. Рівень рН тіла шлунка у хворих на хронічний гастрит з секреторною недостатністю достовірно підвищився з  $3,89 \pm 0,34$  до  $2,28 \pm 0,36$  ( $P < 0,01$ ), в антральному відділі шлунка рівень рН підвищився з  $5,24 \pm 0,46$  до  $4,02 \pm 0,25$  ( $P < 0,05$ ). Після курсу реабілітації відбулося покращення кислотоутворюючої функції у хворих на хронічний гастрит із пониженою секреторною функцією шлунка.

Проведене повторне ендоскопічне обстеження шлунка після комплексу реабілітаційних заходів виявило що у пацієнтів крім покращення клінічних показників, змінилися дані ендоскопічного обстеження. Вогнищеві і дифузні зміни слизової оболонки

шлунка у хворих на хронічний гастрит зі зниженою секреторною функцією шлунка суттєво знизилися. Поверхневий гастрит, який був виявлений у 40,0% пацієнтів зменшився до 13,3%. Дифузний гастрит з ураженням залоз без атрофії після комплексу реабілітаційних заходів виявляли у 1 (6,7%) пацієнтів. Субатрофічний гастрит після реабілітації виявляли 1 (13,3%) хворих. Не відбулося позитивних змін у таких даних ендоскопічного обстеження як атрофічний гастрит, переродження епітелію слизової оболонки шлунка по пілорічному або кишковому типу, який виявили відповідно у 6,7% і 6,7% хворих на хронічний гастрит зі зниженою секрецією.

**Висновки.** Таким чином проведені дослідження свідчать що запропонована нами комплексна програма фізичної реабілітації, яка включає лікувальну гімнастику, лікувальну ходьбу, класичний і сегментарно-рефлекторний масаж, ампліпульстерапію, є ефективною у відновному лікуванні хворих на хронічний гастрит із пониженою секреторною функцією шлунка в стадії неповної ремісії. Найбільш характерними є виражене зниження больового синдрому та здуття живота, які у результаті проведених реабілітаційних заходів зникли або зменшилися відповідно у 46,7% і 53,3% пацієнтів.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Григор'єв, П.Я. та ін.. Хвороби органів травлення (діагностика і лікування) / П.Я. Григор'єв, Е.М. Стародуб, Є.П. Яковенко, М.Є. Гаврилюк, С.Є. Шостак. - М.: Медицина, 2000. - 448 с.

2. Джулай, Г.С. Клініко-патогенетичні варіанти хронічного гастриту й критерії їхньої діагностики: дис. ... д-ра мед. наук / Г.С. Джулай. - Твер, 2003. - 274с.

3. Пархотик И.И. Физическая реабилитация при заболеваниях органов брюшной полости. - К.: Олимпийская литература, 2003. - 223 с.

4. Филимонов, Р.М. Гастродуоденальна патологія й проблеми відбудовного лікування: наук. моногр. / Р.М. Филимонов. - М.: Медицина, 2005. - 385с.

5. Ціммерман, Я.С. Хронічний гастрит і виразкова хвороба: нариси клінічної гастроентерології. / Я.С. Ціммерман. - Перм: ПГМА, 2000. - 267с.

---

### ЗАСОБИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ОСІБ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА

**Сливка З.О., Мелега К.П.**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет здоров'я та фізичного виховання*

**Ключові слова:** артеріальна гіпертензія, надлишкова маса тіла, фізична терапія, лікувальна фізична культура, модифікація способу життя

**Актуальність проблеми** обумовлена тим, що артеріальна гіпертензія (АГ) є одним з найпоширеніших захворювань у світі та в Україні, яке наприкінці ХХ - початку ХХІ століття набуло характеру неінфекційної епідемії. За даними офіційної статистики МОЗ в Україні на АГ страждає 32,2 % дорослого населення країни. Спостерігається стійке зростання поширеності АГ – більше, ніж удвічі, порівняно з 1998 р. та на 170 % порівняно з 2000 роком. АГ посідає перше місце за внеском у смертність від серцево-судинних захворювань і формує основу для розвитку багатьох серцево-судинних захворювань і ускладнень, таких як інсульт, інфаркт міокарда [1, 5]. У більшості випадків виявляється первинна (есенціальна) гіпертензія або гіпертонічна хвороба, причину якої неможливо встановити. Виявлено багато факторів ризику розвитку АГ, серед яких спадковість, вік, стать, а також надлишкова маса тіла і ожиріння, гіподинамія, надлишок кухонної солі та нестача калію і магнію у харчовому раціоні, зловживання кавою, алкоголем, куріння, стреси [1, 9].

Надлишкова маса тіла та ожиріння вважаються одними із основних гіпертензиогенних факторів, особливо небезпечне абдомінальне ожиріння. Доведено, що збільшення маси тіла на 10% призводить до підвищення систолічного АТ на 6,5 мм рт.ст.

Крім того, ожиріння викликає серцево-судинні та ниркові захворювання через механізми, що спричиняють розвиток АГ, гіперглікемії, запалення, дисліпідемії і атеросклерозу. Ці порушення можуть співіснувати і за наявності надмірного вісцерального жиру ведуть до формування метаболічного синдрому, прогресування порушення обміну ліпідів у бік їх накопичення. Також багатьма дослідженнями доведена зворотна кореляція щодо зниження маси тіла, яке зумовлює зниження АТ навіть за відсутності медикаментозного лікування [4].

Для нормалізації артеріального тиску (АТ), особливо на початкових стадіях хвороби, важливу роль відіграє модифікація способу життя, дієтотерапія, корекція надлишкової маси тіла [2, 3, 6, 9], заходи фізичної реабілітації, серед яких найбільш ефективними є аеробні тренування, спеціальні гімнастичні вправи, механотерапія, фізіотерапія, загартовуючі процедури, працетерапія, психорелаксація [2, 7-9].

Таким чином, лише комплексний підхід до корекції маси тіла, зниження АГ та її наслідків може з часом призвести до поліпшення показників стану здоров'я. Комплексний підхід при АГ вимагає чіткої послідовності та координації дій різних спеціалістів, що задіяні у процесі надання медичної допомоги хворим, передбачає насамперед виявлення хворих з підвищеним АТ та наявністю НМТ, створення у них мотивації до тривалого, а не епізодичного лікування і корекції супутніх факторів ризику та широкого застосування немедикаментозних засобів.

**Мета роботи** – підвищення ефективності комплексної реабілітації осіб з артеріальною гіпертензією I ступеня та надлишковою масою тіла на поліклінічному етапі на основі поєднаного застосування дієтотерапії, засобів ЛФК, гідротерапії та психорелаксації.

**Завдання дослідження:** визначити сучасні підходи до комплексної реабілітації хворих з АГ та НМТ; провести оцінку вихідного рівня клініко-функціонального стану осіб з АГ I ступеня та НМТ для визначення засобів та методики комплексної реабілітації; обґрунтувати та розробити програму комплексної реабілітації для осіб з АГ I ступеня та НМТ в амбулаторних умовах; оцінити ефективність розробленої програми комплексної реабілітації.

**Матеріали і методи дослідження:** Дослідження проведено в рамках виконання дипломної роботи магістра, на базі кафедри основ медицини факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ, Комунального некомерційного підприємства "Ужгородська міська поліклініка" Ужгородської міської ради. У дослідження включено 30 пацієнтів з АГ I ступеня та НМТ, серед яких 12 чоловіків і 18 жінок віком від 42 до 63 років (середній вік -  $54,4 \pm 1,2$  роки), які перебували на поліклінічному етапі реабілітації.

Дослідження проводилось у 4 етапи (з вересня по листопад 2020 р.) відповідно до вирішення завдань дослідження. Використані методи дослідження: аналіз та узагальнення спеціальної науково-методичної літератури; опитування хворих для збору анамнезу та оцінки частоти виникнення клінічних симптомів; лікарсько-педагогічні спостереження, соматоскопія, антропометрія (визначення росту і маси тіла, розрахунок індексу маси тіла (ІМТ), пульсометрія, тонометрія (вимірювання артеріального тиску по методу М. С. Короткова), функціональні проби з затримкою дихання для оцінки резервних можливостей кардіореспіраторної системи, методи математичної статистики.

**Результати та їх обговорення.** На початку реабілітації пацієнти пред'являли скарги, типові для цього захворювання: на головний біль, іноді "миготіння чорних мушок" перед очима, підвищення АТ до 160/100 мм.рт.ст., нестійкість ходи, задишку та серцебиття при фізичному навантаженні, порушення сну і зниження працездатності. У всіх пацієнтів за даними антропометричних вимірювань встановлена НМТ, збільшений обхват талії (ОТ), індекс маси тіла (ІМТ) становив у середньому  $28,4 \pm 1,46$  кг/м<sup>2</sup>. При об'єктивному дослідженні у більшості пацієнтів виявлена помірна тахікардія, підвищення АТ: систолічного – до  $155,6 \pm 1,86$  мм. рт. ст., діастолічного – до  $97,4 \pm 1,53$  мм. рт. ст. Індекс Робінсона «подвійний добуток», який характеризує систолічну роботу серця і є одним з найважливіших критеріїв стану резервів ССС, у більшості обстежених пацієнтів був низьким – на рівні 130,6 у.о. Також зниженими були показники функціональних проб з



затримкою дихання (Штанге і Генчі).

Усі хворі були розподілені на 2 групи (у кожній по 15 осіб) залежно від призначеної програми реабілітації. Показники клінічного та функціонального стану ССС у пацієнтів обидвох груп на початку вірогідно не відрізнялись. Хворим основної групи (ОГ) призначали розроблену програму фізичної реабілітації, яка включала: дієтотерапію, спеціальні вправи лікувальної гімнастики за щадним та щадно-тренуючим руховим режимом (щодня), дозовану ходьбу на повітрі (починаючи з відстані 1-2 км до 3 км наприкінці в середньому і швидкому темпі), гідротерапію (контрастний душ), вправи релаксаційної гімнастики. Хворим групи порівняння (ГП) призначали дієтотерапію в поєднанні з дозованою ходьбою. Метою застосованих лікувальних та реабілітаційних заходів було досягнення цільового рівня АТ < 140/90 мм.рт.ст.

Дієтотерапія була важливою складовою реабілітаційної програми, передбачала зниження калорійності харчового раціону на 200–500 ккал на добу за рахунок зменшення частки висококалорійних продуктів, обмеження солі (до 5 г/добу), тваринних жирів, підвищення споживання овочів, фруктів до 400 г/добу, продуктів з цільного зерна і нежирних молочних продуктів. У комплексах ЛГ використовували вправи на розслаблення м'язових груп, на розвиток рівноваги, координацію, дихальні динамічні вправи і фізичні вправи з дозованим зусиллям (в щадно-тренуючому руховому режимі). Уникали вправ з великою амплітудою рухів для тулуба й голови, а також різко й швидко виконуваних рухів і вправ із тривалим статичним зусиллям. Тривалість заняття ЛГ - від 20 хв до 40 хв. Контрастний душ хворі приймали щодня, перші два тижні перепад температур був невеликим – тепла-прохолодна вода (різниця температур 5-10° С), потім діапазон температур збільшувався до гарячої-холодної води (різниця температур 20-22° С). Збільшувалась і кількість повторень до двох-трьох контрастів. Тривалість розробленого курсу комплексної реабілітації 8 тижнів.

Ефективність реабілітаційних заходів оцінювалась в кінці курсу на основі динаміки клінічних та функціональних показників. Після повторного обстеження встановлено, що більш виражена позитивна динаміка клінічних ознак АГ під впливом реабілітаційних заходів була у хворих ОГ, у яких припинився головний біль, порушення зору та координації рухів при ходьбі, нормалізувався сон і підвищилась працездатність; у більшості пацієнтів зменшилась задишка при фізичному навантаженні – наприкінці курсу її відмічали лише 26,7% хворих, тоді як на початку 60%. У ГП до кінця курсу 1/3 хворих продовжували періодично відмічати головний біль, 40% - задишку при фізичному навантаженні, і по 20% - порушення сну і зниження працездатності.

Вірогідне покращення показників АТ і ЧСС спостерігалось також у хворих ОГ, починаючи з щадно-тренуючого рухового режиму, а у хворих ГП – тільки наприкінці курсу реабілітації. Загалом, до кінця курсу реабілітації ЧСС і АТ у більшості пацієнтів нормалізувались. Результати наведені у таблиці 1.

