



ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЛВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
ЛВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ



«ЛВІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ІМЕНІ АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО»

СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ

МАТЕРІАЛИ

ІІІ РЕГІОНАЛЬНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

Львів, 2022



ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІ
КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
«ЛЬВІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ІМЕНІ АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО»



«СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ»

МАТЕРІАЛИ

III Регіональної науково-практичної конференції

(м. Львів, 27 жовтня 2022 року)

Львів
Тріада плюс
2022

Оргкомітет конференції:

Голова:

Кривко Ю.Я., ректор «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського», професор, доктор медичних наук.

Заступник голови:

Неділько Р.В., завідувач кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського», канд. наук з держ. управління (доктор філософії).

Члени оргкомітету:

Білобровка В.Ю., викладач «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського».

Бялий А.О., викладач «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського».

Костів З.П., викладач «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського».

Яремчук О.В., викладач «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського».

Редколегія:

Сойка Л.Д., проректор з навчальної роботи «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського», канд. хім. наук.

Стоколос-Ворончук О.О., проректор з наукової роботи «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського», доцент.

Юристовська Н.Я., проректор з виховної роботи «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського», канд. наук з держ. управління (доктор філософії).

Безкоровайна У.Ю., декан факультету 1 «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського», канд. наук з держ. управління (доктор філософії).

Дуб Н.Є., декан факультету 2 «Львівської медичної академії ім. А. Крупинського», канд. наук з держ. управління (доктор філософії).

*Рекомендовано до друку вченою радою КЗВО ЛОР
«Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»
(Протокол № 2 від 27 вересня 2022 року)*

М 34 **Матеріали** III Регіональної науково-практичної конференції «Стратегія розвитку вищої медсестринської освіти» (м. Львів, 27 жовтня 2022 року). – Львів : «Тріада плюс», 2022. 144 с.

У збірнику тез вміщено матеріали науково-практичної конференції «СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ» для студентів, викладачів, магістрів, молодих науковців та практикуючих сестер/братів медичних.

ЗМІСТ

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ВСТАНОВЛЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

- 1 *ДУБ Н.Є., НАЛИВАЙКО Л.М., АВРАМЧЕНКО У.В.*
ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ АКУШЕРСЬКОЇ ДОПОМОГИ
В УКРАЇНІ ТА СВІТІ ...5
- 2 *ДУБ Н.Є., ШАШКОВ Ю.І., МАКСИМЕНКО Т.М.*
ІСТОРИКО-ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗВИТКУ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ
В УКРАЇНІ ...11
- 3 *МАЦЬКО Д.Р., НЕДІЛЬКО Р.В.*
ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ СТАНОВЛЕННЯ МЕДИЦИНИ КОЗАЦЬКОЇ ДОБИ ...19
- 4 *НАЛИВАЙКО Л.М.*
ПІДГОТОВКА СЕСТЕР /БРАТІВ МЕДИЧНИХ В УКРАЇНІ НА ПОЧАТКУ ХХІ СТ. ...23
- 5 *ШАЛЕВА Н. І., ЗАСАНЬСКА Г.М.*
ДО 155-РІЧЧЯ ЗАСНУВАННЯ ГАЛИЦЬКОГО АПТЕКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА ...28

ПРАКТИЧНЕ МЕДСЕСТРИНСТВО СУЧАСНОСТІ

- 6 *БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю., ПОЦЬОРКО Н. Т., КУКСЕНКО І. В.*
РОЗГЛЯД ФАХОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ СЕСТРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ В
ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19 ...36
- 7 *БЯЛИЙ А.О.*
УЛЬТРАФІОЛЕТОВИЙ ІНДЕКС ТА ЙОГО ВПЛИВ НА СТАН ШКІРНИХ ПОКРИВІВ
ЛЮДИНИ. ...40
- 8 *ГУМЕНЧУК І.О., НЕДІЛЬКО Р.В.*
МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ МЕНЕДЖМЕНТ, ЯК СКЛАДОВА СИСТЕМИ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ...44
- 9 *ЖУБРИД М.Т., ЯНКІВ С.В.*
ВПЛИВ ІНДИКАТОРІВ МЕДИЧНОГО РОБОЧОГО СЕРЕДОВИЩА НА
ФОРМУВАННЯ СПРИЯТЛИВОГО МІКРОКЛІМАТУ ПРОФЕСІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ
МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ...49
- 10 *БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю., ПОЦЬОРКО Н. Т., КУКСЕНКО І. В.*
РЕФОРМУВАННЯ СІЛЬСЬКОЇ МЕДИЦИНИ НА ПРИКЛАДІ ВИСОКОРОЗВИНЕНИХ
КРАЇН СВІТУ ...59
- 11 *МОНАРШУК Я.Р., ЯРЕМЧУКО.В.*
АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО
РОЗВИТКУ СЕСТЕР/БРАТІВ МЕДИЧНИХ ...65
- 12 *ДРОФІЧ О., НЕДІЛЬКО Р.В.*
ПРЕВЕНТИВНІ МІРИ ЩОДО ЗАПОБІГАННЯ РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАННЯ НА
ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ...68
- 13 *УГРИН М.І., РІЗУН Г.М.*
РИЗИКИ ТА НЕБЕЗПЕКА ПАРАЗИТАРНИХ ІНВАЗІЙ У МЕДИЦИНІ ...72
- 14 *МАКАРЕНКО А.В., ФЕДОРОВИЧ У.М.*
МАВП'ЯЧА ВІСПА ...76
- 15 *ШЕВЧУК І.-Ю.Р., ШЕГЕДИН Я.Ю.*
ОСНОВА МЕНЕДЖМЕНТУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ...81

- 16 *БЕЗКОРОВАЙНА У. Ю., ЯРЕМЧУК О. В.*
РОЛЬ СЕСТРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ В НАДАННІ ПОСЛУГ У ПЕРВИННІЙ
МЕДИКО-САНІТАРНІЙ ДОПОМОЗІ В УКРАЇНІ ...83

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ В ОСВІТНЬОМУ ПРОСТОРИ ЗВО

- 17 *ГВОЗДЕЦЬКА Г.С., ГЛОВ'ЯК В.Г., БУЛЬБУК О.І.*
СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ ЯК СКЛАДОВА КЛІНІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ
СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 223 МЕДСЕСТРИНСТВО ...86
- 18 *ДУМАС І.Р., ЗАСАНСЬКА Г.М.*
ІННОВАЦІЙНІ ОСВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ ТА ВИКЛАДАННЯ У
ВИЩІЙ ШКОЛІ ...89
- 19 *КАПЛУН І.С.*
КОМПЕТЕНТНІСТНИЙ ПІДХІД У ВИЩІЙ ОСВІТІ ТА СУТНІСТЬ
МІЖНАРОДНИХ СТАНДАРТИВ ...99
- 20 *КОСТЬ М.М.*
ПРАВОВЕ РЕГОЛЮВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ЗАНЯТЬ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У
ЛЬВІВСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ АКАДЕМІЇ ІМЕНІ АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО ...102
- 21 *ФІТЬО Н. Р.*
САМОСТІЙНА ПОЗААУДИТОРНА РОБОТА ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ НА ПРИКЛАДІ
ОК «ЛАТИНСЬКА МОВА» ...105

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РОЗВИТКУ ФАРМАЦІЇ

- 22 *ЖУКРОВСЬКА М.О., КАЛИТОВСЬКА М.Б.*
РОЛЬ ІНТЕГРОВАНІХ ЗАНЯТЬ У ФОРМУВАННІ ФАХОВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ
У СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ФАРМАЦІЯ» ...108
- 23 *КРЕХ М. М., ФЕДЕЧКО Й. М., ШАШКОВ Ю. І.*
ЛІКУВАЛЬНІ ПРЕПАРАТИ МОНОКЛОНАЛЬНИХ АНТИТІЛ ...113
- 24 *ДУМАС І. Р., МЕНІВ Н. П.*
ПРИЗНАЧЕННЯ ІМУНІЗАЦІЇ В ОНКОЛОГІЇ ...117
- 25 *СИДОР О. К., ПАРТИКА У. Б., СИДОР А. Д.*
«ПРОФІЛАКТИКА ЙОДОДЕФИЦИТУ – ТУРБОТА ПРОВЛАСНЕ ЗДОРОВ'Я» ...121
- 26 *ТЕРЕЩУК С.І.*
СУЧАСНІ РЕАЛІЇ ВИКЛАДАННЯ ПРОФІЛЬНОЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
«ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЕКОНОМІКА ФАРМАЦІЇ» У ЗАКЛАДІ ВИЩОЇ ОСВІТИ ...133

СТОМАТОЛОГІЯ У СУЧАСНОМУ МЕДИЧНОМУ ПРОСТОРИ

- 27 *КОСТІВ З.П.*
УРАЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ДЕРМАТОЗАХ З
АУТОІМУННИМ КОМПОНЕНТОМ В ПРАКТИЦІ СТОМАТОЛОГА-ГІГІЄНІСТА ...137

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ВСТАНОВЛЕННЯ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ДУБ Н.Є.,

канд.держупр.

Львівська медична академія

ім. А. Крупинського,

НАЛИВАЙКО Л.М.,

викладач

Львівська медична академія

ім. А. Крупинського

АВРАМЧЕНКО У.В.,

студентка-магістр I курсу

спеціальності 223 «Медсестринство»

Львівська медична академія

ім. А. Крупинського

**ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ АКУШЕРСЬКОЇ
ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ**

Вступ. В Україні визначено охорону материнства та дитинства як один з пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я. Цей пріоритет є універсальними, незалежно від рівня видатків на охорону здоров'я в державі та передбачає досягнення рівності, солідарності, соціальної справедливості в доступі до послуг з охорони здоров'я та врахування зростаючих очікувань населення у сучасному світі. Охорона здоров'я жінки, матері і дитини є першочерговим державним завданням. Стратегія розвитку акушерської (перинатальної) та гінекологічної служби в Україні базується на принципах, затверджених Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ): забезпечення доступу всіх верств населення до кваліфікованої медичної допомоги, служб планування сім'ї, медико-генетичного консультування з метою покращення репродуктивного

здоров'я населення. На стан сучасної акушерської допомоги вплинули певні історичні аспекти. Вивченням історії розвитку акушерства в Україні та світі займалися вітчизняні та закордонні теоретики та практики акушерства. Серед них: С.В. Хміль, Ю.С. Паращук, Б.С. Федак, В.О. Бенюк, І.В. Майданник, Т.М. Бойчук, І.Д. Шкробанець, О.М. Юзько та інші. Метою даної роботи дослідити історію становлення та розвитку акушерської допомоги в Україні та світі.

Основна частина. Акушерство (франц. accoucher – приймати пологи) – наука, що вивчає фізіологічні і патологічні зміни, які відбуваються в організмі жінки під час вагітності, пологів і в післяпологовому періоді, а також шляхи прогнозування, профілактики й лікування можливих ускладнень в організмі матері і плоду в ці періоди. Крім того, акушерство вивчає ще і фізіологічні та патологічні процеси, що відбуваються в організмі новонародженої дитини протягом перших днів її життя, розробляє і застосовує найдоцільніші заходи догляду за немовлятами. Суттєвою особливістю акушерства є значна частота проведення екстрених операцій та надання допомоги під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді. Важливим розділом акушерства є профілактичні заходи, направлені на попередження патологічних процесів у матері та дитини. Лікарі-спеціалісти з акушерства називаються акушерами-гінекологами, а медсестри – акушерками [1, С. 5–12].

Історія акушерства сягає сивої давнини. Здавна допомогу при пологах надавали жінки-повитухи, що на практиці навчалися від інших жінок найпростіших народних засобів. Перші відомості про спеціальну медичну допомогу жінкам містяться в стародавніх папірусах (15–20 ст. до н. е.), у книгах пророка Мойсея тощо. Історичні дослідження дозволяють припустити, що вже в період кам'яного віку існувала допомога в пологах, яку надавали старші, досвідчені жінки, чаклуни і шамани. Акушерська допомога поряд з раціональними прийомами, безумовно мали місце, поєднувалася з використанням амулетів, заклинань, спеціальних засобів народної медицини, в тому числі лікарських трав. Стан акушерства в ранне середньовіччя відображає стан медицини в цілому. Книги з акушерства в основному представляли собою розділи з учень античних авторів, але саме цьому періоду ми зобов'язані тим, що до нас дійшли багато медичних текстів. В Україні на початку 12 ст. онука князя Володимира Мономаха Євпраксія-Зоя видала твір під назвою «Мазі», де в 5-му розділі містяться

поради щодо вагітності, пологів та догляду за новонародженим. Поступове відродження медицини в Європі почалося в Салерно (11–12 століття). У цей час тут вийшла книга з акушерства під назвою «Тротула», яка представляла собою антологію праць античних авторів, але при цьому мала і самостійне значення. У ній підкреслювалося, що головна роль в народженні плода належить не активним рухам плода, а скороченням матки. Крім того, в цій книзі містився опис розривів промежини. У 13–15 століттях з'явилися повідомлення про кесарів розтин на мертвих, описувалися окремі випадки акушерської патології. У 16 столітті центром розвитку акушерства стала Франція. Вчені Франції відродили поворот плода на ніжку і першими вказали на можливість проведення операції кесаревого розтину на живій жінці. В історії акушерства 17 століття займає особливе місце, в цей період продовжує розвиватися вчення про фізіологію вагітності. Саме в цей період було зроблено важливий висновок про те, що «плід в матці живе не душею матері, а своїм власним життям». Акушерство в 18 столітті ознаменувалося важливою зміною в статусі акушерства: відбулося з'єднання двох дисциплін – акушерства та медицини. До цього періоду акушерство було практично цілком у руках повитух і хірургів. Практично у всіх європейських країнах стали відкриватися так звані рододопоміжні заклади, пологові будинки для бідних, з'єднані зі школами для акушерок. Це започатковує систему спеціальної підготовки акушерських кадрів за стандартними програмами. Наприкінці 18 – 1-й пол. 19 століття тут з'явилися перші акушерки. Тоді ж працювали перші українці-гінекологи, які навчалися у Західній Європі (Н. Максимович-Амбодик, Д. Самойлович, В. Ризенко, О. Данилевський [2]).

Справжньою революцією в акушерстві стало введення в практику антисептики і асептики. В Англії лікарі, виходячи з вчення про контагіозності післяпологовий лихоманки, закликали акушерів, що були в контакті з інфекційними хворими, ретельно мити руки і змінювати одяг, щоб не перенести «заразний початок» здоровим породіллям. Й.Ф. Земмельвейс був першим, хто зрозумів справжню причину післяпологової лихоманки і запропонував ефективний спосіб її профілактики за допомогою миття рук хлорним водою. На жаль, колеги піддали вчення Земмельвейса гострій критиці, і лише після робіт Луї Пастера, Дж. Лістера і Р. Коха, які підвели наукову основу під в чому інтуїтивне вчення Й.Ф. Земмельвейса, антисептика увійшла в акушерство

обхідним шляхом через хірургію. Велике значення мало введення Дж. Сімпсоном (1847) в акушерську практику наркозу. Спочатку для цього застосовували хлороформ, а потім – ефір [3].

Розвиток асептики та хірургічної техніки до кінця 19 століття призвело до запровадження операції кесаревого розтину. Була детально розроблена техніка т класичного корпорального кесаревого розтину. Удосконалення техніки операції, застосування наркозу і дотримання принципів асептики призвели до того, що до кінця 19 століття смертність від кесаревого розтину значно знизилася [3].

Як медична наука, акушерство в Україні сформувалися на початку 40-х рр. 19 ст., коли при Київському Університеті св. Володимира у 1841 році відкрито першу кафедру акушерства і гінекології, яку очолив проф. Крамаренков. Директором та організатором першої акушерсько-гінекологічної клініки був О. Матвєєв, який вперше запропонував метод профілактики гонобленореї в новонароджених і довів його ефективність. Його учень І. Лазаревич у 1862 заснував Харківську наукову школу акушерів-гінекологів, першу школу для акушерок, традиції якої продовжили М. Толочинів, І. Грищенко, Р. Малихіна, В. Соляник-Шилейко, В. Грищенко. І. Лазаревич уперше сконструював акушерські щипці й обґрунтував їх застосування. З ім'ям проф. Г. Рейна, який у 1883 очолив кафедру акушерства і гінекології Київського університету, пов'язане створення першого в Україні Київського наукового товариства акушерів-гінекологів. Подальший розвиток акушерсько-гінекологічної науки й практики в Україні пов'язують з такими вченими, як Г. Брюно, Г. Писемський, О. Крупський, Ф. Соколов, О. Лур'є, А. Ніколаєв, М. Бакшеєв, К. Жмакін, С. Виноградова, Г. Степанківська, Л. Тимошенко, О. Михайленко, які створили свої наукові школи, підготували наукових і практичних працівників для відповідних кафедр і клінік медичних факультетів. Дуже великий вплив на акушерську тактику зробило відкриття в середині ХХ століття антибіотиків, застосування яких стало одним з головних чинників різкого зниження материнської смертності на початку 60-х років. Великим досягненням акушерства в середині 20 століття було створення єдиної державної системи охорони здоров'я матері і дитини. В повоєнний період в галузі охорони здоров'я основним завданням було створення мережі державних акушерсько-гінекологічних установ, доступних для всього жіночого населення. Такими установами

стали фельдшерсько-акушерські пункти, сільські пологові будинки та жіночі консультації. Пологові будинки та жіночі консультації були укомплектовані висококваліфікованими фахівцями. Розвитку акушерства сприяли створені товариства акушерів-гінекологів з'їзди та конференції, на яких обговорювали науково-практичні проблеми у галузі, видавались періодичні видання [1, С. 5–12].

Багата на відомі постаті історія розвитку акушерства зокрема і в місті Івано-Франківську (до 1962 року у різні роки мав назву Станіславів і Станіслав). Кафедру акушерства та гінекології було організовано на початку 1945 року. Пологовий будинок на 60 ліжок було розміщено на двох нижніх поверхах колишнього дитячого притулку, який знаходився у підпорядкуванні бельгійського Червоного Хреста, а верхній, третій поверх, займала дитяча лікарня. Умови організації діяльності пологового будинку не були легкими. Не вистачало медичного персоналу, головними помічниками були черниці, які працювали до цього у названому дитячому притулку. Тільки в середині 1945 року приїхала дипломована акушерка Г.А. Головка, а на початку 1946 року прибула молодий лікар Н.П. Наринська. Від свого заснування і до сьогодні кафедру керували самовіддані люди науці і практичній медицині, новатори і раціоналізатори. Всю свою енергію вони спрямовували на добробут населення, на покращення репродуктивного здоров'я нації, на зниження показників перинатальних втрат та материнської смертності. Першими організаторами кафедри були доцент К.Н. Вікторівська (1945 р.), дещо пізніше – доцент Д.А. Верхратська, вони займалися організацією педагогічного процесу, створенням матеріальної бази кафедри, наукова робота не обмежувалася вивченням повчальних клінічних випадків. Далі кафедру очолювали М.Н. Лехтман, М.П. Верхацький. Важливий внесок зробив професор О.В. Анісімов. Особливу увагу приділяли вивченню причин перинатальних втрат, виявляли можливі шляхи їх попередження під час вагітності, пологів та перших днів після народження. Під час аналізу медичної документації було визначено наступні причини високого перинатального ризику: тривалий безводний проміжок і слабкість пологової діяльності, недоношеність, тазові передлежання, вродливості несумісні з життям, гестози вагітних і т.д. Таким чином, були окреслені основні напрямки колективної діяльності кафедри, спрямовані на зменшення перинатальної патології і смертності, які залишаються актуальними і сьогодні. Тривалий

час кафедрою керував професор І. Д. Лановий. Продовжувалося вивчення скоротливої діяльності матки при слабості родової діяльності, при загрозі пізнього викидня і передчасних пологах, при передчасному відходженні навколоплідних вод і розроблялися методи їх профілактики та лікування. Визначено роль циклічних нуклеотидів, простагландинів і гістамінергічних середників при лікуванні не доношування вагітності. Досліджувалися імунологічні і генетичні показники при гомо- і гетероспецифічній вагітності. Був створений алгоритм дії при передляганні плаценти, післяпологових кровотечах. Продовжувалася експериментальна робота по вивченню електрофізіологічних змін стану м'язів матки під впливом певних фармакологічних препаратів. Він був лікарем і педагогом з великої літери. Його учнями та наступниками були професори І.І. Гудивок, В.А. Маляр М.А. Лизин Т.М. Дрінь, Н.І Геник, О.М. Макарчук . Вони продовжили розвиток акушерської школи на Прикарпатті. В рамках пам'яті І.Д. Ланового названо в честь нього кафедру акушерства та гінекології ім. І.Д. Ланового Івано-Франківського національного медичного університету, проведено науково-практичну конференцію у листопаді 2021 року, присвячену річниці від його народження [4].

В останні декілька десятиріччя розвиток акушерства і гінекології, репродуктивної медицини, генетики, ультразвукової діагностики сприяли формуванню нової галузі медицини 21 ст. – перинатальної медицини, спрямованої на забезпечення фізіологічного перебігу вагітності і пологів, розвитку плода і новонародженого, збереження здоров'я матері та дитини.

Висновки. Отже, розвиток акушерства як науки пройшов складний шлях становлення. Історичні аспекти акушерської справи є підґрунтям для становлення та розвитку акушерських наукових шкіл у різних регіонах України, черпаючи наукові здобутки як світових так і вітчизняних науковців.

ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Хміль С.В., Романчук Л.І., Кучма З.М. Акушерство: Підручник. – Тернопіль: Підручники і посібники, 2008. – С. 5–12.
2. Венцківський Б. М., Іркіна Т. К. Акушерство і гінекологія // Енциклопедія Сучасної України : енциклопедія [електронна версія] / ред.: І. М. Дзюба, А. І. Жуковський, М. Г. Железняк та ін.; НАН України, НТШ. Київ: Інститут енциклопедичних досліджень НАН України, 2001. Т. 1. URL: <https://esu.com.ua/article-43564> (дата звернення: 24.10.2022).

3. Савельєва Г.М., Кулакова В.І. Основні етапи розвитку акушерства. Частина 1. 2000. URL.: <http://medbib.in.ua/osnovnyie-etapyi-razvitiya-43354.html> (дата звернення: 17.10.2022).
4. Кафедра акушерства та гінекології імені професора і.Д. Ланового ІФНМУ. URL.: <https://www.ifnmu.edu.ua/uk/strukturni-pidrozdili-2/kafedry/kafedra-akusherstva-ta-hinekologhii-imeni-profesora-id-lanovoho> (дата звернення: 17.10.2022).

*ДУБ Н.Є.,
канд.держ.упр.
Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського,
ШАШКОВ Ю.І.,
викладач
Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського
МАКСИМЕНКО Т.М.,
студент-магістр I курсу
спеціальності 223 Медсестринство
Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського*

ІСТОРИКО-ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗВИТКУ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Вступ. За останні 30 років, в Україні, смертність від серцево-судинних захворювань зросла на 8 %: Так, у 1990 році було зафіксовано понад 350 тисяч смертей від серцево-судинних захворювань (56.5 % від загальної кількості смертей). Тоді як у 2021 році цей показник склав біля 500 тисяч (64.3 %). Тому питання організації кардіологічної допомоги в Україні набуло особливого значення. Проблематика становлення та розвитку кардіологічної допомоги в Україні та світі досліджувалася у працях ряду вітчизняних та закордонних теоретиків та практиків. Серед них: І.М. Ємець, В.А. Жовнір, А.В. Максименко, Р.І. Секелик. Метою даної роботи є дослідження історико-теоретичних підходів до розвитку

кардіологічної допомоги в Україні. Особлива увага звернена до ролі медичних сестер та братів при догляді за кардіологічними пацієнтами.

Основна частина. 6 вересня 2022 року в Україні був прийнятий Закон Про систему громадського здоров'я. Цей Закон 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 населення, 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 населення [1].

Прийняттю цього закону передували ряд заходів, спрямованих на формування уявлення про стан здоров'я людей, дослідження найкращих стратегій для побудови здорового суспільства, вивчення впливу факторів ризику на розвиток хвороби, пошук інноваційних підходів до ухвалення рішень в системі охорони здоров'я.

Одним з таких підходів стало започаткування у 1990 році глобальної програми, що оцінює втрату працездатності та смертність від основних захворювань, травм та факторів ризику – глобального тягаря хвороб (Global Burden of Disease – GBD). GBD охоплює 286 причин смерті, 369 захворювань та травм, 87 факторів ризику в 204 країнах та територіях, співпрацю понад 5 000 вчених із 152 країн світу, які працюють із ВООЗ та іншими установами. Координатором GBD є Інститут показників і оцінки здоров'я (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)). Для виявленні кращих стратегій для побудови здорового світу GBD використовує національні бази даних; результати дослідження/опитування; наукову літературу; клінічну інформацію; інші джерела. Результати досліджень дозволяють отримати відповіді на запитання щодо структури та рівня смертності; факторів ризику виникнення захворювань; захворювань, травм та факторів ризику, які призводять до ранньої смертності та втрати працездатності; оптимального розподілу ресурсів для максимізації позитивного впливу на здоров'я людини; встановлення пріоритетів для розвитку системи охорони здоров'я; виявлення найкращих практик

організації медичної допомоги шляхом вивчення вітчизняних та закордонних програмних заходів [2].

Ключовими термінами GBD є: Life Expectancy (очікувана тривалість життя) – кількість років, яку людина може прожити в будь-якому віці; HALE (healthy life expectancy) – тривалість здорового життя з врахуванням смертності та нелетальних наслідків; DALY (Disability-Adjusted Life Year) – роки здорового життя, втрачені у зв'язку з передчасною смертю, хворобою чи травмою, що призводить до втрати працездатності; YLL (year lost life) – роки здорового життя, втрачені в результаті передчасної смерті; YLD (years lived with disability) – роки здорового життя, втрачені через непрацездатність [2].

В Україні дослідження глобального тягара хвороб проводиться з 2019 року щорічно Центром громадського здоров'я МОЗ України спільно з ІНМЕ. Сучасне й доказове ранжування складене на основі кількості смертей населення показало, що серед основних причин смерті у всіх вікових категорій обох статей верхні сходинки займають захворювання серцево-судинної системи: ішемічна хвороба серця, ішемічний інсульт, геморагічний інсульт, алкогольна кардіоміопатія. Також сформовано рейтинг основних причин передчасної смерті та втрати працездатності. Перші місця: ішемічна хвороба серця; цереброваскулярні хвороби; кардіоміопатія та міокардит. Тягар передчасної смерті та втрати працездатності, зумовлений ішемічною хворобою серця, у чоловіків помітно вищий за жінок [2].

За результатами дослідження GBD серцево-судинні захворювання, переважно ішемічна хвороба серця та інсульт, є основними причинами смертності й одними з основних факторів інвалідності в усьому світі. Тягар серцево-судинних захворювань продовжує зростати протягом десятиліть майже у всіх країнах із середнім і низьким рівнем доходу. Викликає тривогу і той факт, що стандартизований за віком показник серцево-судинних захворювань почав рости в деяких країнах із високим рівнем доходу, де раніше він знижувався.

Виявлення випадків серцево-судинних захворювань майже подвоїлося з 271 мільйона в 1990 році до 523 мільйонів у 2021 році, а кількість смертей від серцево-судинних захворювань неухильно збільшувалася з 12,1 мільйона в 1990 році до 18,6 мільйона у 2021 році. В Україні серцево-судинні захворювання є головною причиною смертності населення

(64,3% серед усіх причин смерті в Україні). За цим показником наша країна лишається одним зі світових лідерів (Рис. 1)[3].

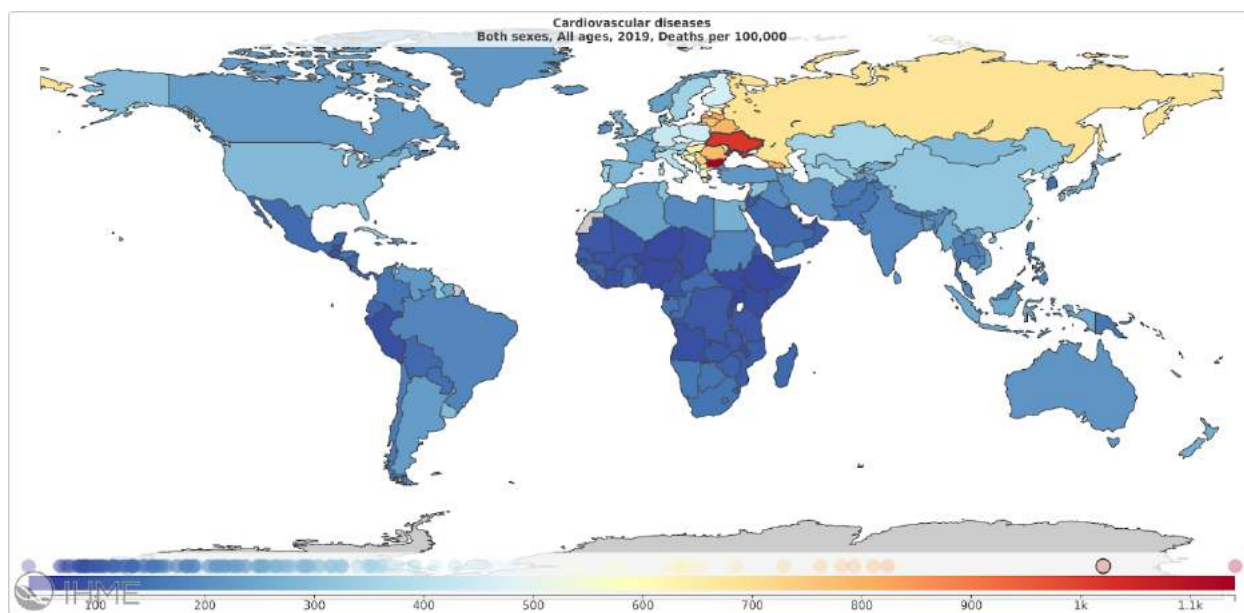


Рис. 1. Поширення серцево-судинних захворювань в світі[3]

Результати дослідження щодо розподілу смертності від серцево-судинних захворювань серед чоловіків і жінок усіх вікових категорій представлені у таблиці 1 [3].

Таблиця 1.

Смертельні випадки, залежно від типу серцево-судинних захворювань серед чоловіків і жінок усіх вікових категорій [3]

	Чоловіки	Жінки
1	Ішемічна хвороба серця	Ішемічна хвороба серця
2	Цереброваскулярні захворювання	Цереброваскулярні захворювання
3	Кардіоміопатія і міокардит	Кардіоміопатія і міокардит
4	Захворювання периферичних судин	Миготлива аритмія
5	Аневризма аорти	Захворювання периферичних судин
6	Миготлива аритмія	Інші серцево-судинні захворювання
7	Інші серцево-судинні захворювання	Гіпертонічна хвороба серця
8	Гіпертонічна хвороба серця	Ревмокардит
9	Ревмокардит	Аневризма аорти
10	Ендокардит	Неревматичні розлади клапанів

В дослідженні GBD також показано, що Українці До того ж, українці втрачають більше років здорового життя через серцево-судинні захворювання, аніж закордонні країни (Рис. 2) [3].

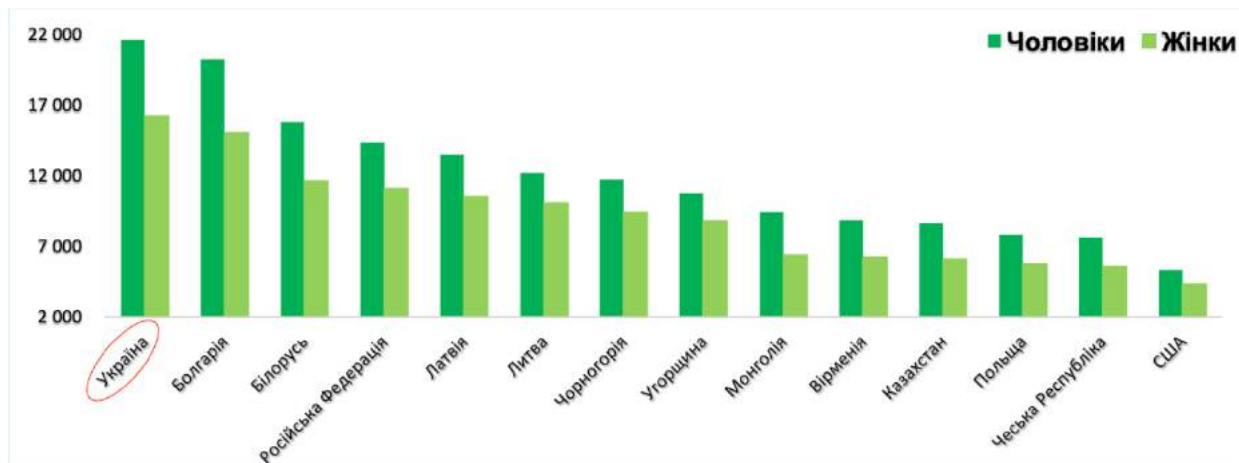


Рисунок 2. Роки життя, втрачені через передчасну смерть від серцево-судинних захворювань на 100 000 нас. залежно від географічного розташування серед чоловіків та жінок всіх вікових груп[3]

Статистичні дані вказують на важливість якісної організації кардіологічної допомоги в Україні.