Таблиця 1

**Динаміка об'єктивних показників діяльності серцево-судинної системи у осіб з артеріальною гіпертензією I ступеня та надлишковою масою тіла під впливом розробленої програми реабілітації**

Показник	Основна група n=15		Група порівняння n=15	
	На початку реабілітації	Наприкінці курсу	На початку реабілітації	Наприкінці Курсу
ЧСС, уд/хв.	85,8±1,74	68,3±1,48 p<0,001	85,5±1,69	73,7±1,58 p<0,01
САТ, мм.рт.ст.	155,8±1,87	124,4±1,63 p<0,001	154,5±1,84	137,7±1,46 p<0,05
ДАТ, мм.рт.ст.	97,3±1,52	82,6±1,25 p<0,001	96,8±1,74	89,2±1,35 p>0,05
Індекс Робінсона (у.о.)	130,4±1,72	85,6±1,64p<0,001	130,5±1,61	101,4±1,58 p<0,001

Примітка. p – вірогідність відмінностей між показниками до та після курсу реабілітації

Як показує аналіз показників таблиці 1, покращення основних об'єктивних показників функціонального стану ССС до кінця відновного лікування було відмічено як у ОГ, так і у ГП. Встановлено, що до кінця курсу реабілітації у всіх хворих ОГ виявлено вірогідне зниження та нормалізація показників ЧСС і АТ порівняно з вихідними рівнями: ЧСС наприкінці курсу становила у середньому  $68,3 \pm 1,48$  уд/хв; САТ –  $124,4 \pm 1,66$  мм.рт.ст., ДАТ –  $82,6 \pm 1,25$  мм.рт.ст. Досліджувані показники неухильно знижувались упродовж усього періоду тренувань, причому вірогідне зниження відмічено, починаючи з щадно-тренуючого режиму. До кінця курсу реабілітації ЧСС знизилась у середньому на 17,5 уд/хв (20,3%), САТ на 31,4 мм.рт.ст. (на 20,2%), ДАТ – на 14,7 мм.рт.ст. (на 15,1%). Важливим показником підвищення резервних можливостей ССС під впливом фізичних тренувань є вірогідне зниження на 44,8 у.о. (34,4%) індексу Робінсона з  $130,4 \pm 1,72$  у.о. (низький рівень) на початку курсу до  $85,6 \pm 1,64$  у.о. (середній рівень) ( $p < 0,001$ ) наприкінці курсу. Отримані дані свідчать про формування «економізації функцій» ССС у спокої, підвищення максимальних аеробних можливостей і, відповідно, рівня соматичного здоров'я індивіда. Після курсового застосування програми фізичної терапії у осіб з АГ ОГ гіпотензивний ефект стабільно закріплювався майже у всіх обстежених, при цьому цифри АТ досягали значень «нормального» у всіх пацієнтів. На відміну від цього, у ГП досягнуто вірогідного зниження порівняно з вихідним рівнем лише показників ЧСС, САТ, індексу Робінсона, однак ДАТ знизився невірогідно (див. табл. 1). У пацієнтів ГП результати проведеного реабілітаційного лікування були гіршими: ЧСС становила у середньому  $73,7 \pm 1,58$  уд/хв; САТ –  $137,7 \pm 1,46$  мм.рт.ст., ДАТ –  $89,2 \pm 1,35$  мм.рт.ст., тобто АТ виявлявся на рівні «високого нормального». До кінця курсу реабілітації ЧСС знизилась у середньому на 12,2 уд/хв (14,3%), САТ – на 16,8 мм.рт.ст. (на 10,9%), ДАТ – на 7,6 мм.рт.ст. (на 7,9%). Такі функціональні показники ССС відобразились на динаміці індексу Робінсона, який знизився на 29,1 у.о. (22,3%) за період курсу реабілітації, і перейшов з розряду низького до нижче середнього наприкінці курсу. Отримані дані свідчать про деяке підвищення аеробних можливостей організму, однак значення не досягають показників ОГ. В ОГ також суттєво покращились показники функціональних проб з затримкою подиху (Штанге і Генчі), які відображають резервні можливості кардіореспіраторної системи: після курсу реабілітації показник затримки подиху на вдиху (проба Штанге) вірогідно збільшився в середньому на 11,2 с (на 35,7%) ( $p < 0,001$ ); у хворих ГП – невірогідно, в середньому на 3,2 с (на 10%) ( $p > 0,05$ ); показник затримки подиху на видиху (проба Генчі) у пацієнтів ОГ – вірогідно збільшився в середньому на 7,4 с (43%) ( $p < 0,05$ ); у хворих ГП – невірогідно, в середньому на 2,5 с (12,6%) ( $p > 0,05$ ).

У процесі проведення програм фізичної реабілітації у хворих з АГ та НМТ проводився ретельний контроль за зміною маси тіла. На основі аналізу результатів спостереження встановлено, що у хворих ОГ з наявністю НМТ під впливом комплексного застосування дієти зі зменшеною калорійністю харчового раціону, заходів ЛФК, контрастного душу та релаксаційних вправ спостерігалось вірогідне зменшення маси тіла у середньому з  $88,6 \pm 3,73$  кг до  $83,8 \pm 2,75$  кг (на 4,8 кг (5,4%),  $p < 0,05$ ), показника ОТ з  $90,7 \pm 1,44$  см до  $83,4 \pm 1,52$  см (на 7,3 см (8,0%),  $p < 0,01$ ) та ІМТ – з  $29,2 \pm 1,42$  кг/м<sup>2</sup> до  $27,6 \pm 1,49$  кг/м<sup>2</sup> (на 1,6 кг/м<sup>2</sup> (5,5%),  $p < 0,05$ ) упродовж 8-ти тижневого курсу реабілітації. У ГП зміни цих показників були невірогідними.

Таким чином, під впливом курсу комплексної реабілітації у більшості хворих на АГ І ступеня з НМТ встановлено суттєве покращення показників ССС, що є передумовою для зменшення клінічних ознак АТ, стабілізації АТ на цільовому рівні  $< 140/90$  мм.рт.ст. і покращення загального стану пацієнтів. Значний вклад у позитивну динаміку клініко-функціонального стану пацієнтів ОГ і зниження показників АГ, очевидно, вносить вірогідне зниження НМТ. За умови продовження програми фізичних навантажень та дотримання дієти хворими на АГ І ступеня можливим є тривалий контроль цільового рівня АТ без додаткових медикаментозних засобів, а також маси тіла в межах нормальних показників.

**Висновки.** Розробка ефективних програм комплексної реабілітації осіб з артеріальною гіпертензією, особливо на початкових стадіях розвитку захворювання, є

актуальною проблемою сьогодення. Важливим завданням є корекція маси тіла у пацієнтів з надлишковою вагою, що сприяє нормалізації показників та відновленню механізмів нейрогуморальної регуляції артеріального тиску, підвищенню функціональних можливостей кардіореспіраторної системи. Програма комплексної реабілітації осіб з артеріальною гіпертензією I ступеня та надлишковою масою тіла на поліклінічному етапі, яка включає поєднане застосування дієтотерапії, засобів ЛФК за щадним та щадно-тренуючим руховими режимами, гідротерапії (контрастний душ), психорелаксації забезпечує покращення самопочуття, вірогідне зниження і нормалізацію показників пульсу і артеріального тиску, суттєве зниження маси тіла і підвищення резервних можливостей кардіореспіраторної системи пацієнтів, що свідчить про її високу ефективність.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Артеріальна гіпертензія. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах (2012 рік). *Артеріальна гіпертензія*. 2012. 1(21). URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/26383> (дата звернення 04.11.2020 р.)
2. Бисмак Е. В. Эффективность применения средств физической реабилитации при гипертонической болезни I-II стадии на поликлиническом этапе реабилитации. *Физическое воспитание студентов творческих специальностей*: сб. науч. тр. / под ред. С. С. Ермакова. Харків, 2008. №3. С. 9-14.
3. Бичкова Н.Г., Кондратюк В.Є., Швечикова В.П., Бичков О.А. Модифікація способу життя у хворих на артеріальну гіпертензію та її роль в перебігу захворювання. *Медицина України*. 2015. Т. 11. № 1-2. С. 76-83.
4. Горопко О. Ю. Ожиріння та артеріальна гіпертензія: сучасні погляди на патогенез, діагностику та лікування. *Семейная медицина*. 2019. №2 (82). С. 18-24.
5. Динаміка стану здоров'я народу України та регіональні особливості (Аналітично-статистичний посібник) / під ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. Київ, 2012. 211 с.
6. Мелега К.П. Наукові засади профілактики найпоширеніших неінфекційних захворювань сучасності. *Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження*: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. С.256-262.
7. Мухін В.М. Фізична реабілітація: Підручник / 3-тє вид., переробл. та доповн. К.: Олімпійська література, 2009. 488 с.
8. Рідковець Т., Білий В. Обґрунтування розробленої програми фізичної реабілітації фізично підготовлених осіб з есенціальною артеріальною гіпертензією I ступеня. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2017. № 6 (62). С. 90-5.
9. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) / Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. *European Heart Journal*. 2013. Vol. 34. Is. 28. P. 2159–2219.

---

## БІОЛОГІЧНИЙ ВІК ТА ТЕМПИ СТАРІННЯ ОРГАНІЗМУ СТУДЕНТІВ

**Степчук В.О., Степчук Н.В.**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** вік, календарний вік, біологічний вік, темпи старіння, студенти, фізична активність, спорт.

### **Актуальність проблеми.**

У сучасних умовах актуальними залишаються питання, що стосуються здоров'я молоді. За останні роки значно збільшилася кількість осіб, які страждають від різних хвороб, серед яких перше місце займають серцево-судинні захворювання. Причинами цього явища є погіршення соціально-економічних умов життя, екологічної ситуації і неправильний спосіб життя [1].

Як зазначав Апанасенко Г.Л., інтегральним показником здоров'я, що характеризує стійкість, життєдіяльність індивіда є енергопотенціал біосистеми людського організму [2].

В діагностиці рівня індивідуального здоров'я людини важливим є наявність інтегральних критеріїв його оцінки. Одним з таких критеріїв є показник темпу біологічного старіння. Він може служити досить точним показником і характеризувати стан здоров'я і ефективність адаптації до незвичайних екологічних і професійних умов (Войтенко В.П., 1982) [3].

Вік – це тривалість періоду від моменту народження живого організму до сьогоднішнього або до іншого будь-якого визначеного моменту часу. Загалом, під словом «вік» розуміють календарний вік (паспортний вік, хронологічний вік), коли не враховуються фактори розвитку організму [4].

Оцінити ступінь відповідності біологічного стану організму календарному віку людини, відобразити темпи розвитку та біологічного старіння, від яких залежить функціонування основних систем життєзабезпечення та тривалість життя, можливо за біологічним віком. Інтенсивність старіння і функціональні можливості індивіда оцінюються за допомогою порівняння календарного та біологічного віку.

Провівши огляд літературних джерел, можна зробити висновок, що при вивченні питання щодо біологічного віку автори акцентують увагу не на сам біологічний вік, а на темпи старіння організму людини. Все більше сучасних науковців, педагогів та медиків, котрі працюють зі студентами досліджують проблематику даного питання. Серед опрацьованих праць нами виділено наступних авторів: Леонт'єва З.Р., Дутка Р.Я. (2016), Лошицька Т.І. (2010), Цись Н.О., Приходько С.І. (2012), Фединяк Н.І., Мицкан Б. (2014), Копко І.Є., Філь В.М. (2013), Шкрєбтан І.І. (2016).

Загальновідомо, що на сьогодні чимала кількість робіт присвячена здоров'ю молоді. Більшу частину молоді складають студенти. Студентська молодь України – це науковий, культурний, боронний потенціал країни, генофонд нації. Питання збереження і зміцнення здоров'я студентів є важливою культурно-освітньою, економічною і соціально-політичною проблемою [5].

Багато студентів байдужі до свого здоров'я – ведуть малорухливий спосіб життя, фізичне навантаження зазвичай відсутнє, недотримуються чіткого і правильного розпорядку дня, погано харчуються, живуть в несприятливих соціальних та екологічних умовах, мають шкідливі звички. Всі вищеперераховані чинники призводять до прискорення темпу старіння.

На нашу думку, причини передчасного старіння стосовно організму молодих людей студентського віку вивчені недостатньо і потребують доопрацювання.

Для визначення біологічного віку необхідний комплекс критеріїв, які включають показники стану організму, що поступово і закономірно змінюються з віком, а також функціональні тести, які виявляють біологічні можливості важливих для життя систем організму [6].

**Мета дослідження.** Визначити фактичний біологічний вік та оцінити темпи старіння студентів Державного вищого навчального закладу «Ужгородського національного університету».

**Матеріали та методи.** В дослідженні взяли участь 30 студентів факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ». Дослідження проводилося у вересні-жовтні 2020 року. Респонденти були поділені на дві групи. Контрольна група - студенти, які не займаються спортом, складалася з 16 осіб. Серед них 7 хлопців та 9 дівчат. Середній календарний вік хлопців становив  $17,43 \pm 0,49$ , а середній календарний вік дівчат –  $17,29 \pm 0,41$ . Експериментальна група - студенти, які займаються в спортивних секціях, складалася з 14 осіб. Серед них 7 хлопців та 7 дівчат. Середній календарний вік хлопців становив  $17,43 \pm 0,49$ , а середній календарний вік дівчат –  $17,29 \pm 0,41$ .

Всі студенти експериментальної групи займаються різними ігровими видами спорту, серед них: футбол, баскетбол, волейбол, плавання, гандбол. Спортивні секції студенти відвідували систематично, не рідше 2-х разів на тиждень по 1,5 години фізичного

навантаження. Досліджувані студентів контрольної групи ігнорували здоровий спосіб життя і мали низький рівень рухової активності.

В своїй науковій праці Лошицька Т.І. наводить наступні формули для визначення біологічного віку за методикою Войтенка В.П. [7]:

$$\text{для хлопців: } \mathbf{БВ = 27,0 + 0,22 \times АТС - 0,15 \times ЗДВ + 0,72 \times СОЗ - 0,15 \times СБ} \quad (1)$$

$$\text{для дівчат: } \mathbf{БВ = -1,46 + 0,42 \times АДП + 0,25 \times МТ + 0,70 \times СОЗ - 0,14 \times СБ} \quad (2)$$

де: **БВ** – біологічний вік (років);

**АТС** – артеріальний тиск систолічний (мм рт. ст.); **АТД** – артеріальний тиск діастолічний (мм рт. ст.); **АДП** – різниця між АТС та АТД;

**ЗДВ (Проба Штанге)** – тривалість затримки дихання після глибокого вдиху (с);

**МТ** – маса тіла (кг);

**СБ** – статичне балансування.

**СОЗ** – самооцінка стану здоров'я (бали).

Також, на початку дослідження, за допомогою спеціальної анкети проводилося опитування, яке дозволило визначити самооцінку здоров'я студентів (СОЗ). Анкета містила 29 запитань, кожне з яких логічно пов'язане з основною метою дослідження.

Для розрахунку темпів старіння визначався належний біологічний вік (НБВ), для обчислення використовувалися наступні формули [8]:

$$\text{для хлопців: } \mathbf{НБВ = 0,629 \times КВ + 18,6} \quad (3)$$

$$\text{для дівчат: } \mathbf{НБВ = 0,581 \times КВ + 17,3} \quad (4)$$

де **КВ** - календарний вік.

**Результати та їх обговорення.** Перед розрахунковим етапом, нами проведено деякі антропометричні та фізіометричні вимірювання, які необхідні для використання формул 1, 2. Усі отримані дані представлено в таблицях 1-2.

Таблиця 1

Аналіз показників біологічного віку у студентів контрольної групи

Стать	К-ть	АТС (мм.рт.ст.)	АТД (мм.рт.ст.)	АДП (мм.рт.ст.)	ЗДВ (с)	МТ (кг)	СБ (с)	СОЗ (бали)
хл.	7	129,43±4,65	88,71±2,33	40,71±4,61	66,43±12,33	70,14±7,31	47±12,86	8,14±1,63
дів.	9	129,11±9,01	83,56±6,84	45,56±3,38	49,52±9,21	60,44±5,38	20,67±10,07	9,11±2,57

Таблиця 2

Аналіз показників біологічного віку у студентів експериментальної групи

Стать	К-ть	АТС (мм.рт.ст.)	АТД (мм.рт.ст.)	АДП (мм.рт.ст.)	ЗДВ (с)	МТ (кг)	СБ (с)	СОЗ (бали)
хл.	7	119±6,29	78,71±3,27	48,14±4,65	79±15,71	70±5,14	103,29±17,67	2,57±0,65
дів.	7	117,43±12,08	76±6,57	41,43±5,92	51,86±10,45	54,43±1,8	59,43±7,06	5,57±1,8

Відповідно до даних, вказаних у таблицях 1, 2, артеріальний тиск хлопців контрольної групи практично у нормі (129,43/88,71 мм.рт.ст.), артеріальний тиск дівчат знаходиться у межах норми (129,11/83,56 мм.рт.ст.). Щодо групи студентів, які відвідують спортивні секції, то артеріальний тиск у хлопців становить 119/78,71 мм.рт.ст., у дівчат – 117,43/76 мм.рт.ст., це означає, що артеріальний тиск в межах оптимального рівня.

Також спостерігається, що студенти, які займаються в спортивних секціях, надовше затримують дихання на вдиху, різниця з хлопцями, які не займаються спортом становить 12,57с, а різниця з дівчатами тієї самої групи – 2,34с.

Нами також з'ясовано, що показники статистичного балансування у хлопців експериментальної групи значно кращі і становлять 103,29с, що на 56,29с більше ніж у хлопців контрольної групи. Порівнюючи дівчат двох груп можна вважати, що показники дівчат експериментальної групи значно кращі ніж у дівчат, які не займаються спортом, різниця становить 38,76с. Слід відмітити, що розбіжність показників достатньо велика, тому стандартне відхилення в обох групах суттєва.

Оцінка самооцінювання здоров'я (СОЗ) за анкетними даними, дала змогу стверджувати, що студенти, які систематично відвідують спортивні секції, мають менше скарг на самопочуття ніж студенти, в яких відсутня фізична активність в житті. Різниця між хлопцями становить 6 балів, різниця між дівчатами становить 4 бали.

Отже, підставивши вищевказані дані у формули 1-2, ми отримали наступні результати, які наведені в таблицях 3-4.

Таблиця 3

Розрахунок біологічного віку та темпів старіння студентів контрольної групи

Стать	К-ть	КВ	ФБВ	КВ-ФБВ	КВ-ФБВ, %	НБВ	Оцінка ФБВ-НБВ	Індекс ФБВ
хл.	7	17,71±0,41	43,81±2,72	26,09±20,6	56,5%	29,72±0,25	14,09±2,64	1,48±0,09
дів.	9	18±0,22	36,27±2,95	18,27±3,17	101,5%	27,70±0,13	8,58±3,06	1,31±0,12

Таблиця 4

Розрахунок біологічного віку та темпів старіння студентів експериментальної групи

Стать	К-ть	КВ	ФБВ	КВ-ФБВ	КВ-ФБВ, %	НБВ	Оцінка ФБВ-НБВ	Індекс ФБВ/НБВ
хл.	7	17,43±0,49	27,73±0,77	10,30±0,60	56,5%	29,37±0,45	-1,64±0,65	0,94±0,02
дів.	7	17,29±0,41	25,13±1,1	7,85±1	45,4%	27,33±0,21	-2,16±1,02	0,92±0,04

Біологічний вік студентів контрольної групи за середнім показником складає: хлопці – 43,81±2,72, дівчата – 36,27±2,95, тоді як біологічний вік студентів експериментальної групи: хлопці – 27,73±0,77, дівчата – 25,13±1,1. За абсолютним показником різниця між біологічним віком та календарним віком становить: у хлопців контрольної групи – 26,09±2,6, у дівчат контрольної групи – 18,27±3,17, у хлопців експериментальної групи – 10,3±0,6 та у дівчат експериментальної групи – 7,85±1. За відносним показником біологічний вік у студентів контрольної групи значно перевищує календарний вік, а саме: у хлопців на 142,3%, у дівчат на 101,5%. Щодо студентів експериментальної групи, то у хлопців біологічний вік перевищує на 56,5%, у дівчат перевищує на 45,4%.

Згідно з даними, наведеними в таблицях 3-4, серед досліджуваних студентів не знайшлося жодного студента в якого ступінь старіння відповідав би статистичним нормам. У хлопців та дівчат контрольної групи ступінь старіння більший (ФБВ-НБВ>0), у хлопців та дівчат експериментальної групи ступінь старіння виявився незнаний (ФБВ-НБВ<0).

Порівнюючи індивідуальну величину біологічного віку з належним біологічним віком, обчислили індекс БВ/НБВ, за яким дізналися, що студенти, які відвідують спортивні секції, мають нижчий темп старіння порівняно з студентами, які не займаються спортом. У хлопців контрольної групи біологічний вік у 1,48 разів перевищує належний біологічний вік популяційного стандарту, у дівчат у 1,31 разів.

За результатами проведених досліджень та обрахунків можна зробити висновки, що біологічний вік у студентів експериментальної групи характерно менший ніж у студентів контрольної групи. Щодо темпів старіння, то у дівчат та хлопців, які займаються у спортивних секціях, він сповільнений, а темп старіння у студентів, які не займаються спортом, пришвидшений. Якщо порівнювати досліджуваних студентів загалом, то можна стверджувати, що показники біологічного віку та темпів старіння у дівчат значно менші по відношенню до хлопців. Це свідчить про повільніші темпи функціональних можливостей організму по мірі настання старості.

Різниця між показниками двох груп зумовлена різними факторами, серед яких важливу роль відіграє фізичне навантаження. Регулярне і дозоване фізичне навантаження сприяє поліпшенню морфофункціональних показників, що в свою чергу знижує біологічний вік і уповільнює темпи вікових змін. Студентам контрольної групи ми рекомендуємо звернути увагу на спосіб життя і пройти додаткове обстеження.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Киселевська С. М. Здоров'я та біологічний вік: методичні вказівки для 3-11 студентів спеціальної медичної групи / С. М. Киселевська, Т. В. Євсюкова. – Київ: КНУБА, 2017. – 27 с.
2. Присяжнюк С.І. Біологічний вік та здоров'я студентської молоді : [монографія] / С.І. Присяжнюк. – К.: Центр навчальної літератури, 2010. – 300 с
3. Церковная Е.В. Биологический возраст и темпы старения студентов с разным уровнем двигательной активности / Е.В. Церковная, А.Л. Нефедова, В.Н. Осипов, О.А. Миргород // Физическое воспитание студентов. – 2011. – № 1. – С. 130 – 132.
4. Грибок Н.М. Порівняльний аналіз біологічного віку студентів педагогічного університету / Н.М. Грибок, Р.О.Проць // Здоровье, спорт, реабилитация: научный журнал по проблемам физического воспитания, спорта, реабилитация и рекреации. – Харків: Харківський національний педагогічний університет імені Г.С. Сковороди, 2017. – № 3. – С. 3 – 10.
5. Коханець П.П. Взаємозв'язки показників фізичного розвитку, функціональної підготовленості і психофізіологічних характеристик студентів-футзалістів 1-го і 2-го курсів / П.П. Коханець // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. –2010. – № 1. – С. 74-78.
6. Боярська З. О. Порівняльна характеристика біологічного віку українських юнаків у залежності від країни проживання (Україна та Польща) / З.О. Боярська // Science Review. – 2018. – №3. – С. 21–23.
7. Лошицька Т.І. Біологічний вік та темпи старіння організму студентів / Т.І. Лошицька // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2010. – № 7. – С. 50 – 52
8. Фединак Н. В. Антиейджинг засобами фізичного виховання (на прикладі плавання) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фіз. вих. і спорту : спец. [спец.] 24.00.0 "Фізкультура, фізичне виховання різних груп населення" / Фединак Назарій Вікторович – Івано-Франківськ, 2016. – 17 с.

---

## ОРГАНІЗАЦІЙНА МОДЕЛЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ПІСЛЯ УРГЕНТНИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ НА ЧЕРЕВНІЙ ПОРОЖНИНІ НА ПРИКЛАДІ М. УЖГОРОД

Стрельцова А.Д., Миронюк І.С.

*Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** модель реабілітаційної допомоги, ургентні хірургічні втручання, гострі захворювання органів черевної порожнини.

Хірургічна операція, з патофізіологічної точки зору, являє собою багатокomпонентний стрес, який викликає порушення функцій життєво важливих органів і систем хворого. Ургентні оперативні втручання, що виконуються з приводу хірургічних захворювань органів черевної порожнини, істотно змінюють діяльність дихальної, серцево-судинної, травної, видільної та інших систем організму хворого. Це обумовлено тим, що сильні больові імпульси, в надмірній кількості виходять з операційної рани і наркотичні речовини, які циркулюють в кровоносному руслі хворого, порушують регулюючу діяльність центральної нервової системи, пригнічують і перевертають компенсаторно-приспосувальні реакції організму хворого [1].

За даними ВООЗ у 20 - 30% хворих, що підлягають хірургічному лікуванню, виявляється ще одне або декілька захворювань, котрі потребують даного лікування [2].

Порушення діяльності дихальної та серцево-судинної систем, зниження перистальтики кишківника вважаються післяопераційними ускладненнями, які вимагають

відповідної корекції, тому що при їх прогресуванні, навіть технічно правильно виконана операція, нерідко закінчується смертельними наслідками. Тому в сучасній хірургії прийнятий метод активного ведення хворих після операцій, з використанням різних рухових режимів і таких засобів фізичної реабілітації як лікувальна фізична культура, масаж і фізіотерапія [1].

Не зважаючи на наявність великої кількості розроблених, обґрунтованих і впроваджених комплексних програм реабілітації пацієнтів хірургічного профілю [3, 4], на сьогодні не розроблено уніфікованих організаційних моделей реабілітаційної допомоги пацієнтам після ургентних хірургічних втручань на черевній порожнині в умовах реформування як системи надання медичної допомоги, так і реабілітаційної допомоги, зокрема.

**Мета роботи** – розробити організаційну модель реабілітаційної допомоги пацієнтам після ургентних хірургічних втручань (УХВ) на черевній порожнині на місцевому рівні (на прикладі закладу охорони здоров'я м. Ужгород)

#### **Об'єкт і методи дослідження**

Об'єктом дослідження виступила модель реабілітаційної допомоги пацієнтам після ургентних хірургічних втручань на черевній порожнині на прикладі м. Ужгород. У роботі використано наступні методи дослідження: бібліосемантичний метод для аналізу наукової та науково-методичної літератури; структурно-логічного аналізу відомих і існуючих програм реабілітації хірургічних пацієнтів і моделей організації їх виконання в закладах охорони здоров'я та методи описового та структурно-функціонального моделювання для розробки і обґрунтування організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам після ургентних хірургічних втручань на черевній порожнині на прикладі обраного закладу охорони здоров'я м. Ужгорода .