Важливим є аналіз понятійно-категорійного апарату кардіологічної допомоги.

В енциклопедії сучасної України знаходимо таке визначення: кардіологія (від кардіо – серце, логія – наука) – розділ медицини, що вивчає етіологію, патогенетичні механізми та клінічні прояви серцево-судинних захворювань і розробляє методи їхньої діагностики, лікування й профілактики. До основних нозологічних форм серцево-судинних захворювань належать: ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда, артеріальна гіпертензія, зокрема есенціальна гіпертензія (гіпертонічна хвороба) та симптоматичні (вторинні) гіпертензії, запальні захворювання міокарда, вроджені й набуті вади серця, первинні (ідіопатичні) та вторинні кардіоміопатії, легеневе серце, перикардит, інфекційний ендокардит. Причинами виникнення кардіологічної патології є різні екзогенні та ендогенні чинники: нервово-психічне напруження, тютюнопаління, гіпокінезія, переїдання, гіперхолестеринемія, ожиріння. В основі патогенезу виникнення захворювань серцево-судинних захворювань лежать: розлади симпатико-адреналової та ендокринної систем, атеросклероз судин, гіперкоагуляція, порушення реологічних властивостей

крові, обміну електролітів і мікроелементів, зміни реактивності судин і міокарда [4].

Кардіологічний напрямок медицини також мав свій унікальний та тернистий шлях розвитку. Засновником кардіології можна вважати давньогрецького анатома і хірурга початку III ст. до н.е. Герофіла. Найбільш відомі роботи Герофіла з дослідження пульсу. Він першим визначив його частоту, вказав на діагностичне значення цього параметра. Великий крок у розвитку кардіологічних знань зробив у II ст. римський лікар та філософ Гален, який вивчив і докладно описав анатомічну будову системи кровообігу. Його дослідженнями європейські та близькосхідні медики користувалися протягом багатьох століть. Значний внесок у вивчення анатомії та фізіології серцево-судинної системи зробили Леонардо да Вінчі у XVI ст. та британський вчений Гарвей у XVII ст. У 1819 році, у Франції, лікар Лаеннек розробив методику використання стетоскопа при прослуховуванні роботи серця, спричинивши справжню «революцію» в медицині. Наступний подібний «революційний переворот» у кардіології зробив у 1903 р. голландський вчений Ейнтховен, який винайшов електрокардіографію. У 1905 р. російський лікар Коротков запропонував метод вимірювання артеріального тиску. Завдяки цим двом відкриттям, на початку XX ст. кардіологія остаточно сформувалася як окрема медична дисципліна, і розпочався її справжній розквіт. Наприкінці XIX – початку XX сторіччя смертність кардіологічних пацієнтів була доволі високою, оскільки не було сформовано чітких протоколів лікування серцевих хвороб. Наприклад, інфаркт міокарду рекомендували лікувати клізмами з теплим віскі та кавою. Такі процедури, беззаперечно, зменшували біль пацієнта та покращували його загальний стан, але не допомагали уникнути смерті від ураження серцевого м'яза. Лікарі були настільки впевнені у виключній вразливості людського серця, що аж до кінця XIX сторіччя не сміли навіть доторкатися до нього. Перша операція на серці, що б'ється була проведена у 1896 році, однак майже 40 років після цього єдиним можливим хірургічним втручанням у ділянці серця було тільки накладання швів при ножових чи кульових пораненнях[5].

У самостійний розділ медицини кардіологія виокремилася в на початку XX століття. У 70-х роках XX століття в Україні почали створюватися кардіологічні центри, диспансери, відділи у багатопрофільних лікарнях, кардіологічні кабінети в поліклініках та

амбулаторіях, кардіологічні бригади у службі екстреної медичної допомоги. Для надання кардіологічної допомоги почали створюватися мультидисциплінарні команди фахівців. В таких командах працюють анестезіологи, хірурги, кардіологи, рентгенологи та інші фахівці. Важливими учасниками кардіологічної команди є медичні сестри та брати, оскільки саме вони, проводячи біля ліжка пацієнта багато часу, відіграють важливу роль у до-та післяопераційному догляді за пацієнтом. Саме вони найчастіше помічають зміни в стані хворого, показниках його вітальних функцій, на що звертають увагу лікаря.

Кардіологічне медсестринство виникло як нова клінічна спеціальність у 1960-х роках, разом з першим відділенням коронарної допомоги, заснованим в лікарні Бетані в Канзас-Сіті в 1962 році доктором Деєм. Він створив ініціативу «Code Blue team», яка складається з лікарів, медсестер і респіраторного терапевта для реагування на зупинки серця, які траплялися у відділенні. Разом з цією ініціативою почали спостерігати за пацієнтами за допомогою електродів безперервного моніторингу, щоб стежити за їхнім серцевим ритмом і передбачити зупинку серця. Однак це часто вимагало особливої уваги від медсестер/братів, оскільки лікарів не було поруч. Виникла необхідність навчити медсестер/братів інтерпретувати ритми ЕКГ, хоча багато хто ставив під сумнів, чи входить це до їх сфери діяльності і професійних обов'язків [6, С. 28–35].

У Філадельфії доктор Мельтцер, Кітчелл і медсестра Роуз Піннео оцінили обсяг роботи медсестри кардіологічного профілю і дійшли висновку, що медсестри змогли взяти на себе обов'язки серцевого моніторингу, серцево-легеневої реанімації та серцевої дефібриляції, що сприятиме розширенню сфери медсестринської практики, стиранню меж між медициною та медсестринством, дозволяючи медсестрам мати більше автономії та спеціалізованих знань у цій галузі. Вже багато років медсестри відіграють першорядну роль у зміцненні здоров'я, зниженні ризику та профілактиці захворювань у серцево-судинній медицині. Деякі з цих досягнень включають серцеву реабілітацію, вторинну профілактику та лікування хронічної застійної серцевої недостатності. Оскільки роль медсестри розвивалася протягом історії, це одне з найважливіших завдань для медсестри – запобігти завданню шкоди або погіршення стану пацієнта. Це часто робиться у формі оцінки та спостереження. Завдяки цьому медсестра може стежити за пацієнтом і точно повідомляти про результати

та допомагати в пропозиціях команді охорони здоров'я для забезпечення належного догляду [7, С. 15–18].

Медична сестра/брат кардіологічного стаціонару – це така медсестринська спеціальність, яка передбачає роботу з кардіологічними пацієнтами. У наш час, медсестри/медбрати кардіологічного профілю працюють у багатьох відділеннях: відділення коронарної допомоги (coronary care unit, CCU), відділення рентгенхірургічної допомоги, відділення інтенсивної терапії, операційні, відділення реабілітації кардіологічних хворих, у терапевтичних (кардіологічних) відділеннях, тощо. Кардіологічні медсестри здійснюють до- та післяопераційний догляд в відділенні стаціонару, оцінку стрес тестів, кардіомоніторинг, моніторинг стану судин і оцінку стану здоров'я. На відміну від українських колег, коло професійних обов'язків західних медсестер є дещо ширшим. Вони проводять аускультацию дихальних шумів для визначення появи/зменшення хрипів, визначають ступінь набряків, виявляють симптоми перевантаження рідиною у пацієнтів.

Висновки. Результати дослідження глобального тягаря хвороб в Україні вказують на важливість якісної організації вітчизняної кардіологічної допомоги. Адже Україна посідає перше місце серед країн світу за смертністю від серцево-судинних захворювань. Кардіологія пройшла довгий і складний шлях до виокремлення її в самостійну науку. Особливого значення в наданні допомоги кардіологічним пацієнтам набуває медсестринська діяльність. Розуміння прогресу в медичній практиці та технологіях дозволять фахівцям медсестринства підвищити якість медсестринського догляду за кардіологічними пацієнтами.

ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Закон України Про систему громадського здоров'я. URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text> (дата звернення: 17.10.2022).
2. Результати дослідження глобального тягаря хвороб в Україні. Матеріали Центру громадського здоров'я МОЗ України. URL.: <https://phc.org.ua/news/rezultati-doslidzhennya-globalnogo-tyagarya-khvorob-v-ukraini> (дата звернення: 17.10.2022).
3. Серцево-судинні захворювання – головна причина смерті українців. Висновки з дослідження глобального тягаря хвороб у 2019 році. Матеріали Центру громадського здоров'я МОЗ України. URL.: <https://phc.org.ua/>

news/sercevo-sudinni-zakhvoryuvannya-golovna-prichina-smerti-ukrainciv-visnovki-z-doslidzhennya(дата звернення: 17.10.2022).

4. В. М. Коваленко. Кардіологія // Енциклопедія Сучасної України : енциклопедія [електронна версія] / ред.: І. М. Дзюба, А. І. Жуковський, М. Г. Железняк та ін.; НАН України, НТШ. Київ: Інститут енциклопедичних досліджень НАН України, 2012. Т. 12. URL: <https://esu.com.ua/article-9780> (дата звернення: 22.10.2022).

5. Outcomes of a nurse-led cardiovascular disease prevention programme. S B Connolly, K Kotseva, C Jennings, A Atrey, J Jones, A Brown, P Bassett, D A Wood. URL: <https://heart.bmj.com/content/103/11/840>(дата звернення: 18.10.2022).

6. Луцик Л. Ф. Історія медицини і медсестринства: навчальний посібник для студентів медичних (фармацевтичних) коледжів, училищ та інститутів медсестринства МОЗ / Л. Ф. Луцик [та ін.]. - Київ: Медицина, 2018. С. 28-35.

7. Морріс Т. За покликом серця: Нотатки про кардіохірургію в 11 операціях// пер. Анна Дученко; Київ: ВООКСНЕФ, 2019. С. 15-18.

*МАЦЬКО Д.Р.,
студентка І-го курсу
спеціальності «Медсестринство»
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського
Науковий керівник:
НЕДІЛЬКО Р.В.
канд.держ.упр.
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського*

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ СТАНОВЛЕННЯ МЕДИЦИНИ КОЗАЦЬКОЇ ДОБИ

Однією із пріоритетних тем Української історіографії є історія козацької доби. Це пов'язано з унікальністю самого феномену козацтва так і впливом на державотворчі процеси. Вивчення медицини козаків, її становлення та розвиток, дає можливість зрозуміти як зароджувалась

військова медицина загалом. Українська козацька медицина – це народний скарб, що допоможе зміцнити націю.

Україна у періоді XVI–XVIII століть характеризується запеклою боротьбою нашого народу за національну свободу. Саме в цей період почесну роль відіграли українські козаки які боролися за вільну державу. В епоху, наповнену визвольними змаганнями, закономірним є активний розвиток різноманітних аспектів медичної галузі. За час існування Запорізької Січі була створена та ефективно застосовувалась на практиці справжня система воєнно-польової медицини. Родовід відомих народних лікарів України здебільшого бере свій початок із земель Запорізької Січі.

Досліджуючи медицину козаків варто зазначити, що на початку історії козацтва вона постала як практика самолікування, яка згодом поєдналася з уже заснованою системою козацьких шпиталів, які забезпечували лікування та догляд пораненим та інвалідам. Спосіб життя запорізьких козаків передбачав походи та змагання на полі бою. З історичних джерел відомо, що коли у січовиків випадали спокійніші часи, то вони відпочивали, набиралися сил та загартовували свій організм. Вирушаючи ж в похід, вони разом із запасами зброї і харчів брали й із собою ліки. Козаки вміли самотужки справитися з пораненням та надати допомогу своїм побратимам. З цією метою вони використовували засоби народної медицини та опиралися на власний досвід. Докладні відомості про лікувальні звичаї запорізьких козаків описано в праці французького інженера Г. Левассера де Боплана: «Я бачив козаків, які, щоб позбутись гарячки, розводили в чарці горілки пів-заряду пороху, випивали цю суміш, лягали спати і на ранок вставали в доброму стані. Козаки хвороб майже не знають. Більша частина з них помирає в сутичках з ворогом або від старості... Від природи наділені вони силою та ростом високим...» [1].

Пізніше, коли козацькі війська діяли не окремими малочисельними загонами, а вже значними підрозділами, у них допомогу пораненим під час бойових дій надавали хірурги (посилаючись на історичні джерела, ці люди були вірогідно цирульники чи інші практики).

Опираючись на історичні довідки, які описують археологічні знахідки поля Берестецької битви, нами встановлено, що були знайдені хірургічні інструменти та ліки одного такого медика. Поміж різноманітного устаткування та предметів побуту було знайдено аптекарські посудини, а саме: невелика чотиригранна скляна пляшечка з «лійчастими вінцями» й

куляста, теж скляна, посудина. Також було знайдено керамічну мисочку з маззю на основі антимоніту – цей мінерал був тоді дуже популярним серед медиків, які лікували ним різні хвороби. Цікавою знахідкою археологів були хірургічні інструменти – один з них нагадував ланцет, а інший мав довжину 12,4 см із загостреним з двох боків лезо. З даних археологічних розкопок ми розуміємо, що козацьке військо мало у своєму штаті цирульників-хірургів.

Такі цирульники-хірурги, якщо супроводжували військо, то повинні були вміти видалити кулю з рани, провести ампутацію тощо. Крім того, вони мали накладати і сухі банки, і банки з насічками, розтинати нариви, перев'язувати рани, накладати лубки при переломах, вправляти вивихи, проводити кровопускання. Виступаючи в похід, такі медики брали з собою запас «пасочків» для перев'язок, лубки, морову губку, яка була добрим кровоспинним засобом, топлене сало, пластирі з оливи, каніфолі та воску[2].

Козацька медицина зазнала суттєвих змін під час Національно-визвольної війни під керівництвом гетьманом Богданом Хмельницьким. Характерним для цієї війни було, те що запеклі бої і багаточисельна козацька армія зумовили появу великої кількості поранених, адже січові козаки воювали з однією із кращих армій тогочасної Європи. Ворожа армія була озброєна різноманітною зброєю – від різноманітної холодної зброї до артилерії і це призводило до серйозних поранень наших козаків. В ті часи козацька система військової медицини не була розрахована на велику кількість поранених воїнів. І було прийняте рішення залучати до надання медичних послуг всю медичну систему Гетьманщини з метою швидкого реагування на надання медичної допомоги. Поранених та хворих козаків розпочали розміщувати, тобто госпіталізувати, в так званих приходських шпиталях, монастирях, навіть у приватних будинках. Для лікування та догляду за пораненими та хворими залучаються будь-які медики і навіть знахарі.

У цей період бере початок зародження військових-польових шпиталів. Козаки розпочали пристосовувати свої табори під своєрідні стаціонари для надання медичної допомоги своїм пораненим та хворим воїнам. Оскільки козацьке військо, як і інші війська будь-яких країн того часу, надавали медичну допомогу своїм пораненим воїнам в обозах та в укріплених таборах при обороні. Наукові джерела вказують на той факт, що козаки мали вкрай обмежені можливості для евакуації своїх поранених воїнів. Вони не могли евакуйовувати своїх поранених у заселені міста, оскільки

там на них могли чекати репресії з боку влади. Тому лікування поранених січовиків було прив'язане до козацького табору. Ці історичні факти, на нашу думку, пов'язанні із намаганням козаків організувати та налагодити відповідну систему військово-медичної допомоги, оскільки польові шпиталі були добре укріпленні і захищенні від ворожих нападів.

Наприклад, після Хотинської битви польські війська разом з своїми пораненими рушили додому, а запорожці разом з своїми хворими та пораненими ще деякий час залишились в укріпленому таборі на місці битви[3]. Для запорізьких козаків перебувати у важких польових умовах було звиклою практикою, але якість отримання медичних послуг та догляду за пораненими у своїх таборах, на нашу думку, були не дуже гіршими ніж вони би отримували таку допомогу поза межами своїх таборів у містах України. Під час Визвольної війни, дана практика козаків була призведена до логічного завершення, оскільки виникла значна потреба в посиленні маневреності козацького війська. Це сталось через те, що велика кількість поранених та хворих козаків в обозах значно гальмували їхнє пересування при реальних нападах ворога, тому важкопоранених залишали в укріплених таборах.

Щоб не обтяжувати головні сили, які мали рухатись далі, поранених залишили в укріпленому таборі. Його фортифікаційні споруди прикривали недужих від нападу противника, а їхню оборону та постачання фуражу й провіанту забезпечували невеликі підрозділи із здорових козаків, які там залишались. Зважаючи на те, що головним завданням цього табору було не прикриття військ на перепочинку, а захист та лікування поранених, то його можна розглядати саме як польовий укріплений госпіталь. Такий табір для лікування поранених та хворих під час боїв в Білорусі влітку 1655 року створив наказний гетьман Іван Золотаренко. На чолі його він поставив чернігівського полковника Івана Поповича[4].

Досліджуючи історичні джерела, нами встановлено, що часи гетьмана Богдана Хмельницького в козацьких обозах перебувала велика кількість жінок: маркітанток, куховарок та «ворожок». Також були жінки і в уже згаданому укріпленому таборі-шпиталі. Основною функція жінок в козацьких обозах та польових таборах-шпиталях було надання пораненим медичної допомоги та догляд за ними. Можна припустити, що цирульники-хірурги спроможні були виконати сотні операційних втручань пораненим козакам, тому таку кількість перев'язок і догляду вони не могли зробити

фізично і таку роботу виконували жінки, тобто вони виходжували та доглядали поранених.

Отже, підводячи підсумки можна констатувати, що козацьке військо розпочало організовувати систему евакуації поранених, створювати військово-польові шпиталі, а також залучати жінок для надання в польових умовах медичної допомоги пораненим воїнам. Ці всі елементи військової медицини беруть початок в кінці XVI століття, а в середині наступного тисячоліття вже було поширеною в українському війську практикою. Таким чином, у порівнянні з європейською медициною структура української медичної галузі козацької доби була дещо стародавньою. В Гетьманщині, хоча і відбулись певні зрушення в становленні наукової медицини, але все ж таки вона залишалась ще недостатньо розвиненою. Значні зміни сталися з козацькою медициною у XVIII столітті.

ЛІТЕРАТУРА

1. Боплан Г. Опис України. – С.83.
2. Плецький С.Ф. Козацька медицина // Українське козацтво: Мала енциклопедія. – Київ; Запоріжжя, 2002. – С.236. – 237.
3. Записки Тимофея Титловського 1620–1621 // Летопись событий в Югозападной России в XVII веке составилъ Самоиль Величко. – Т.IV.: Приложения. – С.174–176.
4. Акты ЮЗР. – Т.14. – С.899–902.

*НАЛИВАЙКО Л.М.
викладач кафедри
клінічного медсестринства,
акушерства та гінекології
Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського*

ПІДГОТОВКА СЕСТЕР /БРАТІВ МЕДИЧНИХ В УКРАЇНІ НА ПОЧАТКУ XXI СТ.

Існує велика кількість визначень і формулювань поняття "освіта". Його значення було вироблено в кінці XVIII ст. під впливом І. Гете, І. Г. Песталоцці і неогуманістів (воно означало загальний духовний процес

формування людини). Таке розуміння освіти широке і, отже, включає в себе більш вузькі дефініції. Отже можна підвести підсумки, що освіта – це складне багатогранне суспільне явище, сфера передачі, засвоєння і переробки знань і соціального досвіду. На нашу думку місія будь-якої освіти полягає в тому, що би особа у процесі опанування сукупністю систематизованих загально-освітніх знань, отримувала фахові компетентності, які пов'язані з набуттям ним професійних навичок та вмінь, а також поповнювала свій набір культурних цінностей та традицій, які домінують в певному суспільстві та вмiла застосувати їх у професійній сфері.

На сьогоднішній день освіта виступає головним творцем та розповсюджувачем знань та соціального досвіду, що є грандіозним фактором людського потенціалу та економічного зростання держави. Високий рівень доступу громадян до освіти не свідчить про надання якісної освіти, оскільки якість надання освітніх послуг вимірюється обсягом програмних результатів навчання та обсягом здобутих фахових компетентностей та когнітивних навиків. На нашу думку, формування якості вищої освіти має базуватися на досвіді зарубіжних країн, оскільки закордонна система освіти, подолавши певні недоліки та труднощі, має стрімкий розвиток. Вплив на формування сучасної української освіти має базуватися на передових зарубіжних методиках викладання з урахуванням специфіки менталітету, традицій, культурних цінностей та потреб новітньої Української держави.

Україна – це країна з середнім рівнем доходу зі значним потенціалом зростання. Україна традиційно одержує вигоду від свого людського капіталу, зокрема, у формі своєї потужної системи освіти та висококваліфікованих трудових ресурсів. Проте Україні не вдалося перетворити цей людський капітал на продуктивність і національне багатство. Унаслідок стрімкого розширення системи освіти зріс рівень освіти населення, але при цьому постраждали її якість і актуальність, причому брак інновацій, ізоляція та корупція призводять до незадоволення, дисбалансу навичок і надмірної зосередженості на наявності дипломів. Попри наявність високоосвіченої робочої сили в Україні на людський капітал припадає лише 34% національного багатства (тоді як середній показник по країнах Європи та Центральної Азії сягає 62%), а продуктивність праці становить лише 22% продуктивності праці в

Європейському Союзу. Це є ознакою того, що внесок освіти в економіку не відповідає її потенціалові.

Попри високі рівні освіти Україна не використовує свій потенціал у сфері людського капіталу повною мірою [1]. Падіння демографічних показників і стрімкі технологічні зміни роблять необхідними невпинний розвиток та адаптацію сфери освіти. Дедалі більша роль, яку технології відіграють у господарській діяльності та побуті, вже призвела до суттєвих змін у попиті на навички та загострила потреби в передових навичках у всіх сферах діяльності. Водночас, недостатньо модернізувати самі лише когнітивні навички: дедалі важливішими стають так звані «м'які навички», адже жодна технологія не замінить собою (наразі) міжособистісні відносини. Для забезпечення спроможності до адаптації потрібен потужний і збалансований комплекс навичок, а це робить необхідним переосмислення з плином часу ліній розмежування між навчальними та технічними дисциплінами. Це дає підстави для кількох висновків: Україна не в змозі дозволити собі сприймати наявний людський капітал як належне, причому тягар недостатньої ефективності зростає. Працівники завтрашнього дня – в тому числі, вчителі, медсестри та лікарі, які розвивають і зберігають людський капітал, – є продуктом нинішньої системи освіти [1].

Досліджуючи та вивчаючи дану тематику на сучасному етапі значну роль приділяють вищій медсестринській освіті. Багато науковців вивчають дану тему. Зокрема І.Я. Криницька, М.І. Марущак, І.М. Кліщ аналізують сучасний стан підготовки медсестер в Україні [11]; В.Й. Шатило, Л.С. Кравчук розкривають особливості системи управління медсестринським персоналом у закладах охорони здоров'я [2]; С.В. Гордійчук проводить аналіз якості формування професіоналізму у медичних сестер – магістрів [3]; Г.Б. Паласюк розглядає важливість реалізації принципу наступності у системі неперервної підготовки медичних сестер закладів вищої медичної освіти [4]; У.Ю. Безкоровайна презентує відмінності у підготовці медичних сестер в Україні та світі [5]; К.С. Пікон пропонує досвід підготовки медичних сестер у США [6; 7].

Українська медсестринська справа у своєму розвитку зазнала значних трансформацій. Починаючи з першої половини ХХ ст., на теренах нашої держави розпочинається підготовка медсестринських кадрів в медичних училищах, потім медичні училища трансформуються у базові медичні училища, згодом у медичні коледжі, а у першій половині ХХІ ст. у

медсестринські інститути, академії. Сестра/брат медичні - це спеціальність, значимість якої важко переоцінити. Сучасне українське суспільство потребує абсолютно нового фахівця медсестринства. Науковець М. Бабич, вважає, що основною метою підготовки молодшого медичного спеціаліста є формування фахівця нового зразка, у центрі професійної діяльності якого є особистість із її особливостями, індивідуальним станом здоров'я та внутрішніми потенційними можливостями до адаптації; фахівця, діяльність котрого зосереджена на творчій, діалогічній, емпатійній взаємодії з пацієнтом, на активізації потенційних можливостей особистості, поліпшенні та гармонізації індивідуальних компенсаторних резервів; фахівця, спроможного ефективно здійснювати належний догляд за хворими, встановлювати медсестринський діагноз, визначати проблеми пацієнта, виконувати призначення лікаря за амбулаторних і стаціонарних умов, у сім'ї, в освітніх закладах [8].

Нами вивчено вплив світового досвіду на сучасні систему освіти для сестер/братів медичних в Україні. Вивчаючи наукові джерела у яких описано систему медсестринської освіти у Великій Британії констатуємо, що діє триступенева система вищої медичної освіти. Після закінчення випускники можуть здобувати бакалаврський рівень освіти- термін навчання становить три роки. До прикладу у Шотландії щоби отримати диплом бакалавра медсестринства – потрібно навчатись впродовж чотирьох років. Після отримання диплома бакалавра здобувачі вищої освіти мають право продовжувати навчання та отримати диплом магістра. В такому разі термін навчання складає від 1–2 років та залежить від медичного фаху.

Досліджуючи освітню медсестринську траєкторію зарубіжних країн, можна зробити висновок, що приділяється багато значення отриманню рівня освіти, оскільки тамтешні сестри/брати медичні мають ширші повноваження та функціональні обов'язки при виконанні медсестринської практики.

Аналізуючи систему української медсестринської освіти можна констатувати, що запроваджено та реалізовано ступеневу медсестринську освіту за Болонським процесом та наближену до європейських та світових стандартів. Із започаткування та впровадженням ступеневої освіти є можливість розмежувати набуття фахових компетентностей та оволодіти програмними результатами навчання відповідно до рівня освіти. Отже підготовка молодшого бакалавра медсестринства передбачає засвоєння знань і навичок, необхідних для виконання загальних

професійних медсестринських маніпуляцій під керівництвом лікаря чи старшої сестри медичної. Метою підготовки сестри/брата медичних бакалаврів є опанування поглиблених знань з клінічних дисциплін, вдосконалення практичних маніпуляцій та вивчення управлінських наук в медсестринстві.

Магістерський рівень освіти передбачає володіння вищесказаними фаховими компетентностями, ще й проведення наукових досліджень в царині медсестринства.

На наш погляд є логічна послідовність в етапності отримання вищої медсестринської освіти, оскільки кожен етап освіти має завершений цикл освітніх послуг та дає право здійснювати професійну діяльність.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Криницька І.Я., Марущак М.І., Кліщ І.М. Особливості професійної підготовки медичних сестер на сучасному етапі. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2017. № 4 (74). С. 84–86.
2. Шатило В.Й., Кравчук Л.С. Система управління сестринським персоналом у закладах охорони здоров'я України. Хірургія дитячого віку. 2018. № 1 (58). С. 113–115.
3. Гордійчук С.В. Якість формування професіоналізму майбутніх фахівців в умовах магістратури шляхом стандартизації медичної освіти. URL: <https://cutt.ly/HElQfeW>
4. Паласюк Г.Б. Наступність у системі неперервної підготовки медсестер вищих медичних закладів освіти. Медсестринство. 2012. № 2. С. 7–11, С. 11–
5. Безкоровайна У.Ю. Порівняльний аналіз ролі медичної сестри в Україні та у світі. Інвестиції: практика та досвід. 2016. № 15. С. 88–91.
6. Пікон К.С. Можливості використання американського досвіду професійної підготовки фахівців сестринської справи в системі професійної освіти медичних сестер в Україні. Збірник наукових праць. Серія: Педагогічні науки: в 2 т. 2017. Вип. LXXIX. Т. 2. С. 162–165.
7. Медична освіта в Німеччині. URL: <https://cutt.ly/dElQkpy>
8. Бабич М.Я. Формування професійних якостей майбутнього молодшого медичного спеціаліста як психологічна проблема. Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки фахівців за соціономічним профілем : матеріали наук.-практ. конф. Хмельницький: ХНУ, 2011. С. 102–103.

*ШАЛЕВА Н. І.,
студентка групи ІІ ЛД-ІІ
спеціальності «Лабораторна діагностика»
Львівська медична академія
ім. А. Крутинського
Науковий керівник:
ЗАСАНСЬКА Г.М.,
викладач вищої кваліфікаційної категорії,
Львівська медична академія
ім. А. Крутинського*

ДО 155-РІЧЧЯ ЗАСНУВАННЯ ГАЛИЦЬКОГО АПТЕКАРСЬКОГО ТОВАРИСТВА

Актуальність. Упродовж усього існування у людства виникали потреби створення засобів для збереження та відновлення здоров'я. Тому приготування ліків є однією із найстаріших професій, яка пройшла багатотисячолітню історію розвитку.

Умовно історію розвитку аптекарського фаху можна розділити на три періоди: емпіричний (до епохи Відродження), науково-експериментальний (епоха Відродження – середина ХІХ ст.) та науково-високотехнологічний (середина ХІХ ст. – сучасність) [2]. Аптекарський фах тисячоліттями поєднувався з лікарською діяльністю і передавався за схемою «учитель-учень». На початку Шст. н.е. у Римі розпочалося розмежування цих видів діяльності – появилися особи, які професійно займалися лише приготуванням ліків. Перша аптека була заснована дещо пізніше – у VIII ст. у Багдаді(784 р.).

Починаючи від ХІ ст. у містах європейських держав відбувалося об'єднання ремісників у перші професійні організації – цехи. У Львові початок заснування ремісничих цехів датується ХІV ст. Львівські аптекарі заснували свій цех наприкінці ХVІ ст. Деякий час зайняли формальні процедури, пов'язані з розробкою та затвердженням установчих документів. 9 травня 1609 р. міська рада Львова затвердила Статут цеху аптекарів. Його підписали члени міської ради, 13 аптекарів Львова та Ян Альнпек (у деяких джерелах Алембек), як міський радник та аптекар. Так

як Львів на той час перебував під владою Речі Посполитої, 26 січня 1611 р. Статут цеху львівських аптекарів затвердив король Зигмунд III Ваза. Цим Статутом регламентувалося ведення аптекарської діяльності у Львові до 1772 р. Особлива увага приділялася умовам професійної підготовки майбутніх аптекарів. Таким чином, цех аптекарів став першим осередком фармацевтичної освіти у Львові [1, с. 721–726; 2, с. 42–43].

Унаслідок першого поділу Польщі у 1772 р. Галичина увійшла до складу Австрійської імперії. Різні аспекти аптекарської діяльності провінції стали прерогативою низки державних інституцій: Санітарної служби краю, Греміуму Галичини, Греміуму Східної Галичини (надалі Греміум) [5, с. 18; 4, с. 63–68], медичного факультету та фармацевтичного відділення Львівського університету (надалі ЛУ) [2]. У той же час, у ХІХ ст. організовуються громадські об'єднання аптекарів, які мали завданням об'єднати всіх працівників аптек, захистити матеріальні інтереси своїх членів, розвивати природничі та, зокрема, фармацевтичну, науки, засновувати бібліотеки та читальні, видавати часописи та наукові праці. Були засновані: Королівське фармацевтичне товариство Великої Британії (1841 р.), Фармацевтичне товариство США (1852 р.), Московське фармацевтичне товариство (1864 р.)

У 1841 р. аптекарі Львова також спробували об'єднатися. Основним завданням, яке ставили перед собою організатори цього товариства, було створення фонду взаємодопомоги немічним із убожим фармацевтам. Фонд був створений завдяки регулярним внескам працівників львівських аптек. Проте у 1844 р. Товариство припинило свою діяльність. Кошти зі створеного фонду були передані Греміуму. Фонд продовжував поповнюватися внесками членів Греміуму, відрахуваннями за складання кваліфікаційних іспитів, відсотками і в 1880-х рр. із 2 тис. крон зріс до 20 тис. Згодом вони були передані Галицькому аптекарському товариству та долучені до його статутного фонду.

Хоча вирішення проблем діяльності аптек покладалося на Греміум, все ж поза його увагою залишалася низка питань щодо рядових працівників аптек. Ці завдання могла вирішувати громадська професійна організація фармацевтів. Після проведення організаційних заходів, 20 вересня 1868 р. відбулися перші збори ініціативної групи, на яких були присутні 40 фармацевтів Львова та Галичини. На зборах було проголошено створення Галицького аптекарського товариства (ГАТ) та ухвалено Статут.

Увесь період діяльності ГАТ складає понад 70 років: вересень 1868 р. – вересень 1939 р. Цей історичний відтинок складається із двох періодів, які, зважаючи на включення Львова та Галичини у склад Австрійської/Австро-Угорської імперії та Другої Речі Посполитої, можна означити як австрійський – 1868–1918 рр. та польський – 1919–1939 рр.