#### **Результати дослідження та їх обговорення**

У зв'язку з карантинними обмеженнями, пов'язаними з епідемією коронавірусної хвороби безпосередня робота в закладі охорони здоров'я була обмежена. Тому було використано інформацію з доступних джерел та її аналіз в частині фактичної та потенційно можливої організації системи надання реабілітаційних послуг пацієнтам, які проходили оперативне лікування з приводу гострих захворювань органів черевної порожнини на базі хірургічних підрозділів КНП «Центральна міська клінічна лікарня» Ужгородської міської ради.

На сучасному етапі розвитку науки і практики лікування хворих з хірургічними захворюваннями проводять комплексно, з активним веденням пацієнта в післяопераційному періоді. Медична реабілітація хворих з хірургічною патологією включає доопераційну підготовку, власне оперативне втручання, медикаментозну терапію і засоби фізичної реабілітації - лікувальну фізкультуру, масаж і фізіотерапію, яку використовують в лікарняному періоді реабілітації.

При розробці організаційної моделі реабілітаційної допомоги пацієнтам після ургентних хірургічних втручань на черевній порожнині на місцевому рівні за основу нами були взято системний підхід до формування мети, цілей та завдань фізичної реабілітації [5]. Згідно такого підходу, мета системи фізичної реабілітації може бути декомпонована в цілі системних реабілітаційних процесів – функціональних підсистем:

- **ціль обстеження** – описати функціональні проблеми (установити реабілітаційний діагноз);
- **ціль планування** – спланувати проведення реабілітаційних заходів (створити індивідуальну програму фізичної реабілітації);
- **ціль втручання** – досягнути визначеного рівня функцій на конкретному проміжку часу (виконати реабілітаційну програму);
- **ціль контролю** – підтримка функціонування системи фізичної реабілітації.

Зазначені цілі – кінцевий результат діяльності фізичного терапевта та пацієнта на різних етапах реабілітаційного процесу. Послідовне досягнення цілей функціональних підсистем відкриває шлях до досягнення мети фізичної реабілітації, яка визначає структуру реабілітаційного процесу, упорядковує його системно. Цілі функціональних підсистем



можуть бути декомпоновані на менші. Насамперед, це стосується цілей втручання. Потрібно наголосити, що саме їх мають на увазі фахівці, коли говорять про цілі реабілітації та їх постановку в SMART-форматі [6]. Правильна постановка цілі втручання, її чіткий і конкретний опис (бажано в кількісних показниках) забезпечать виконання нею ролі системоутворювального чинника на етапі виконання реабілітаційної програми.

На відміну від цілей, завдання потребують лише згоди пацієнта на виконання, а не попереднього обговорення та узгодження [5].

Оскільки пацієнт і його родичі, рідні, близькі та опікуни є важливою частиною реабілітаційної команди, вони беруть активну участь у постановці цілей індивідуальної реабілітаційної програми, що є наступним кроком у схемі діяльності фахівця із реабілітації.

На основі даних, отриманих під час обстеження пацієнта, та поставлених цілей підбираються засоби фізичної реабілітації та проводяться реабілітаційні втручання. Реабілітаційні втручання — це послуги, що надаються фахівцями з фізичної терапії (кінезіотерапевтами та ерготерапевтами) або під їх керівництвом та контролем, із використанням засобів науково-доказової практики.

Надзвичайно важливим етапом розвитку нової системи реабілітаційної допомоги є раціональна організація надання реабілітаційних послуг пацієнтам після перенесених ургентних хірургічних втручань на черевній порожнині, модель якої спрямована на визначення оптимального обсягу реабілітаційних послуг. В основі формування запропонованої моделі використано наступні підходи:

1. Пацієнт-центрований, або клієнт-центрований підхід;
2. Мультидисциплінарний підхід;
3. Оптиміальне використання наявних ресурсів;
4. Максимальне залучення до процесу реабілітації не тільки пацієнта, а також осіб з близького оточення.

Спираючись на наведені підходи розроблено організаційну модель реабілітаційної допомоги пацієнтам після ургентних хірургічних втручань на черевній порожнині (рисунк).



**Рисунок. Організаційна модель реабілітаційної допомоги пацієнтам після ургентних хірургічних втручань на черевній порожнині (розробка авторів на основі [7]).**

Стационарний етап реабілітації розпочинається з моменту госпіталізації хворого.

Рання реабілітація в лікарні забезпечується однією мультидисциплінарною командою, до якої окрім лікуючого лікаря, медичної сестри та фізичного терапевта включено і представників близького оточення пацієнта. Кожен член мультидисциплінарної команди має свої чіткі функції, але синхронізує і узгоджує їх з усіма іншими членами команди. Важливим учасником мультидисциплінарної команди на цьому етапі стають представники близького оточення пацієнта, які приймають пряму безпосередню участь в реалізації реабілітаційних заходів і забезпечують як психоемоційну підтримку пацієнта, так і можуть безпосередньо приймати участь у заходах фізичної терапії, виконуючи функції асистента фізичного терапевта, посади яких наразі в більшості закладів охорони здоров'я не введені [7].

Постстаціонарний етап реабілітації починається після виписки хворого з лікарні. Послуги відновного лікування пацієнту надає мультидисциплінарна бригада, яка складається з лікаря реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, ерготерапевта, психолога. Лікар реабілітаційної медицини контролює призначене медикаментозне лікування з метою профілактики післяопераційних ускладнень, здійснює контроль відновного лікування, координує всіх членів бригади. Основними завданнями на пост стаціонарному етапі є: зменшення больового синдрому після операції, відновлення знижених функцій організму після оперативних втручань, підвищення загальної резистентності організму, підвищення толерантності до фізичних, побутових, трудових навантажень, профілактика ускладнень.

Постстаціонарний етап реабілітації може проходити в амбулаторно-поліклінічних та/або санаторно-курортних умовах. Для пацієнтів, які перенесли ургентні операції на органах черевної порожнини в даній моделі реабілітації було передбачено лише санаторно-курортне відновне лікування та оздоровлення. На нашу думку, при ефективній реалізації стаціонарного етапу, навчання пацієнта та його близького оточення правилам і методикам самостійних (індивідуальних) занять з лікувальної фізичної культури, правилам дозувань навантаження та інших методів фізичної терапії, потреби в амбулаторно-поліклінічному етапі реабілітації немає. Такі особливості моделі для пацієнтів дозволить більш раціонально використовувати обмежені ресурси реабілітаційних відділень амбулаторно-поліклінічних підрозділів.

Раціональною реалізацією диспансерного етапу є залучення до мультидисциплінарної команди професійного медичного психолога для підтримки психологічного стану пацієнта після перенесеної операції. Основною метою диспансерного етапу є нагляд за пацієнтами, що перенесли УХВ на органах черевної порожнини. Основними заходами диспансерного нагляду є: підтримка і покращення фізичного стану; підтримка загальної та фізичної працездатності; проведення профілактичних заходів; направлення на оздоровлення в санаторії або курорти; медичні обстеження (особливе місце тут займають спеціальні тести з фізичним навантаженням, що визначають функціональні можливості організму); заняття лікувальною фізичною культурою в кабінетах фізичної терапії чи самостійно; за необхідності надання рекомендацій, щодо адекватності обсягу та умов праці, можливої потреби в перекваліфікації і способу життя, загалом. Диспансерний нагляд проводиться за місцем проживання особи.

**Висновок.** Розроблена організаційна модель реабілітаційної допомоги хворим після ургентних хірургічних втручань на органах черевної порожнини на прикладі закладу охорони здоров'я міста Ужгорода, який надає екстрену хірургічну допомогу пацієнтам з гострими захворюваннями органів черевної порожнини, дає можливість раціонально використовувати наявні ресурси з збереженням максимального медичного та соціального ефекту реабілітації.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Утеулиев Е.С., Калиаскаров Е.Ш., Рамазанов М.Е., Курмашов Е.Е. Разработка модели этапной реабилитации в абдоминальной хирургии. Вестник КазНМУ, 2017; №4. С. 195-197.
2. Польовий В.П., Сидорчук Р.І., Арсенюк В.В., Райляну С.І., Карлійчук О.О., Паляниця А.С. Симультанна герніопластика в умовах загальнохірургічного стаціонару.

Клінічна анатомія та оперативна хірургія. 2016; Т. 15, № 3. С. 89-91.

3. Мурза В.П., Мухін В.М. Фізична реабілітація в хірургії. Навчальний посібник. К.: Науковий світ, 2008. 246 с

4. Мухін В. М. Фізична реабілітація : підручник. Вид. 3-тє, перероб. та доп. К.: Олімпійська література, 2010. 488 с.

5. Герцик А. Мета, цілі та завдання фізичної реабілітації: системний підхід. 2015. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://esnuir.eenu.edu.ua/bitstream/123456789/11630/1/Andrey%20Hertsik.pdf>

6. Bovend'Eerd T. J., Botell R. E., Wade D. T. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. 30. Clin Rehab. 2009; 23:352, p. 361.

7. Малешко Г.В., Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Брич В.В. Функціонально-організаційні моделі реабілітаційної допомоги особам, що перенесли мозковий інсульт на регіональному рівні. Україна. Здоров'я нації. 2019. № 2 (55). С. 87-96.

---

## CECHY SZCZEGÓLNOŚCI OBJAWÓW DYSTONII NEUROKRĄŻENIA W MŁODOŚCI

**Streltsova Yu.O.**

*Żytomierski Instytut Medyczny Rady Obwodowej Żytomierza*

## PECULIARITIES OF MANIFESTATIONS OF NEUROCIRCULATORY DYSTONIA IN ADOLESCENCE

**Streltsova Y.O.**

*Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council*

**Adnotacja.** Dystonia neurokrążeniowa jest chorobą funkcjonalną, której podstawą jest naruszenie neurodynamicznej autonomicznej regulacji narządów wewnętrznych i naczyń krwionośnych. Zgodnie z literaturą dotyczącą okresu dorastania i adolescencji częstość występowania nadciśnienia tętniczego wzrasta na tle dysfunkcji autonomicznej. Dostosowanie hormonalne związane z wiekiem jest ważne w powstawaniu dystonii neurokrążeniowej. Rozwój dystonii neurokrążeniowej u nastolatków wiąże się z reorganizacjami neuroendokrynnymi, które są aktywne w okresie dojrzewania. Patogeneza tego zaburzenia opiera się na zachwianiu równowagi między układem współczulnym i przywspółczulnym, spowodowanym rozpadem wyższych ośrodków autonomicznych. Przebieg choroby u dzieci i młodzieży jest zwykle łagodny.

**Słowa kluczowe.** Dystonia nerwowo-krążeniowa, młodzież, przebieg, objawy kliniczne, dojrzewanie, patogeneza.

**Abstract.** Neurocirculatory dystonia is a functional disease based on a violation of neurodynamic autonomic regulation of internal organs and blood vessels. According to the literature, the frequency of arterial hypertension increases in adolescence and adolescence on the background of autonomic dysfunction. Age-related hormonal adjustment is important in the formation of neurocirculatory dystonia. The development of neurocirculatory dystonia in adolescents is associated with neuroendocrine rearrangements that are active during puberty. The pathogenesis of this disorder is based on the imbalance between the sympathetic and parasympathetic systems due to the disintegration of the higher autonomic centers. The course of the disease in children and adolescents is usually benign.

**Key words.** Neurocirculatory dystonia, adolescents, course, clinical signs, puberty, pathogenesis.

**Pilność problemu.** W ogólnej strukturze chorób sercowo-naczyniowych dystonia nerwowo-krążeniowa (NCD) wynosi 32-50%, a u młodzieży - do 75%. Objawy NCD stwierdzono u młodzieży w wieku 15-18 lat: u chłopców 49,4%, dziewcząt - 39,1% [1, s. 104]. NCD wykrywany w okresie dojrzewania (10-20 lat), pod wpływem czynników ryzyka może prowadzić do rozwoju

choroby wieńcowej, miażdżycy, nadciśnienia tętniczego w młodym wieku. Te rozczarowujące fakty mają ogromne znaczenie, ponieważ to w dzieciństwie i okresie dojrzewania kładzie się podwaliny pod objawy psychovegetatywne, które są najbardziej widoczne w wieku dorosłym. W związku z tym choroby niezakaźne u nastolatków należy uznać za problem istotny społecznie [2, c.97].

**Cel pracy:** w oparciu o krajową i zagraniczną literaturę naukową w celu analizy cech dystonii neurokrążeniowej u nastolatków.

**Методи дослідження:** бібліосемантичний, системного аналізу та логічного узагальнення.

**Wyniki i dyskusja:** Dystonia nerwowo-krążeniowa (NCD) jest chorobą polietiologiczną, której głównymi objawami są niestabilność tętna, ciśnienie krwi, bóle serca, dyskomfort oddechowy, zaburzenia autonomiczne i psychoemocjonalne, zaburzenia napięcia naczyniowego, niska tolerancja na wysiłek fizyczny i stres w łagodnym życiu oraz [3, c.23].

Dane literaturowe wskazują na tendencję do zwiększania częstości występowania niedociśnienia na tle dysfunkcji autonomicznych w okresie dojrzewania i adolescencji, a u dziewcząt występuje 4-6 razy częściej [4, c.74].

Hipotensyjny typ NCD objawia się polimorficznymi objawami klinicznymi i towarzyszy mu spadek sprawności fizycznej i psychicznej populacji dorastającej i młodzieżowej, co prowadzi do powstania zespołu złego przystosowania, obniżenia jakości życia. Przy niekontrolowanym przebiegu tego typu dystonii w młodym wieku może wystąpić ryzyko przyszłego rozwoju nadciśnienia, zaburzeń przepływu krwi w mózgu, zaburzeń ciąży i porodu, powstania wczesnej miażdżycy, zespołu chronicznego zmęczenia i innych. Rozwój IRR u nastolatków jest związany z rearanżacjami neuroendokrynnymi, które są aktywne w okresie dojrzewania. Patogeneza tego zaburzenia opiera się na zachwianiu równowagi między układem współczulnym i przywspółczulnym na skutek dezintegracji wyższych ośrodków autonomicznych [4, c.76].

Główne objawy kliniczne NCD są zredukowane do zestawu następujących objawów:

1. Uporczywe bóle głowy, zawroty głowy spowodowane zaburzeniami krążenia mózgowego i brak napięcia żylnego. Takie bóle głowy nasilają się rano po przespanej nocy, podczas stresu, napadów kaszlu, w przypadku zwisania głowy z łóżka.

2. Zespół sercowy (ból w okolicy przedsercowej). Częstość bólu w okolicy przedsercowej w NCD waha się od 80 do 100%.

Stopień nasilenia początku choroby zależy w dużej mierze od wektora wyzwalającego, a także od głównego objawu lub zespołu klinicznego. W przypadku zmęczenia i przewlekłego urazu psychicznego choroba zwykle zaczyna się stopniowo, podczas gdy po ostrym stresie psychicznym możliwy jest ostry początek. Na ostrym początku NCD często występują napady naczyniowo-vegetatywne. Często wiele objawów choroby można prześledzić od najmłodszych lat lub nawet od dzieciństwa, ale sami pacjenci przypisują początek choroby wyraźnemu zaostrzeniu objawów. Przebieg choroby u dzieci i młodzieży jest zwykle łagodny. Najczęściej głównymi objawami są tachykardia, szybkie zmęczenie, słaba adaptacja do wysiłku, okresy niskiej gorączki. W okresie dojrzewania i dojrzewania jednym z głównych objawów choroby jest niestabilność ciśnienia krwi lub hiperkinetyczny typ krążenia, który można złagodzić w połączeniu z aktywnym sportem. [4, c.78-79].

Już w dzieciństwie i okresie dojrzewania rola medycyny w powstawaniu choroby i stosunek pacjenta do niej jest dość ważna. Przede wszystkim wiąże się to z jatrogennością i ograniczeniem motoryki sprzyjającej hipodynamii.

Rola pielęgniarek we wczesnym wykrywaniu, leczeniu i profilaktyce patologii serca (w tym ZNCD) u dzieci i młodzieży w ostatnim czasie wzrosła zarówno w poradni, jak i szpitalu. [5, c.28].

#### **Wnioski:**

1. W powstawaniu chorób niezakaźnych ważne jest dostosowanie hormonalne związane z wiekiem. Przebieg choroby u dzieci i młodzieży jest zwykle łagodny. Główne objawy: tachykardia, zmęczenie, okresy niskiej gorączki, niestabilność ciśnienia krwi lub hiperkinetyczny typ krążenia, który można złagodzić dzięki aktywnemu sportowi.

2. Rolą pracowników służby zdrowia jest właściwa ocena sytuacji, eliminacja patologii organicznej oraz prowadzenie pacjenta i jego rodziców w kierunku zdrowego stylu życia. Przy odpowiednio zorganizowanym procesie pielęgnacyjnym, kiedy pielęgniarka bierze pod uwagę wszystkie niuanse reżimu, diety, ćwiczeń, przestrzega zasad przepisywania leków, elementów opieki, efekt leczenia pacjentów jest znacznie wyższy.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Окоороков А. Н. Нейроциркулярная дистония А. Н. Окоороков, Н. П. Базенко. – М.: Мед. лит., 2004. – 192 с.
2. Тухватулина Э. Р. Нейроциркуляторная дистония в подростковом возрасте Э.Р. Тухватулина, Д. Н. Шукурхужаева YoungScientist. – 2018. – №11 (197). – с. 104-106.
3. Нейроциркуляторная дистония у детей и подростков – болезнь или пограничное состояние? А. А. Курочкин [и др.] Педиатрия. – 2003. - №2. – с. 96-98.
4. Васильев А. П. Нейроциркуляторная дистония А. П. Васильев, Н. Н. Стрельцова, Т. В. Дубова Лечащий Врач. – 2017. - №8. - с. 74-79.
5. Григорьев К. И. Синдром вегетативной дистонии у детей и подростков К. И. Григорьев, Е. Л. Поважная, А. Л. Соловьева Медицинская сестра. – 2013. – №7. - с. 28-32.

### ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА В УМОВАХ ПОЛІКЛІНІКИ

**Фанта Е.А., Сивохоп Е. М**

*ДВНЗ «Ужгородський національний Університет»*

**Ключові слова:** остеохондроз поперекового відділу хребта, гнучкість хребта, лікувальна гімнастика, фізична терапія.

**Актуальність проблеми.** Слово "остеохондроз", утворене з двох грецьких слів: "остео" - кістка, "хондро" - хрящ, що означає хронічний дистрофічний процес, який протікає в кістково-хрящових утвореннях хребта. Взагалі остеохондроз - поняття збірне. Воно містить у собі три основних патологічних процеси: дегенеративні хрящові і кісткові розростання, деформуючий спондиліоз, пролапс дисків, а потім утворення кил в міжхребцевих дисках. Про те, що люди страждали від болю в спині в усі часи, свідчать стародавні рукописи, малюнки і результати досліджень стародавніх поховань. В наш час страждають остеохондрозом практично всі, вся нація і навіть діти, особливо поперековим відділом хребта. З кожним роком збільшується кількість хворих з утворенням кил не лише поперекового відділу хребта, але і шийного. Причини – це щоденні надмірні навантаження на хребет, малорухливий спосіб життя, комп'ютер, стреси. Тому використання засобів фізичної реабілітації є актуальним у відновному лікуванні даної категорії хворих.

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та практично довести ефективність використання програми фізичної реабілітації при остеохондрозі поперекового відділу хребта у осіб працездатного віку.

#### **Методи дослідження:**

1. Визначення гнучкості хребта. Гнучкість хребта досліджувалася при розгинанні, згинанні. Результати вимірів проводили за методикою Левіт, яка припускає розподіл по 3 ступенях:

- „А” – гіпомобільність до норми;
- „Б” – гнучкість у межах норми;
- „В” – підвищена гіпермобільність.

Гнучкість хребта при згинанні вимірювали у вихідному положенні сидячи з випрямленими ногами. Ступінь – „А” – від 0 і менше, ступінь „Б” – від 0 до +10 см., ступінь – „В” від +10 см. і більше.

2. Оцінка відчуття болю у поперековому відділі хребта. З метою оцінки болю у

шийному відділі хребта проводилося анкетування хворих з даною патологією. Результати анкетування аналізувались, оцінювались за 10 бальною шкалою, на їх основі розроблялись і пропонувались засоби фізичної реабілітації. Від 1 до 3 бали - мала інтенсивність болю; 4 – 7 балів середня; від 8 – 10 – велика інтенсивність.

**Результати та їх обговорення.** Під наглядом перебували 20 хворих віком від 45 до 50 років, з них 12 чоловіків і 8 жінок з остеохондрозом поперекового відділу хребта у період неповної ремісії, які перебували на відновному лікуванні в санаторії «Орлине гніздо». Болі в попереку при тривалому стоянні відзначали практично всі 100,0% пацієнтів. обмеження рухливості в попереку відзначали 14 (85,0%) пацієнтів, головні болі 10 (50,0%) хворих, загальну слабкість 12 (60,0%) хворих. Велику ступінь болю відзначали 2 (10,0%) пацієнтів, середню – 12 (60,0%), легку – 6 (30,0%) хворих. Гнучкість хребта у межах норми відзначали 4 (20,0%) хворих, гіпомобільність – 16 (80,0%) пацієнтів.

В комплекс програми фізичної реабілітації входили: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, аквагімнастика, лікувальна ходьба, плавання, реабілітаційний масаж, озокеритотерапія на попереку. Лікувальна гімнастика була направлена на зміцнення м'язів спини, поперека, передньої і задньої поверхонь стегон, підвищення гнучкості та амплітуди рухів тулуба. Залежно від вихідного стану остеохондрозу, ми розробили індивідуальні комплекси спеціальних вправ. При виконанні вправ особливу увагу звертали на симетричне положення тіла.

Комплекси лікувальної гімнастики склались з вправ для дрібних і середніх м'язових груп, на розслаблення м'язів плечового пояса, верхніх і нижніх кінцівок, махових рухів кінцівок. Вправи виконувались з вихідних положень лежачи і сидячи. При стиханні больового синдрому вводились вправи на зміцнення м'язів плечового пояса і верхніх кінцівок, які чергують з дихальними і вправами на розслаблення. У заняття включали також вправи на координацію і рівновагу.

Для отримання терапевтичного ефекту від фізичних вправ, ми дотримувались таких основних принципів: системності занять, під яким розуміється підбір відповідних вправ, вихідних положень, раціональний характер виконання вправ, оптимальна кількість їх повторів тощо; регулярності, під якою розуміється необхідність щоденних занять фізичними вправами; тривалості занять (лікувальний ефект від фізичних вправ знаходиться у прямій залежності від тривалості занять ними); підвищення навантаження в заняттях у процесі розвитку тренуваності; індивідуалізації – врахування індивідуальних особливостей підлітків, особливостей перебігу захворювання. Величина фізичного навантаження у заняттях лікувальною фізкультурою відповідала можливостям молоді та стану їхнього здоров'я. Фізичне навантаження дозували шляхом вибору вихідних положень, підбору фізичних вправ, їх тривалості, кількістю повторень кожної вправи, темпом, амплітудою рухів, ступенем силового напруження, складністю рухів, їх ритмом, кількістю загальнорозвиваючих і дихальних вправ

В результаті проведеного курсу реабілітаційних заходів відзначається покращення клінічних проявів захворювання. Скарги на дискомфорт в попереку зникли або зменшилися у 18 (80,0%) хворих, обмеження рухливості в попереку відзначали лише 4 (20,0%) пацієнтів. Головні болі зникли або зменшилися у 10,0% хворих. Середні показники ступеню болю були такими: в ділянці попереку показники відчуття болю знизились з 8,5 балів до 3,2 балів, що свідчить про ефективність запропонованої програми фізичної реабілітації. Амплітуда рухів поперекового відділу хребта у обстежених пацієнтів на остеохондроз поперекового відділу хребта вірогідно збільшилась. Гіпомобільність тулуба із-за болей в попереку виявлена лише у 4 (20,0%) пацієнтів, нормалізувались показники гнучкості у 12 (60,0)%, що свідчить про зменшення і зникнення болю та підвищеного тону м'язів спини.

**Висновки.** Таким чином, в результаті проведеного комплексу реабілітаційних заходів сила м'язів попереку зміцнилась, що свідчить про покращення трофіки обмінних процесів у поперекових спинномозкових сегментах, м'язах спини. Покращення показників функціональної проби на гнучкість хребта дозволяє говорити про сприятливий вплив засобів

фізичної реабілітації. Очевидно, що в результаті застосування комплексної програми фізичної реабілітації м'язи стають більш еластичними, знімається напруження окремих м'язових груп (м'язів спини та задньої поверхні стегна) та зв'язкового апарату. Все це, разом з посиленням кровообігу в попереково-крижовій ділянці веде до зменшення болю і збільшення рухливості в поперековому відділі хребта.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Девятова М.В. Лечебная физическая культура при остеохондрозе позвоночника и заболеваниях периферической нервной системы / М.В. Девятова. – Л.: Медицина, 1983. – 159 с.
  2. Левит К., Захсе Й., Янда В. Мануальная медицина / К. Левит, Й. Захсе, В. Янда. – М.: Медицина, 1991. – 510 с.
  3. Чаплинський В.В., Ковган В.А. Реабілітація хворих травматолого-ортопедичного профілю / В.В. Чаплинський, В.А. Ковган. – К.: Здоров'я, 1991.-278с.
- 

### ROLA PIELEŃNIARKI W PROFILAKTYCE ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO

**Khariponchuk Victoria Valerievna**

*Żytomierski Instytut Medyczny Rady Obwodowej Żytomierza*

### THE ROLE OF THE NURSE IN THE PREVENTION OF MYOCARDIAL INFARCTION

**Khariponchuk Victoria Valerievna**

*Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council*

**Abstrakt:** Zawał mięśnia sercowego to sytuacja, w której czas udzielania specjalistycznej opieki jest bardzo krótki. Wykazano wysoką skuteczność wczesnej reperfuzji u osób z zawałem mięśnia sercowego odcinka ST (STEMI), co doprowadziło do przyjęcia odpowiednich programów ukierunkowanych na tę kategorię propozycji. Obecnie leczenie endowaskularne z implantacją stentu w większości przypadków jest ostatnim logicznym ogniwem taktyki choroby wieńcowej serca, co pozwala szybko i skutecznie przywrócić pacjentowi zdolność do pracy i zmniejszyć ryzyko powikłań. Organizacja i dostosowanie sieci ośrodków reperfuzyjnych radykalnie zmieni cały system opieki nad pacjentem.