Нами проаналізовано завдання, які вирішувалися ГАТ упродовж цих періодів. Встановлено, що окрім завдань, над якими ГАТ працювало постійно, були також пріоритетні напрями, характерні для окремих часових проміжків. Вони здебільшого стосувалися удосконалення професійної освіти працівників аптек. Таким чином, у діяльності ГАТ умовно можна виділити три етапи: (1) організаційно установчий (1868–1878 рр.); (2) удосконалення освітнього рівня середньої фармацевтичної освіти (1879–1918 рр.); (3) розбудови вищої фармацевтичної освіти (1919–1939 рр.). Як бачимо, за часовими рамками ці етапи у значній мірі корелюють із історичними періодами.

На першому етапі діяльності ГАТ було розроблено концепцію та сформовано склад і керівні органи, визначено механізми для підтримки фінансових проектів, окреслено проблеми, які потрібно вирішити, визначено засоби для виконання поставлених завдань.

ГАТ складалося із дійсних, підтримуючих, почесних членів та член-кореспондентів. Дійсні члени повинні були мати ступінь доктора чи магістра фармації, бути асистентами аптекаря або учнями аптекаря III року навчання та мати рекомендації хоча б двох членів товариства. Вимоги для підтримуючих членів були такі ж, як і до дійсних членів і вони повинні були внести у касу товариства додаткові кошти не менше 30 крон. Почесних членів обирали загальними зборами за заслуги перед товариством, аптечною справою чи вагомі досягнення у природничих науках. На користь актуальності та важливості ГАТ для фармацевтичної спільноти Галичини свідчить постійне збільшення кількості його членів. Так, вже через рік товариство налічувало 90 осіб, у 1880 р. – 204 особи, у 1936 р. – 280 осіб [4, с. 136]. Керівними органами ГАТ були загальні збори і президія. На вимогу не менше 20 членів могли скликатися позачергові збори. Загальні збори, зазвичай, скликалися на початку року у січні. На зборах обирали керівні органи товариства (президію, голову та заступника голови президії), затверджували зміни до статуту, ухвали президії,

розглядали фінансові та майнові питання. Крім голови і заступника до президії обирали сім членів і чотири кандидати. Всі особи обиралися таємним голосуванням із числа членів товариства – мешканців Львова.

Голова та президія мали повноваження представляти товариство в офіційних питаннях. На першому засіданні члени президії обирали скарбника та секретаря. Засідання президії відбувалися не менше одного разу кожного місяця та вирішувалися усі поточні справи товариства. Упродовж багатьох років товариство очолювали шановані львівські аптекарі, серед яких Кароль Міколяш, Валерій Влодзімірський, Фридерик Девехи, Антон Ербар, Ян Поратинський.

Як зазначалося у статуті, основними завданнями товариства були: розгляд і вирішення усіх загальних проблем аптечної справи; розвиток наук аптекарського фаху та природничих, надання членам товариства рівних умов для поглиблення знань, а саме: проведення, по можливості, наукових лекцій, заснування бібліотеки, а згодом читальної зали, хімічної лабораторії, а також видання часопису і наукових праць; надання допомоги членам товариства у разі тимчасової або постійної втрати працездатності, їх вдовам і сиротам, а у надзвичайних випадках і не членам товариства; надання старанним незаможним студентам фармацевтичного відділення університету, з метою завершення обов'язкового навчання, позик для оплати екзаменаційних витрат; посередництво у працевлаштуванні магістрів фармації та підаптекарів [6].

Усі ці завдання постійно були під пильною увагою членів товариства. Актуальні для фармацевтичної спільноти проблеми обговорювалися на засіданнях президії та загальних зборах. Одним із засобів для втілення поставлених перед ГАТ завдань було видання власного друкованого органу – Часопису аптекарського товариства (*Czasopismo Towarzystwa Aptekarskiego*). Перший номер був опублікований 15 квітня 1871 р. Уже від травня 1872 р. до 1939 р. він виходив двічі на місяць – 1 та 15 числа кожного місяця. Зазвичай публікувалося 24 номери річно, за винятком деяких перерв під час та після Першої світової війни.

Основними рубриками часопису були: науково-фармацевтичні проблеми, нові ліки, розпорядження та постанови уряду, фармація у світі, наукова хроніка, практичні записки, поточні події з приватного та професійного життя фармацевтичної спільноти. На його сторінках знаходили відображення персональні зміни в складі професорсько-

викладацьких колективів фармацевтичних відділів університетів Європи; інформація стосовно складання кваліфікаційних та магістерських іспитів (прізвища кандидатів, склад комісії, організаційні питання) в Галичині; інформація про наукові форуми в галузі природничих наук та їх рішення; наукові публікації та відкриття у фармацевтичній галузі авторства як представників аптекарської спільноти Галичини, так і закордонних учених; зміни в цінах на ліки; новини із життя аптекарського товариства, протоколи засідань Греміуму аптекарів Східної Галичини та інших професійних громадських товариств, запрошення та інформація про їх збори тощо [3].

Часопис аптекарського товариства був знаним і популярним науковим виданням. На міжнародній виставці 1896 р. (Прага, Чехія) він був відзначений золотою медаллю [7]. Багаторічними редакторами були Фридерик Тепа, Броніслав Радзішевський, Мечислав Дунін-Вонсовіч, Вінцент Яблонівський, Здіслав Завалкевич, Броніслав Косковський, Генрик Рюбенбауер, Мар'ян Кшижановський, Станіслав Боч, Генрик Блондзинський [4, с. 140].

Фінансово ГАТ опиралося на кошти статутного та обігового фондів. Статутний фонд наповнювався за рахунок вступних внесків, внесків підтримуючих членів, третини щомісячних членських внесків, благочинних внесків, грошових штрафів, отриманих унаслідок вироку товариського суду, різниці між прибутками і видатками. Обіговий фонд включав нараховані банкові відсотки, дві третини щомісячних членських внесків, прибутків від посередництва у працевлаштуванні.

На першому етапі становлення ГАТ орендувало приміщення, у якому 1 лютого 1874 р. була відкрита читальня. Її фонд поповнювався членами та коштами товариства і до кінця 1877 р. складав близько томів. У приміщенні товариства також працювала президія та редакція часопису.

Після завершення організаційно-установчих заходів діяльність ГАТ була зосереджена на вирішенні наступних завдань:

удосконалення фахової підготовки середнього професійного персоналу аптек, підвищення науково-професійного рівня та фінансова підтримка членів товариства, а також проведення наукових досліджень.

У 1878 р. були розпочаті переговори президії ГАТ з Греміумом щодо відкриття школи для учнів аптекарів, які завершилися підписанням відповідної угоди. Для подальшої реалізації цього завдання товариство

винайняло приміщення на вул. Вірменській, 23, у якому обладнали хімічну лабораторію та лекційну залу. Вже у 1879 р. перша група учнів аптекарів розпочала навчання. Школа учнів аптекарів відігравала роль закладу середньої спеціальної освіти для фармацевтів. Керівниками школи були Мечислав Дунін-Вонсовіч (1879–1883 рр.) та Вінцент Яблонівський (1883–1897 рр.) [8]. Після Першої світової війни середня фармацевтична освіта повністю перейшла під патронат Греміуму.

Успішна реалізація поставлених завдань потребувала розширення матеріально-технічної бази товариства. Тому, 1 листопада 1889 р. ГАТ придбало власне приміщення на вул. Панській, 22 (тепер вул. І. Франка) у Львові. Цю будівлю зайняла президія товариства, редакційна група часопису, бібліотека, читальна зала, хімічна лабораторія та зала для засідань. Окрім підготовки учнів аптекарів хімічна лабораторія виконувала на замовлення аптекарів, установ та приватних осіб комерційні аналізи лікарських засобів, продуктів харчування, води, засобів гігієни тощо.

У 1909 р. товариство переїхало у новозбудований за власним проєктом будинок на вул. Святого Миколая, 15 (тепер вул. Грушевського), у який було перенесено всі його підрозділи. У новому приміщенні товариства була обладнана бібліотека, хімічна лабораторія які, окрім інших напрямків застосування, використовувалися для потреб школи учнів аптекарів. Окремі зали зайняли фармакогностична та музейна колекції.

Видавнича діяльність ГАТ не обмежувалася публікацією часопису. Силами товариства було підготовлено та опубліковано низку річних фармацевтичних календарів (1878–1883 рр., 1899–1900 рр.). За його сприяння та фінансової підтримки Мечислав Дунін-Вонсовіч та Юліан Шрамм опублікували перші на теренах регіону підручники для студентів фармації.

Під постійною увагою товариства була підтримка родин фармацевтів. ГАТ надавало постійну допомогу та позику членам товариства, вдовам, сиротам, позбавленим засобів існування, а також старанним незаможним студентам фармацевтичного відділення для оплати витрат за навчання та складання іспитів. Членам товариства в окремих випадках також надавалося пенсійне забезпечення та кошти для поховання.

На початку ХХ ст. у світі назріла проблема реформування вищої фармацевтичної освіти, зумовлена вагомих поступом у царині природничих наук [9]. Це зумовило початок наступного етапу розвитку

товариства – розбудови вищої фармацевтичної освіти. Цей напрям діяльності ГАТ, поряд із іншими, став для нього пріоритетним до припинення діяльності у 1939 р. Товариство включилося у підготовку матеріальної бази фармацевтичного відділу, який після п'ятирічної перерви було відновлено у 1930 р.

Для організації навчання фармацевтів ГАТ уклало угоду із Сенатом університету, у якій запропонувало передати у безкоштовне користування студентів фармації два поверхи свого будинку на вул. Грушевського, 15 та обладнати у ньому власним коштом лабораторії. Згодом ця угода була доопрацьована і в 1931–1932 рр. за кошти фармацевтів Львова та Галичини було зведено фармацевтичний корпус “Collegium Pharmaceuticum” на вул. Пекарській, 52, у якому було обладнано дві наукові лабораторії. На будівництво та укомплектування приміщення було зібрано близько 500 тис. злотих. У “Collegium Pharmaceuticum” розмістилися дві кафедри фармацевтичного відділу: кафедра фармацевтичної та органічної хімії (перший поверх); практичної фармації (другий поверх) [2, с. 64–65]. Нині весь корпус займає кафедра фармацевтичної, органічної і біоорганічної хімії фармацевтичного факультету Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Крім того, члени товариства брали участь у викладанні низки навчальних дисциплін, серед яких «Технологія ліків» та «Хімічна технологія ліків» (Альфред Кшижановський), «Дослідження харчових продуктів» (Генрик Рюбенбауер), «Законодавство та історія фармації» (Ян Поратинський). Президією Товариства у 1935 р. було прийнято рішення про надання можливості декільком випускникам фармацевтичного відділу щорічно проходити у хімічній лабораторії безкоштовно післядипломну підготовку.

Разом із всіма задекларованими у статуті напрямками діяльності ГАТ велику увагу приділяло підвищенню наукового рівня членів товариства та фармацевтів Галичини. З цією метою у приміщенні товариства проводились цикли лекцій, диспути та семінари. Активними організаторами таких заходів були Валерій Влодзімірський, Генрик Рюбенбауер та інші [4, с. 147].

Висновок. Таким чином, можна констатувати, що Галицьке аптекарське товариство повністю виконало взяті на себе зобов'язання згуртування фармацевтичної спільноти Галичини та зробило значний

внесок у вдосконалення професійно-практичного навчання фахівців фармації, а саме: підготовки фахівців середньої ланки, модернізації змістового наповнення підготовки фахівців вищої кваліфікації, фінансовій підтримці молодих людей, які обрали фах фармацевта, розширення наочних засобів та розвитку матеріальної бази для підготовки фармацевтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Економічні привілеї міста Львова XV–XVIII ст.: привілеї та статuti ремісничих цехів і купецьких корпорацій / Упор. М. Капраль, наук. ред. Я. Дашкевич, Р. Шуст. – Львів, 2013. – 2-е випр. вид. (електронний варіант). ISBN 978-966-02-4312-5/ [https://shron1.chtyvo.org.ua /KapralMyron/](https://shron1.chtyvo.org.ua/KapralMyron/)
2. Зіменковський Б.С., Калинюк Т.Г., Лесик Р.Б., Різничок С.В., Терещук С.І., Терещук Т.О. Сув'язь поколінь. Фармацевтичний факультет Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: 1853–2009. – Львів: Наутілус, 2009. – 532 с. <https://ena.lpnu.ua/>
3. Різничок С.В. Громадська підтримка розвитку фармацевтичної освіти у Львові (кінець XIX – перша половина XX ст.) / С.В. Різничок // Товариство “Рідна школа”: історія і сучасність. – Л., 2011. – Ч. 6. – С. 177–186. [https://irbis-nbuv.gov.ua / nbuv-cgiirbis-64](https://irbis-nbuv.gov.ua/nbuv-cgiirbis-64)
4. Терещук Т.О. Історичні аспекти розвитку фармацевтичного законодавства і освіти, становлення суспільно-професійних організацій у західних землях (XV – 1-ша половина XX ст.). Автореф. дис. ... канд. фарм. наук. – Львів, 1996.–24 с. <https://ojs.tdmu.edu.ua-article-11427-41208/>
5. Czarniawy A., Samborska L., Czyż L., Wójcik M., Prokopiak W. Galicja i jej Aptekarze. – Rzeszów, 2010. – 104 s.
6. Czasopismo towarzystwa aptekarskiego. – Lwów, 1882. – № 2. – S. 36-48.
7. Czasopismo towarzystwa aptekarskiego. – Lwów, 1896. – № 24. – S. 358.
8. Czasopismo towarzystwa aptekarskiego. – Lwów, 1910. – № 12. – S. 189-192.
9. Proner M. Reforma studjów farmaceutycznych w świetle postępów nauk przyrodniczych // Wiadomosti Farmaceutyczne. – Warszawa, 1925. – № 6.– S.85-87.

ПРАКТИЧНЕ МЕДСЕСТРИНСТВО СУЧАСНОСТІ

БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.

*кандидат наук з державного
управління, викладач*

ПОЦЮРКО Н. Т.,

викладач вищої категорії,

викладач-методист

КУКСЕНКО І. В.,

викладач вищої категорії,

викладач-методист

Львівська медична

академія ім. Андрея Крупинського

РОЗГЛЯД ФАХОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ СЕСТРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ В ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19

На даний час відбувається переформатування всієї системи медсестринської спеціальності. Фахова діяльність сестри/брата медичних розглядається, як один з найбільш економічних ресурсів, щодо надання послуг у сфері охорони здоров'я. Їх діяльність базується на якості отриманої освіти, а також рівня закладу охорони здоров'я у якому вони працюють. Робота сестри/брата медичного в сучасних умовах характеризується великою різноманітністю та включає в себе, проведення високотехнологічних, клініко-діагностичних маніпуляцій, а також надання широкого переліку медсестринських послуг на всіх етапах медичної допомоги.

З точки зору закладів охорони здоров'я, якість медсестринської допомоги означає, що сестра/брат медичні повинні виконувати свої функціональні обов'язки у суворій відповідності до нормативно-правових документів, що формує професійну компетентність медсестринського персоналу, вміння працювати в команді, створювати і підтримувати позитивне виробниче середовище та забезпечувати інфекційну безпеку.

Медсестринський професіоналізм – це гармонійне поєднання високого рівня професійної компетентності, культури спілкування, фахових умінь і

практичних навичок. Нині пацієнти очікують від медсестри не тільки надання кваліфікованої медичної допомоги, а й виявлення нею співчуття, доброзичливості, психологічної підтримки тощо [1].

З точки зору закладів охорони здоров'я, якість медсестринської допомоги означає, що сестра /брат медичні повинні виконувати свої функціональні обов'язки у суворій відповідності до нормативно-правових документів, що формує професійну компетентність медсестринського персоналу, вміння працювати в команді, створювати і підтримувати позитивне виробниче середовище та забезпечувати інфекційну безпеку.

В період пандемії COVID-19 активізувались, такі загальні компетентності, як емпатія та людяність, комунікація з пацієнтом та особливо з його родичами, близькими; міждисциплінарна комунікація в команді, задоволення складних потреб пацієнтів тощо. Сестри/брати медичні постійно удосконалюють фахові компетентності працюючи в реанімаційних відділеннях та відділеннях хворих на ковід-19, а саме: постійний моніторинг та інтерпретація основних показників життєдіяльності людського організму (пульс, частота дихальних рухів, сатурація, артеріальний тиск) проведення оксигенотерапії, катетеризація вен, введення медикаментів внутрішньовенно струминно та багато інших маніпуляцій.

Виснажливий режим праці сестер/братів медичних – круглодобові робочі зміни біля тяжкохворих, стресові ситуації, стикаючись щоденно з летальними випадками, повідомлення рідним та близьким негативних новин про їхніх близьких призвело до виникнення у медичного персоналу синдрому втоми від співчуття. Провівши наукову розвідку нами встановлено, що психологи застосовують «термін втоми від співчуття» щоби пояснити «втрату здібностей до догляду» у сестер/братів медичних невідкладної допомоги. Уперше був використаний в контексті охорони здоров'я, ще у 1992 році Джойнсоном, який викладав у медсестер. За його спостереженнями медсестри відчували втому, депресію, злість, неефективність, млявість та відстороненість, а також соматичні скарги такі, як біль голови, безсоння, та шлунково-кишкові розлади, через високе навантаження та складні потреби пацієнта. Він стверджує, що ці реакції організму з часом посилювались в результаті кумулятивного стресу. Втоми від співчуття є прогресуючим і кумулятивним результатом тривалого, безперервного та інтенсивного контакту з пацієнтами та впливом

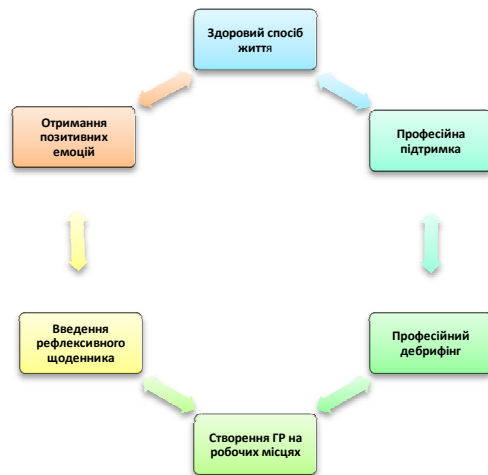
багатовимірною стресу, що призводить до жалісного дискомфорту, який перевищує рівень витривалості медичного працівника. Втому від співчуття часто плутають із суміжними поняттями, такими, як моральні страждання та вигорання. Моральні страждання виникають, коли сестра\брат медичні знають правильний алгоритм дій, але не можуть діяти відповідно до нього через інституційні обмеження. Вигорання пов'язане з емоційним виснаженням та кумулятивними наслідками професійного стресу. Науковці Чатмон Б. та Руні Е. підраховали, що 48–53% сестер\братів медичних відчувають втому від співчуття, яку можна зрозуміти, як вплив або цінність догляду. Медсестринська спільнота має місію, яка полягає у піклуванні та спрямовувати свої дії на полегшення страждання пацієнтів, але відсутність ефективності та специфічних методів лікування пацієнтів із COVID-19 змусило багатьох медичних працівників відчувати безсилля у піклуванні про свої пацієнтів.

У наших приватних бесідах з сестрами та братами медичними нам вдалося виділити наступні симптоми втоми від співчуття:

- Нездатність урівноважити емпатію з об'єктивністю;
- Особисте невдоволення сестер\братів медичних доглядом за тяжкохворими пацієнтами;
- Втрата інтересу до стану пацієнта;
- Скорочений час на виконання маніпуляцій пацієнтам;
- Труднощі з концентрацією уваги;
- Хронічне спізнення;
- Байдужість до роботи;
- Перевтома;
- Розлади харчової поведінки;
- Знецінення почуття особистих досягнень;
- Знижена здатність відчувати позитивні емоції;
- Занижена самооцінка;
- Апатія, злість;
- Звинувачення, дратівливість, страх, депресія;
- Соматичні розлади.

Підводячи короткі підсумки наших приватних бесід та спостережень можемо запропонувати «Модель виходу із синдрому втоми від співчуття та виснаження».

Рис.1



Ми вважаємо, якщо виконувати хоча би декілька елементів моделі, то можна відновити внутрішню мотивацію шляхом активізації внутрішніх ресурсів та стабілізувати психоемоційну сферу. А також, на наш погляд впровадження такої моделі дасть змогу медичному персоналу швидко подолати синдром втоми від співчуття та виснаження шляхом створення само ефективності сприйняття підтримки колег по роботі, рідних та близьких, а також підвищить опірність людського організму.

Отже, в період пандемії COVID-19 активізувались у сестер/братів медичних такі загальні компетентності, як емпатія та людяність, комунікація з пацієнтом та особливо з його родичами, близькими; міждисциплінарна комунікація в команді, задоволення складних потреб пацієнтів тощо. Виснажлива робота медичного персоналу в період пандемії призвела до виснаження. Тому впровадження в практику запропонованої нами моделі допоможе відновити внутрішню мотивацію шляхом активізації внутрішніх ресурсів та стабілізувати психоемоційну сферу. Хоча для сестер/братів медичних важливим є брати відповідальність за власне здоров'я та психічне благополуччя, ми вважаємо, що роботодавці також повинні брати відповідальність за своїх працівників, створюючи комфортну атмосферу та психологічну підтримку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Закусилова Т. О. Теоретичні засади формування у майбутніх медичних сестер професійної культури як складника професіоналізму. Педагогіка і психологія професійної освіти. – Львів, 2016. – №3. – С. 63–69.
2. Поцюрко Н.Т. Аналіз фахової діяльності сестри/брата медичних в умовах пандемії, зокрема в умовах COVID-19 / Магістерська робота. Львів. 2022, С. 9.

БЯЛИЙ А.О.

викладач-методист

Львівська медична академія

ім. А. Крутинського

УЛЬТРАФІОЛЕТОВИЙ ІНДЕКС ТА ЙОГО ВПЛИВ НА СТАН ШКІРНИХ ПОКРИВІВ ЛЮДИНИ.

Ультрафіолетовий індекс (UVI) – показник, що характеризує рівень ультрафіолетового випромінювання в спектрі сонячного світла. Ультрафіолетовий індекс дозволяє оцінити небезпеку ультрафіолетового випромінювання сонця для шкіри людини. УФ-індекс є засобом попередження населення про небезпеку від УФ-випромінювання і про необхідність використовувати сонцезахисні засоби.

Ультрафіолетове випромінювання – частина електромагнітного спектру між х-променями та видимим світлом. (1)

Ультрафіолетові промені передаються через атмосферу, вакуумні, далекі промені (UVC), та деякі промені (UVB) поглинаються озоновим шаром землі, а тому не шкодять шкірі. Тому більшість з ультрафіолетових променів, які досягають шкіри, є (UVA) з невеликою кількістю (UVB).

UVB- промені мають довжину хвилі, яка досягає лише епідермісу.

UVA-промені мають більшу довжину хвилі, що проникає в дерму, тому що атмосферний озон дуже мало поглинає цю частину ультрафіолетового спектру. UVB-випромінювання вкрай необхідне для синтезу вітаміну Д3 в шкірі. Надмірний вплив UVB-випромінювання може сприяти таким негативним наслідкам, як опік шкіри, актинічні та сонячні кератози, які розглядаються як передракові стани, раку шкіри, пошкодження очей у вигляді фотокератитів та катаракти. Існує прямий зв'язок між сонячним світлом та ризиком розвитку раку шкіри, особливо епітеліальних його форм (плоскоклітинний та базальноклітинний). Серед негативного впливу UVA-випромінювання розрізняють засмагу, фотостаріння шкіри, рак шкіри.(1)

Значення УФ-індексу в межах 0–2 вказує на безпечний рівень ультрафіолетового опромінення, при якому можна необмежений час перебувати поза приміщенням. УФ-індекс 8 і вище позначає високу

небезпеку, коли бажано залишатися в приміщенні, а на вулиці необхідно використовувати засоби захисту від сонця та перебувати в тіні. (2).

Ультрафіолетовий індекс розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Програмою ООН з навколишнього середовища і Всесвітньою метеорологічною організацією. Він описує небезпеку ультрафіолетового випромінювання сонця для шкіри людини. Це випромінювання може викликати опік, а також збільшує ризик онкологічних захворювань шкіри як мінімум у людей зі світлою шкірою.

Рівень ультрафіолетового випромінювання залежить від географічної широти. В одному і тому ж місці його рівень різний в різні сезони і в різний час доби. Рівень УФ випромінювання залежить від товщини повітря, через який проходять сонячні промені. Він вище в полуденний час і нижче вранці і ввечері, мінімальний під час відразу після сходу і безпосередньо перед заходом^[3]. Близько 60 % добової дози ультрафіолету припадає на період між 10 і 14 годинами. Чистий сніг відбиває до 80 % падаючого на нього ультрафіолету. Близько 90 % ультрафіолету проходить крізь легку хмарність. Люди в приміщенні отримують 10–20 % від дози ультрафіолету, яку вони б отримали, перебуваючи поза приміщенням. Люди, які перебувають поза приміщенням в тіні – близько 50 % того, що отримують перебуваючи під прямими сонячними променями.

Шкала УФ-індексу – від 0 до 13, де нуль означає повністю безпечний рівень ультрафіолетового випромінювання, а рівні 11 і вище означає дуже високу небезпеку для людини. У гірській місцевості на кожні 300 метрів висоти кількість УФ випромінювання збільшується на 4 %.

Ультрафіолетове випромінювання в невеликих дозах корисно для людини – під впливом ультрафіолету в шкірі утворюються вітамін D (попереджає рахіт, покращує роботу імунної системи, бере участь в регулюванні кров'яного тиску), меланін (захищає шкіру і покращує її еластичність) і серотонін («гормон настрою»). Однак надмірне ультрафіолетове опромінення, особливо УФ-променями діапазонів В і С, небезпечно для очей і шкіри опіками і ризиком розвитку раку шкіри і меланоми. Особливо небезпечно шкідливий вплив ультрафіолету на дітей. Безпечної засмаги не існує! Коли шкіра змінює свій колір до більш темного під дією УФ-випромінювання, це вже є надлишковий вплив УФ-випромінювання. Варто зазначити, що у більшості соляріїв для засмаги використовуються лампи UVAвипромінювання. А тому FDA

(Foodsanddrugsadministration) забороняє використання солярію дітям до 18 років. З 1 січня 2016 року всі 6 австралійських штатів ввели загальну заборону на використання комерційних горизонтальних соляріїв. Є інші країни, що заборонили горизонтальні солярії у цілях боротьби проти раку шкіри. Уникаючи зайвого опромінення людей ультрафіолетом, можна уникнути до 4/5 випадків раку шкіри. (2).

Питання про необхідність створення фотозахисту виникло на технічних, якщо не наукових засадах, ще у 30-х роках минулого століття. Фотозахист був призначений для набуття засмаги без опіків. Ця концепція проіснувала до 80-х років, а потім її було доопрацьовано завдяки науковим досягненням, які дали змогу досягти більш високих значень SPF, а також через усе більшу занепокоєність населення щодо шкідливих наслідків впливу сонця на виникнення раку шкіри. Тоді ж було встановлено, що сонячне випромінювання здатне не тільки спричиняти розвиток карциноми і меланоми, а й прискорювати видимі ознаки старіння шкіри. Це призвело до того, що сьогодні фотозахист перетворюється на відповідальну дію і щоденну рутину. Ефективність сонцезахисного засобу визначається параметром SPF (сонцезахисний фактор). SPF являє собою співвідношення між мінімальною еритемною дозою (МЕД) при використанні сонцезахисного засобу, та МЕД без сонцезахисного засобу. Відповідно, вказує, наскільки довше засіб дозволяє знаходитися під дією сонця без появи еритеми у порівнянні з незахищеною шкірою. Наприклад, якщо без сонцезахисних засобів шкіра зазвичай червоніє через 5 хвилин, то при використанні сонцезахисного засобу з SPF через 10 хвилин, час безпечного перебування на сонці може збільшуватися до 50 хвилин. Звичайно, ці цифри досить умовні і дають лише приблизне уявлення про те, наскільки забезпечується захист від променів UVB, які і викликають еритему та сонячні опіки. Однак SPF не вказує ступінь захисту і від UVA-випромінювання, яке проникає глибоко в шкіру і сприяє фотостарінню та канцерогенезу. Та навіть найбільш інноваційний сонцезахисний засіб не здатен блокувати УФ-випромінювання на 100%. З огляду на це, директивні органи США та Європи рекомендують обмеження SPF не більше 50+.(3).

Існують наступні правила захисту шкіри від шкідливої дії УФ-випромінювання:

- мокрий одяг гірше захищає, ніж сухий. Нещодавно з'явився одяг, сертифікований за міжнародними стандартами, що містить інформацію про коефіцієнт УФ-захисту;

- не слід забувати наносити сонцезахисний засіб у хмарну погоду. Хмари не блокують УФ-промені, вони лише частково їх фільтрують;

- перед тривалою поїздкою в автомобілі варто також нанести на шкіру дитини захисний крем. Вікна та лобове скло блокують UVB-промені, але пряме UVA-випромінювання проникає крізь скло, більшою мірою є причиною раку шкіри та фото старіння;

- обов'язково використовувати сонцезахисні креми широкого спектру дії, які захищають від UVB- та UVA-випромінювання та мають відповідні маркування на упаковці. Але слід звернути увагу, що сонцезахисні засоби забезпечують обмежений захист від ураження УФ-випромінюванням та захищають лише від декількох типів раку шкіри;

- FDA не рекомендує використовувати сонцезахисний крем дітям до 6 місяців;

- не слід призупиняти профілактичний прийом вітаміну Д3 дітям першого року життя, оскільки сонцезахисні засоби блокують синтез вітаміну Д3 у шкірі;

- не забувайте сонцезахисні окуляри. Переконайтеся, що ваші окуляри забезпечують захист від УФ-випромінювання та містять маркування UVA та UVB. Темні лінзи без спеціального захисного покриття змушують зіницю розширюватися, а ультрафіолет, що проникає в око, сприяє розвитку захворювання очей (фотокератокон'юнктивіту, катаракти).

Підсумовуючи дані, можна стверджувати, що не лише UVA/UVB, а й видиме світло та інфрачервоне випромінювання, тобто весь сонячний спектр, негативно впливає на шкіру, отже, необхідно створити повний спектр фотозахисту. Сучасна еволюція сонцезахисних кремів до більш елегантних, приємних і простих у використанні хімічних складів є безумовною гарантією кращого фотозахисту для пацієнтів.(3).

ЛІТЕРАТУРА :

1. УФ-индекс : Департамент по проблемам навколишнього середовища, зміни клімату і здоров'я Всесвітньої організації здоров'я – Женева : ВОЗ, 2017.
2. Захист від сонця – Женева : ВОЗ, 2003.
3. Український журнал дерматовенерології і косметології. №1(2022).

*ГУМЕНЧУК І.О.,
студентка II-го курсу
спеціальності «Медсестринство»
Львівська медична академія
ім. А. Крушинського
Науковий керівник:
НЕДІЛЬКО Р.В.
канд.держ.упр.
Львівська медична академія
ім. А. Крушинського*

МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ МЕНЕДЖМЕНТ, ЯК СКЛADOVA СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

В процесі реформування галузі вагому частину потрібно приділити менеджменту сестринської служби, виокремивши її в окрему ланку, що забезпечуватиме надання якісних професійних послуг. Управління медсестринською сферою є невід'ємною частиною цілісної системи охорони здоров'я, оскільки сестри/брати медичні є найбільш чисельним людським ресурсом в даній галузі. При дослідженні зарубіжних наукових джерел, нами встановлено, що чисельність сестер/братів медичних за кордоном становлять до 70%, що вимагає високого рівня організації їхньої фахової діяльності.

В наукових джерелах зазначається, що перед керівником стоять вимоги вільно володіти передовими технологіями менеджменту, вміти оцінювати будь-яку ситуацію, швидко приймати рішення та реалізувати його на практиці. Досягнути даної мети можна за наявності освіти та фахових знань з менеджменту. Аналіз останніх досліджень щодо підготовки менеджерів сестринського персоналу – заступників головного лікаря з медсестринства, головних та старших сестер медичних, свідчить, що проблема менеджменту у медсестринстві ще далека від остаточного вирішення і потребує поглибленого вивчення та наукового обґрунтування [1,2,3].

З огляду на вище вказане можемо стверджувати, що наша держава має правильний вектор для забезпечення фаховими с/б медичними для

практичного медсестринства. Багато років українські заклади вищої освіти проводять ступеневу підготовку фахівців з медсестринства.

В Україні нові підходи до медсестринської освіти реалізовано задовго до реформування медичної галузі і продовжуються на даний час. Перші кроки – це введення ступеневої освіти (1993 р.), яка визначила два її ступені: дипломована медична сестра та медична сестра-бакалавр. Сьогодні розвивається нова ступенева підготовка медичних сестер освітньо-кваліфікаційних рівнів «молодший бакалавр», «медична сестра-бакалавр», «магістр медсестринства», «медична сестра з науковим ступенем доктора філософії». Це дозволить підготовленим управлінським кадрам, менеджерам сестринського персоналу, магістрам за спеціальністю «Сестринська справа» та медсестрам-бакалаврам обіймати керівні посади усіх рівнів управління, надасть їм більшої самостійності та розширить професійну компетентність сестер медичних на законодавчому рівні.

Очільниця державної установи "Центр розвитку медсестринства Міністерства охорони здоров'я України" Катерина Балабанова у своєму магістерському дослідженні наводить перелік закладів вищої освіти, які надають освітні послуги за різними рівнями здобуття спеціальності 223 Медсестринство за різними ступенями освіти, а саме «.Відповідно Реєстру суб'єктів освітньої діяльності Єдиної державної електронної бази з питань освіти (Єдина державна електронна база з питань освіти, 2020) в Україні 114 закладів фахової передвищої освіти, що мають ліцензію на підготовку фахових молодших бакалаврів в галузі знань «Охорона здоров'я» та 25 закладів вищої освіти, котрі ведуть підготовку бакалаврів та магістрів за спеціальністю «Медсестринство» [4].

Також в двох закладах чотири аспіранта навчаються на програмі PhD з медсестринства. Останні роки існує тенденція до зменшення кількості вступників на медсестринські спеціальності. Керівниками освітніх закладів є переважно лікарі, іноді фахівці не медичних галузей знань. Незважаючи на те, що підготовка з вищої медсестринської освіти ведеться в Україні з 1994 року, серед викладів досі дуже не часто можна зустріти представника медсестринської професії. Підготовкою медсестер займаються лікарі. Магістрам з медсестринства забороняють викладати інші спеціальності, окрім медсестринства, вважаючи їх «неповним магістром». Освітні заклади зацікавлені в збільшенні контингенту вступників. Прямого взаємозв'язку своєї діяльності з потребами пацієнтів освітяни не розуміють.

Актуальним залишається питання реформування галузі охорони здоров'я, реформування медсестринства, введення нових посад, розширення їх автономності. Це буде мотивувати молодь та молодших медичних спеціалістів набути базову вищу та завершену вищу медичну освіту, бути менеджерами сестринської справи, рівноправними помічниками лікаря, а не технічними виконавцями лікарських призначень, медична сестра має бути завжди поруч з пацієнтом.

Зміни, які відбуваються позитивно вплинуть на медсестринську службу загалом та зменшать відтік кадрів в інші держави.

Одним із завдань нашого магістерського дослідження було проаналізувати менеджмент медсестринської сфери. До проведення реорганізації закладів охорони здоров'я у Львівській області налічувалося 112 міських закладів охорони здоров'я. В кожному закладі охорони здоров'я були старші та головні сестри медичні. Після реорганізації закладів охорони здоров'я чисельність старших та головних сестер медичних змінилася.

В нашому анкетуванні прийняли участь 32 керівників медсестринського персоналу. Проводячи анонімне анкетування серед респондентів нас цікавило, який рівень освіти мають керівники медсестринського персоналу.

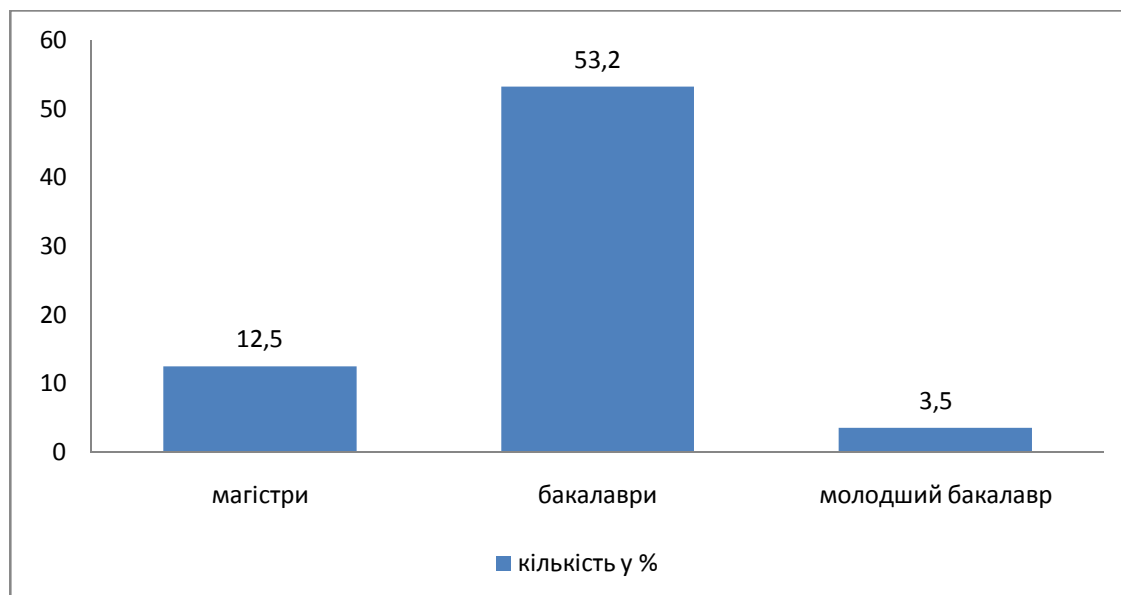


Рис.1. Рівень освіти медсестринських менеджерів

З даної стовпчикової діаграми можна зробити висновок, про те, що керівні медсестринські посади обіймають 4 (12,5%) з магістерським рівнем освіти, з бакалаврським – 17 (53,2%), а молодші фахові бакалаври –

11 (34,3%) респондентів. Це свідчить про те, що не усі кадри, що обіймають керівні медсестринські посади мають належний рівень освіти.

Досліджуючи питання медсестринського менеджменту вагомим елементом є те, яким чином отримують та набувають знання та навички керівники медсестринським персоналом у закладах охорони здоров'я. Оскільки, такі знання та навички потрібно постійно вдосконалювати, то даний процес можна досягти за допомогою різноманітних способів.

Тому, наступне питання стосувалося про те, як отримують респонденти знання та навички з менеджменту управління. Такі знання керівники сестринського персоналу отримали при навчанні на бакалавраті – 17 (53,2%), при навчанні у магістратурі – 4 (12,5%); на курсах удосконалення – 6 (18,7%), самонавчання – 5 (15,6%).

Окрім вище вказаних питань, нас зацікавило те, як самі респонденти оцінюють отриманні знання та навички з медсестринського менеджменту під час навчання на різних рівнях освіти. Оскільки отриманні знання та навички мають бути ефективно впровадженні у медсестринську практику на робочих місцях.

Щодо оцінки своїх знань з менеджменту керівники сестринського персоналу оцінили наступним чином:

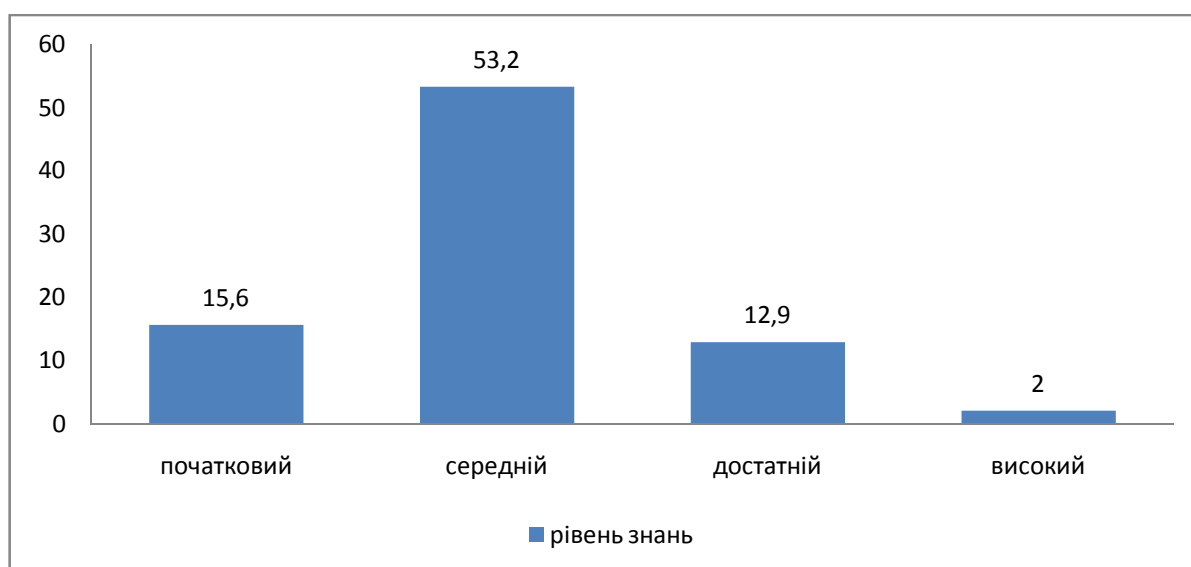


Рис.2. Рівень знань з медсестринського менеджменту

З даної стовпчикової діаграми можна зробити висновок, що рівень знань, вмінь та навичок з менеджменту є середній, який потребує отримання додаткових компетентностей, які можна здобути шляхом БІР та підвищення рівня освіти.

Для повноти розуміння загальної картини щодо медсестринського менеджменту у ЗОЗ нами також досліджувались сестри/брати медичні, які є в підпорядкуванні керівників сестринського персоналу. В опитування приймало участь 327 осіб. При аналізі опитувальника нами встановлено ключові позитивні та негативні сторони в медсестринському менеджменті. До позитивних сторін респонденти вказали наступні показники:

- Задовільні умови праці – 156 респ.
- Задоволені пакетом соціальних послуг – 280 респ.
- Здоровий мікроклімат в колективі – 299 респ.
- Підтримка колег - 275 респ.
- Ефективна комунікація з топ-менеджерами з медсестринства – 177 респ.

До причин негативної динаміки та ускладнень у роботі респонденти відносять наступні чинники:

- низька, середньомісячна заробітна плата, при якій не враховується освітній рівень, займана посада та виконання функціональних обов'язків - 309 респ.

- дублювання у веденні медсестринської документації – 289 респ.;
- виконання роботи, яка не прописана у посадовій інструкції – 247 респ.;
- психоемоційне вигорання та часті стресові ситуації – 256 респ.;
- розподіл пацієнтів на одну сестру/ брата медичних є надто високий – 245 респ.;

Якщо оцінювати розподіл робочого часу у керівників сестринських служб, то 67% робочого часу займає контроль за роботою підлеглих, решту 33% займає робота з документами та внесення її в електронну базу 56% опитуваних бажають делегувати свої повноваження, особливо це стосується критичних ситуацій, тому що вважають своїх колег компетентними та фаховими. 44% респондентів покладаються лише тільки на себе.

Підсумовуючи дані анонімного анкетування можна констатувати, що не всі респонденти котрі обіймають керівні посади з медсестринства мають належний рівень освіти, який дає їм можливість обіймати займані посади. Також нами встановлено, що опитуванні респонденти мають середній рівень знань та навиків з медсестринського менеджменту. Невдоволеність співробітників викликають об'єктивні та суб'єктивні чинники, а їх

вирішення залежить від оперативного реагування та професійного рівня керівників сестринського персоналу. Отже, керівники з медсестринства, в закладах охорони здоров'я, потребують отримання додаткових компетентностей, які можна здобути шляхом підвищення рівня освіти та безперервним професійним розвитком.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шатило В.Й., Свиридчук В.З. (2011). Медсестринство як наукова спеціальність. Магістр медсестринства.
2. Шатило В.Й. (2014). Менеджмент організації управління сестринськими службами. Магістр медсестринства.
3. Шатило В.Й., Копетчук ВА, Гордійчук СВ та ін. (2013). Менеджмент і лідерство в медсестринстві. Київ: ВСВ «Медицина»: 7–303.
4. Магістерська програма з публічної політики та врядування дипломна робота «Політика розвитку медсестринства в Україні. Як вирішити проблему низької якості та доступності послуг медичного догляду українців», Балабанова Катерина.

ЖУБРИД М.Т., викладач

Львівська медична академія

ім. А. Крупинського

ЯНКІВ С.В., викладач

Львівська медична академія

ім. А. Крупинського

ВПЛИВ ІНДИКАТОРІВ МЕДИЧНОГО РОБОЧОГО СЕРЕДОВИЩА НА ФОРМУВАННЯ СПРИЯТЛИВОГО МІКРОКЛІМАТУ ПРОФЕСІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР.

Сучасна медична практика – це взаємодія висококваліфікованих команд, у яких медичним сестрам належить одна із провідних ролей. За визначенням International Council of Nurses (2014), медичні сестри забезпечують автономний та спільний медичний догляд за людьми будь-якого віку і допомагають сім'ям, групам та спільнотам, хворим та постраждалим за будь-яких умов. Вони беруть участь у зміцненні здоров'я пацієнтів, профілактиці захворювань та догляді за пацієнтами, інвалідами

та особами, які потребують паліативної допомоги. До їх компетенцій входить адвокація – сприяння безпечному середовищу пацієнтів. Водночас проведення досліджень, участь у формуванні політики охорони здоров'я, управлінні системами обслуговування пацієнтів та освітніх заходах також є важливими ролями сучасної медичної сестри. [4]

Вітчизняні багатоцентрові дослідження особливостей професійної діяльності медичних сестер малочисельні. Публікації з аналізом специфіки роботи сестер медичних часто мають узагальнений характер і посиляються переважно на інструменти контролю за трудовою дисципліною, вимірювання задоволеності пацієнтів та дотримання медичними сестрами санітарно-епідеміологічного режиму. Наприклад, до показників оцінки якості роботи медичних сестер включають загальний рівень задоволення або незадоволення пацієнтів при анкетуванні, опитування лікарів щодо відповідності дій сестер медичних розробленим алгоритмам роботи [2].

Водночас медичні сестри можуть сприяти трансформуванню системи охорони здоров'я лише будучи рівноцінним членом міжпрофесійної команди при переході від епізодичної діяльності, що базується на оплаті послуг, до алгоритмів, орієнтованих на інтереси пацієнта і континуум медичної допомоги. Ці зміни потребують нового або розширеного набору знань, умінь, іншого ставлення до всіх аспектів здоров'я та медичної допомоги громадянам, зокрема координацію допомоги, аналітику даних та покращення якості [6].

Зростаюча кадрова криза у вітчизняній медичній галузі та інтерес до покращення якості медичної допомоги населенню вимагають всебічного розгляду та оцінки актуальної виробничої ситуації різними категоріями медичного персоналу.

Ефективність роботи сестри медичної залежить у великій мірі від особистісних якостей та середовища в якому вона працює.

Чинники, що залежать від особистості сестри медичної:

- комунікативна компетентність – це вміння встановлювати контакт, слухати, «читати» невербальну мову, будувати бесіду, формулювати запитання, керувати власними емоціями, здатність зберігати впевненість, контролювати свої реакції та поведінку в цілому;

- комунікативна толерантність – це терпимість, поблажливість, вміння ладнати з суб'єктивно небажаними, неприйнятними для індивідуальних

особливостей пацієнтами, їхніми негативними рисами, вчинками, звичками та неприйнятною поведінкою;

- емпатія – це здатність до співчуття, співпереживання, своєрідний психологічний зв'язок із внутрішнім світом хворого;

- афіліація – це потреба людини перебувати у товаристві інших людей, колег, прагнення до «приєднання». Це відчуття внутрішньої прихильності та вірності, а ззовні – товариську, бажання співпрацювати з іншими людьми, постійно знаходитися поряд з ними;

- емоційна стабільність – це урівноваженість за відсутності імпульсивності, надлишкової емоційної експресивності, зі збереженням контролю над емоційними реакціями та поведінкою в цілому.

Робоче середовище, в якому проходить найбільш активний період дня, може вплинути на фізичне, психічне та соціальне здоров'я через незадоволення, нещасні випадки та ризики, які можуть зруйнувати здоров'я працівників. Міжнародна рада медичних сестер (ICN), якає першою та найбільшою організацією охорони здоров'я у світі, а також представляє понад 13 мільйонів медичних працівників у 129 країнах, визначає позитивне робоче середовище як «обставини, які підтримують досконалість та гідну роботу, забезпечують здоров'я, безпеку та особисте благополуччя персоналу, сприяють якісному догляду за пацієнтами та підвищують мотивацію, продуктивність та ефективність окремих осіб і організацій». [4] Професія медичної сестри є стресовою та має велике навантаження. Багато негативних факторів, що впливають з робочого середовища, впливають на це.

Важливо, щоб медсестри, які надають медичну допомогу іншим людям, перебували в ідеальному стані і щоб цей стан благополуччя постійно підтримувався. З провідних факторів, що негативно впливають на умови праці медичних сестер, є значне навантаження у зв'язку з великою кількістю хворих і малою кількістю медичних сестер. Дослідження свідчать, що в лікарнях з дефіцитом медсестер, медсестри більше страждають від незадоволеності роботою та мають високий рівень вигорання, що знижує якість догляду за пацієнтами. Такі фактори, як стрес, спричинений характером професії та надмірним навантаженням, довгий робочий день, проблеми зі спілкуванням, міжособистісні конфлікти, високий рівень ризиків і небезпек на робочому місці, ризик піддатися насильству з боку пацієнтів і родичів пацієнтів також вважається одним з

факторів негативного впливу на навколишнє середовище. Згідно з даними Міжнародної організації праці (МОП) основними стресовими факторами в робочому середовищі, що впливають на медсестер, є конфлікти з керівниками, надмірне робоче навантаження, емоційний стрес, який відчувається через роботу з пацієнтами, міжособистісні конфлікти та позмінна робота. В інших дослідженнях серед факторів, що негативно впливають на робоче середовище, є необхідність робити завдання не пов'язані з професійними, низький рівень професійної репутації та відсутність мотивації. Для ефективної роботи медсестрам потрібне робоче середовище, яке сприятиме їхній професійній сестринській діяльності, оскільки робоче середовище має вирішальний вплив на надання якісної допомоги та забезпечення безпеки пацієнтів і персоналу. На додаток до проблем, властивих професії, несприятливі умови праці призводять до незадоволеності роботою та вигоряння серед медсестер, що збільшує намір покинути посаду, а отже, і рівень плинності медсестер, небажання мати справу з доглядом за пацієнтами та схильність працювати на інших роботах, окрім сестринської. Дефіцит медсестер спостерігається в усьому світі і є одним із головних факторів, які перешкоджають досягненню якісних медичних послуг. Тому створення позитивного робочого середовища сприятиме вирішенню проблеми нестачі медсестер, яка загрожує медичним службам.

Згідно з даними, оприлюдненими Асоціацією медсестер Туреччини (TNA), кожна п'ята медсестра планує залишити професію протягом наступних п'яти років. Звільнення медсестри з роботи означає збільшення нестачі медсестер, що призводить до замкненого кола, яке негативно впливає на задоволеність роботою інших медсестер на робочому місці та збільшує їхній намір залишити професію [7].

У підсумках багатоцентрового дослідження А. Nantsupawat та співавторів (2017) зазначено, що поліпшення робочого середовища для медичних сестер може призвести до зниження рівня незадоволеності роботою та наміру її залишити, зниження ризику професійного вигорання.

Позитивне робоче середовище має багато корисних ефектів, таких як захист і підтримка здоров'я медсестер, підвищення якості та продуктивності догляду за пацієнтами, а також забезпечення безпеки пацієнтів і персоналу. Медсестри заслуговують на робоче середовище, яке пропонує їм організаційну та людську підтримку, щоб вони могли надавати

безпечний, адекватний і кваліфікований догляд. Як зазначено вище, наявність або відсутність позитивного робочого середовища в закладі є одним із факторів, що суттєво впливає на ефективність роботи працівників, мотивацію до роботи, задоволеність роботою, фізичне та психосоціальне здоров'я, безпеку пацієнтів і медичних працівників і, зрештою, якість послуг, які пропонує організація. Тому важливо оцінювати робоче середовище відповідно до сприйняття медсестер.

Отже це дослідження було проведено, щоб визначити, як медсестри оцінюють своє робоче середовище, чи існують відмінності між середовищем у приватних і державних лікарнях, чи середовище приватних лікарень краще оцінюється медсестрами, ніж середовище державних лікарень, оскільки вони стикаються зі зростаючою конкуренцією на ринку.

Мета дослідження: вивчити 5 компонентів робочого середовища, що впливає на поведінку медсестер, а саме участь у справах лікарні, основи якості медичної допомоги, здібності менеджера, лідерство та підтримка медсестер, достатність персоналу та ресурсів, і стосунки між медсестрою та лікарем.

Об'єкт і методи дослідження. Дослідження виконане шляхом електронного анкетування сестер медичних приватних та державних закладів охорони України. У спеціально розробленій анкеті респондентам пропонували анонімно відповісти на 14 запитань із декількома варіантами відповіді. Запитання охоплювали оцінку різних аспектів роботи, виробничих повноважень та взаємодії в колективі.

Результати та обговорення

Респондентів розподілили на підгрупи, враховуючи професійний стаж (<1,5–10 та >10 років), місце роботи (державний чи приватний заклад). Усі респонденти були жіночої статі. У приватних закладах медичний стаж роботи опитаних спеціалістів переважно становив 1–5 років (75%); у державних закладах розподіл за медичним стажем: 1–5 років (30,2%), до 1 року (20,8%), більше 10 років 41,5%

Розподіл усіх респондентів за професійним досвідом був відносно рівномірним. Частка медичних сестер із тривалістю роботи <5 років становила 24%, 5–30 – 52%, >30–24% учасників анкетування. Серед респондентів переважали співробітники державного сектора (86%), що пов'язано із кращим відгуком і готовністю медсестер державних медичних

установ до електронного опитування. Від менеджерів приватних установ отримана відмова від анкетування.

Розподіл за досвідом роботи у професії істотно розрізнявся у співробітників приватного і державного сектору за рахунок значно меншого трудового стажу (молодшого віку) медичних сестер приватного сектору. Частка медичних сестер з досвідом більше 10 років у державному закладі становила 41,5%, тоді як серед сестер приватних медичних закладів лише 1%.

Відомо, що вітчизняні медичні сестри мають менші повноваження стосовно огляду хворих, ведення медичних записів, навчання пацієнтів. Але значна більшість опитаних нами медичних сестер (84,7%) задоволені обсягом повноважень (з них цілком задоволені 54,5%, частково – 30,2% респондентів). Не було виявлено істотних відмінностей в оцінці обсягів повноважень медичними сестрами державного і приватного секторів охорони здоров'я. Практичне розмежування функцій вітчизняних лікарів і медичних сестер чітко визначає медсестер лише як виконавця лікарських призначень.

Розподіл відповіді на запитання анкети «Ви відчуваєте, що медична сестра – рівноправний член медичної команди у вашому закладі?» наведено на рис. 1.

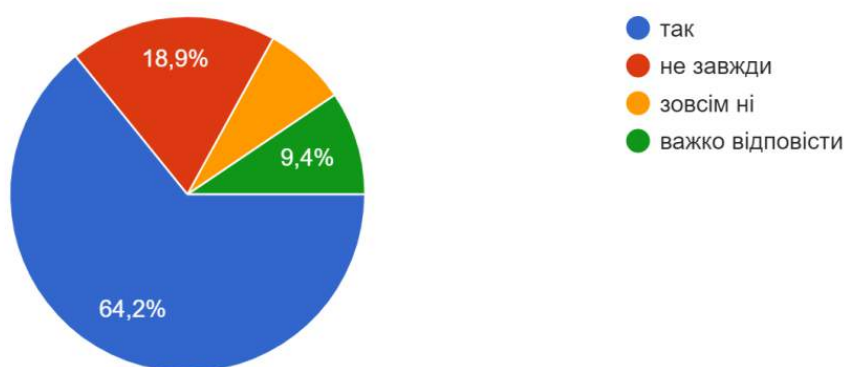


Рисунок 1. Державний сектор

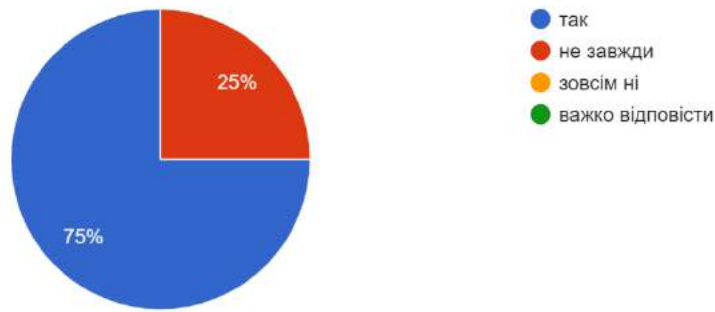


Рисунок 1. Приватний сектор

Відчуття повної рівноцінності в колективі зазначили в анкетах 64,5% медичних сестер державного закладу та 75% – приватних медичних закладів, що свідчить про близькість структурно-функціональних моделей роботи закладів і психологічних аспектів медичної практики у закладах різної форми власності в Україні.

Заробітна плата, яку отримує медсестра в приватному закладі, як правило, більш обговорювана, ніж у державному секторі. Це пов'язано з тим, що охороною здоров'я в приватному секторі керують корпорації, тому є більша гнучкість у коригуванні пакетів оплати праці.

У державному секторі уряд та міністерство охорони здоров'я узгоджують діапазон зарплат у медичних установах. Зарплата також залежить від таких факторів, як спеціалізація, стаж і рівень досвіду. На питання «Чи задовольняє Вас рівень заробітної плати» позитивно відповіли 50% респондентів приватного сектору 28,3% респондентів державного сектору. Низька заробітна плата змушує медсестер брати додаткові ставки, що призводить до перенавантаження та зниження якості виконуваної роботи.

Розподіл відповідей співробітників державного та приватних медичних закладів на запитання «Яким є ваше щоденне навантаження пацієнтами?» подані на рис. 2.

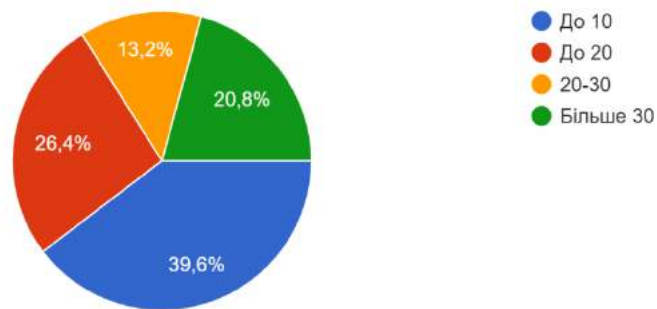


Рисунок 2. Державний сектор

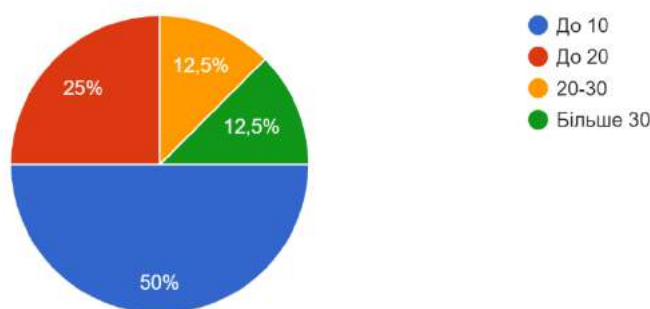


Рисунок 2. Приватний сектор

У державному секторі більша завантаженість через характер державної охорони здоров'я. Це призводить до великого навантаження на медсестер та зайнятостю робочого середовища. Для медсестер у приватному секторі робоче середовище зазвичай менш напружене, оскільки потік пацієнтів дещо нижчий.

На питання «Чи є у Вас можливість безперервного професійного розвитку?» 68 % респондентів державних закладів та 63% респондентів приватних закладів відповіли позитивно, хоча в Україні застаріла система підвищення кваліфікації. Курси для підвищення кваліфікації, що відбуваються 1 раз на 5 років, виконують формальну функцію. Медсестринська професія, за аналогією до лікарської потребує безперервного навчання (щорічне отримання певної кількості балів).

Аналізуючи проблеми, на які вказали медсестри, можна відзначити: «Можливість для медсестер брати участь в адміністративних рішеннях», «Бригада медсестер бере участь у виборі нового обладнання», «Визнання та похвала за добре виконану роботу», «Можливість кар'єрного зростання» та «Реагування адміністрації на проблеми працівників». Опитані медсестри зацікавлені у можливості долучатися до органів влади, щоб представляти

свою позицію. Таким чином, над такими ситуаціями потрібно працювати стратегічно, щоб гарантувати краще робоче середовище для медсестер і, як наслідок, кращі результати медичної допомоги. [2]

На питання «Чи маєте Ви намір змінити своє робоче середовище в найближчому майбутньому?» позитивно відповіли 87% респондентів приватних закладів та 30,2 % респондентів державних закладів, що представлено на рис. 3.

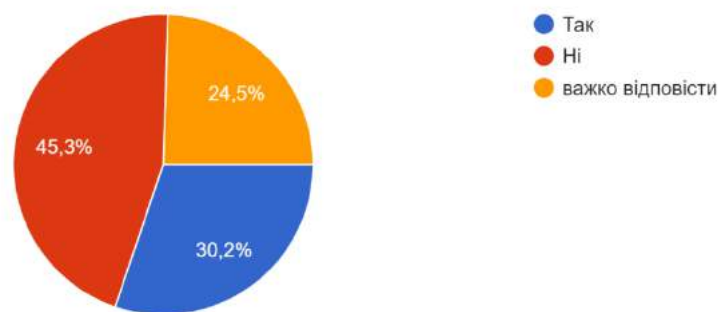


Рисунок 3. Державний сектор

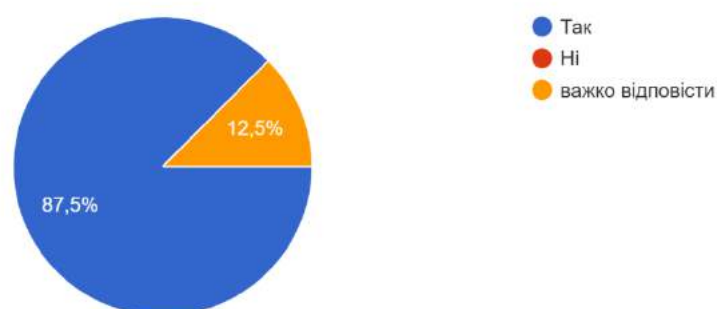


Рисунок 3. Приватний сектор

Висновки

Ніхто не процвітає в токсичному робочому середовищі, і це стосується як медичних працівників, так і їхніх пацієнтів. Орієнтований на пацієнта аспект сфери охорони здоров'я може створити складну культуру для медсестер, оскільки вони збалансовують догляд за пацієнтами та потреби персоналу. Створення здорового робочого середовища має важливе значення для медсестер, щоб розвинути сильні навички подолання, зменшити виснаження та знизити плинність кадрів.

Це дослідження є важливим для демонстрації того, що навіть у разі фінансових труднощів, з якими стикаються організації охорони здоров'я,

адміністрації можуть багато зробити для того, щоб медичний персонал був більш задоволеним і відданим якості медичної допомоги та безпеці пацієнтів.

Менеджери та самі медсестри повинні мати можливість визначати наявність чи відсутність характеристик, які сприяють професійній діяльності медсестер та покращують професійне середовище. Сестринська справа є сферою, яка постійно розвивається, тому бути гнучким і адаптуватися до нових ідей і вхідних даних є важливим для того, щоб бути проактивною медсестрою.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вежновець Т.А. (2017) Соціально-психологічне моделювання кадрового менеджменту у сфері охорони здоров'я. Автореф. дис. д.м.н. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. Київ, 28 с.
2. Дерлюк М.Д., Рега Н.І. (2016) Оцінка якості надання медичних послуг середнім медичним персоналом в умовах приватного медичного центру. Медсестринство, 4: 35–39.
3. Перепадя О.В. (2019) Методичні підходи до експертизи якості діяльності сестринського персоналу закладу охорони здоров'я на підставі індикаторів оцінки якості. Україна. Здоров'я нації, 1(54): 110–119.
4. International Council of Nurses (2014) Definition of Nursing (<http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>).
5. Numminen O, Ruoppa E, Leino-Kilpi H, Isoaho H, Hupli M, Meretoja R. Практичне середовище та його зв'язок із професійною компетентністю та факторами, пов'язаними з роботою: сприйняття новоспечених медсестер. J Nurs Менеджмент 2016;24(1):E1–11.
6. Salmond S.W., Echevarria M. (2017) Healthcare Transformation and Changing Roles for Nursing. Orthop. Nurs., 36(1): 12–25. DOI: 10.1097/NOR.0000000000000308.
7. Assessment of the nurses' work environment using the nursing work index scale. Cumhuriyet Medical Journal, December 2016, Volume: 38, Number: 4, pages: 246-257
8. Nantsupawat A., Kunaviktikul W., Nantsupawat R. (2017) Effect of nurse work environment on job satisfaction, burnout, and intention to leave. Int. Nurs. Rev., 64(1): 91–98. DOI: 10.1111/inr.12342.

БЕЗКОРОВАЙНА У.Ю.