**Słowa kluczowe:** zawał mięśnia sercowego, analiza porównawcza, tętnice wieńcowe, tętniczki wieńcowe, dławica.

**Abstract.** Myocardial infarction is a situation in which the time of specialized care is a decisive factor in success. With the development of methods of interventional cardiology, it became possible to restore blood circulation to the affected arteries of the heart without surgery. High efficacy of early reperfusion in people with ST-segment myocardial infarction (STEMI) has been demonstrated, which has led to the adoption of appropriate targeted programs to assist this category of proposals. Currently, endovascular treatment with stent implantation in most cases is detected after the completion of the logical chain in the tactics of coronary heart disease, which allows you to quickly restore the practical attractiveness of customers and reduce the risk of use. The organization and regulation of the networks of reperfusion centers radically changes the entire system of patient care.

**Key words:** myocardial infarction, comparative analysis, coronary arteries, coronary arteries, angioplasty.

**Aktualność tematu.** Jedną z najczęstszych przyczyn zgonów w Europie i Stanach Zjednoczonych jest obecnie zawał mięśnia sercowego i nagła śmierć wieńcowa. Ukraina jest jednym z wiodących krajów pod względem zachorowalności (129,6 na 100 tys. Mieszkańców). Najważniejsze jest to, jak szybko pacjent zostanie przewieziony do szpitala [1, s. 32]. Śmiertelność z powodu zawału serca wynosi około 15%, 45% pacjentów umiera przed przyjęciem do szpitala, na



Ukrainie około 70% z powodu chorób serca, podczas gdy w większości krajów europejskich 50%. Zawał mięśnia sercowego na Ukrainie znacznie się odmłodził. Obecnie mężczyźni w wieku 35–60 lat umierają na choroby serca 6 razy częściej niż w krajach europejskich [2, s. 148]. Kardiologia interwencyjna ma krótką, ale bardzo dynamiczną historię. Urodziła się 16 września 1977 roku, kiedy Andreas Gruntzig po raz pierwszy na świecie w znieczuleniu miejscowym wykonał przezskórną śródnaczyniową balonową angioplastykę wieńcową (TBCA). Obecnie Ukraina i Europa idą w tym samym kierunku w leczeniu, diagnostyce i profilaktyce zawału mięśnia sercowego. Ukraina stosuje nowoczesne metody leczenia i diagnozy, które zapożyczyła od europejskich kolegów.

**Cel pracy:** Zbadanie elementów procesu pielęgniarskiego w zakresie opieki i monitorowania pacjentów z ostrym zawałem mięśnia sercowego w Europie i na Ukrainie w celu zbadania profilaktyki powikłań na oddziale reperfuzyjnym szpitala wojewódzkiego.

**Metody badawcze:**

W pracy wykorzystano metody: bibliosemantyczną, medyczno-socjologiczną, medyczno-statystyczną.

**Przedstawienie głównego materiału:**

Stentowanie tętnic wieńcowych zostało po raz pierwszy wykonane przez J. Puela w marcu 1986 roku w Tuluzie (Francja) i prawie jednocześnie przez U. Sigwarta w Lozannie (Szwajcaria). W obu przypadkach zastosowano samorozprężalny stent Wallstent. W późniejszym okresie stosowanie stentów stało się niemal rutynowe i obecnie TBA bez stentowania stosuje się jedynie w szczególnych sytuacjach klinicznych (np. Przy małej średnicy tętnicy) [3, s. 13].

Zawał mięśnia sercowego to sytuacja, w której decydującym czynnikiem jest czas opieki specjalistycznej. Udowodniona wysoka skuteczność wczesnej reperfuzji u osób z zawałem mięśnia sercowego z odcinkiem ST (STEMI) przyczyniła się do przyjęcia odpowiednich programów ukierunkowanych na tę kategorię pacjentów [4 s. 54]. Wiele stanów zaprosiło zestaw rozwiązań dla służb ratowniczych, aby zapewnić pacjentom ze STEMI pracującym w szpitalu, w którym znajdują się laboratoria cewnikowania działające w placówkach medycznych bez takich jednostek, które mają doświadczenie w europejskiej kardiologii.

Dzięki nowym metodom diagnostyki i leczenia stało się możliwe przywrócenie krążenia krwi w dotkniętych tętnicach serca bez operacji. Od 2005 roku liczba przezskórnych interwencji wieńcowych w kraju wzrosła ośmiokrotnie [5, s. 14]. Zastosowanie atraumatycznych zabiegów przezskórnych (dostęp 2 mm) w praktyce kardiologii ratunkowej zapewniło skuteczne leczenie chorych z ostrym zawałem mięśnia sercowego (AMI), które zmniejszyło śmiertelność z 14 do 4% i uratowało tysiące istnień ludzkich.

Opracowana metoda poprzez reperfuzję skóry pozwoliła Stowarzyszeniu Kardiologów Interwencyjnych Ukrainy podpisać „Deklarację współpracy” dla europejskiej inicjatywy „StentforLife”, a także wraz z innymi europejskimi środowiskami kardiologicznymi, które przyczyniają się do osiągnięcia światowej kardiologii.

Obecnie na Ukrainie działa 27 oddziałów intensywnej terapii reperfuzyjnej 24/7/365. Według Stowarzyszenia Kardiologów Interwencyjnych Ukrainy w 2017 roku śmiertelność w nowych ukraińskich ośrodkach reperfuzyjnych zmniejszyła się prawie trzykrotnie niż na całej Ukrainie (odpowiednio 4,6% vs 12,5%).

**Wnioski:**

W pracy rozwoju dokonano analizy porównawczej zawału mięśnia sercowego. Badanie wykazało, że Ukraina i UE pracują nad tymi samymi protokołami leczenia tej choroby. Procedura diagnostyczna - angiografia, którą zapożyczyliśmy od kolegów z Europy, dzięki stentowaniu naczyń yatyat. Więcej uwagi ludzi chciałoby doprowadzić do zapobiegania tej chorobie, ponieważ choroba legufit legufit.

Pielęgniarka oddziału reperfuzyjnego zna i prawidłowo ocenia sytuację kliniczną każdego obserwowanego pacjenta, nie tylko treść, która wykonuje czyszczenie zabiegów i zabiegów, ale także rozumie ich wykonalność i możliwe zastosowanie.

**Література:**



1. Гострий інфаркт міокарда в осіб молодого віку: особливості патогенезу, перебігу хвороби і обґрунтування стратегії запобігання ускладненням О. М. Пархоменко [та ін.] Український кардіологічний журнал. - 2019. – Т. 26, N 4. - С. 32-43.

2. Сімак І. М. Гострий коронарний синдром: догоспітальна реперфузійна терапія та кардіопротекція в клінічній практиці І. М. Сімак Медицина неотложных состояний. - 2013. - № 2. - С. 148-150.

3. Визуализация внутрисосудистых стентов периферических артерий помощью трехмерного ультразвукового исследования М. В. Кошурникова [и др.] Ультразвуковая и функциональная диагностика. - 2013. - N 1. - С. 54-60.

4. Теренда Н. О. Соціальний статус хворих на інфаркт міокарда та його вплив на вибір методики лікування і шляхи госпіталізації Н. О. Теренда Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2017. - N 1. - С. 14-18.

---

## ЗАГАЛЬНІ ТА СПЕЦІАЛЬНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАГІСТРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»

**Шигонська Наталя**

*Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

Сучасні глобалізаційні та трансформаційні процеси прямо або опосередковано впливають на усі сфери життя суспільства. Особливо, вони дотичні до процесів, що впливають на якість життя суспільства в цілому та окремої людини, зокрема.

Відповідно, особливого значення набувають процеси спрямовані на забезпечення ефективного функціонування системи громадського здоров'я як у світі так і в Україні. Таким чином, сучасна система медичної допомоги потребує підготовки висококваліфікованих фахівців, що будуть володіти компетенціями не тільки надання медичних послуг, але й формування стратегічного бачення функціонування системи охорони здоров'я спрямованого на збереження здоров'я як людей так і суспільства, в цілому. З огляду на це, особливої актуальності набуває підготовка таких фахівців у галузі громадського здоров'я.

Саме тому, вищі медичні заклади освіти спрямовують свій потенціал на формування таких фахівців, у яких в повній мірі сформовані загальні та спеціальні компетентності з менеджменту. Для того щоб майбутні фахівці могли у повній мірі здійснювати планування, реалізацію та моніторинг діяльності персоналу у галузі громадського здоров'я, на принципах етики.

Нашою метою є виокремлення загальних та спеціальних компетентностей. Згідно з вимогами Стандарту вищої освіти та Освітньої професійної програми підготовки магістра з громадського здоров'я дана дисципліна забезпечує набуття студентами компетентностей.

Загальні:

- Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.
- Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
- Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.
- Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
- Здатність проведення досліджень на відповідному рівні.
- Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.
- Здатність спілкуватися з представниками інших професійних груп різного рівня (з експертами з інших галузей знань/видів економічної діяльності).
- Здатність працювати в міжнародному контексті.
- Здатність приймати обґрунтовані рішення.
- Здатність розробляти та управляти проектами.
- Здатність діяти соціально відповідально та свідомо.
- Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).

- Здатність усвідомлювати рівні можливості та гендерні проблеми.

Спеціальні (фахові):

- Здатність оцінювати, інтерпретувати, порівнювати та прогнозувати основні показники громадського здоров'я .

- Здатність визначати пріоритети і проводити оцінку потреб сфери громадського здоров'я у конкретній ситуації.

- Здатність розробляти варіанти стратегій, політик та визначати окремі інтервенції, спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я населення, та оцінювати їх ефективність.

- Здатність аналізувати вплив різних детермінант на здоров'я населення та обґрунтовувати відповідні заходи з їх попередження.

- Здатність аналізувати стратегії, політики та інтервенції в сфері громадського здоров'я та пропонувати заходи щодо підвищення ефективності використання наявних коштів.

- Здатність створювати команду для діяльності у сфері громадського здоров'я і забезпечувати її ефективну роботу.

- Здатність розробляти проекти надання послуг громадського здоров'я та профілактики (первинної, вторинної та третинної) захворювань, промоції здоров'я, та забезпечувати їх реалізацію.

- Здатність розробляти заходи з адвокації, комунікації та соціальної мобілізації у сфері громадського здоров'я.

- Здатність використовувати етичні принципи та норми права при плануванні досліджень, збиранні інформації та її використанні.

- Здатність ефективно й компетентно брати участь у різних формах наукової комунікації (конференції, круглі столи, дискусії, наукові публікації) в галузі громадського здоров'я.

Таким чином, визначені компетентності конкретизують цілі та завдання організації освітнього процесу в закладах вищої медичної освіти.

#### **ЛІТЕРАТУРА:**

1. Всесвітня організація охорони здоров'я <https://www.who.int/home>
  2. Міністерство охорони здоров'я <https://moz.gov.ua/>
  3. Центр громадського здоров'я МОЗ України <https://www.phc.org.ua/>
  4. ВООЗ. Европейський план дійсвий по укрєпленю потенциала и услуг общественного здравоохранения. Режим доступа до ресурсу: <http://www.euro.who.int>.
  5. Европейський план дійсвий по укрєпленю потенциала и услуг общественного здравоохранения. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (документ EUR/RC62/12). – 52 с.
  6. Pencheon, David; Guest, Charles; Melzer, David; Gray, JA Muir. Pencheon, David, ed. Oxford Handbook of Public Health Practice. Oxford University Press. OCLC 663666786. - 2015.
  7. Edited by Rogers Detels, Martin Gulliford, Quarraisha Abdool Karim, and Chorh Chuan Tan. Oxford Textbook of Global Public Health. Oxford University Press. Published: 26 April 2015. - 1854 Pages
-

## ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ

Шиліна Ю.В., Філак Я. Ф.

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** дитячий церебральний параліч, лікувальна фізкультура, фізична реабілітація,

**Актуальність проблеми..** Питання реабілітації хворих на дитячий церебральний параліч в останні роки стає все більш актуальним у зв'язку з високим медичним і соціальним значенням. Поширеність ДЦП на 10000 дитячого населення – 31,0%. Захворюваність ДЦП на 10000 дитячого населення – 1,4%. Ця хвороба входить в розряд невеликовних захворювань, але проведення своєчасної і правильної корекції пошкоджених систем організму дітей, за допомогою коректувальних фізичних вправ, застосування елементів спортивних ігор і спеціальних рухових режимів є передумовою для успішної побутової, освітньої, трудової і соціальної адаптації до реальних умов життя, їх інтеграції в суспільстві [2, 5].