*кандидат наук з державного
управління, викладач*

ПОЦЮРКО Н. Т.,

викладач вищої категорії,

викладач-методист

КУКСЕНКО І. В.,

викладач вищої категорії,

викладач-методист

Львівська медична

академія ім. Андрея Крупинського»

РЕФОРМУВАННЯ СІЛЬСЬКОЇ МЕДИЦИНИ НА ПРИКЛАДІ ВИСОКОРОЗВИНЕНИХ КРАЇН СВІТУ.

Гострою проблемою у світі, незважаючи на швидкі темпи розвитку медичної науки та процеси реформування в галузі, актуальними питаннями залишаються ті котрі пов'язані зі здоров'ям сільського населення, а також населення, що проживає у районах віддалених від медичних центрів.

Проводячи наукову розвідку даної тематики нами виявлено, що в наукових джерелах західного світу використовують терміни “сільське здоров'я” або “віддалене здоров'я” для того, щоб відрізнити та підкреслити проблеми медицини у сільській місцевості.

Як вважає кандидат наук з державного управління Юристовська Наталія «... сьогодні концепція дослідження «сільського здоров'я» включає широкий спектр проблем: доставки медичних послуг у село, географію, акушерство, медсестринство, соціологію, економіку та телемедицину. Багато країн збільшили фінансування досліджень щодо здоров'я сільських районів, що стимулювало створення низки відповідних науково-дослідних інститутів, зокрема Центру досліджень охорони здоров'я сільських та північних регіонів Канади, Агентства сільських районів – у Великобританії, Інституту сільського здоров'я – в Нової Зеландії, Інституту сільського здоров'я – в Австралії. Згадані науково-дослідні установи покликані визначити медичні потреби в сільській місцевості та розробити й

науково обґрунтувати відповідні політичні рішення з метою задоволення цих потреб.

Вивчаючи досвід реформування сільської медицини у зарубіжних країнах, нами досліджено, що акцент проблеми зосереджений на моніторингу. Зарубіжні науковці наголошують, що моніторинг повинні вирішувати уповноважені органи влади у цій сфері, а також впливати на формування завдань та низки інноваційних підходів. А також зазначають, що має бути розроблений уніфікований вектор визначення специфіки державних програм у сфері охорони здоров'я для сільської місцевості.

Порівнюючи фактори, що впливають на рівень здоров'я сільського та міського населення, дослідження вказують, що рівень сільського здоров'я є значно нищим, оскільки на нього діє низка чинників таких, як:

- низькі соціально-економічні умови життя;
- низький рівень освіти;
- зловживання тютюнопалінням та алкоголем;
- значно вищі показники летальності.

Існують також високі показники бідності серед сільських мешканців у багатьох частинах світу, а бідність є одним з найбільших соціальних детермінантів здоров'я. Австралійський інститут здоров'я та благополуччя повідомляє про низьку якість води та велике фізичне перевантаження працівників домашніх господарств, що впливають на боротьбу з хворобами в сільських та віддалених районах [1].

С. Герберіх, Р. Гібсон, Л. Френч, Т. Лі, В. Кар, Л. Кохевар, К. Ренер, Й. Шутке також вказують, що сільські райони часто мають менше можливостей для працевлаштування та більш високий рівень безробіття, ніж у містах. Доступні професії часто мають фізичний характер, включаючи сільське господарство, лісове господарство, риболовство, виробництво та видобуток корисних копалин, а ці заняття часто супроводжуються більшою небезпекою для здоров'я через більш жорсткі умови, важку фізичну працю, високі показники травм, використання хімікатів, шумове забруднення тощо. Таким чином, сільські робочі сили повідомляють про, що загрожують життю [2].

У всіх країнах світу, значну частку сільського населення становлять люди похилого віку, а це означає, що громади мають високий рівень соціальної залежності, оскільки на їхній території проживає мала чисельність людей працездатного віку. Це істотно впливає і на рівень

формування сільського здоров'я. Люди похилого віку мають більші потреби у медичній допомозі. Тому заклади охорони здоров'я мають знаходитися у доступній географічній локації. А віддалені гірські райони, які мають мати швидку та ефективну комунікацію з медичними працівниками. Внаслідок географічних, демографічних, соціально-економічних та інших чинників сільські райони часто страждають через відсутність доступу до медичних послуг. Так канадські вчені Дж. Роврк, Г. Хальсет і Л. Рисер Р. Вількінс, Дж. Пол, О. Адамс звертають увагу, що люди у сільській місцевості мають менший доступ до спеціалізованих медичних послуг, зокрема стоматологічних, меншу профілактичну допомогу, а у випадку надзвичайних ситуацій їх нерідко із запізненням доставляють до центральних лікарень [3,4,5,6].

Найбільшою проблемою сільської медицини є неналежне обслуговування літніх людей з довготерміновим протіканням хронічних захворювань та груп з особливими потребами, так вважають канадські учені Л. Сандерс, М. Ванке, Р. Понг та практикуючі лікарі Б. Монтгомері і К. Маклеллан [5].

Вперше на державному рівні проблеми сільської медицини були підняті 1996 р. в Австралії, коли під час проведення міжнародної літньої конференції науковці прийняли резолюцію про підтримку міждисциплінарних досліджень та підходів до проблем охорони здоров'я в сільській місцевості [6].

Конференція стала поштовхом до формування та впровадження ефективної політики надання медичних послуг сільському населенню. Того ж року у п'яти регіонах Австралії (в Брокен-Хілл, Маунт-Іса, Шеппартон, Лонсестон, Уайалла, Аліс-Спрінгс та Джеральдтон) були створені департаменти з питань сільського здоров'я (University Departments of Rural Health), які протягом перших п'яти років фінансувалися спеціальним Фондом Співдружності. Урядом прийнято комплекс заходів, спрямованих на зниження диференціації здоров'я між сільським та міським населенням [7].

На основі моніторингу проблем сільської медицини австралійськими вченими Л. Бурком, Й. Вакерманом, Д. Лайлом, А. Ларсоном, Д. Сіммонсом, Дж. Тейлором, Д. Уілкінсоном, Дж. Уокером, Дж. Хамфрісом, Дж. Е. Чалмерсом, розроблена програма сталого розвитку сільського здоров'я "Національні рамки ефективності". Ключовим

аспектом програми стала співпраця міністерства охорони здоров'я з навчальними медичними закладами, у яких розпочалась підготовка спеціалістів з сільської медицини за спеціальними програмами та курсами [6].

Успішність реформування сільської медицини в Австралії відбулось завдяки перерозподілу фінансування. Це досяглось завдяки так званого «сільського індексу» – це є науково обґрунтований показник, який додається під час формування бюджетів на охорону здоров'я Австралії до статей на сільську медицину та враховує всі проблеми віддалених регіонів.

Вивчивши успішний та ефективний досвід Австралії, щодо організування та фінансування охорони здоров'я у сільській місцевості, багато країн світу почали використовувати цю модель при реформуванні та впровадженні в охорону здоров'я сільського населення. Наприклад, у деяких провінційних округах Канади, розпочали та провадили децентралізацію первинної медичної допомоги та перейшли до більш регіонального підходу. Вивчаючи досвід Австралії можна констатувати, що Канада успішно запозичила та адаптувала модель реформування сільської медицини до власних національних потреб.

Процес адаптації запозиченої моделі реформування сільської медицини Канади, взявши вектор на свої віддалені райони, такі як північна Канада, з метою покращення та вдосконалення національного збору даних і аналізу здоров'я людей найвіддаленіших своїх районів. З цією метою було створено при Лаурентьєвському університеті Центр охорони здоров'я сільських районів. Діяльність центру спрямована на розробку індикаторів здоров'я сільських громад Канади та вивчення й популяризацію найкращих практик та моделей сільської медицини.

У 2001 р. в Канаді з метою надання консультації федеральному міністру охорони здоров'я була заснована Консультативна рада міністрів з питань сільського здоров'я. На своїй інавгураційній нараді в жовтні 2001 р. Рада визначила чотири пріоритетні напрямки, на яких зосередила свою роботу:

- 1) здорові сільської громади;
- 2) здоров'я через інформаційні технології;
- 3) охорона здоров'я людських ресурсів;
- 4) здоров'я аборигенів.

З 2008 року у Китаї та Індії почала відбуватися реформа, щодо формування та покращення громадського здоров'я у сільській місцевості. Реформа у цих двох країнах базувалася на засадах міжсекторального партнерства між сільськими громадами та органами державної влади.

Багато інших країн світу переймають досвід Австралії та Канади з метою вдосконалення державної політики і управлінських механізмів в сфері забезпечення рівного доступу до медичних послуг різних категорій населення.

Протягом останніх десяти років намітилась тенденція залучення до управління в сфері охорони здоров'я громадського сектора, зокрема різного роду недержавних організацій.

Досліджуючи та вивчаючи проведення реформ в галузі охорони здоров'я закордонних країн можна констатувати, що незважаючи на комплекс вдалих управлінських рішень у сфері організації сільської медицини, майже у всіх країнах світу залишається невирішеною проблема браку медичних кадрів у сільській місцевості. Не тільки у нашій державі ай у інших державах світу молоді випускники медичних ЗВО не мають бажання працювати у сільській місцевості і це в свою чергу стає значною проблематикою.

Від початку століття у багатьох високорозвинутих країнах існував потужний медичний кадровий голод у сільській місцевості. Науковцями та державними установами шукалися шляхи подолання даної проблеми. Задля подолання транспортних комунікацій для пацієнтів та медиків, а також постачальників медичних послуг, у географічно віддалені райони, завдяки розвитку інтернету та різноманітних он-лайн платформ, було запроваджено абсолютно нова форма комунікації – телемедицина. Іншими словами телемедициною називають технологію використання електронних інформаційних та телекомунікаційних технологій для підтримки міжміського медичного обслуговування та клінічних відносин. Телемедицина у розвинутих країнах світу пропонує свої послуги для ряду хронічних захворювань та методів превентивної медицини. Окрім телемедицини альтернативні послуги – телефонна комунікація, оскільки вона є дешевою та доступною для людей котрі живуть у сільській місцевості.

Підводячи підсумки можна констатувати, що зарубіжний досвід організації системи охорони здоров'я у сільській місцевості демонструє,

намагання усіх держав вирішувати проблему шляхом перерозподілу коштів з метою встановлення оптимального балансу між доступною широкому загалу недорогою послугою сімейної медицини і якісною високотехнологічною медичною допомогою. З метою розвитку на селі первинної превентивної ланки, в якій найбільше відчувають потребу сільські жителі, держави спрямовують свої комплексні зусилля на пошуки нових форм медичного обслуговування сільських жителів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Дванадцять принципів організації здравоохранения для любой национальной системы здравоохранения Приняты 17-й Всемирной медицинской ассамблеей.
2. Aday, L. A.; Quill, B. E.; Reyes-Gibby, C. C. (2001). Equity in rural health and health care // Handbook of Rural Health / Kluwer Academic-Penum Publishers. – New York City, 2001. P. 45–72.
3. Rural Definitions: Data Documentation and Methods // United-States Department of Agriculture. – 2008. – Retrieved January 31.
4. Humphreys, J; Hegney, D; Lipscombe, J; Gregory, G; Chater, B (February 2002). Whither rural health? Reviewing a decade of progress in rural health // *The Australian Journal of Rural Health*. – 2002. № 10 (1). – P. 2–14.
5. Pitblado, JR. So, what do we mean by "rural," "remote" and "northern"? // *The Canadian Journal of Nursing Research*. – 2005. – March. № 37 (1).- P. 163–168.
6. Plessis V., Beshiri R., Bollman, R., Clemenson H. (2001). Definitions of Rural // *Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin*. – 2001. № 3 (3).
7. Юристовська Н.Я. Механізми публічного управління у сфері забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського населення в Україні: дис. на здобуття наукового ступеня канд. наук з держ. управління: 25.00.02 /Юристовська Наталія Ярославівна. – Л., 2017. – 176 с.

*МОНАРШУК Я.Р.,
магістрантка
спеціальності «Медсестринство»
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського
Науковий керівник:
ЯРЕМЧУКО.В.,
канд.держ.упр.
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського*

АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ СЕСТЕР/БРАТІВ МЕДИЧНИХ

Незабаром атестація сестер/братів медичних відбуватиметься так, як нині в лікарів: вони відвідуватимуть заходи безперервного професійного розвитку (БПР) та здобуватимуть за це бали, які враховуватиме атестаційна комісія. Лікарі вже декілька років атестуються за цією системою, натомість для сестер/братів медичних усе нове, і на перший погляд система БПР може здаватися складною.

Із 2023 року. КМУ затвердив Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників (далі – Положення) постановою від 14.07.2021 № 725.[1] Документ набере чинності 1 січня 2022 року, а рівно через рік буде застосовуватися до молодших спеціалістів (фахових молодших бакалаврів, молодших бакалаврів, бакалаврів) з медичною освітою та провізорів.

Як працюватиме система БПР для сестер/братів медичних?

Медпрацівники мають відвідувати заходи БПР, за які отримуватимуть відповідні бали. Результати БПР враховуватиме атестаційна комісія під час атестації для присвоєння або підтвердження кваліфікаційної категорії або кваліфікації.

Заходи БПР – освітні заходи медичного спрямування, мета яких – підтримати або підвищити рівень професіоналізму і розвивати індивідуальну медичну практику, щоб задовільнити потреби пацієнтів та оптимізувати роботу сфери охорони здоров'я [1].

Провайдери заходів БПР – юридичні особи, які організують і проводять заходи безперервного професійного розвитку.

Особисте освітнє портфоліо – сукупність відомостей щодо персональних досягнень, підвищення кваліфікації, здобуття формальної, неформальної та інформальної освіти у сфері охорони здоров'я під час БПР

МОЗ має створити електронну систему БПР, а також державне підприємство, яке буде її адміністратором. У системі зберігатимуть інформацію про провайдерів та заходи БПР, обліковуватимуть бали БПР та вестимуть особисте освітнє порт фоліо [1]. Медпрацівники реєструватимуться та вноситимуть відомості до системи за допомогою засобів електронної ідентифікації, зокрема кваліфікованих електронних підписів.

Провайдер вносить до системи інформацію про захід БПР. Після цього протягом 20 робочих днів адміністратор вирішує, чи нараховувати бали за такий захід, та вносить про це відомості до системи.

Роботодавці зобов'язані дотримувати вимог щодо БПР. Коли працівник проходить БПР з відривом від виробництва, за ним зберігають середню зарплату. Роботодавець має робити це в порядку, який законодавство встановлює для працівників, яких направляють на підвищення кваліфікації. БПР фінансуватимуть за рахунок коштів державного бюджету, а також за рахунок коштів фізичних, юридичних осіб та інших не заборонених законодавством джерел.

Бали БПР нараховуватимуть за здобуття формальної, неформальної та інформальної освіти у сфері охорони здоров'я.

Формальна	Вища освіта на освітньо-науковому та науковому рівні вищої освіти Бали БПР нараховують лише за здобуття освітньо-наукового та наукового ступеня (доктор філософії, доктор наук)
Інформальна	Працівники самостійно здобувають професійні компетентності під час повсякденної роботи, пов'язаної з професійною, громадською або іншою діяльністю Підтвердженням БПР може бути публікація статті або огляду в журналі з імпаکت-фактором
Неформальна	Навчання на циклах тематичного удосконалення в закладах післядипломної освіти, структурних підрозділах закладів вищої освіти та наукових установ Професійне медичне стажування за межами місця роботи Навчання на заходах БПР, внесених у систему

КМУ дозволяє здобувати неформальну освіту у форматах:

- особиста участь працівника в освітній події у місці її проведення
- дистанційне навчання з допомогою електронних технологій у режимі реального часу або з доступом до навчальних матеріалів у зручний для працівника час
- поєднання особистої та дистанційної участі

Присутність учасників на дистанційному навчанні в режимі реального часу має бути підтверджена. Засоби підтвердження визначає провайдер заходу БПР [1] Під час заходу в учасників має бути можливість подавати свої запитання та відповіді.

Якщо працівник проходить дистанційне навчання не в режимі реального часу, його участь підтверджують фактом підключення/реєстрації на онлайн-платформі та сертифікатом про проходження дистанційного навчання. У такому сертифікаті мають бути зазначені:

- провайдер
- тема заходу
- тривалість дистанційного навчання
- прізвище та ім'я отримувача сертифіката
- дата видачі й унікальний ідентифікатор сертифіката
- Перелік заходів неформальної освіти, за які нараховуватимуть бали БПР

Підвищення самоєфективності медичних братів та сестер є ще одним доводом адвокатувати за розвиток медсестринства, а також за покращення стандартів догляду та підвищення задоволення пацієнтів від отриманих послуг за допомогою доказового практичного підходу.

ЛІТЕРАТУРА

1. «Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників» Постанова КМУ від 14.07.2021 № 725.

*ДРОФІЧ О.
студентка I-го курсу
спеціальності «Медсестринство»
Львівська медична академія
ім. А. Крутинського
Науковий керівник:
НЕДІЛЬКО Р.В.
канд.держ.упр.
Львівська медична академія
ім. А. Крутинського*

ПРЕВЕНТИВНІ МІРИ ЩОДО ЗАПОБІГАННЯ РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАННЯ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Актуальність теми полягає в тому, що цукровий діабет є неоднорідною групою захворювань, які мають спільний синдром – хронічну гіперглікемію.

Експерти ВООЗ визначили дане захворювання як епідемію, що розвивається у дорослого населення і подвоюється кожні 15–20 років. Зростання розповсюдженості цукрового діабету, особливо 2-го типу, пов'язане перш за все зі способом життя сучасної людини (гіподинамія, неправильним харчуванням).

Найбільш висока захворюваність спостерігається серед населення країн, що розвиваються, а в індустріально розвинених країнах – серед популяції етнічних меншин з низьким рівнем життя.

Нажаль, Україна належить до країн з високим рівнем захворюваності на цукровий діабет. Кількість хворих на цукровий діабет у нашій країні перевищує 1 млн. 226 тис. осіб. При цьому кількість інсулінозалежних хворих на цукровий діабет сьогодні становить близько 190 тис., з них понад 7,5 тис. – діти. Хоча багато вітчизняних науковців вважають статистичні дані заниженими через відсутність скринінгових програм виявлення цукрового діабету. У зв'язку з цим пріоритетним завданням лікарів первинної ланки є рання діагностика і лікування порушення вуглеводного обміну. Пацієнти, що мають фактори ризику розвитку цукрового діабету (обтяжна спадковість, низка маса тіла при народженні, ожиріння, метаболічний синдром), повинні обстежуватися на предмет

виявлення порушень вуглеводного обміну. Тому головним завданням медиків є виявлення та профілактика цукрового діабету, особливо II типу, на тій стадії, коли хворобу ще можна лікувати без медикаментів та запобігти розвитку ускладнень [7].

Існує так звана прихована, або латентна форма цукрового діабету. Фактична розповсюдженість захворювання в 2–3 рази перевищує зареєстровані випадки. Тому необхідно рекомендувати людям, віком від 40 років регулярно (один раз на рік) проводити скринінг на рівень глюкози в крові, особливо тим, хто має надлишкову масу тіла, або захворювання типу дерматит, екзема, парадантоз та інші, які можуть свідчити про початок цукрового діабету, а також проводити пробу на толерантність до глюкози. [2]

Вивчаючи технології діагностики даного захворювання в інших країнах ми ознайомились з дослідженнями фінських науковців, які на базі Хельсинського та Оксфордського університетів розробили універсальний аналіз крові, результати якого показують ймовірність розвитку у пацієнтів тих чи інших захворювань: від серцево-судинних патологій і цукрового діабету до деменцій. Одного забору крові (приблизно 5 мл) достатньо, щоби проаналізувати 220 біологічних маркерів та розпочати профілактику виявленої патології до того, як у пацієнта виявляться проблеми (скарги). Для найбільш ефективної профілактики, аналіз крові потрібно здавати 3–4 рази на рік [3,5] .

В продовж грудня місяця 2018 року дана система проходила тестування у Фінляндії на державному рівні. Вартість одного тесту становить приблизно 20 €. Цим тестом активно зацікавилися страхові компанії країни, які сподіваються за рахунок нових технологій, значно скоротити свої витрати – і, відповідно, вартість послуг для клієнтів [3] .

Метою нашого дослідження було раннє виявлення захворювання серед здобувачів освіти та науково-педагогічних, педагогічних працівників нашої Академії. На базі КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського», нами було організовано та проведено анонімне авторське анкетування і вимірювання рівня глюкози експрес методом.

У даному опитуванні прийняли участь здобувачі освіти I–IV курсів нашої Академії у кількості 200 респондентів та 65 респондентів науково-педагогічних та педагогічних працівників. Провівши аналіз анкетування ми обрали 54 людини (з них 4 чоловіки та 50 жінок різних вікових категорій),

які мали фактори ризику розвитку ЦД (надлишкову масу тіла, обтяжену спадковість, наявність постійних стресових ситуацій, шкідливих звичок та надмірне вживання швидких вуглеводів).

Для обраної групи було організовано проведення вимірювання рівня глюкози експрес методом. Структуровані данні визначення рівня глюкози відображені в таблиці.

Табл.1.

Вік	Кількість	Чоловіки	Жінки	Показники в межах норми	Відхилення
17-25 р.	32	- -	32	30 осіб: 3,3- 6,0 ммоль/л	2 особи: 2,2 ммоль/л (19 р.) 6,6 ммоль/л (17 р.)
26-44 р.	8	1	7	8 осіб: 3,8-5,0 ммоль/л	- -
45-60 р.	9	- -	9	6 осіб: 3,2-6,0 ммоль/л	3 особи: 6,2 ммоль/л (60 р.) 9,8 ммоль/л (55 р.) 22,3 ммоль/л. (60 р.)
61-75 р.	5	3	2	5 осіб: 3,6-5,8 ммоль/л	- -

USPSTF рекомендує проводити скринінг людям, які мають певні фактори ризику розвитку захворювання на цукровий діабет. Ці рекомендації доступні на веб-сайті USPSTF [6].

Висновок

За результатами проведення анкетування, можна зробити висновок, що у 23% опитуваних виявили середній рівень ризику виникнення цукрового діабету. Цей показник пов'язаний із стресами та надмірним споживанням швидких вуглеводів. У 4 % опитуваних виявили високий

ризик виникнення захворювання, який пов'язаний із спадковістю, та у 73% опитаних – виявили низький фактор ризику виникнення даного захворювання.

Під час проведення дослідження рівня глюкози у відібраних 54 осіб, які мали виявлені фактори ризику розвитку ЦД, у рамках проведення проекту, було виявлено 2 випадки підвищеного рівня глюкози у периферичній крові у віковій групі 45–60 років, що становив значне перевищення рівня глюкози периферичної крові (9,8 ммоль/л та 22,3 ммоль/л). Під час обстеження даних пацієнтів виявили фактори ризику виникнення цукрового діабету, а саме гіподинамія, надмірна маса тіла та обтяжена спадковість. Дані пацієнти були скеровані на детальне обстеження в ендокринологічний диспансер, де і був підтверджений діагноз цукровий діабет 2 типу і призначено відповідне адекватне лікування після додаткового обстеження.

Низький рівень глюкози (гіпоглікемію) виявлено в одній особі вікової категорії 17–25 років. Як виянилось, дана особа зловживає дієтами (має довготривалі голодування), що є одним із факторів ризику виникнення гіпоглікемії. А часті прояви гіпоглікемії призводять до того, що людина до неї звикає і перестає відчувати симптоми захворювання, що може призвести до ускладнень. Даній особі дали рекомендації щодо здорового харчування та дієти.

Поширеність діабету в Україні збільшилася за останніх 10 років на половину. Майже 3% первинної інвалідності дорослого населення в Україні є наслідком захворювання на цукровий діабет.

На основі вище сказаного, рекомендуємо проводити дослідження рівня глюкози не менше 3–4 разів на рік, а також 1 раз на рік проводити дослідження рівня глікозованого гемоглобіну, що дасть змогу ранньої діагностики та попередити розвиток цукрового діабету у населення.

У розвинутих країнах світу дані дослідження проводяться на державному рівні, чим запобігають розвитку ускладнень та інвалідизації.

Як відомо, чим раніше виявлено захворювання, тим успішніше воно лікується і значно повільніше виникають ускладнення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Клиническая эндокринология / С.Б. Шустов, В.Л. Баранов, Ю. Ш. Халимов. – М.: ООО «Издательство « Медицинское информационное агенство», 2012. – 632 с.
2. URL: <https://portal.lviv.ua>
3. Фінський стартап – Nightingale.
4. Медсестринство у внутрішній медицині: навчальний посібник/ М.Б. Шегедин, І.А. Шуляр, Л.М. Подносова, Л.П. Дацко, О.Т. Шавала. – К.: Медицина, 2009. – 176 с.
5. Бутрова С.А. Ожирение (этиология, патогенез, классификация) // В кн.: Ожирение. Метаболический синдром. Сахарный диабет 2 типа/ Под ред. И.И. Дедова. – М., 2000
6. URL: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org>
7. URL: <https://bit.ly/3VeTqqo>

*УГРИН М.І.,
студентка IV-го курсу
спеціальності 224 «Технології
медичної
діагностики та лікування»
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського
Науковий керівник:
РІЗУН Г.М., асистент кафедри
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського*

РИЗИКИ ТА НЕБЕЗПЕКА ПАРАЗИТАРНИХ ІНВАЗІЙ У МЕДИЦИНІ

Вступ. В природі надзвичайно поширено явище паразитизму. Від загальної кількості видів тваринного і рослинного світу паразити складають 6–7%. Антропогенний вплив привів до утворення нових біотопів паразитів. Стан зовнішнього середовища та несприятливі

соціально-економічні умови є причиною високого рівня розповсюдження паразитарних хвороб.

Сьогодні, в умовах глобальної трансформації навколишнього середовища різко порушуються структура та функції еволюційно сформованих паразитарних систем, виникають нові закономірності їхнього існування, змінюються екологічні властивості компонентів паразитоценозу, епідемічна значущість паразитів й інші актуальні аспекти, які вивчає сучасна паразитологія.

Паразитологія (грец. *parasitos* – дармоїд, *logos* – наука) – наука, яка вивчає біологію та екологію паразитів, їх взаємини з хазяїнами і навколишнім середовищем, захворювання, які вони викликають, і заходи боротьби з ними. Медична паразитологія вивчає питання біології і екології паразитів людини, хвороби, які вони викликають, методи їх діагностики, лікування і профілактики.

Вона розділяється на:

1) медичну протозоологію – вивчає паразитів людини з підцарства Найпростіші (Protozoa);

2) медичну гельмінтологію – досліджує паразитичних червів (гельмінтів) людини;

3) медичну арахноентомологію – вивчає представників типу Членистоногі (Arthropoda), які мають медичне значення [1,2,3].

Основна частина. Паразитарні інвазії роблять суттєвий внесок у загальний рівень захворюваності та смертності, а збитки, яких вони завдають здоров'ю населення земної кулі, посідають 4-е місце, поступаючись лише діареї, туберкульозу та ішемічній хворобі серця [4].

Протягом останніх 5 років в Україну завезені 461 випадок тропічних паразитозів, в їх числі 340 випадків малярії, 72 – амебіазу, 15 – лейшманіозу, 6 – тропічних філяріатозів та 28 випадків анкілостомідозів.

Щорічно в Україні реєструються завізні випадки малярії, причому в останні роки переважно ввозиться тропічна малярія, що обумовлене зростанням міграції населення в країни Африки та відмова мігрантів від профілактичного прийому хіміотерапевтичних протималярійних засобів. Відомо, що тяжка *falciparum* малярія залишається провідною причиною летальності і складає близько 1%, а це 1–3 млн. смертельних випадків щорічно в світі [5].

Зберігається високий рівень захворюваності на кишкові інфекції і виникають часті їх епідемічні спалахи. Широко розповсюджені різні паразитози, істотно підвищився рівень захворюваності на тканинні гельмінтози, зокрема ехінококоз, дирофіляріоз і токсокароз. У зв'язку з глобалізацією інфекцій все частіше реєструються екзотичні та нові інфекційні хвороби, що досі не були відомі. Повертаються старі, давно забуті інфекції [6].

Успіхи медицини в боротьбі з інфекційними і паразитарними хворобами незаперечні, але проблема далека від вирішення, а ситуація з паразитарними інвазіями в Україні залишається напруженою. Як підкреслюють деякі автори, паразитарні хвороби часто є останньою ланкою ланцюга диференціально-діагностичного мислення лікаря [7]. Тому, за своєчасної якісної діагностики й лікування, догляду за хворими, з урахуванням індивідуального вибору, правильного дозування препаратів, підбору й дотримання методики можна досягти високої клінічної ефективності, що є вагомим внеском у боротьбу з паразитарними хворобами.

У сучасній медицині інтенсивно розвивається така дисципліна, як паразитоценологія, яка розглядає організм людини як середовище проживання паразитів та інших симбіонтів. Актуальність паразитоценологічного напрямку вивчення інвазійної патології на сучасному етапі визначається змінами в епідеміологічних умовах: посилення масової міграції населення, надмірна урбанізація, надлишок негативних антропогенних впливів, послаблення імунітету в популяціях людей, високий рівень індустріалізації, порушення екологічного балансу та екологічні катастрофи, соціально-економічна нестабільність, неконтрольованість в утриманні господарств та організація стихійних ринків [8]. Вказані фактори призводять до збільшення ймовірності зараження населення паразитарними захворюваннями. У зв'язку з вище сказаним проблема паразитарної патології досить часто зустрічається в практиці лікаря, медичних сестер. Тому виникає необхідність підвищення рівня професійної підготовки лікарів-практиків, сестер медичних, постійно розширювати знання медичних працівників не тільки про клінічну симптоматику, діагностику та лікування інвазій, але і про епідеміологічні особливості та життєві цикли паразитів, догляд за хворими.

Висновки. Треба визнати, що паразитози залишаються найбільш розповсюдженою групою захворювань, незважаючи на те, що вони відомі ще з древніх часів і мають історію використання методів боротьби з ними. Різке зростання міграційних процесів в межах України також сприяє розповсюдженості паразитарних хвороб. Таким чином, необхідність всебічного вивчення паразитів, інвазійних хвороб, що ними викликаються залишаються актуальними і в майбутньому. Особливе значення має розробка сучасних методів діагностики найпростіших паразитів, вивчення біології цих представників та формування науково – обґрунтованих профілактичних заходів. Охорона навколишнього середовища, аналіз паразитоценозів мають стати основою громадської профілактики для збереження здоров'я населення України.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Біологія : учебник в 2-х книгах / Под. ред. В.Н.Ярыгина. – М. : Медицина, 2001. – 432 с. (книга I), 334с. (книга II).
2. Медична біологія : підручник / За ред. В.П. Пішак, Ю.І. Бажора та ін. – Вінниця: НОВА КНИГА, 2009. – 608 с.
3. Основи медичної біології : навчальний посібник з медичної біології, паразитології та генетики для студентів ВНМЗ України IV рівня акредитації / С.І. Дубінін, Н.А. Улановська-Циба, А.В. Ваценко – Полтава, 2012. – 336 с.
4. Медична біологія: [підручник для студентів медичних спеціальностей ВУЗів III–IV рівнів акредитації] / В.П. Пішак, Ю.І. Бажора. – Вінниця: Нова книга, 2009. – 655 с
5. Трихліб В.І. Тяжкі форми малярії, ускладнення та аналіз летальних випадків / В.І.Трихліб // Інфекційні хвороби. – 2012. – №3. – 48–54 с.
6. Андрейчин М.А. Медична допомога інфекційним хворим в Україні: проблеми і шляхи їх розв'язання / М.А. Андрейчин // Інфекційні хвороби. – 2012. – № 1. – 5–8 с.
7. Авдюхина Т.И., Константинова Т.Н., Кучеря Т.В. и др. Лямблиоз: Учебное пособие. – М., 2003. – 31 с.
8. Рафиев Х.К. Эффективность инсектицидов и накомарников в борьбе с малярией в республике Таджикистан / Х.К. Рафиев, Н.Б. Лукьянов, Л.Н. Базарова // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2003. – №6. – 42–44 с.

*МАКАРЕНКО А.В., студентка
IV-го курсу спеціальності
«Технології медичної діагностики та
лікування»
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського
Науковий керівник:
ФЕДОРОВИЧ У.М.
заслужений працівник освіти
України, завідувач кафедри
лабораторної медицини,
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського*

МАВП'ЯЧА ВІСПА

В 2022 році перед людьми виникло нове питання загрози здоров'ю в зв'язку зі спалахом інфекційного захворювання мавп'ячої віспи. Після оголошення про викорінення натуральної віспи у всьому світі 1980 р. віспа мавп стала найсерйознішою ортопоксвірусною інфекцією у людей.

Вірус віспи мавп – двоспіральний ДНК-вірус, що відноситься до роду Orthoroxvirus в сімействі Poxviridae. Вирізняють два генетичні штами вірусу віспи мавп: центральноафриканський (басейн річки Конго) та західноафриканський. Історично вважається, що вірус центральноафриканського штаму характеризується більш важким перебігом хвороби та більшою контагіозністю. В даний час за кордон між двома штамами приймається територія Камеруну – єдиної країни, де спостерігаються випадки зараження вірусом віспи мавп обох штамів.