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є збірним терміном для групи захворювань, які проявляються в першу чергу порушеннями рухів, рівноваги та положення тіла. Хвороба спричиняється порушенням розвитку мозку або пошкодженням однієї чи декількох його частин, які контролюють м'язовий тонус та моторну активність (рухи). В основі клінічної картини ДЦП лежать рухові розлади, які формуються по типу паралічів і парезів, рідше гіперкінезів, атаксії, а також різні порушення мови і психіки. Складний патогенез внутрішньоутробного і родового пошкодження мозку призводить до багаточислених клінічних проявів. Ступінь важкості рухових порушень коливається у великому діапазоні, де мають місце грубі рухові порушення [1, 3, 5].

Незважаючи на досягнення сучасної медицини, церебральні паралічі залишаються важливою проблемою, тому засоби фізичної реабілітації посідають дуже важливе місце в суспільстві. Вона сприяє покращенню загального фізичного стану, ефективній корекції функціональної недостатності опорно-рухового апарату, забезпечує тренування серцево-судинної і легеневої системи, що призводить до кращої активності дитини у навчальній діяльності та адаптації у суспільстві [4].

**Мета дослідження.** – теоретично обґрунтувати та практично перевірити комплексну програму фізичної реабілітації у дітей хворих на спастичну форму ДЦП).

Завдання:

1. На основі аналізу літератури з фізичної реабілітації ознайомитись з методами і формами лікувальної фізичної культури при ДЦП.

2. Розробити комплекси ЛФК з використанням дихальних вправ для дітей 12-14 років зі спастичною формою церебрального паралічу та експериментально перевірити її ефективність.

**Матеріали та методи.** При проведенні дослідження ми використали такі методи: теоретичний аналіз літературних джерел з проблеми фізичної реабілітації дітей з церебральним паралічем; методика оцінки показників фізичного стану; визначення об'єму м'язової сили і амплітуди рухів; оцінка побутової рухової активності; методи математичної статистики.

*Визначення функціональних можливостей м'язів* за п'ятибальною системою. П'ятибальна система оцінки була заснована на чинниках полегшення рухової функції: рух в горизонтальній площині для зняття маси нижнього сегменту кінцівки, зняття сили тертя за допомогою підвісів, зближення точок прикріплення м'язів-антагоністів з метою усунення протидії цих м'язів.

*Визначення амплітуди рухів.* Проводили активне і пасивне дослідження. Пасивне дослідження застосовують для виявлення контрактур і рухливості в суглобах. Користуючись

загальновідомими таблицями нормальних амплітуд рухів в різних суглобах, визначають: повний (100%) об'єм рухів, частково порушений (75%, 50%), порушений (25% і менш).

**Результати та їх обговорення.** Клінічні дослідження проводилися в дитячому медико-соціальному центрі «Дорога життя» м.Ужгород. Нами проведено дослідження у 20 дітей середнього шкільного віку (10 – 12 років) - експериментальна група 10 чоловік і контрольна - 10 чоловік. Програма реабілітації включала: лікувальну гімнастику, сегментарно-рефлекторний масаж, який виконувався на фоні класичного масажу, механотерапія, працетерапія. Заняття лікувальною гімнастикою проводилися щодня, які були направлені на зниження спастичності м'язів і підвищення еластичності м'язів і сухожилів в експериментальній групі. Тривалість заняття – 45 хвилин.

Проведена діагностика функціональних можливостей м'язів і м'язових груп на початку експерименту свідчить про зниження функціональних можливостей м'язів на 60,0% із-за різкого підвищення їх тону.

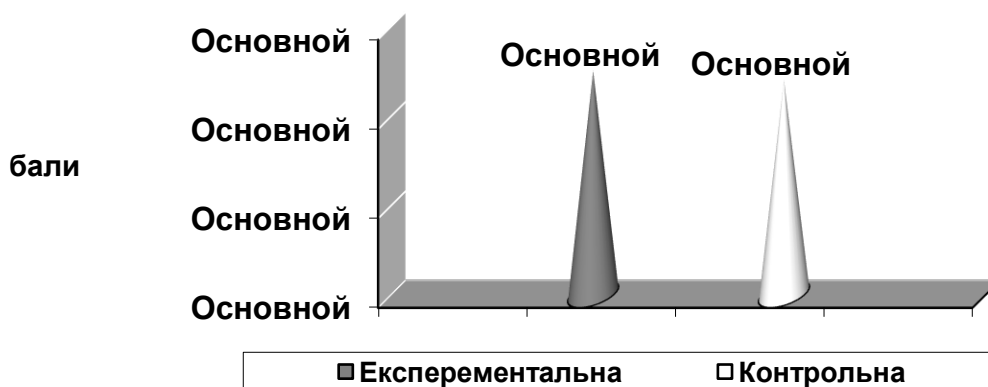


Рис. 1. Показники функціональних можливостей м'язів і м'язової групи в контрольній і експериментальній групах до проведення експерименту

Діти в контрольній та експериментальній групах знаходилися на відносно постійному рівні і не мали достовірної відмінності між собою ( $P > 0,05$ ).

Показники, оцінки побутової рухової активності в контрольній і експериментальній групах також не мали достовірної відмінності ( $P > 0,05$ ) і їх рухова активність також була знижена на 60,0%. Діагностика оцінки амплітуди рухів у дітей на початок експерименту, у згинанні і розгинанні у великих суглобах в середньому становив 60,0% від нормальних амплітуд рухів в цих суглобах, а в експериментальній цей показник становив 55,0% від нормальних амплітуд.

В заняттях лікувальної гімнастики використовували спеціальні вправи — симетричні і асиметричні. Симетричні, зберігаючи серединне положення хребта, сприяють вирівнюванню м'язової «тяги» з обох боків. Цей ефект виникає внаслідок того, що при виконанні симетричних рухів розтягнуті і ослаблені м'язи зміцнюються. Також використовували дихальні вправи, вправи для розвитку гнучкості.

Величини показників, що характеризують функціональні можливості м'язів і м'язової групи в контрольній та експериментальній групах, після закінчення експерименту показує, що значення цього показника змінилися і мають достовірні відмінності між собою ( $P < 0,05$ ). В кінці експерименту показники функціональних можливостей м'язів і м'язової групи в обох групах покращились. Так, в контрольній групі цей показник становив 3,4 бали, що на 0,8 краще ніж до експерименту. В експериментальній групі після застосування запропонованої методики дихальних вправ, показник функціональних можливостей м'язів досяг значення у 4,2 бали, що на 1,5 бали краще ніж до експерименту.

Показники оцінки амплітуди рухів в контрольній і експериментальній групах після закінчення експерименту підтверджує, що даний показник змінився і має достовірні відмінності між собою ( $P < 0,05$ ).

Також вірогідні зміни відбулись в показниках згинання і розгинання у великих

суглобах як в експериментальній так і в контрольній групах в кінці дослідження. В контрольній групі ці показники становлять 67%, що на 2% краще ніж до експерименту. В експериментальній групі показник амплітуди рухів у згинанні і розгинанні до експерименту становив 60%, а після дослідження – 70%. Збільшення амплітуди рухів у згинанні і розгинанні становить 10%. Це на 8% краще ніж у контрольній групі, а отже, застосування запропонованої методики лікувальної фізичної культури у поєднанні з дихальними вправами позитивно вплинуло на показники згинання - розгинання у суглобах.

Оцінка побутової рухової активності теж мала зміни при діагностуванні по закінченню експерименту в контрольній та експериментальній групах дітей. В експериментальній групі після експерименту оцінка побутової рухової активності покращилась на 2,5 бали, тоді, як в контрольній групі ці покращення становили 0,7 бали. Ця суттєва різниця у 1,8 бали вказує на позитивний вплив запропонованої методики використання дихальних вправ у системі ЛФК в експериментальній групі. Отже, у середньому за час експерименту, показники в експериментальній групі збільшились - функціональних можливостей м'язів та м'язових груп на 1,5 бали; оцінка побутової активності на 2,5 бали; амплітуда рухів на 10%, в контрольній відповідно на 0,8 бали; 0,7 бали; 2%.

#### **Висновки:**

1. За даними наукової літератури, лікування і реабілітація дітей з ДЦП в першу чергу заснована на багаторічній програмі навчання рухам, в якій головне місце займають різноманітні засоби і форми лікувальної фізичної культури.

2. На основі проведених обстежень на початку і в кінці проведення комплексу реабілітаційних заходів нами розроблено комплекс ЛФК з використанням дихальних вправ для дітей зі спастичною формою церебрального паралічу. Всі вправи супроводжуються певним типом дихання, що в значній мірі допомагає знизити тонус м'язів, особливо при спастичній формі ДЦП.

4. Експериментальна перевірка ефективності комплексів з використанням дихальних вправ для дітей зі спастичною формою церебрального паралічу, показала, що запропонована методика є ефективною в порівнянні з традиційною і може використовуватися у фізичній реабілітації.

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Азарський І.М, Азарська О.О. Дитячий церебральний параліч, надбана розумова слабкорозумовість та педагогічна занедбаність. – Хмельницький, 2001. – 178 с.
2. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. – М.: Просвещение, 1989. – С. 78 – 79.
3. Бортфельд С.А., Рогачова Э. И. Лечебная физическая культура и массаж при детском церебральном параличе. – Л.: Медицина, 1986. – 176 с.
4. Гуревич И. А. 1500 упражнений для моделирования круговой тренировки: учеб. пособ. /И.А. Гуревич. – 2-е изд., перераб. и доп. – Мн.: Высшая школа, 1980. – 256 с.
5. Детский церебральный паралич. Хрестоматия / Составители Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. - СПб., Дидактика-Плюс, 2003. – 136 с.

---

## **КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ В УМОВАХ САНАТОРІЮ**

**Яковлева Н.І., Стеблюк С. В.**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Ключові слова:** хронічний холецистит, фізична терапія, лікувальна гімнастика, сполучнотканинний масаж.

**Актуальність проблеми.** Хронічний безкам'яний холецистит в патології захворювань

травної системи займає важливе місце, спостерігається досить часто і складає 75% загального числа уражень органів травлення. Діагностика хронічного безкам'яного холециститу та вибір раціональної лікувальної тактики досі залишається складним завданням, а збільшення числа хворих і велика частота незадовільних результатів роблять цю проблему однією з актуальних у гастроентерології. Хронічний холецистит знижує працездатність людини, викликає зміни в інших органах травної системи хворого й у низці випадків стає причиною оперативних утручань. Найчастіше їх проводять у порядку швидкої невідкладної допомоги, що сильно ускладнює перебіг післяопераційного періоду в цих хворих. У виникненні захворювання має значення не тільки проникнення інфекції у жовчний міхур і жовчні шляхи, але й загальні зміни організму людини, його реактивності, а також порушення відпливу жовчі та її застій. Важливу роль при цьому відіграє порушення моторики, зниження імунологічної реактивності, захисних сил організму. Сприятливі умови для розвитку інфекції у жовчних шляхах створюються при застої жовчі в результаті функціональних розладів жовчовиділення при хронічних запальних процесах у травній системі, при наявності вогнищ інфекції в будь-якому органі людини. В патогенезі холециститу також важливе місце займають зниження опірності людського організму, захворювання інших органів травної системи [1, 4].

Комплексна фізична реабілітація займає одне із найважливіших місць у відновному лікуванні пацієнтів хворих на хронічний холецистит. Ефективність фізичної реабілітації забезпечується призначенням, комплексу вправ лікувальної гімнастики, реабілітаційного масажу, фізіотерапії, бальнеотерапії, які за механізмом дії мають протизапальну дію, позитивно впливають на моторно-евакуаторну функцію жовчного міхура, процеси регенерації, справляють тонізуючий вплив на загальний стан організму та адаптаційні механізми. Утім, результати реабілітації залежать від адекватного добору і потужності тренувальних навантажень. Навантаження, що перевищують функціональні резерви, можуть спричинити зрив адаптаційних механізмів дитячого організму. Лікувальна фізкультура в комплексному відновному лікуванні є одним із засобів патогенетичної терапії у зв'язку з можливістю дії на стан лімфо- і кровообіг органів черевної порожнини, на тонус гладкої мускулатури стінок жовчного міхура [2, 3].

**Мета дослідження** – розробити і запропонувати комплексну програму фізичної реабілітації для хворих на хронічний холецистит з гіпомоторним синдромом в умовах санаторію.

**Методи обстеження.** З метою детального обстеження і контролю за функціональним станом пацієнтів з ДЖВШ та оцінки ефективності курсу фізичної реабілітації використовували методи дослідження на початку і у кінці реабілітації. Обстежено 20 хворих віком від 35 до 45 років, з них 8 чоловіків і 12 жінок, хворих на хронічний холецистит. При поступленні на санаторно-курортне лікування в санаторій «Поляна» пацієнти були детально обстежені. Проведені дослідження: функціональні проби дихальної системи: проба Штанге – затримка дихання на вдиху і проба Генчі - затримка дихання на видиху. Ультразвукове дослідження жовчного міхура проводилося вранці натще на початку і в кінці курсу відновного лікування.

Після проведеного обстеження призначали програму фізичної реабілітації, яка включала: лікувальну гімнастику, сполучнотканинний, масаж, який виконувався на фоні класичного масажу, внутрішній прийом мінеральної води Поляна Купіль, озокеритотерапію, ампліпульстерапію. У хворих на хронічний холецистит при гіпокінетичній формі дискінезії жовчного міхура використовували вихідні положення на спині, на животі, стоячи на колінах, які стимулювали відтік жовчі із жовчного міхура, жовчовивідних шляхів. В комплекс ЛГ включали загальнорозвиваючі вправи для верхніх і нижніх кінцівок з поступово зростаючою амплітудою, спеціальні вправи для зміцнення м'язів черевного пресу, м'язів спини з різних вихідних положень. Останні, особливо в поєднанні з уповільненням дихальних рухів на вдиху і видиху, сприяють зменшенню і навіть зняттю больового синдрому і диспепсичних явищ, покращенню відтоку жовчі. Використовували вправи на нахили тулуба вперед і нахили в поєднанні з обертанням

тулуба, що рекомендуються для збільшення внутрішньочеревного тиску і поліпшення відтоку жовчі. В більшій мірі використовували вправи з вихідного положення лежачи на правому боці. Воно забезпечує переміщення жовчі під дією сили тяжіння до шийки міхура і по міхуровому протоку. Всі вправи чергувались з дихальними вправами і вправами на розслаблення.

**Результати та їх обговорення.** Проведене ультразвукове дослідження у 20 хворих на хронічний холецистит показало, що у 13 (65%) пацієнтів виявлено деформацію жовчного міхура, у 15 (75%) потовщення стінок. Збільшення розмірів жовчного міхура та недостатнє і сповільнене вивільнення його вмісту, що свідчить про гіпотонічну дискінезію жовчного міхура виявлено у 100% хворих га хронічний холецистит. У 3 (15%) пацієнтів виявлені перегин, перетяжки жовчного міхура. Дані ультразвукового дослідження підтверджують про наявність хронічного холециститу у даної категорії пацієнтів. Після призначення комплексу реабілітаційних заходів відзначається позитивна динаміка клінічної картини у хворих на хронічний холецистит. Вірогідно після розробленої програми реабілітації у пацієнтів з хронічним холециститом зменшилися ниючі болі в правому підребер'ї з 100% до 30%, приступоподібні болі псяля реабілітації пацієнти не відзначали. Нудота, блювота зменшилась з 75% до 20%. Позитивна клінічна динаміка відзначається також по такому показнику, як відрижка гірким, яку до реабілітації відзначали 90% пацієнтів, після реабілітації лише 40,0%. Підвищена подразливість, збудливість під впливом реабілітаційних заходів зменшилась з 70% до 35% . Симптоми пальпації, а саме симптом Кера, який виявляли у 90% пацієнтів знизився

вірогідно і після реабілітації його визначали у 45% пацієнтів. Симптом Грекова-Ортнера до реабілітації виявляли у 60% хворих після реабілітації – у 25,0%. Симптом Мерфі, при якому болючість в правому підребер'ї посилюється на висоті вдиху, до реабілітації виявляли у всіх обстежених пацієнтів. Після комплексного відновного лікування цей симптом виявляли у 70% хворих на хронічний холецистит. Таким чином, після реабілітації виявлена позитивна динаміка клінічних показників, що відображає ефективність застосування комплексної програми реабілітації. Проведене після відновного лікування ультразвукове дослідження у хворих на хронічний холецистит показало, що кількість пацієнтів, у яких виявлена деформація жовчного міхура, зменшились з 17 (85,0%) до 10 (50,0%). Потовщення стінок жовчного міхура зменшилось відповідно з 15 (75%) до 9 (45%), що свідчить про зменшення та відсутність запального процесу стінок жовчного міхура. Збільшені розміри жовчного міхура та недостатнє і сповільнене вивільнення після реабілітації виявляли 9 пацієнтів, що становить 45%.

**Висновки.** Таким чином, застосування комплексної програми реабілітації для хворих на хронічний холецистит залежно від динаміки клінічних показників, вихідного стану моторної функції жовчного міхура, є ефективним. Також важливо, що у пацієнтів крім покращення клінічних показників, змінилися дані ультразвукового обстеження. У 30% пацієнтів зменшилось потовщення стінок жовчного міхура, що свідчить про відсутність запального процесу жовчного міхура.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Барановский А. Ю. Реабилитация гастроэнтерологических больных в работе терапевта и семейного врача / Барановский А. Ю. – СПб. : Фолиант, 2001. – 416 с.
2. Медична реабілітація в санаторно-курортних закладах ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»/ За ред. Е.О.Колесника.- К.: «Купріянова», 2004.- 304 с.
3. Пархотик И.И. Физическая реабилитация при заболеваниях органов брюшной полости /Иван Иванович Пархотик.- К.:Олимпийская литература, 2003.- 223 с.
4. Шашель, В. А. Восстановительное лечение хронических заболеваний органов пищеварения. / В. А. Шашель, А. П. Холопов, И. В. Талапов. - Краснодар: Периодика Кубани, 2003. - 360 с.
5. Шерлок, Ш. Заболевания печени и желчных путей / Ш. Шерлок - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 859 с

## ЗМІСТ

<i>Шатило В.Й., Заболотнов В.О., Гордійчук С.В., Киричук І.М., Богдан О.В., Гришук С.М. ДОСВІД ТА НАУКОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «МЕДСЕСТРИНСТВО».....</i>	<i>4</i>
<i>Агій В.В., Мальцева О.Б. ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ЗА ОКРЕМИМИ ПОКАЗНИКАМИ СОЦІАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я.....</i>	<i>8</i>
<i>Андрієвський О.О., Мальцева О.Б. ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДИК ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ХВОРИХ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА.....</i>	<i>10</i>
<i>Бондаренко В.О., Русин Л.П. ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КУЛЬТУРИ ХАРЧУВАННЯ СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ ТА СТАРШИХ КУРСІВ ВНЗ.....</i>	<i>13</i>
<i>Богдан О.В., Прохницька Ю. РОЛЬ МАГІСТРА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ОБГРУНТУВАННІ НОВИХ ПІДХОДІВ ДО ПРОПАГАНДИ ВАКЦИНО-ПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВІДПОВІДНО ДО КАЛЕНДАРЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ.....</i>	<i>15</i>
<i>Васьковська О.Л., Круковська І.М. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ «ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ» ТА ПРИЧИНИ ЙОГО ВИНИКНЕННЯ.....</i>	<i>17</i>
<i>Вейкай Н.М., Філак Я.Ф. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З МІОПІЄЮ І СТУПЕНЯ.....</i>	<i>21</i>
<i>Величканич О.Ю., Філак Я.Ф. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ КОЛІТ В УМОВАХ САНАТОРІЮ.....</i>	<i>23</i>
<i>Власик І.В., Сабодош М.В. ВИКОРИСТАННЯ ГІДРОКІНЕЗОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ДЦП.....</i>	<i>26</i>
<i>Гельбич В.В., Сабодош М.В. ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ДЦП.....</i>	<i>29</i>
<i>Горай О.В. ІНТЕРНАЦІОНАЛІЗАЦІЯ ЯК ОСНОВНИЙ НАПРЯМ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ.....</i>	<i>33</i>
<i>Горай О.В., Куриленко Т.С. РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....</i>	<i>37</i>
<i>Горай О.В. ОБІРУНТУВАННЯ СПІВПРАЦІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ШКІЛ З ТЕРИТОРІАЛЬНИМИ ЗАКЛАДАМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ.....</i>	<i>40</i>
<i>Гордійчук С.В. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТНЬОЇ ДІЯЛЬНОСТІ, СУЧАСНІ ВИКЛИКИ.....</i>	<i>43</i>
<i>Гринзовський А.М., Ряба Н.С., Черненко Л.М., Кузін І.В. СПІВПРАЦЯ З ЦЕНТРОМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ, ЯК ПЛАТФОРМА ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ НАУКОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МАГІСТРІВ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «229 ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я».....</i>	<i>44</i>



<i>Гроскоп Л.В., Філак Я.Ф. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З СКОЛІТИЧНОЮ ПОСТАВОЮ.....</i>	<i>48</i>
<i>Дидяк М.М. ДО ПРОБЛЕМНИХ ПИТАНЬ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ.....</i>	<i>50</i>
<i>Дмитрук О.В. ОБГРУНТУВАННЯ АКТУАЛЬНОСТІ ВИКЛАДАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «ЕКОНОМІКА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я» ДЛЯ МАГІСТРІВ ГАЛУЗІ ЗНАНЬ «ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я».....</i>	<i>53</i>
<i>Дудаш Г.В., Ходаковська Н.Ю. ВИКОРИСТАННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ КАНАЛІВ ДЛЯ ПРОМОЦІЇ ЗДОРОВ'Я СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ.....</i>	<i>56</i>
<i>Заблоцька О.С., Тартачник І.А. ЩО ЗНАЮТЬ СПОЖИВАЧІ ПРО ЯКІСТЬ ПИТНОЇ ВОДИ В ЖИТОМИРСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....</i>	<i>59</i>
<i>Іщенко В.О. ПОПУЛЯРИЗАЦІЯ КУЛЬТУРИ ХАРЧУВАННЯ ЯК ОДИН З ПРІОРИТЕТНИХ НАПРЯМКІВ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ.....</i>	<i>61</i>
<i>Кагукіна А.М. ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ.....</i>	<i>64</i>
<i>Киричук І.М., Власенко Я.Ю. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ОЖИРІННЯ .....</i>	<i>68</i>
<i>Кобець Н.І., Філак Я. Ф. РОЗВИТОК ДРІБНОЇ МОТОРИКИ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ .....</i>	<i>70</i>
<i>Козак Т. П., Самборська Н.М. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ / СНІДУ У МОЛОДІЖНОМУ СЕРЕДОВИЩІ .....</i>	<i>72</i>
<i>Куфіна І.В., Миронюк І.С., Потокій Н.Й. ВИЗНАЧЕННЯ ПОТРЕБИ В ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ СУПУТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ДИСПАНСЕРНОМУ ОБЛІКУ В М. УЖГОРОДІ .....</i>	<i>75</i>
<i>Кухнюк О.Л., Мелега К.П. ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА ОСНОВНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ.....</i>	<i>79</i>
<i>Легеза Р.М., Русин Л.П. АНАЛІЗ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ СТУДЕНТІВ-ПЕРШОКУРСНИКІВ ВНЗ У ГЕНДЕРНОМУ КОНТЕКСТІ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПРОБ ТА РУХОВИХ ТЕСТІВ.....</i>	<i>84</i>
<i>Мартиненко С.О., Калашченко С.І. ІНТЕРАКТИВНІ МЕТОДИ ЯК СУЧАСНА ФОРМА ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ ПІД ЧАС ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ.....</i>	<i>86</i>
<i>Милашевська Є., Косенко В. ОБІЗНАНІСТЬ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ПСИХІАТРИЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ З ПРОБЛЕМ ПРОФІЛАКТИКИ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ.....</i>	<i>89</i>

<i>Овчиннікова Надія PhD З МЕДСЕСТРИНСТВА.....</i>	<i>91</i>
<i>Петрішка А.В. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМІВ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ У ЛЮДЕЙ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ.....</i>	<i>94</i>
<i>Поплавська С.Д. РОЛЬ МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ОРГАНІЗАЦІЇ ГІГІЄНИЧНОГО НАВЧАННЯ ТА ВИХОВАННЯ НАСЕЛЕННЯ.....</i>	<i>96</i>
<i>Пустомитенко Г.В., Філак Ф.Г. КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ 12-ПАЛОЇ КИШКИ В УМОВАХ САНАТОРІЮ.....</i>	<i>99</i>
<i>Сібахер Н.І., Філак Я.Ф. КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ З ПОНИЖЕНОЮ СЕКРЕЦІЄЮ В УМОВАХ САНАТОРІЮ.....</i>	<i>101</i>
<i>Сливка З.О. Мелега К.П. ЗАСОБИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ОСІБ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА .....</i>	<i>103</i>
<i>Степчук В.О., Степчук Н.В. БІОЛОГІЧНИЙ ВІК ТА ТЕМПИ СТАРІННЯ ОРГАНІЗМУ СТУДЕНТІВ.....</i>	<i>107</i>
<i>Стрельцова А.Д., Миронюк І.С. ОРГАНІЗАЦІЙНА МОДЕЛЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ПІСЛЯ УРГЕНТНИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ НА ЧЕРЕВНІЙ ПОРОЖНИНІ НА ПРИКЛАДІ М. УЖГОРОД.....</i>	<i>111</i>
<i>Streltsova Yu.O. CECYU SZCZEGÓLNOŚCI OBJAWÓW DYSTONII NEUROKRAŻENIA W MŁODOŚCI.....</i>	<i>115</i>
<i>Фанта Е.А., Сивохоп Е.М. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА В УМОВАХ ПОЛІКЛІНІКИ .....</i>	<i>117</i>
<i>Khariponchuk V.V. ROLA PIEŁĘGNIARKI W PROFILAKTYCE ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO.....</i>	<i>119</i>
<i>Шигонська Наталя ЗАГАЛЬНІ ТА СПЕЦІАЛЬНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАГІСТРІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я».....</i>	<i>121</i>
<i>Шиліна Ю.В., Філак Я.Ф. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ .....</i>	<i>123</i>
<i>Яковлева Н.І., Стеблюк С. В. КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ В УМОВАХ САНАТОРІЮ.....</i>	<i>125</i>