Сприйнятливість до вірусу віспи мавп має низка різних видів тварин, серед яких смугасті білки, деревні білки, гамбійські щури, соні та нелюдиноподібні примати. Природна історія вірусу віспи мавп залишається незрозумілою, для визначення точного резервуара вірусу та механізму його підтримки у природі необхідні подальші дослідження.[1].

Перший випадок зараження людини віспою мавп був зареєстрований у 1970 р. у дев'ятирічного хлопчика в Демократичній Республіці Конго, де натуральна віспа була викорінена у 1968 р. З того часу більшість

зареєстрованих випадків зараження людей припадає на країни Центральної та Західної Африки, в основному на сільські поселення. поблизу тропічних лісів у долині річки Конго, зокрема у Демократичній Республіці Конго. За період з 1970 р. випадки зараження людини віспою мавп були зареєстровані в 11 африканських країнах: Беніні, Камеруні, Центрально-африканській Республіці, Демократичній Республіці Конго, Габоні, Кот-д'Івуарі, Ліберії, Нігерії, Республіці Конго, Південному Судані. Вірусне навантаження віспи мавп достеменно невідоме. Так, спалах віспи мавп у 1996–1997 роках у Демократичній Республіці Конго відрізнявся нижчою смертністю і вищим коефіцієнтом інфікування проти звичайних показників. У цьому випадку істинні або удавані зміни динаміки спалаху могли бути викликані тим, що одночасно зі спалахом віспи мавп було виявлено спалах вітряної віспи (збудник якої – вірус вітряної віспи – не є ортопоксвірусом). Масштабний спалах виник у 2017 р. у Нігерії, де було зареєстровано понад 200 підтверджених та 500 передбачуваних випадків, а смертність склала близько 3%. Повідомлення про нові випадки зараження надходять досі.

Віспа мавп є захворюванням, що має значення для охорони здоров'я на глобальному рівні, оскільки воно зачіпає не тільки країни Західної та Центральної Африки, а й увесь світ. Перший за межами Африки спалах віспи мавп стався в 2003 р. у Сполучених Штатах Америки, а джерелом інфікування став контакт із зараженими домашніми лучними собачками. Тварини утримувалися разом із ввезеними з Гани гамбійськими пацюками та сонями. У ході спалаху в США було зареєстровано 70 випадків віспи мавп. Випадки інфікування віспою мавп також реєструвалися в осіб, які прибули з Нігерії до Ізраїлю (вересень 2018 р.), Сполучене Королівство (вересень 2018 р., грудень 2019 р., травень 2021 р. та травень 2022.) та Сполучені Штати Америки (липень та листопад 2021 р.).

У травні 2022 р. з кількох неендемичних за вірусом країн надійшли повідомлення про випадки захворювання на віспу мавп. В даний час ведуться дослідження епідеміології вірусу, джерел зараження та шляхів поширення. Зоонозна передача вірусу (від тварини до людини) може відбуватися при прямому контакті з кров'ю, біологічними рідинами або ураженнями шкіри або слизової оболонки зараженої тварини. [2].

В Африці ознаки інфікування віспою мавп були виявлені у багатьох тварин, у тому числі смугастих білок, деревних білок, гамбійських щурів,

соней, а також різних видів мавп. На даний момент природний резервуар вірусу не виявлено, проте з найбільшою часткою ймовірності їм виступають гризуни. Одним з можливих факторів ризику є вживання м'яса та субпродуктів заражених тварин без відповідної термічної обробки. Люди, що живуть у лісових зонах або в безпосередній близькості до них, можуть бути схильні до деякого ризику контакту із зараженими тваринами, у тому числі опосередкованого. Можливе передавання вірусу повітряно-краплинним шляхом та при тісному контакті зі шкірними ураженнями інфікованого або предметами, нещодавно забрудненими вірусними частинками. Так як для передачі інфекції повітряно-краплинним шляхом зазвичай потрібен тривалий контакт «віч-на-віч», в зоні підвищеного ризику знаходяться медичні працівники, домочадці та інші люди, які мали тісний фізичний контакт з інфікованими.

Однак останніми роками найбільша довжина ланцюжка передачі вірусу від людини до людини в одному співтоваристві збільшилася з шести послідовних передач до дев'яти. Це можна пояснювати загальним зниженням імунітету до вірусу через припинення вакцинації від натуральної віспи. Вірус також може передаватися від матері до плода через плаценту (що може призвести до вродженої віспи мавп) або за тісного контакту під час або після пологів. Хоча тісний фізичний контакт є відомим фактором ризику передачі вірусу віспи мавп, зараз не зрозуміло, чи вірус може передаватися безпосередньо через статеві шляхи передачі. Для кращого розуміння пов'язаних із цим ризиків потрібні додаткові дослідження.

Інкубаційний період віспи мавп зазвичай становить від шести до тринадцяти днів, але може змінюватись від п'яти до двадцяти одного дня. Історично ступінь летальності віспи мавп серед загального населення варіювалася від 0 до 11 відсотків із вищими показниками серед дітей молодшого віку. Останніми роками летальність становить близько 3-6%.

Виділяють два періоди розвитку інфекції: 1. Період інвазії (тривалістю 0–5 днів), для якого характерна лихоманка, сильний головний біль, лімфоденопатія, біль у спині, міалгія та сильна астения. Лімфоденопатія є патогномонічним симптомом віспи мавп у порівнянні з іншими хворобами зі схожими початковими симптомами (вітряна віспа, кір, натуральна віспа); 2. Період висипань на шкірі, який зазвичай починається через один-три дні після підвищення температури. Висипання частіше концентруються на

обличчі та кінцівках, ніж на тулубі. В основному вони вражають особу (у 95% випадків), долоні та підошву стоп (у 75% випадків). Крім того, можуть уражатись слизові оболонки порожнини рота (70%), геніталії (30%), кон'юнктиви (20%), а також рогівка очей. Висипання проходять кілька етапів розвитку: від макулопапул (уражень шкіри з плоскою основою) до папул (злегка піднятих твердих утворень), везикул (наповнених прозорою рідиною пухирців) та пустул (наповнених жовтуватою рідиною пухирців), а потім кірок, які після висихань відпадають. Кількість шкірних уражень на тілі людини варіюється від поодиноких осередків до кількох тисяч. У важких випадках вогнища ураження можуть зливатись, що може призвести до відшарування великих ділянок шкіри. У більшості випадків віспа мавп – захворювання, що купується самостійно, і його симптоми зникають через два – чотири тижні.

Тяжкі випадки хвороби зазвичай виникають у дітей і пов'язані з тривалістю контакту з вірусом, станом здоров'я пацієнта та природою ускладнень. Пацієнти з імунодефіцитом ризикують серйознішим наслідками хвороби. Хоча в минулому вакцинація від натуральної віспи забезпечувала певний ступінь захисту, сьогодні люди молодші 40-50 років (залежно від країни) можуть бути більш сприйнятливими до віспи мавп через припинення кампанії з вакцинації від натуральної віспи у всьому світі після викорінення цього захворювання. Ускладнення у разі віспи мавп включають вторинні інфекції, бронхопневмонію, зараження крові, енцефаліт, а також інфекцію рогівки, яка може призвести до втрати зору. Можливість перебігу хвороби у безсимптомній формі нез'ясована.

Для проведення ПЛР-тестування найкраще підходять зразки, взяті з вогнищ шкірних виразок: покривка або рідина, взята з везикул і пустул, або кірки.

Біопсія: взяті з вогнищ шкірних уражень зразки слід зберігати в сухих стерильних пробірках (а не у спеціальному середовищі для транспортування вірусних матеріалів) та тримати у холоді. Для інтерпретації результату дуже важливо, щоб разом із зразком було надано інформацію про пацієнта, включаючи: (а) приблизну дату підвищення температури тіла; (б) дату появи висипки; (с) дату взяття зразка; (д) поточна стадія хвороби (етап розвитку висипу); та (е) вік хворого.

Клінічний догляд за пацієнтами з віспою мавп повинен забезпечувати полегшення симптомів, а також запобігання ускладненням та

довгостроковим наслідкам. Пацієнтам слід забезпечити повноцінне харчування, а саме їжу та пиття. Побічні бактеріальні інфекції слід лікувати за показаннями. У 2022 р. Європейське агентство з лікарських засобів (ЕМА) ліцензувало для лікування віспи мавп розроблений для лікування натуральної віспи противірусний препарат тековірімат після того, як препарат пройшов клінічні випробування на тваринах та людях. Препарат поки не набув широкого поширення. При використанні тековірімату для лікування пацієнтів бажано вести моніторинг у контексті клінічних досліджень з метою подальшого збирання даних.

Основною стратегією профілактики віспи мавп є підвищення поінформованості про фактори ризику та заходи обмеження контакту з вірусом. В даний час ведуться наукові дослідження, спрямовані на вивчення можливості та доцільності вакцинації для профілактики та контролю віспи мавп. У низці країн розробляється або вже застосовується стратегія вакцинації осіб, які перебувають у групі ризику, наприклад, співробітників лабораторій, лікарів швидкої допомоги та інших медичних працівників.

У 2019 р. для профілактики віспи мавп було схвалено нову дводозову вакцину на основі модифікованого вірусу коров'ячої віспи (штам Ankara). Доступ до вакцини поки що обмежений. Через перехресну імунну реакцію на ортопоксвіруси вакцини для профілактики натуральної віспи та віспи мавп розробляються на основі вірусу коров'ячої віспи. За результатами кількох обсерваційних досліджень, ефективність вакцини від натуральної віспи для профілактики віспи мавп становить близько 85 відсотків. Вакциновані від натуральної віспи в минулому можуть переносити віспу мавп у легшій формі.[1].

Не дивлячись на пильну увагу науковців щодо питання розповсюдження інфекційного захворювання викликаного вірусом мавпячої віспи, досі залишається безліч питань, відповіді на які ще належить знайти.

ЛІТЕРАТУРА

1. 2022 Monkeypox Outbreak: Global Trends. World Health Organization. Produced on 30 August 2022 [32] (англ.)
2. WHO. Monkeypox. 19 May 2022. Key facts [33] [Архівовано 21 квітня 2022] (англ.)

*ШЕВЧУК І.-Ю.Р., магістрантка
спеціальності 223 Медсестринство
Науковий керівник:
ШЕГЕДИН Я.Ю.
канд.держ.упр.
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського*

ОСНОВА МЕНЕДЖМЕНТУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Управління сферою охорони здоров'я – це область, яка напряду пов'язана з лідерськими якостями менеджерів, управлінням та адмініструванням систем громадської охорони здоров'я, лікарень та лікарняних мереж. Управління лікарнею – це в першу чергу ресурс для тих, хто має обов'язки керівника лікарні, для того щоб забезпечити максимально ефективно лікування пацієнтів.

Менеджмент охорони здоров'я, або його ще називають медичний менеджмент – це загальний термін, який включає в себе використання людських, економічних, господарських, матеріальних та комп'ютерних ресурсів для ведення та лікування пацієнтів. Стратегії медичного управління створені для зміни поведінки споживачів та постачальників медичних послуг з метою покращення якості надання медичної допомоги. Тому особливої уваги в умовах ринкової економіки заслуговує фінансово-господарська діяльність медичних закладів [1].

Медичне керівництво складається з дипломованих фахівців в сфері охорони здоров'я та великим клінічним досвідом, що дозволяє контролювати тактику ведення пацієнта, його лікування та реабілітацію. Існують технології відбору ефективних проєктів, програм (експертні, конкурсні і ін.) [2, 3] Проте, коли постає питання кваліфікованого управління сферою охорони здоров'я – дипломованих менеджерів, як правило, недостатньо для раціонального управління адміністративною одиницею. В результаті змальовується комплекс функціонально виражених підцілей програми з оцінками відносної важливості кожної підцілі і кількісно вираженими цільовими нормативами, розробляються варіанти комплексів об'єктивно виражених цілей, при цьому цілі оформляються у

вигляді функціонального або об'єктивно виражених потреб, які задовольняються у разі досягнення основної мети [4].

Це переважно стосується сектору державної медицини. Вирішення питання раціонального менеджменту в сфері охорони здоров'я стало надзвичайно важливим в наш час. Якісна медична послуга та коректний менеджмент – ключ к створенню якісних та привабливих для користувача медичної послуги закладів. Науковий прогрес сьогодення пов'язаний з медичними проблемами також направлений на підтримку думки про те, що раціональний кваліфікований менеджмент у сфері охорони здоров'я – новий крок до удосконалення галузі. Для виконання цієї роботи створюються спеціальні інформаційні центри, оснащені новітніми комп'ютерами, набором периферійної і термінальної техніки і обслуговувані кваліфікованим персоналом [5]. Таким чином, управління реалізацією програми можна вести в автоматизованому режимі, що дозволяє керівництву, позбавившись від дрібних поточних справ, вести творчу роботу [5, 3].

Здоров'я людини – це ресурс від якого залежить її благополуччя. Коли здоров'я людини порушується це приводить до прагнення виправити ситуацію в найбільш короткий термін та на найбільш комфортних умовах. Така людина і є пацієнтом. Інтерес пацієнта – за найбільш короткий проміжок часу повернути втрачене. Інтерес медичного персоналу – задовільнити потребу пацієнта якомога швидше таким чином, щоб пацієнт, у разі необхідності, повернувся саме до цього закладу охорони здоров'я . Інтерес закладу охорони здоров'я витратити на лікування кожного пацієнта якомога менше ресурсу. І звідси впливає головна мета менеджера – скоординувати роботу закладу таким чином, щоб інтереси пацієнта, медичного персоналу та лікарні були задовільнені в повній мірі без утиску інтересів жодної зі сторін.

ЛИТЕРАТУРА

1. http://www.business-inform.net/export_pdf/business-inform-2016-1_0-pages190_194.pdf
2. Законопроект України "Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування" // <http://www.rada.gov.ua> – 12.03.2017.
3. Про затвердження державних нормативних потреб у стаціонарній медичній допомозі у розрахунку на 10 тис. населення: Постанова Кабінету Міністрів України №640 від 28.06.17р. // <http://www.rada.gov.ua>.

4. Бакуменко В.Д. Формування державно-управлінських рішень: проблеми теорії, методології, практики: Моногр. – К.: Вид-во УАДУ, 2012. – 245 с.

5. Інновації : понятійно-термінологічний апарат, економічна сутність та шляхи стимулювання : навч. посіб. – К. : Центр навч. літ., 2005. – 118 с.

БЕЗКОРОВАЙНА У. Ю.,

канд.держ.упр.

Львівська медична академія

ім. А. Крупинського

ЯРЕМЧУК О. В.,

канд.держ.упр.

Львівська медична академія

ім. А. Крупинського

РОЛЬ СЕСТРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ В НАДАННІ ПОСЛУГ У ПЕРВИННІЙ МЕДИКО-САНІТАРНІЙ ДОПОМОЗІ В УКРАЇНІ.

Найголовнішим завданням держави є збереження життя та здоров'я людини. Функціонування органів управління й закладів охорони здоров'я перебуває в тісному взаємозв'язку з діяльністю практично всіх інших сфер життєдіяльності суспільства держави.

Останні роки в Україні запроваджено реформування системи охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я України ініціювало розробку «Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні». Метою даної стратегії є покращення показників здоров'я населення, підвищення доступності пацієнтів до послуг, підвищення стандартів сфери та трансформування застарілої системи надання послуг, зокрема на рівні первинної медико санітарної допомоги [1].

В Україні спостерігається високий рівень незадоволеності українського суспільства станом національної системи охорони здоров'я, якістю надання медичної допомоги й медичних послуг, якістю фармацевтичних препаратів та їх ціноюю недоступністю. Водночас мотиваційна складова роботи медичних працівників (фінансова, моральна) не відповідає рівню сучасних вимог до забезпечення життя та роботи

кваліфікаційного працівника. Це зумовило потребу впровадження змін у систему державного управління охороною здоров'я.

Від самого початку реформи охорони здоров'я була прийнята низка ключових законодавчих та нормативних актів, які повинні були підтримати впровадження реформи (Табл. 1). Реформа впроваджувалася у декілька етапів. Перший етап законодавчої реформи зосереджувався на реформі ПМСД, а другий – на спеціалізованій (вторинній та третинній) допомозі [2].

Табл. 1

Ключові законодавчі та нормативні акти

Номер	Назва документу	Дата затвердження	Рівень затвердження
1013-р	Розпорядження Кабінету Міністрів «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я»	30 листопада 2016 року	Кабінет Міністрів України
180	«Доступні медичні програми»	16 березня 2017 року	Кабінет Міністрів України
2168-VIII	Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»	19 жовтня 2017 року	Верховна Рада України
2206-VIII	Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»	14 листопада 2017 року	Верховна Рада України
1101-2017-п	Постанова «Про утворення Національної служби здоров'я України»	27 грудня 2017 року	Кабінет Міністрів України
2246-VIII	Закон України «Про Державний бюджет України на 2018 рік»	7 грудня 2017 року	Верховна Рада України
503	Наказ Міністерства Охорони Здоров'я України «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу»	19 березня 2018 року	Міністерство Охорони Здоров'я України
504	Наказ Міністерства Охорони Здоров'я України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»	19 березня 2018 року	Міністерство Охорони Здоров'я України
407	Постанова «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік»	25 квітня 2018 року	Кабінет Міністрів України
2696-VIII	Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про Державний бюджет України на 2019 рік»	28 лютого 2019 року	Верховна Рада України

Досліджуючи дане питання, ми вивчали думку сестер/братів медичних, які працюють в ПМСД. По-перше, увага медичного персоналу зосереджена на пацієнтові, тим самим знижує навантаження на лікаря, який в цей момент може займатися більш складними пацієнтами. До позитивних сторін реформування галузі сестри/брати медичні відзначають, що їм подобаються щільніші робочі графіки, ближча та тісніша робота з пацієнтами та більш глибоке розуміння проблем громади. Зокрема медичні працівники зазначили п'ять ключових якостей, які повинна мати сестра/брат медичніна цій посаді. А саме:

- Професійність;
- Вміння працювати в команді;
- Повна відповідальність за здоров'я людей (у профілактиці та лікуванні);
- Увага до пацієнта;
- Зниження навантаження на лікаря.

Завдяки гарному розумінню проблем кожного окремого пацієнта та багатьом зустрічам з пацієнтами та їх сім'ями, сестри/брати медичні на високому рівні відпрацьовують взаємовідносини з пацієнтами, роблячи послуги більш привітними та персоналізованими. Сестри/брати медичні також спрощують плин загальної роботи завдяки їхнім навичкам вирішувати проблеми та питання пацієнтів тільки-но вони з'являються. Також було відзначено, що медичний персонал допомагають заспокоїти пацієнтів; вони більш доступні для пацієнта у той час, коли лікарі зайняті більш складними пацієнтами.

Отже, медичні сестри та медичні брати можуть проводити школи пацієнтів, вчити їх правильно доглядати за собою, правильно організувати життя з наявною хворобою. Цю роботу медичні сестри та брати виконують компетентно, з милосердям. Вони ставляться до пацієнта з повагою, і пацієнти натомість дослухаються до них.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Яремчук О.В. Удосконалення державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні: дис. на здобуття наукового ступеня канд. наук з держ. управління: 25.00.02 /Яремчук Оксана Василівна. – З., 2020. – 184с.
2. К. Балабанова Центр розвитку медсестринства Міністерства охорони здоров'я України, спеціально для УП. Життя. URL: <https://cutt.ly/pX1gabr>

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ В ОСВІТНЬОМУ ПРОСТОРИ ЗВО

ГВОЗДЕЦЬКА Г.С.

*завідувачка сестринського відділення,
викладач-методист*

фаховий медичний коледж

*Івано-Франківського національного
медичного університету,*

ГЛОВ'ЯК В.Г. завідувач

навчально-виробничої практики

фаховий медичний коледж

*Івано-Франківського національного
медичного університету,*

БУЛЬБУК О.І.

доцент, к.мед. наук, директор

фахового медичного коледжу

*Івано-Франківського національного
медичного університету,*

СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ ЯК СКЛАДОВА КЛІНІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 223 МЕДСЕСТРИНСТВО

У сучасному світі, в епоху активного розвитку високотехнологічної медицини, суспільство ставить підвищені вимоги до якості надання медичних послуг. Одним із методів підвищення якості практичної підготовки студентів спеціальності 223 Медсестринство (акушерок, фельдшерів, медичних сестер) є використання симуляційних технологій.

Симуляційне навчання дає змогу вирішити проблему якісного оволодіння практичними навичками та командної роботи при наданні невідкладної долікарської допомоги. Особливо важливим симуляційне навчання, як один з основних напрямів набуття практичних навичок, умінь та знань, є в період пандемії COVID-19. Дана сучасна технологія заснована на реалістичному моделюванні та імітації клінічної ситуації з

використанням різноманітного навчального обладнання та медичного інструментарію.

На базі Івано-Франківського національного медичного університету для проведення симуляційного навчання створені кафедральні навчально-практичні центри, симуляційний центр та центр ОСКІ, де проводяться навчання студентів згідно з робочими програмами. На кафедрі акушерства та гінекології ім. І.Д.Ланового ІФНМУ навчально-практичний центр оснащений сучасними акушерськими та гінекологічними фантомами, необхідним акушерсько-гінекологічним інструментарієм, алгоритмами виконання практичних навичок та телевізійною можливістю перегляду тематичних відеофільмів. Всі студенти спеціальності 223 Медсестринство (ОПП «Лікувальна справа», ОПП «Сестринська справа»), вивчаючи дисципліну «Гінекологія», «Медсестринство в гінекології», мають змогу відпрацювати практичні навички із переліку, затвердженого згідно їхнього навчального плану. Сюди належать: командна робота (спілкування зі стандартизованим пацієнтом, роль якого виконує студент, збір анамнезу, зокрема акушерсько-гінекологічного; постановка попереднього діагнозу на основі почутого та даних отриманих результатів); проведення клінічного обстеження молочних залоз в нормі та патології; огляд шийки матки в дзеркалах (в нормі та різних варіантах патологічних уражень); взяття мазків з метою різних досліджень; бімануальне обстеження в нормі та при патологічних змінах органів малого тазу.

З метою відпрацювання та обговорення алгоритму практичних навичок в умовах дистанційного навчання, а також для максимального наближення здачі державної атестації випускників до ОСКІ в умовах пандемії, на кафедрі відзнято ряд коротких відеофільмів із їх виконанням. Відеозаписи надають можливість студентам разом з викладачем проводити поетапний розбір випадку, що формує в студентів впевненість у собі, бажання вчитися та поглиблювати свої знання. Важливим розділом симуляційного навчання є відпрацювання навичок надання невідкладної допомоги пацієнтам в критичних станах. Зміст навчання в подібних центрах має бути націлений як на освоєння окремих навичок, так і на відпрацювання функціонування в міждисциплінарну команду, включаючи вдосконалення норм професійної етики і деонтології.

Робота в навчально-практичному центрі має ряд переваг, оскільки дає можливість уникнути стресових ситуацій для студентів під час перших

самостійних маніпуляцій; відпрацювати навички необмежену кількість разів; розвивати як індивідуальні вміння і навички, так і командну взаємодію, а також складання алгоритму дій при невідкладних станах в акушерстві та гінекології.

Отже, створення навчально-тренінгових центрів симуляційної медицини є потребою часу та невід'ємною частиною навчання студентів у сучасних умовах при вивченні дисципліни «Гінекологія». Симуляційне навчання не є альтернативою «живого» спілкування з пацієнтом, а засіб зробити це спілкування більш ефективним і комфортним для хворого і студента. Застосування симуляційних технологій покликане підвищити ефективність навчального процесу, рівень професійної майстерності та практичних навичок медичних працівників, забезпечивши їм найефективніший і найбезпечніший перехід до медичної діяльності в умовах реального часу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Модернізація організації навчального процесу в університеті: сучасні принципи викладання на європейських засадах / Н. К. Гребень, Л. І. Остапюк, М. Р. Мруга, О. В. Стеченко // Реалізація Закону України «Про вищу освіту» у вищій медичній та фармацевтичній освіті України : тези доп. Всеукр. навч.-наук. конф. – Тернопіль : ТДМУ, 2015. – С. 87–88.
2. Створення симуляційного центру: засади та керівні настанови. Досвід програми «Здоров'я матері та дитини»: посібник. – К.: Вістка, 2015. – 56 с.
3. Закон України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 р. № 1556-VII. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>.
4. Артьоменко С.С. Симуляційне навчання в медицині: міжнародний та вітчизняний досвід / В.В. Артьоменко, С.С. Семченко, О.С. Єгоренко [та ін.] // Одеський медичний журнал. – 2015. – № 6. – С. 67–74.

*ДУМАС І.Р.,
студентка групи III ЛДф-1
спеціальності
«Лабораторна діагностика»
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського
Науковий керівник:
ЗАСАНСЬКА Г.М.,
викладач вищої
кваліфікаційної категорії,
Львівська медична академія
ім. А. Крупинського*

ІННОВАЦІЙНІ ОСВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ ТА ВИКЛАДАННЯ У ВИЩІЙ ШКОЛІ

У статті здійснено аналіз актуальних ідей з проблеми застосування інноваційних освітніх технологій навчання та викладання у вищій школі. Особливий акцент поставлено на способах втілення інноваційних освітніх технологій у ВНЗ. Виняткову увагу приділено інтерактивній технології навчання та викладання у вищій школі.

Ключові слова: інноваційні освітні технології, технології навчання та викладання у вищій школі, інтерактивна технологія.

Актуальність. XXI століття – епоха інформаційного суспільства, в якому домінантного значення набуває не матеріально-технічна галузь, а духовне виробництво. Останнє визначальним вектором свого глобального прискореного розвитку має інноваційні інформаційні технології. Ці ресурси проникли у всі сфери людського буття і, здебільшого, визначають його прогрес та успіх. Інформаційні технології набули специфічного застосування і в галузі освіти. Вони базуються, зокрема, на теорії мовної комунікації як виду діяльності. Її ключовим структурним елементом виступає слово, що слугує формою передачі інформації, яка відображає акумульований досвід попередніх поколінь. Комунікація, її алгоритм, технологія є важелем впливу як на індивідуальну свідомість так і на суспільну. В результаті спілкування формуються цінності, переконання,

ідеали, світогляд людей, спосіб їх мислення, стиль життя, сценарії поведінки тощо.

Зрозумілим є посилений інтерес сучасних науковців до актуальних питань щодо розробки інноваційних освітніх технологій впливу на особистість та способів їх ефективного й оптимального використання у навчально-виховному процесі вищої школи. У ньому особливий акцент поставлено не тільки на сутності освітньої технології, її змісті, а й на можливості якісної передачі інформації, досвіду викладачем, тобто на володінні ним інноваційними технологіями навчання та викладання навчального матеріалу. Саме освітні інноваційні технології навчання та викладання у ВШ виступають одним із основних інструментів діяльності викладача, який окрім багатоаспектного знання свого предмету повинен вміти науково доступно та цікаво представити освітній матеріал для студентства. Інноваційні освітні технології навчання та викладання у ВШ забезпечують відповідь на одне з найголовніших питань освітнього процесу: як, яким чином представити, передати нові знання та створити умови для засвоєння, набуття передбачених програмою, навчальним планом вмінь і навичок студентами.

У сучасних умовах реформування системи освіти України набула актуальності проблема профпідготовки фахівців. Її розв'язання полягає у відродженні українським суспільством національної ідеї, відкритості зарубіжному досвіду, утіленні перспективних інноваційних освітніх технологій розвитку, навчання, викладання у ВНЗ. У цьому процесі особливої актуальності та визначального значення набувають технології та техніки навчання та викладання дисциплін у ВШ.

Одна з найважливіших проблем викладання у ВШ – проблема технологій навчання – залишається актуальною як у теоретичному, так і у практичному плані. Від її вирішення залежать і навчальний процес, і діяльність викладача й студентів, а отже, й результат навчання у вищій школі в цілому.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Останні дослідження присвячені інноваційним освітнім технологіям навчання та викладання акцентують увагу наукової спільноти на історичному аспекті становлення та розвитку освітніх технологій. Зокрема, як зазначав раніше автор цієї статті у навчальному посібнику "Методика викладання у вищій школі", технології навчання та викладання (соціально-педагогічні) – це чіткий

логічний змодельований алгоритм дій студента та викладача спрямований на досягнення мети [2, с. 17]. Дане визначення базується на власному педагогічному досвіді автора та науковому доробку корифеїв педагогічної науки. У яких значний професійний інтерес викликає питання обґрунтування сутності педагогічної технології.

Метою публікації є аналіз та висвітлення змісту інноваційних освітніх технологій навчання та викладання у вищій школі. Для досягнення мети були реалізовані наступні **завдання**:

- охарактеризовано зміст інноваційних освітніх технологій навчання та викладання;

- проаналізовано сутність актуальних ідей з проблеми застосування інноваційних освітніх технологій у вищій школі;

- обґрунтовано питання ефективності інтерактивних технологій навчання та викладання у ВНЗ.

Основна частина. Педагогічна технологія – це послідовний і безперервний рух взаємозалежних компонентів, етапів, станів педагогічного процесу й дій його учасників. Радянський педагог А.С. Макаренко виховний процес розглядав як специфічно організоване "педагогічне виробництво". Він був супротивником стихійності процесу виховання й висував ідею розробки "педагогічної техніки". Розробляючи "радянську виховну техніку", Макаренко на практиці вдосконалив "техніку дисципліни", "техніку розмови педагога з вихованцем", "техніку самоврядування", "техніку покарання" [2, с. 17]. Продуманість дій, їх послідовність було спрямовано на проектування в людині всього найкращого, формування сильної, багатогої натури.

У 1989 р. з'явилася перша самостійна праця з педагогічного проектування відомого педагога В.П. Беспалько, який поклав початок цій важливій галузі педагогіки. Педагогічне проектування полягає в тому, щоб створювати можливі варіанти майбутньої діяльності й прогнозувати її результати. Об'єктами педагогічного проектування можуть бути: педагогічні системи, педагогічний процес, педагогічні ситуації. Педагогічний процес для педагога є головним об'єктом проектування як єдине ціле тих компонентів (факторів), що сприяють розвитку студентів та викладачів у їх безпосередній взаємодії. Педагогічна ситуація як об'єкт проектування завжди існує в межах якого-небудь педагогічного процесу, а через нього – у межах певної підсистеми.

У наш час проблемами розробки та втілення інноваційних освітніх технологій навчання та викладання займалися В. І. Андреев, І. М. Дичківська, К. К. Колін, Н. І. Криворучко, І. П. Підласий, В. Д. Симоненко, В. А. Сластенін, В. В. Шапкін та інші.

Зокрема, Н.І. Криворучко стверджує, що серед технологій, що активно застосовуються в педагогічній практиці, можна виділити традиційні та інноваційні. Їх порівняльний аналіз дозволяє виділяти як позитивні, так і негативні сторони. Так, до переваг традиційних технологій можна віднести: науковість (помилкових знань бути не може, можуть бути тільки неповні); організаційна чіткість педагогічного процесу, постійний ідейно-емоційний вплив особистості викладача; оптимальні витрати ресурсів при масовому навчанні; впорядкована, логічно структурована подача навчального матеріалу, орієнтація на розвиток пам'яті (запам'ятовування і відтворення); доступність; врахування вікових та індивідуальних особливостей студентів; усвідомлення завдань і активність.

Проте традиційним технологіям властиві і недоліки: характер відносин між викладачами та студентами типу "суб'єкт-об'єкт", орієнтація на формування шаблонного мислення; відсутність орієнтації на розвиток творчого потенціалу, пригнічення ініціативи, однаковий підхід до всіх студентів.

Під інноваційними процесами в освіті розуміють процеси виникнення, розвитку і проникнення в широку практику педагогічних нововведень, оскільки інновація – це не лише створення і впровадження нововведень, а й такі зміни, які мають визначальний характер, супроводжуються змінами в різновидах діяльності, стилі мислення. Впровадження інновацій у педагогічний процес навчального закладу покликане забезпечити підвищення якості навчання студентів або знизити витрати на досягнення звичних результатів освіти.

Інноваційна педагогічна діяльність полягає у розробці, поширенні чи застосуванні освітніх інновацій. Метою будь-якого нововведення є підвищення ефективності педагогічного процесу. Ступінь ефективності нововведення залежить від того, яких витрат потребує конкретне нововведення і як довго воно даватиме корисний ефект. Якщо через незначний час після впровадження нововведення актуальною буде проблема щодо освоєння нового, яке нейтралізує дію попереднього, то корисний ефект такого нововведення не може бути значним, а значить

витрати на його впровадження виявляться невиправданими. Отже, ефективність нововведення залежить від досягнутого завдяки йому корисного ефекту, тривалості використання інноваційної освітньої технології, витрат на її впровадження [1, с. 60-65].

Освітня технологія – це модель спільної роботи викладача та студентів з планування, організації та проведення реального процесу навчання за умови забезпечення комфортності для всіх суб'єктів освітньої діяльності. Вибір освітньої технології – це завжди вибір стратегії, пріоритетів, системи взаємодії, тактик навчання та стилю роботи викладача з студентами.

Технологія навчання – системна категорія, структурними складовими якої є: мета навчання; зміст навчання; засоби педагогічної взаємодії (засоби викладання й мотивація); організація навчального процесу; студент, викладач; результат діяльності (у тому числі й рівень професійної підготовки). Таким чином, ця технологія припускає організацію, керування й контроль процесу навчання, його напрями.

Поняття "технологія навчання" на сьогоднішній день не є загальноприйнятною у традиційній педагогіці. Проте для традиційного процесу навчання існували й існують традиційні технології, якими викладач користується в навчальному процесі, не застосовуючи самого терміна. У "Тлумачному словнику" В. Даля ми можемо знайти визначення технології як науки про техніку. Техніка – мистецтво, знання, вміння, прийоми роботи тощо. Отже, зміст, техніки та засоби цієї технології перебувають у взаємозв'язку й взаємозумовленості. Педагогічна майстерність викладача полягає в тому, щоб забезпечити потрібний зміст, застосувати оптимальні методи й засоби навчання відповідно до програми й поставлених педагогічних завдань [2, с. 18].

Класифікації технологій навчання за А.Я. Савельєвим є такою: за спрямованістю дії (учнів, студентів, викладачів); за цілями навчання; за предметним середовищем (гуманітарні, природничі, технічні дисципліни); за застосовуваним технічним засобам (аудіовізуальні, комп'ютерні, відеокомп'ютерні тощо); за організацією навчального процесу (індивідуальні, колективні, змішані); за методичним завданням (технологія одного предмета, засобу, методу) [2, с. 18]. Теоретичний доробок сучасних вчених-освітян та власний педагогічний практичний досвід автора статті

дозволяє класифікувати інноваційні освітні технології за критерієм їх змісту та способу передачі інформації на такі різновиди:

- Особистісно-орієнтована технології впливу на особистість.
- Інтерактивна технологія навчання та викладання.
- Інформаційно-комунікативна технологія навчання та викладання.
- Технологія навчальних проєктів.
- Інтегрована розвивальна технологія.
- Модульно-рейтингова технологія.

Загальновідомо, що практично всі розвинені країни проводили різні за глибиною й масштабами реформи національних систем освіти, вкладаючи в них величезні фінансові кошти. Реформи вищої освіти набули статусу державної політики, тому що держави стали усвідомлювати – рівень вищої освіти у країні визначає її майбутній розвиток. У руслі цієї політики вирішувалися питання, пов'язані із зростанням контингенту студентів і кількості ВНЗ, якістю знань, новими функціями вищої школи, кількісним збільшенням обсягів інформації й поширенням інноваційних інтерактивних технологій навчання та викладання. У останні 10–15 років у світі все наполегливіше дають про себе знати проблеми, які не вдається вирішити у рамках реформ, тобто в рамках традиційних методичних підходів, і всі частіше говорять про всесвітню кризу освіти. Сучасний розвиток суспільства вимагає нової системи освіти – "інноваційного навчання", що сформувало б у студентів здатність до проєктивної детермінації майбутнього, відповідальність за нього, віру в себе й свої професійні здібності та можливість впливати на власне майбутнє.

У нашій країні криза освіти має подвійну природу. По-перше, вона є виявом глобальної кризи освіти, по-друге, відбувається на тлі й під значним впливом кризи держави, всієї соціально-економічної та суспільно-політичної системи. У такій ситуації найефективнішою є гуманістична методологія, головним об'єктом уваги якої є людина, її духовний розвиток, система цінностей та обмін якісною інформацією, ефективна взаємодія між особистостями. Крім того, нова методологія, покладена в основу освітнього процесу, ставить завдання формування моральних і вольових якостей творчої особистості. У зв'язку із цим цілком чітко постає проблема втілення інтерактивних технологій навчання та викладання.

Адже, одним із інноваційних підходів, здатним формувати активну, творчу, самодостатню особистість, виступає інтерактивне навчання, яке реально забезпечує перехід від педагогіки знаючої до розвивальної, до опанування студентами умінь і навичок, саморозвитку особистості.

Для позначення навчальної роботи, заснованої на безпосередній взаємодії студентів та педагогів, дослідники вживають такі найменування, як "групова робота", "спільна навчальна діяльність", "сумісно-розподілена навчальна діяльність", "колективно-розподілена навчальна діяльність", "навчальне співробітництво" і ін. У даний час у вітчизняній педагогічній психології частіше використовується термін "навчальне співробітництво" як найбільш ємкий, діяльнісно-орієнтований і загальний стосовно інших термінів, що позначає в той же час багатобічну взаємодію всередині навчальної групи і взаємодію вчителя з групою. Співробітництво як спільна діяльність, як організаційна система активності взаємодіючих суб'єктів характеризується: 1) просторовою і тимчасовою присутністю, 2) єдністю мети, 3) організацією і керуванням діяльністю, 4) поділом функцій, дій, операцій, 5) наявністю позитивних міжособистісних відносин [2, с. 79]. При цьому мова йде не просто про дію, не просто про вплив одного суб'єкта на іншій (хоча цей момент не виключається), а саме про взаємодію.

Отож, у педагогіці розрізняють кілька моделей навчання:

— пасивна – учень виступає в ролі (об'єкта) навчання (слухає й дивиться);

— активна – учень виступає (суб'єктом) навчання (самостійна робота, творчі завдання);

— інтерактивна – ("inter" – взаємний, "act" – діяти) [2, с. 80].

Процес навчання здійснюється в умовах постійної, активної взаємодії всіх учнів.

Інтерактивне навчання – спеціальна форма діяльності; це діалогове навчання, під час якого відбувається взаємодія викладача і студента.

За інтерактивного навчання освітній процес організовується таким чином, що практично всі студенти виявляються залученими в процесі пізнання, при цьому кожний робить свій індивідуальний внесок у загальну справу.

Обмін знаннями, ідеями, думками відбувається в доброзичливій атмосфері, в умовах взаємної підтримки, взаєморозуміння, взаємодії.

Під час інтерактивного навчання людина стає не об'єктом, а суб'єктом навчання, вона відчуває себе активним учасником подій і власної освіти та розвитку. Це забезпечує внутрішню мотивацію навчання, що сприяє його ефективності.

Завдяки ефекту новизни та оригінальності інтерактивних методів при правильній їх організації зростає цікавість до процесу навчання! Особлива цінність інтерактивного навчання в тому, що учні навчаються ефективній роботі в колективі.

Інтерактивні методи навчання є частиною особистісно-зорієнтованого навчання, оскільки сприяють соціалізації особистості, усвідомлення себе як частини колективу, своєї ролі і потенціалу.

Навчальне співробітництво в навчальному процесі являє собою розгалужену мережу взаємодій по наступним чотирьох лініях: 1) викладач – студент; 2) студент – студент у парах (діадах) і в трійках (тріадах); 3) загальногрупова взаємодія студентів у всьому навчальному колективі, наприклад, у мовній групі; 4) викладач – колектив. Г.А. Цукерман додає ще одну важливу генетично похідну від всіх інших ліній – співробітництво студента "із самим собою" (також, це справедливо і для викладача).

Сутність і види інтерактивних методів навчання:

Кооперативне навчання є найпоширенішими методами цієї групи є робота в парах під час проведення письмових опитувань, тестування, виконання завдань;

синтез думок для вирішення складних проблем під час практичних занять; пошук скарбів при проведенні семінарських занять; коло ідей при вирішенні суперечливих питань. Такі методи співпраці не дають можливості студентам ухилятися від виконання завдань, сприяють розвитку навичок спілкування у групі, критично мислити, переконувати.

Колективно-групове навчання, при якому використовуються методи: мікрофон; мозкова атака при вирішенні проблемних завдань: аналіз ситуацій при вивченні деяких аналітичних понять; дерево рішень при аналізі конфліктних ситуацій. Ці методи допомагають студентам висловити свою думку [2].

Ситуативне моделювання. До цієї групи можна віднести імітаційні ігри-тренінги та рольові ігри.

Опрацювання дискусійних питань. Тут можна застосовувати методи: займи позицію (власна думка) та дискусія. Ці методи вчать студентів

відстоювативласну думку, вести дискусію, стимулюють до розвитку критичного мислення, поглиблюють знання з обговорюваної теми.

Цікаві факти на підтвердження дієвості **інтерактивних методів навчання**:

— Дослідження процесів комунікації свідчить, що понад 70% активного дня люди проводять у спілкуванні. При цьому приблизно 42% цього часу відводять слуханню, 32% – мовленню, 15% – читанню і 11% – писанню.

— Тобто людина у повсякденному житті слухає більше, ніж говорить. Напевно, виходячи з цих даних, у ВНЗ, як організаційні форми навчання, спочатку розглядають лекції, а далі вже практичні заняття, самостійну роботу студентів під контролем викладача, різні види практик.

— Але за даними психологів, відразу після почутого людина запам'ятовує лише 50%, через вісім годин – 35%, за два місяці – заледве 25%. Ці 25 і називають осадовою інформацією [2].

Як не дивно, хоч про інтерактивні технології і кажуть як новий і перспективний напрямок до підходів навчання та взаємодії людей, але інтерактивне навчання не є зовсім новим, адже подібні підходи застосовувалися з давніх часів, а протягом короткого часу на початку радянської педагогіки були дуже поширеними в школі та університеті (лабораторне та бригадне навчання 20-х років).

Підсумовуючи сказане, зазначимо, що навчання колективної діяльності, формування у студентів системи знань, умінь і навичок, необхідних для успішного колективного розв'язування задач – дійовий фактор підвищення ефективності навчально-виховного процесу. Таке навчання виявляється важливою передумовою вдосконалення процесу підготовки молоді до праці, даючи водночас змогу успішно запроваджувати прогресивні форми і методи навчання. Тому, розробляючи зміст навчання, доцільно залучати до нього елементи, що передбачають навчання колективної діяльності – з урахуванням вікових особливостей і специфіки окремих навчальних дисциплін.

Рівень здійснення педагогічної діяльності, педагогічного спілкування, досягнення високих результатів у навчанні і вихованні молоді залежать передусім від того, як педагог формує цілі своєї професійної діяльності, що вважає пріоритетним у своїй професії, який він сам як особистість, як суб'єкт педагогічної діяльності.

Висновки. 1. Поліпшується не тільки запам'ятовування матеріалу, але і його ідентифікація, використання у повсякденному житті. 2. Використання інтерактивних методів навчання в малих групах сприяє розвитку таких особистісних якостей як комунікабельність, співробітництво. 3. Формуються навички спілкування та взаємодії в колективі, розкриваються таланти та вміння швидко і ефективно вирішувати поставлені задачі. У зв'язку з цим, особливого значення набуває вивчення, аналіз, узагальнення і творче використання досвіду втілення інноваційних освітніх технологій, які збагачують педагогічну теорію та практику своїм унікальним внеском. Звернення до них, широке висвітлення й адаптоване до культурно-часового контексту застосування забезпечує дотримання принципів демократизму, гуманізму, науковості та системності у розвитку педагогічної науки і сприяє усвідомленню нашими сучасниками перспектив її розвитку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дичківська І. М. Інноваційні педагогічні технології: Навч. посібник. – К.: Академвидав, 2004. – 352 с.
2. Кошечко Н.В. Методика викладання у вищій школі: Навч. посібник. – Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2013. – 115 с.
3. Державна програма «Освіта. Україна ХХІ ст.» - [Електронний ресурс]. – режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/896-93-п>.
4. Нагаєв В.М. Методика викладання у вищій школі: навчальний посібник. Електронний ресурс: <http://thinbook/243-metodika-vikladannya-u-vishhij-shkoli-navchalnij-posibnik-nagayev-v-m/43-74-didaktichni-igri-v-sistemi-upra>.
5. Національна доктрина розвитку освіти України у ХХІ столітті. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/347/2002>.

*КАПЛУН І.С.,
студентка -магістрантка
спеціальності «Медсестринство»
Львівська медична академія
ім. А.Крупинського*

КОМПЕТЕНТНІСТНИЙ ПІДХІД У ВИЩІЙ ОСВІТІ ТА СУТНІСТЬ МІЖНАРОДНИХ СТАНДАРТІВ

Сучасні трансформації в економіці, технологіях та підвищені ролі освіти пропорційно можливостям вирішення проблем у житті зумовлює перехід на компетентністний підхід.

Виклики ХХІ ст, а саме з процесом адаптації до сучасних вимог в освіті також обмеженою соціальною мобільністю зумовлюють зміни в системі вищої освіти. Актуальність даного питання підсилюється прийняттям в Україні Національної рамки кваліфікацій (Постанова КМУ № 1341 від 23.11.2011 р.) [1], новою редакцією Закону України «Про вищу освіту» (№ 1556-УІІ від 01.07.2014 р.) [2] та Ратифікацією Угоди про асоціацію з ЄС (16 вересня 2014 р.) [25].

Відповідно до статті 10 Закону України «Про вищу освіту» стандарт вищої освіти – це сукупність вимог до змісту та результатів освітньої діяльності вищих навчальних закладів (ВНЗ) і наукових установ за кожним рівнем вищої освіти в межах кожної спеціальності [2]. Стандарти вищої освіти розробляється для кожного рівня вищої освіти за затвердженими спеціальностями відповідно до переліку, встановленого Постановою КМУ від 29.04.2015 №266 [3] та змінами 2017 року відповідно до Національної рамки кваліфікацій (НРК) [1], що передбачає перехід на компетентністний підхід до організації навчального процесу [4].

Згідно статті 5 Закону України «Про вищу освіту» рівень вищої освіти можна визначити наступним чином:

- ✓ початковий рівень (короткий цикл) вищої освіти;
- ✓ перший (бакалаврський) рівень;
- ✓ другий (магістерський) рівень;
- ✓ третій (освітньо-науковий) рівень.

Ступінь, що присвоюється, визначається за законом України «Про вищу освіту» у такій формі (одне з наведеного): молодший бакалавр; бакалавр, магістр, доктор філософії.

Стандарт вищої освіти використовують, як основу для того, щоб визначити та оцінити зміст та якість надання освітніх послуг закладу вищої освіти, який має ліцензію на освітню діяльність за певною спеціальністю. В Стандарті вищої освіти прописані вимоги до освітньої програми, а саме: 1) обсяг кредитів ECTS, необхідний для здобуття відповідного ступеня вищої освіти; 2) перелік компетентностей, яким повинен володіти випускник; 3) нормативний зміст підготовки здобувачів вищої освіти, сформульований у термінах результатів навчання; 4) форми атестації здобувачів вищої освіти; 5) вимоги до наявності системи внутрішнього забезпечення якості вищої освіти; 6) вимоги професійних стандартів (у разі їх наявності).

Які ж кроки повинен зробити заклад вищої освіти для кожної спеціальності? По-перше, розробити навчальний план, де визначається перелік та обсяг навчальних дисциплін у кредитах ECTS; По-друге, перелік навчальних дисциплін, які будуть формувати компетенції майбутнього фахівця по порядку; По-третє, навчальні заняття та їх форма проведення за двома циклами: професійним та практичної підготовки, де є обов'язкові дисципліни та дисципліни вільного вибору; По-четверте, графік навчального процесу, форми поточного і підсумкового контролю. Щороку для кожного курсу за вибраною спеціальністю складаються робочий навчальний план, який затверджується керівником закладу вищої освіти.

Стандарти вищої освіти за відповідною спеціальністю розробляє центральний орган виконавчої влади у сфері освіти і науки з урахуванням пропозицій галузевих державних органів, до сфери управління яких належать ВНЗ, і галузевих об'єднань організацій роботодавців та затверджує їх за погодженням з Національним агентством із забезпечення якості вищої освіти. В Україні діють спеціально створені навчально-методичні комісії Міністерства освіти і науки України, які здійснюють підготовку стандартів вищої освіти [5].

Нові стандарти базуються на компетентністному підході і поділяють концепцію визначення вимог до фахівця, закладену в основу Болонського процесу та в міжнародному Проекті Європейської Комісії «Гармонізація

освітніх структур в Європі» (Tuning Educational Structures in Europe, TUNING) [6,7,8].

Для здобуття відповідного ступеня вищої освіти в стандарті є визначена відповідна кількість кредитів ECTS. В стандарті прописані компетентності випускника, які забезпечуються загальними та спеціальними (фаховими) компетентностями.

У кожному закладі вищої освіти повинна функціонувати система внутрішнього забезпечення якості вищої освіти, яка спрямована на реформування системи вищої освіти відносно сучасних вимог.

На «плечі» закладу вищої освіти лягає встановлення вимог до наявності системи внутрішнього забезпечення якості вищої освіти: принципи та процедури забезпечення якості вищої освіти; проведення моніторингу та періодичний перегляд освітніх програм щороку; визначення процедури оцінювання здобувачів вищої освіти та можливі види підвищення кваліфікації науково-педагогічних і педагогічних працівників, перевірка наявності необхідних ресурсів для організації освітнього процесу та інформаційних систем для ефективного управління освітнім процесом. Вся інформація має бути розміщена на веб-сайті закладу. ОПП повинна пройти обговорення у здобувачів вищої освіти, внутрішніх та зовнішніх стейкхолдерів. Внесені зауваження повинні бути враховані в ОПП.

Всі компетентності здобувача вищої освіти визначаються вимогами Національної рамки кваліфікацій і є обов'язковими при розробці стандартів, де мають бути визначені кінцеві, підсумкові та інтегративні результати навчання.

Отже, забезпечення компетентнісного підходу є ознакою інноваційної освіти. У цьому процесі суттєву роль відіграють комунікаційні вимоги до формування компетентностей за Національною рамкою кваліфікацій.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Національна рамка кваліфікацій: Постанова Кабінету Міністрів України від 23 листопада 2011 р. № 1341 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1341-2011-%D0%BF>.
2. Про вищу освіту : Закон України // [Електронний ресурс] / Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>.
3. Про особливості запровадження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти,

затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 року № 266: Наказ Міністерства освіти і науки України від 06.11.2015 р. №1151 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://old.mon.gov.ua/ru/about-ministry/normative/4636->

4. Методичні рекомендації щодо розроблення стандартів вищої освіти: Протокол № 3 від 29.03.2016 // Сектор вищої освіти Науково-методичної ради Міністерства освіти і науки України. – К., 2016. – 29 с.

5. Внукова Н.М. Компетентнісний підхід у забезпеченні якісних освітніх послуг при підготовці студентів освітньо-кваліфікаційного рівня «магістр» / Н.М. Внукова, С.А. Ачкасова // Новий колегіум. – 2009. – №6. – С. 26-32.

6. Компетентнісний підхід у побудові навчальних програм за спеціальністю «Економіка підприємства»: Навчально-методичний посібник / За загред. М.В.Афанасьєва. – Х.: ВД «Інжек», 2013. – 392 с.

7. Рашкевич Ю.М. Болонський процес та нова парадигма вищої освіти – <file:///D:/Users/Dell/Downloads/BolonskyiProcessNewParadigmHE.pdf>.

8. TUNING (для ознайомлення зі спеціальними (фаховими) компетентностями та прикладами стандартів – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.unideusto.org/tuningeu/>.

*КОСТЬ М.М.,
кан. наук з фіз. вих. та спор., доц.,
Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського*

ПРАВОВЕ РЕГОЛЮВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ЗАНЯТЬ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У ЛЬВІВСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ АКАДЕМІЇ ІМЕНІ АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО

Фізичне виховання – педагогічний процес, спрямований на фізичний розвиток, функціональне удосконалення організму, навчання основним життєво важливим руховим навичкам та вмінням, зв'язаних знаннями для майбутньої успішної професійної діяльності.

Організація занять з фізичного виховання у Львівській медичній академії імені Андрея Крупинського базується на Законах України «Про освіту»[1], «Про вищу освіту» [2], «Про фізичну культуру і спорт» [3],

Національній доктрині розвитку освіти, затвердженій Указом Президента України від 17.04.2002 №347 [4] та здійснюється на підставі вимог державного стандарту, галузевих стандартів й стандартів вищої та фахової передвищої освіти, затверджених у встановленому порядку.

Метою даної роботи є аналіз правового регулювання організації занять з фізичного виховання у Львівській медичній академії імені Андрея Крупинського.

Ще у 2019/2020 навчальному році заняття з фізичного виховання у Львівській медичній академії імені Андрея Крупинського для підготовки молодших спеціалістів (фахових молодших бакалаврів) організовувались згідно абзацу 3 підпункту 3.1. пункту 3 Положення про організацію фізичного виховання і масового спорту у вищих навчальних закладах, затверджене наказом Міністерства освіти і науки України від 11 січня 2006 року №4, протягом усього періоду навчання, за винятком останнього випускного семестру, в обсязі 4 години на тиждень.

Але 07.02.2020 зазначений наказ втратив чинність, і сьогодні заняття з фізичного виховання у Львівській медичній академії імені Андрея Крупинського для підготовки фахових молодших бакалаврів організовані відповідно до Методичних рекомендацій «Розроблення освітньо-професійної програми та навчального плану підготовки здобувачів фахової передвищої освіти», у яких зазначено, фізичне виховання для здобувачів освіти III-IV курсів та тих, що вступили на навчання на основі повної загальної середньої освіти, заняття з фізичного виховання є обов'язковими і можуть включатися до ОПП з виділенням кредитів ЄКТС або як позакредитний освітній компонент. Про терміни та кількість тижневих годин не йдеться.

Що стосується занять з фізичного виховання для студентів першого (бакалаврського) рівня, то вони організовані відповідно до пункту 3 Рекомендацій щодо організації фізичного виховання у вищих навчальних закладах, додаток до листа Міністерства освіти і науки України від 25.09.2015 №1/9-454 [5] та абзацу 2 пункту 9 постанови Верховної Ради України від 19 жовтня 2016 №1695-VIII «Про забезпечення сталого розвитку сфери фізичної культури і спорту в Україні в умовах децентралізації влади» [6], у якому подані рекомендації ректорам вищих навчальних закладів з метою формування компетентності та досягнення відповідних результатів навчання передбачити для студентів заняття з

фізичного виховання не менш як протягом двох років навчання в обсязі 4 години на тиждень, враховуючи, що заняття з фізичного виховання мають відновлювальне та рекреаційне значення.

Отже, у Львівській медичній академії імені Андрея Крупинського заняття з фізичного виховання для підготовки бакалаврів організовані протягом двох років навчання в обсязі 4 години на тиждень. А для підготовки молодших фахових бакалаврів протягом одного семестру в обсязі 4 години на тиждень, що є недостатнім для забезпечення компетентності випускника щодо здатності використовувати різні види та форми рухової активності для активного відпочинку та ведення здорового способу життя, а також відповідних результатів навчання, зокрема щодо виконання встановлених нормативів фізичної підготовленості.

Проведений аналіз правового регулювання організації занять з фізичного виховання у Львівській медичній академії імені Андрея Крупинського дає можливість стверджувати, що сьогодні в Україні відсутнє нормативно-правове регулювання організації занять з фізичного виховання для підготовки фахових молодших бакалаврів. Львівська медична академія імені Андрея Крупинського керується методичними рекомендаціями, які не є нормою права за своєю юридичною природою, а мають тільки дорадчий та орієнтований характер. А відтак, є нагальна потреба у прийнятті нормативно-правових актів, які б регулювали організацію занять з фізичного виховання у закладах вищої та фахової передвищої освіти для підготовки фахових молодших бакалаврів, з метою забезпечення ними загальних та фахових компетентностей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України «Про освіту» (Прийняття від 05.09.2017. Набрання чинності 28.09.2017).
2. Закон України «Про вищу освіту» (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2014, №37-38, ст. 2004).
3. Закон України «Про фізичну культуру і спорт». – К., 1994. – 22 с.
4. Національній доктрині розвитку освіти, затвердженій Указом Президента України від 17.04.2002р. №347.
5. Рекомендації щодо організації фізичного виховання у вищих навчальних закладах, додаток до листа Міністерства освіти і науки України від 25.09.2015р. №1/9-454.

6. Постанова Верховної Ради України від 19 жовтня 2016р. №1695-VIII «Про забезпечення сталого розвитку сфери фізичної культури і спорту в Україні в умовах децентралізації влади».

Фітьо Н. Р.,

викладач

Львівська медична академія

ім. Андрея Крупинського

САМОСТІЙНА ПОЗААУДИТОРНА РОБОТА ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ НА ПРИКЛАДІ ОК «ЛАТИНСЬКА МОВА»

Основне завдання сучасної вищої освіти полягає у формуванні особистості фахівця, здатного до саморозвитку, самоосвіти, інноваційної діяльності. Самостійна робота здобувачів є однією з найважливіших складових освітнього процесу. Незалежно від отриманої професії і характеру роботи будь-який початківець фахівець повинен володіти фундаментальними знаннями, професійними вміннями та навичками діяльності свого профілю, досвідом творчої та дослідницької діяльності за рішенням нових проблем, досвідом соціально-оціночної діяльності.

Всі ці складові освіти формуються саме в процесі самостійної роботи здобувачів, так як передбачає максимальну індивідуалізацію діяльності кожного здобувача і може розглядатися одночасно і як засіб удосконалення індивідуальності.

Основною метою самостійної роботи є поліпшення професійної підготовки майбутніх фахівців, спрямоване на формування системи знань, умінь і навичок, які вони могли б самостійно застосовувати під час практичної діяльності.

Мета самостійної роботи здобувача – осмислено і самостійно працювати спочатку з навчальним матеріалом, потім з науковою інформацією, закласти основи самоорганізації і самовиховання з тим, щоб прищепити вміння надалі безперервно підвищувати свою професійну кваліфікацію.

Під час виконання самостійної роботи здобувач повинен навчитися усвідомлено працювати (спочатку з навчальним матеріалом, а згодом і з науковою інформацією), щоб у подальшому безперервно підвищувати свою кваліфікацію [1].

Самостійну роботу здобувача можливо розподілити на керовану викладачем самостійну роботу і власне самостійну роботу. Перший рівень передбачає наявність спеціальних методичних рекомендацій, виконуючи які, здобувач набуває знань, умінь і навичок, удосконалює їх, накопичує досвід практичної діяльності. Вирішальна роль при цьому належить викладачеві, який має враховувати наявний досвід, риси характеру, індивідуальні здібності конкретної особистості.

Під час організації самостійної роботи викладачі вирішують такі завдання:

- поглиблення і розширення знань здобувачів;
- формування у них інтересу до навчально-пізнавальної діяльності;
- навчання прийомів процесу пізнання;
- розвиток самостійності, активності, відповідальності, а також пізнавальних здібностей.

Самостійна робота допомагає здобувачам:

1) оволодіти знаннями:

- читання тексту (підручника, першоджерела, додаткової літератури і т.д.);
- складання плану тексту, графічне зображення структури тексту, виписки з тексту і т.д;
- робота зі словником;
- навчально-методична та науково-дослідна робота;
- використання комп'ютерної техніки та Інтернету та ін.

2) закріплювати і систематизувати знання:

- обробка тексту, повторна робота над навчальним матеріалом підручника, першоджерела, додаткової літератури;
- підготовка плану усного і письмового повідомлення;
- складання таблиць для систематизації навчального матеріалу;
- підготовка відповідей на контрольні питання;
- заповнення робочого зошита;
- аналітична обробка тексту;
- тестування та ін.

3) формувати вміння:

- рішення ситуаційних завдань і вправ за зразком;
- рішення професійних кейсів і варіативних завдань;
- підготовка до контрольних робіт;
- підготовка до тестування;

Контроль результатів самостійної роботи здобувачів здійснюється в межах часу, відведеного на обов'язкові навчальні заняття і позааудиторну самостійну роботу здобувачів з дисципліни, може проходити в письмовій, усній або змішаній формі.

У Львівській медичній академії імені Андрея Крупинського створено різноманітні умови для зародження самостійної думки, пізнавальної активності здобувача пов'язаний з самостійною роботою. Згідно пункту 3.3.1.15. «Положення про організацію освітнього процесу у КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського» [2] для самостійної роботи здобувачів запроваджено електронний ресурс Moodle, що містять навчальні та методичні матеріали з усіх дисциплін. Забезпеченість навчально-методичними матеріалами електронних ресурсів для кожної навчальної дисципліни відповідає встановленим нормативам.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Методичні вказівки до організації самостійної роботи студентів заочної форми навчання всіх спеціальностей КПІ ім. Ігоря Сікорського / Уклад. І.А. Сидоренко, Я.С. Грищенко. – К.: КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2017. – 92 с.
2. «Положення про організацію освітнього процесу у КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського» [Електронний ресурс]. – Режим доступу <https://lma.edu.ua/wp-content/uploads/2022/08/1-polozhennya-pro-organizacziyu-osvitnogo-proczesu-v-kzvo-lor-lma-2022.docx.pdf>

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РОЗВИТКУ ФАРМАЦІЇ

*ЖУКРОВСЬКА М.О., к. хім. н.,
КАЛИТОВСЬКА М.Б., к. фарм. н., доц.
Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського*

РОЛЬ ІНТЕГРОВАНИХ ЗАНЯТЬ У ФОРМУВАННІ ФАХОВОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ У СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ФАРМАЦІЯ»

Вступ. Вивчення хімічних дисциплін є важливим у підготовці студента-фармацевта. Адже знання із загальної та неорганічної, органічної, аналітичної, фізичної та колоїдної хімії закладають основи для ефективного засвоєння фахових дисциплін – фармацевтичної хімії, фармакології, фармакогнозії, технології ліків та ін.

Одним із шляхів підвищення якості викладання хімічних дисциплін та мотивації навчальної діяльності студентів є активна міждисциплінарна інтеграція. Аналіз наукових джерел дозволяє зробити висновок про те, що міждисциплінарна інтеграція створює умови для ефективного навчання. Зокрема, міждисциплінарні зв'язки у системі медичної освіти сприяють інтегруванню предметних областей, дають змогу сформуванню розуміння «внутрішньої єдності живої природи та процесів, що відбуваються у живих організмах» [1, с. 209], що сприяє формуванню професійної компетентності [2, 3].

Мета роботи – проаналізувати можливості та ефективність впровадження міждисциплінарної інтеграції у процес викладання хімічних дисциплін студентам спеціальності «Фармація» Львівської медичної академії ім. Андрея Крупинського.

Основна частина

Інтеграція змісту освіти передбачає створення міжпредметних зв'язків, їх відображення у навчально-методичній літературі та реалізацію у навчальному процесі [2, с. 108]. Актуальність такого підходу у підготовці майбутніх спеціалістів фармацевтичної галузі обумовлена інтеграційним

характером розвитку науки, техніки, виробництва, що визначає потребу сучасного суспільства у фахівцях, які мають досвід вирішення інтеграційних проблем.

Аналіз інформаційних джерел показує, що міждисциплінарні зв'язки у навчальному процесі формуються як система взаємозв'язків між знаннями та практичними навичками з різних навчальних дисциплін, як базових, так і фахових [4, с. 5-6]. Відповідно до сучасних стандартів освіти, основою якісної освіти є компетентністний підхід [5, с. 210], за яким предметні дисципліни мають бути орієнтовані на розвиток загальних і професійних компетенцій майбутнього фахівця.

Хімічні дисципліни відіграють важливу роль у системі підготовки фармацевтів. Оскільки фахові компетенції фармацевта пов'язані зі створенням, виготовленням, стандартизацією, оцінкою якості, зберіганням і реалізацією лікарських засобів, які є хімічними речовинами, то хімічна підготовка є важливою складовою професійної компетентності фахівців фармацевтичної галузі [6, с. 53], вона також спрямована на подальше формування у студентів хімічної картини світу як складової природничо-наукового світогляду.

Вивчення хімічних освітніх компонентів студентами спеціальності «Фармація» є необхідною передумовою для засвоєння знань із фахових дисциплін: «Фармацевтична хімія», «Фармакологія», «Фармакогнозія», «Технологія ліків» та ін.

Органічна хімія займає провідне місце в системі фармацевтичної освіти, оскільки понад 90% лікарських речовин (як діючих, так і допоміжних) є саме органічними сполуками. Основними напрямками дослідження органічної хімії є вивчення будови та властивостей органічних речовин; встановлення зв'язку «структура – хімічна та біологічна активність»; розробка методів синтезу органічних сполук різних класів; розробка теоретичних та експериментальних методів дослідження будови і властивостей органічних сполук; відкриття та вивчення нових типів і механізмів органічних реакцій.

Для органічної хімії властиві свої специфічні особливості. Органічні сполуки характеризуються широкою різновидністю фізичних, хімічних та біологічних властивостей. У властивостях органічних сполук проявляються особливі хімічні явища, які залежать від структури цих сполук (природи радикалів і функціональних груп); для них характерні явища ізомерії,

таутомерії, гомології; побудова ланцюгів і циклічних сполук, а також гетероциклічних сполук; явище взаємного впливу атомів і груп атомів у молекулах.

Основою хімії органічних сполук є органічний синтез, завдяки якому проходить постійний розвиток й оновлення даної науки. Органічний синтез за останній період дозволив отримати нові класи органічних сполук, що не зустрічаються в природі, а також синтезувати аналоги особливо важливих органічних речовин природного походження. Зокрема, тонкий органічний синтез лежить в основі виробництва лікарських речовин.

У системі хімічних наук сучасна органічна хімія займає цілком визначене і самостійне положення. Разом з тим, вона знаходиться у взаємозв'язку з іншими, в тому числі і нехімічними, науками. Безпосередній зв'язок існує між органічною хімією і біохімією – наукою про процеси в живих організмах, у яких у кожний момент і протягом тривалого періоду проходять складні хімічні реакції. Близько до органічної хімії стоять такі науки як фармакологія, фармакогнозія, фармацевтична хімія, хімія високомолекулярних сполук, аналітична хімія, хімічна технологія фармацевтичних препаратів та ін. Важливо відзначити, що хіміки-органіки синтезують нові речовини, дослідженнями яких займаються хіміки-аналітики, фізико-хіміки, фармацевти, фізіологи, та ін. При цьому сучасна органічна хімія широко використовує теоретичні уявлення, інструментальні методи, кінетичні вимірювання і квантово – хімічні розрахунки.

Отже, знання з органічної хімії необхідні студенту-фармацевту для освоєння аналітичної, фізичної і колоїдної хімії; медико-біологічних наук – патології, біохімії, фізіології, фармакології; профільних дисциплін – фармацевтичної хімії, токсикологічної хімії, аптечної та заводської технології ліків, фармакогнозії.

Інша хімічна дисципліна у системі підготовки фармацевтів – *аналітична хімія* – також є базовою для вивчення у подальшому таких фахових дисциплін як фармакогнозія, технологія ліків, фармацевтична хімія, гігієна у фармації та екологія. Використання знань якісного та кількісного аналізу лікарських речовин з метою ідентифікації і перевірки якості фармацевтичного препарату закладено в Державну Фармакопею України (ДФУ). За допомогою якісного аналізу можна ідентифікувати склад досліджуваного об'єкту, а за допомогою кількісного аналізу – встановити точний вміст визначуваного компонента в досліджуваному об'єкті.

Ще одна з дисциплін хімічного блоку – *загальна і неорганічна хімія* – виступає основою для освоєння студентами всіх інших хімічних дисциплін (аналітичної, органічної, фізичної та колоїдної, фармацевтичної, хімічної технології ліків). Наприклад, приготування розчинів потребує відповідних знань природи речовин, розчинності, фізико-хімічних процесів, що супроводжують хімічну реакцію. А розуміння термодинамічних та окисно-відновних процесів дозволяє спрогнозувати можливість перебігу хімічних реакцій і їх результат.

Для успішного створення міждисциплінарних зв'язків викладачі хімічних дисциплін кафедри фармації Львівської медичної академії ім. Андрея Крупинського застосовують технології проблемного інтер-активного навчання з використанням ситуаційних задач інтегрованого змісту, а також проведення інтегрованих занять з різних дисциплін. Так, наприклад, нещодавно було проведено інтегроване лабораторне заняття з органічної та аналітичної хімії за темою «6-членні гетероцикли з одним гетероатомом». Метою даного заняття було сформулювати у студентів II курсу спеціальності «Фармація» знання про класифікацію, номенклатуру, електронну будову та хімічну поведінку найбільш важливих шестичленних гетероциклічних сполук, а також сформулювати уявлення про фармакологічну активність шестичленних гетероциклічних сполук та їх похідних і методи їх ідентифікації.

Шестичленні гетероциклічні сполуки лежать в основі будови молекул багатьох метаболітів. Деякі похідні шестичленних гетероциклічних сполук належать до вітамінів, які в свою чергу є складовими компонентами ферментів людського організму. Похідними шестичленних гетероциклів, зокрема піридину, вітаміни РР, В1, В6, які беруть участь у метаболізмі амінокислот, біогенних амінів, оксокислот, забезпечують функціонування окисно-відновних процесів. У природі також широко розповсюдженні циклічні форми моносахаридів – піранози, які є похідними шестичленної гетероциклічної сполуки пірану. Ядро бензопірану лежить в основі будови вітаміну Е. Отже, без знання будови і реакційної здатності цих сполук неможливо зрозуміти суть багатьох біохімічних процесів та патологій, які викликають різні захворювання. Численні лікарські препарати є також похідними шестичленних гетероциклів (вітаміни В1, В6, РР, Е, нікотинова кислота, 5-НОК, етакридину лактат та ін.). Тому засвоєння вище згаданої теми допоможе також сформулювати майбутньому фармацевту знання про

сучасний арсенал лікарських засобів. Власне на цьому акцентувала увагу студентів викладач органічної хімії при розгляді теоретичних аспектів теми заняття.

У процесі виконання практичної частини заняття студенти під керівництвом викладача аналітичної хімії змогли здобути практичні навички у здійсненні якісного аналізу (ідентифікації) деяких лікарських засобів, похідних 6-членних гетероциклів, відповідно до вимог ДФУ. Зокрема, було проведено якісні реакції на вітамін РР (амід нікотинової кислоти), вітамін В6 (піридоксин), нікотинову кислоту та етакридину лактат (риванол).

Слід зазначити, що такий міждисциплінарний підхід до проведення окремих занять розвиває у студентів інтерес до навчання, стимулює їх активність під час заняття і дозволяє їм бачити повнішу картину їх майбутньої професійної діяльності, а, отже, допомагає формувати їх фахову компетентність.

Висновки. Отже, міждисциплінарна інтеграція – це необхідна ефективна складова підготовки майбутнього фахівця фармації. Для вирішення основних завдань міждисциплінарної інтеграції важливі послідовність і систематичність у здійсненні цього підходу. Встановлено, що при вивченні будь-якого розділу дисципліни хімічного блоку викладач може вибудувати інтеграційні зв'язки з іншими дисциплінами. Дієвими засобами для цього слугують навчальні посібники, а також проведення окремих інтегрованих занять.

ЛІТЕРАТУРА

1. Багрій М. М. Інтеграція навчального процесу у вищих медичних закладах / М. М. Багрій, Н. М. Ворович-Семченко, О. Г. Попадинець // Вісник проблем біології та медицини. – 2010. – Вип. 3. – С. 209–211.
2. Лукащук І.М. Міжпредметні зв'язки у підготовці майбутніх медичних сестер у медичному коледжі / І. М. Лукащук // Науковий вісник Ужгородського національного університету : Серія: Педагогіка. Соціальна робота. – Ужгород : Видавництво УжНУ «Говерла», 2014. – Вип. 33. – С. 108–111.
3. Кайдалова Л. Г. Професійна підготовка майбутніх фахівців фармацевтичного профілю у вищих навчальних закладах : монографія / Л. Г. Кайдалова. – Харків : НФаУ, 2010. – 364 с.

4. Хмельникова Л.І., Подплетня О.А. (2017) *Інтегративні проблеми у розвитку компетенцій студентів – провізорів при навчанні аналітичної хімії*. Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору: Збірник міжнародної науково-практичної конференції, Київ, Україна, 23-25 листопада 2017 року. С. 5–6.
5. Бойчук І.Д. Наукове обґрунтування та змістова характеристика педагогічних умов професійної підготовки фармацевтів. Професійна педагогічна освіта: компетентнісний підхід : монографія / за ред. О.А. Дубасенюк. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2011. С. 209–224.
6. Петухова І.Ю., Альохіна Н.В. Педагогічні умови формування готовності до професійної діяльності студентів-фармацевтів при вивченні аналітичної хімії. Проблеми та перспективи розвитку сучасної науки в країнах Європи та Азії : збірник наукових праць II Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, (м. Переяслав-Хмельницький, 31 березня 2018 р.). Переяслав-Хмельницький, 2018. С. 52–54.

*КРЕХ М. М.,
студентка 2 курсу
спеціальності «Фармація
і промислова фармація»
Наукові керівники:
ФЕДЕЧКО Й. М.,
канд. мед. наук, доцент
ШАШКОВ Ю. І.,
викладач-методист.
Львівська медична академія
ім. Андрея Крупинського*

ЛІКУВАЛЬНІ ПРЕПАРАТИ МОНОКЛОНАЛЬНИХ АНТИТІЛ

Вступ. Першими лікувальними препаратами, створеними на основі наукових досягнень імунології, були антитоксичні сироватки, одержані шляхом імунізації тварин. Їхній лікувальний ефект зумовлений антитілами – білками імуноглобулінами, здатними нейтралізувати екзотоксини бактерій. Наприкінці 20-го століття розроблені нові технології одержання антитіл

високої специфічності – моноклональних антитіл. В останнє десятиріччя препарати моноклональних антитіл почали застосовуватися з лікувальною метою. Особливістю таких антитіл є їхні регуляційні властивості. Зв'язуючись з певним рецепторами клітин, вони впливають на розвиток запальних реакцій, автоімунних процесів, злоякісного розмноження клітин, тобто забезпечують нові напрямки лікування хвороб, зокрема таргетну терапію.

Основна частина. Основним напрямком одержання моноклональних антитіл є гібридомні технології, в основі яких є гібриди клітини - продуцента антитіл (лімфоцита імунізованої миші) та мієломної клітини, здатної до безмежного розмноження. При певних умовах у відповідних середовищах такий клон синтезує велику кількість високоспецифічних антитіл. Такі антитіла широко застосовуються в діагностичних імунологічних реакціях. За створення нової технології одержання антитіл присуджено Нобелівську премію 2018 р. (Джордж П. Сміт, Френсіс Арнольд, Грегорі П. Вінтер). Суть цієї технології полягає у використанні бактеріофагів для введення генетичної інформації про структуру моноклонального антитіла в прокаріотичні клітини, які стають продуцентами антитіл. Використання моноклональних антитіл з лікувальною метою обмежувалось тим, що вони в імунному відношенні є чужими для організму людини, оскільки синтезуються лімфоцитами мишей. При порівнянні лікувальної дії антитоксичних сироваток і моноклональних антитіл слід відмітити принципову різницю. Антитоксичні сироватки здатні нейтралізувати бактеріальні токсини збудника, який інфікував організм, тобто вони спрямовані на чужі для людини субстанції. Лікувальна дія сироваток проявлялась при однодворазовому введенні. Дія моноклональних антитіл спрямована на власні регуляційні сигнали організму, тому їх необхідно вводити багатократно. При цьому імунна система організму людини розпізнає і блокує моноклональні антитіла при повторному введенні. Проблему вдалося вирішити шляхом створення «антитіл-химер» або «гуманізованих антитіл», в яких частина молекули, що відповідає за видову імунну специфічність, взята з молекули імуноглобуліну людини, а специфічний центр зв'язування залишається як частина антитіла, що синтезоване лімфоцитом миші.

Етапи одержання антитіл-химер такі:

- ✓ одержані моноклональні антитіла від мишей піддають фрагментації специфічними ферментами;
- ✓ відділяють фрагмент, від якого залежить специфічність антитіл;
- ✓ одержують фрагменти імуноглобуліну людини, що відповідає за видові імунні властивості;
- ✓ об'єднують специфічний фрагмент від мишей і фрагмент імуноглобуліну людини.

Одержане моноклональне антитіло є суворо специфічним і тотожним до імуноглобуліну людини і сприймається як «своє». Найновішими технологіями шляхом перенесення генетичної інформації спеціальними векторами вдалося створити «людські» моноклональні антитіла.

Застосування моноклональних антитіл з лікувальною метою називають проривом останнього десятиліття. Стандартні назви лікувальних препаратів моноклональних антитіл мають закінчення – маб (mab-monoclonal antibody). Проте більшість фармацевтичних препаратів моноклональних антитіл мають декілька фірмових найменувань.

Напрямки застосування моноклональних антитіл з лікувальною метою:

- ✓ моноклональні антитіла-інгібітори цитокінів; застосовуються при лікуванні важких запальних процесів, при яких розвивається «цитокіновий шторм», наприклад при COVID-19;
- ✓ лікування автоімунних захворювань – ревматоїдного артриту (Адаліумаб, Тациліумаб, Дакліумаб), розсіяного склерозу (Окроліумаб, Наталіумаб);
- ✓ моноклональні антитіла для таргетної терапії.

Таргетна терапія (від target – мішень) – це терапія із застосуванням препаратів з чітко визначеною точкою дії – контрольною точкою (мішенню).

Нобелівську премію медицині за 2018 р. присуджено за відкриття ефективної протипухлинної таргетної терапії (Джеймс Еллісон, Хондзьо Тасуку).

Застосування моноклональних антитіл в декілька разів підвищило ефективність лікування пухлин за всіма показниками оцінювання результатів лікування, прийнятими в онкології. Моноклональні антитіла для імунотерапії пухлин показані в табл. 1.

Основні моноклональні антитіла для імунотерапії

Препарат, стандартна назва	Комерційні назви	Механізм і точка дії	Застосування
Трастзумаб	Герцетин	Інгібітор рецептора епідермального фактору росту	Рак грудної залози
Пембролізумаб	Кітруда	Рецептор програмованої смерті клітин	Меланома з метастазами
Ритуксимаб	Мабтера, Рітуксан	Рецептор CD 20 В-лімфоцитів	Лімфолейкоз лімфоми
Іпілімумаб	Ервой	Інгібітор рецептора гальмування імунної відповіді	Меланома
Нівілмаб	Олдіво	Інгібітор рецептора гальмування імунної відповіді	Меланома, рак легень
Атезолізумаб	Тацентрик	Рецептор програмованої смерті клітин	Рак сечового міхура, простати, легень
Рамуцірумаб	Цірамза	Інгібітор росту ендотелію судин	Рак шлунка
Бевацізумаб		Інгібітор росту ендотелію судин	Колоректальний рак

Моноклональні антитіла застосовуються також при хворобах очей. При захворюваннях сітківки, які спричинені змінами судин, застосовують препарати, що блокують фактор росту судин. Такі препарати значно покращили результати лікування пацієнтів, яким загрожувала втрата зору.

Висновки

1. Сучасні технології дали можливість створити нову групу лікувальних препаратів для імунотерапії – моноклональних антитіл.

2. Клінічне застосування моноклональних антитіл підвищило ефективність лікування запальних процесів, автоімунних захворювань та злоякісних пухлин.

ЛІТЕРАТУРА

1. Зайченко Г. В., Горчакова Н. О., Шумейко О. В., Клименко О. В., Ходаківська О. В. Спектр фармакологічної активності моноклональних антитіл. Український журнал медицини, біології та спорту. 2021; 4–5 (21); 17-32. <https://jmbs.com.ua/pdf/4/5/jmbs0-2019-4-5-017.pdf>
2. Katie Mc Callum. What Is Monoclonal Antibody Therapy & Who Is Eligible to Receive It?
3. URL: <https://www.houstonmethodist.org/blog/categories/when-should-i-worry-about/Aug. 20, 2021>

ДУМАС І. Р.

студентка III-го курсу

спеціальності «224 Технології

медичної діагностики та лікування»

Львівська медична академія

ім. А. Крупинського

Науковий керівник:

МЕНІВ Н. П.

викладач дисципліни «Мікробіологія з

основами імунології та технікою

мікробіологічних досліджень»

Львівська медична академія

ім. А. Крупинського

аспірант, біологічний факультет,

ЛНУ імені Івана Франка

ПРИЗНАЧЕННЯ ІМУНІЗАЦІЇ В ОНКОЛОГІЇ

Вступ. Онкологічні захворювання є основною причиною смертності у світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в 2020 році на їхню частку припало близько 10 млн смертей. Найпоширенішими були рак грудей, легенів, товстої і прямої кишки, простати, шкіри та шлунка.

Станом на початок 2021 року в Україні на обліку в медичних установах перебувають 1 млн 187,6 тисяч пацієнтів з онкологічними захворюваннями[1].

Рак – це хвороба, викликана неконтрольованим поділом. Він викликаний мутаціями – змінами в ДНК, що безпосередньо впливають на гени, а ті спричиняють нестримний приріст клітин. З метою посилення лікувального впливу класичних методів терапії онкологічних хворих, забезпечення їх повного одужання або попередження рецидивів та формування метастазів, рекомендують різні засоби біотерапії. Особливо перспективні в цьому плані протипухлинні аутовакцини[2].

Основна частина.Протипухлинний імунітет – це система, яка включає в себе дві лінії захисту. Перша з них – природний (неспецифічний) імунітет – реагує на присутність в організмі чужорідного, у тому числі змінних (мутованих) клітин, які можуть бути потенціальними джерелами розвитку пухлин. Друга – адаптивний (специфічний) імунітет – служить для реалізації імунної відповіді шляхом формування популяції (клону) лімфоїдних клітин, призначених вести боротьбу з пухлиною, яка розвивається. Для цього адаптивний імунітет має характерні якості – імунологічну пам'ять по відношенню до конкретного пухлинного фактора (антигену) і здатністю розпізнавати цей фактор (специфічністю), в результаті чого формується і підтримується імунна відповідь, а наприкінці руйнуються атипичні для організму пухлинні клітини. Саме на основі специфічності і імунологічної пам'яті створюються різні вакцини[3].

Протипухлинна вакцина – поняття індивідуальне. Вона виготовляється на основі матеріалу пухлинних тканин. Іншими словами, після хірургічного видалення ракового зачатка, береться невеликий шматочок перероджень тканини і з нього готується вакцина.

Протипухлинні вакцини порівнянні з хіміотерапією і хірургічним втручанням мають масу переваг:

- низький рівень побічних реакцій і ефектів, а також виключення ускладнень;
- поліпшення якості подальшого життя людини;
- збільшення виживаності;
- виключно індивідуальний підхід до лікування;
- безболісність і відсутність необхідності в госпіталізації;
- високий показник клінічної ефективності [4].

Тому продовжується вивчення і вдосконалення вакцин, які створюють традиційними методами біотехнології з використанням реальних на цей день можливостей. Це включає в себе виділення антигенного пухлинного матеріалу і підвищення його імуногенності шляхом сполучення з індукторами (стимуляторами) і ад'ювантами (підтримуючими факторами) імунної відповіді. Тут перевага зберігається за аутовакцинами, які містять весь спектр антигенів, проти яких припускається виробити імунну відповідь, у тому числі індивідуальні і ступенево-специфічні антигени, які мають відмінності розвитку протипухлинного процесу у кожного конкретного хворого.

Безумовно, аутовакцини мають свої слабкі сторони, і в першу чергу те, що їх використання не дає задовільного ефекту для усіх випадків захворювання. Тому доля хворого значно залежить від індивідуальних особливостей протипухлинного імунітету, а вони можуть значно різнитися, тому результат використання вакцин не завжди можна припустити з достатньою точністю.

Мета використання протипухлинної аутовакцини в тому, щоб визвати у хворого довготермінову імунну реакцію, яка подавляє або стримує розвиток пухлинного процесу. Головна проблема, яка пов'язана з використанням цієї мети, заключається в тому, як підвищити антигенність пухлинного матеріалу, щоб стимулювати направлену проти нього імунну відповідь.

Матеріалом для створення аутовакцини служить зразок пухлинної тканини, який отримано безпосередньо від хворого під час операції і оброблений відповідним образом з метою підвищення його імуногенності (антигенність).

Вакцина застосовується як частина комплексного лікування онкологічних хворих для запобігання розвитку рецидивів і метастазів. Її застосування призводить до підвищення загальної ефективності терапії і збільшення тривалості життя хворих. Вакцина може використовуватися в комбінації з уже існуючими методами, в тому числі у пацієнтів, що мають протипоказання до проведення хіміотерапії. Відносна безпека методу контрастує з вираженими побічними ефектами хіміотерапії і променевої терапії. У той же час, вакцина не скасовує хіміотерапію, а створює нову нішу лікування хворих при істотному поліпшенні якості життя [5].

Біотехнологічна компанія Moderna займається розробкою мРНК вакцин проти раку. Метою мРНК-вакцини від раку буде навчання імунних клітин організму виявленню пухлинних клітин. Спочатку мРНК-вакцина буде протестована на поширеному або метастатичному ракові шкіри та типі раку легень, який називається недрібноклітинною карциномою легень[6].

В американському місті Клівленд розпочали клінічні випробування вакцини проти раку грудей – найпоширенішого онкозахворювання серед жінок.

Препарат призначений для запобігання потрійно негативного раку молочної залози. Раніше препарат показав позитивні результати під час досліджень на мишах.

Під час першого етапу випробування на людях вчені мають визначити правильне дозування для пацієнтів та дослідити її ефективність. На першому етапі залучать 18–24 людини (здебільшого жінок), у яких діагностували захворювання упродовж останніх трьох років і наразі вони вилікувалися від раку, але мають високий ризик рецидиву.

Якщо перший етап виявиться ефективним, надалі до випробування залучать людей із групи ризику розвитку раку молочної залози. Науковці попереджають, що вакцина є експериментальною, тому невідомо, наскільки вона буде ефективною і невідомо, коли препарат буде широко доступним. За словами науковця, на розробку можуть знадобитися роки [7].

Висновки. Вакцина не захищає людину на 100% від онкології, проте вона дозволяє значно зменшити ризик захворювання. Тобто, вакцинація проти ракових пухлин може запобігти 90% ракових захворювань. У разі якщо людина усе-таки захворіла, то зроблена заздалегідь вакцинація сприяє протіканню хвороби у легкій формі. Імунотерапія недоброякісних пухлин стоїть на порозі важливих відкриттів зі створенням нових вакцин з використанням інфекційних (бактеріальних і вірусних) факторів, які мають схожість до деяких видів тканин або загальність з етіологічними факторами розвитку передпухлинних захворювань.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лікування раку в Україні – статистика захворюваності та смертності. Слово і Діло (slovoidilo.ua)
2. <https://brovmedcentr.in.ua/2021/02/02/>

3. <https://xreferat.com/55/6876-1-mun-tet-ta-vakcini-proti-puhlin.html>
4. <https://uamt.com.ua/UA/protypukhlynni-vaktsyny.html>
5. <https://unci.org.ua/protyvopuhlynni-vaktsyny/>
6. <https://www.ukrinform.ua/amp/rubric-technology/3408607-moderna-rozroblae-mrnkvakcini-vid-raku-gerpesu-ta-vitranksi.html>
7. <https://hromadske.ua/posts/u-ssha-rozpochali-viprobuвання-vakcini-proti-raku-grudej-torik-jogo-diagnostovali-u-23-mln-zhinok-po-vsomu-svitu>

*СИДОР О. К.,
ПАРТИКА У. Б.,
викладачі КЗВО ЛОР
«Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського»
СИДОР А. Д.,
студентка 4 курсу спеціальності
222 Медицина Львівського
національного медичного
університету ім. Данила Галицького*

«ПРОФІЛАКТИКА ЙОДОДЕФІЦИТУ – ТУРБОТА ПРО ВЛАСНЕ ЗДОРОВ'Я»

На сьогодні йододефіцитні захворювання займають значне місце в структурі неінфекційної захворюваності людства та несуть глобальну загрозу здоров'ю людей і суспільства в цілому. Незважаючи на те, що ВООЗ здійснила свою першу доповідь про ендемічний зоб по всьому світі і підкреслила числення наслідки йододефіцитних станів ще в 1960 році, до сьогодні йододефіцитні захворювання успішно ліквідовані лише у розвинених країнах і прогрес ліквідації йододефіцитних станів просувається дуже повільно. Лише 75 % країн, де зареєстровані йододефіцитні захворювання мають законодавство про масову йодну профілактику (йодування солі), близько 65% контролюють якість йодованої солі і лише 30% країн регулярно відслідковують біологічний рівень йоду серед населення. Україна входить до числа країн з недостатнім вмістом споживанням йоду [1,1–2]. Проблема йодного дефіциту в Україні

та й у цілому світі визнана актуальною також через сукупність різноманітних розладів, спричинених таким дефіцитом, яка значною мірою визначає не лише стан здоров'я населення, а й інтелектуальний розвиток суспільства. Тому подолання наслідків йодного дефіциту залишається на сьогодні одним з важливих завдань.

Зв'язок між дефіцитом йоду в організмі і цілим рядом спровокованих ним захворювань остаточно встановлений був лише у 1983 році. Тоді Всесвітня організація охорони здоров'я навіть ввела в обіг новий термін – "йододефіцитні захворювання", куди увійшов цілий спектр розладів, зумовлених йодною недостатністю. Йододефіцитні захворювання – патологічні стани, зумовлені зниженням споживання йоду. Ця група захворювань включає йододефіцитний гіпотиреоз, дифузний нетоксичний зоб, вузловий і багатовузловий еутиреоїдний зоб, функціональну автономію щитоподібної залози. Найчастіше трапляється збільшення в розмірах щитоподібної залози – зоб. Головним соціальним наслідком йододефіциту є порушення репродуктивної функції жінок. Нестача йоду спричиняє викидні, мертвонародження, виникнення вроджених аномалій, високої перинатальної смертності у плода, смертності дітей першого року життя, кретинізму, розумової відсталості, глухонімоти, паралічу кінцівок, косоокості; у новонароджених дітей викликає психомоторні розлади, неонатальний зоб, неонатальний гіпотиреоз, у дітей та підлітків – зоб, ювенільний гіпотиреоз, порушення інтелекту, відставання фізичного розвитку; у дорослих – зоб і його ускладнення та сприяє поглинанню радіоактивного йоду при екологічних катастрофах. [2,1].

На сьогодні з метою оцінки тяжкості йододефіцитних захворювань і контролю за їх ліквідацією використовують рекомендації, вироблені ВООЗ/ЮНІСЕФ/ICCIDD. Згідно з цими рекомендаціями, виділяють дві групи параметрів для визначення початкового стану йодного дефіциту в обстежуваному регіоні і для контролю ефективності заходів щодо ліквідації його наслідків. Вони містять клінічні (розмір і структура щитоподібної залози, наявність розумової відсталості і кретинізму) і біохімічні (концентрація тиреоїдних гормонів, уміст йоду в сечі) індикатори. [2].

Ендемічний зоб – основний наслідок нестачі йоду в довкіллі. Регіон називається ендемічним за зобом, коли в більше ніж 10% жителів цієї території визначається зоб. В Україні здавна ендемічними щодо зоба

вважаються сім західних областей: Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська, Чернівецька.

В організмі здорової людини міститься 25–35 мг йоду. Втім, така незначна кількість цього хімічного елемента відіграє провідну роль, адже більша частина його знаходиться в щитоподібній залозі – головному регуляторі обміну речовин. Назва походить від грецького «iodes» – фіолетовий, оскільки при нагріванні йоду утворюються пари, які мають фіолетовий колір. Його кількість необхідна для нормального розвитку становить 100–200 мкг/добу, внаслідок цього йод належить до мікроелементів.

Хоча цей мікроелемент присутній майже всюди, розподілений він вкрай нерівномірно. Основні природні джерела йоду – моря та океани. Найбільше йоду знаходиться в повітрі, воді та ґрунті приморських регіонів. Але дощові хмари, сформовані над морями, не завжди досягають земель у глибині материків. Тому населення, яке проживає далеко від моря, відчуває нестачу цього мікроелементу.

Фармакокінетика. Зазвичай, йод потрапляє в організм через шлунково-кишковий тракт (з водою та продуктами харчування чи з медикаментозними препаратами), але він може надходити також через шкіру або з порожнин тіла. Неорганічний йод всмоктується в тонкій кишці, а через шкіру – незначно та неконтрольовано. З травного каналу йод, пов'язаний з амінокислотами, надходить в кров. Показники вмісту неорганічного йоду у сироватці крові, зазвичай, перебувають у межах 0,1–0,5 мкг/дл. В організмі йод накопичується у щитовидній залозі та інших тканинах, таких як слинні залози, грудна залоза, шлунок. У слині, шлунковому соку та в грудному молоці концентрація йоду у 30 разів вища за концентрацію в плазмі. 80–90 % йоду виводиться через нирки і 10–15 % – через кишківник. [3, 24–26].

Від ступеня насиченості організму людини йодом залежить, як функціонуватиме щитоподібна залоза. Відомо, що в нормальних фізіологічних умовах при достатньому надходженні йоду в організм щитоподібна залоза продукує близько 90–100 мкг тироксину та 5–10 мкг трийодтироніну. В фізіологічних умовах щитоподібна залоза містить 10 000 мкг йоду, що становить 70–80 % від його загальної кількості в організмі, тобто є своєрідним гормональним депо. Патологічний вплив дефіциту цього мікроелемента на щитоподібну залозу зумовлений

пригніченням синтезу тиреоїдних гормонів: тироксину (Т4) та трийодтироніну (Т3), що у свою чергу, призводить до підвищення рівня – тиреотропного гормону (ТТГ), тривала стимуляція якого здатна посилити негативний вплив на тиреоцити перекису водню. В осередку некрозу, який розвивається під дією надлишку перекису, макрофаги продукують і вивільняють надлишок трансформуючого ростового фактора β (ТРФ- β), що призводить до проліферації фібробластів, зниження репаративних можливостей тканини щитоподібної залози та формування її фіброзу – основи для доброякісних та злоякісних новоутворень. Крім того, в умовах дефіциту йоду порушується функція ЩЗ і може виникнути гіпотиреоз – пригнічення функції щитоподібної залози при зниженні синтезу ТГ (мало сировини (йоду) – мало гормонів) або тиреотоксикоз – підвищення функції залози при автономному неконтрольованому синтезі ТГ в її вузлах і тиреотоксичних аденомах. Закономірним наслідком декомпенсованого дефіциту йоду є формування багатовузлового токсичного зоба. Отже, що менш компенсований дефіцит йоду і менша концентрація йоду в щитоподібній залозі, то вищий ризик розвитку дифузного й вузлового зоба і порушення функції залози. [4].

Недостатність йоду у довікллі, а відтак і недостатнє його надходження до організму вважається провідним, але не єдиним чинником виникнення зоба, йодної недостатності. Ці захворювання в організмі посилюються під впливом неповноцінного одноманітного або незбалансованого за окремими компонентами харчування, зокрема при дефіциті білків, особливо тваринних, вітамінів, надлишку жирів. Серед чинників харчування, які посилюють йодну недостатність, певна роль належить недостатній забезпеченості організму вітамінами С, Д, А та групи В. Дослідження хімічного складу об'єктів довкілля (ґрунт, вода, харчові продукти) у зонах зобної ендемії засвідчують наявність у них поряд з дефіцитом йоду також недостатньої кількості кобальту, цинку, молібдену, селену. [4]

Селен вважається «другом» йоду. При дефіциті селену йод погано засвоюється організмом. Селен дуже потрібний і для роботи щитовидної залози. Він необхідний перетворення гормону щитовидної залози Т4 в Т3, і навіть у зворотний Т3. Водночас дослідження показали, що достатній рівень селену запобігає пошкодженню клітин активними формами кисню (наприклад, H_2O_2). Загалом селен відіграє важливу роль у функціонуванні ЩЗ, яка містить його в найвищій, порівняно з іншими

органами, концентрації. Норма добового вживання селену, згідно з – рекомендаціями ВООЗ, для дорослих становить 50–200 мкг. Загальний вміст селену в організмі дорівнює 10–20 мг, при цьому 80% мікроелемента присутні у вигляді селеноцистеїну. Мікроелемент в організмі не синтезується, а отже, має надходити з їжею. Нестача селену в жінок може спричиняти безпліддя, невиношування вагітності, синдром затримки внутрішньоутробного розвитку плода, пре еклампсію та еклампсію, вроджені аномалії плоду та вад його розвитку. У новонароджених селеноде

фіцит спричиняє психомоторні розлади, у дітей та підлітків – зоб, ювенільний гіпотиреоз, порушення інтелекту, відставання у фізичному розвитку, в дорослих – зоб, гіпотиреоз, зниження інтелекту, йодіндукований тиреотоксикоз. **Селен є складовою системи глутатіонпероксидази – тіоредоксинредуктази. Ця система задіяна в антиоксидантному захисті організму, Глутатіонпероксидаза – селенозалежний фермент. У щитоподібній залозі глутатіонпероксидаза – найважливіший антиоксидантний фермент, що захищає клітини від перекисного окиснення мембранних ліпідів.**

Зрозуміло, що дефіцит селену призводить до зниження активності селенопротеїнів та антиоксидантного захисту щитоподібної залози, унаслідок чого зростають цитотоксична дія H_2O_2 на тканину щитоподібної залози й активність тиреопероксидази (ТПО) у щитоподібній залозі. Це, зі свого боку, може зумовити розвиток аутоімунних тиреопатій, що було продемонстровано у ході багатьох досліджень.

Дефіцит селену асоціюється з такими патологічними змінами **щитоподібної залози**, як збільшення її об'єму, порушення ехогенності, виникнення вузлових або колоїдних утворень, лімфоїдна інфільтрація. Результати досліджень підтвердили роль селену в зниженні рівня АТПО й поліпшенні перебігу аутоімунного тиреоїдиту. Сьогодні більшість фахівців розцінюють селен як важливу складову схеми успішного лікування та профілактики тиреопатій, пов'язаних із дефіцитом йоду.

Поєднання дефіциту йоду і селену посилює проблему йодної недостатності та зобної ендемії в Україні, що відображається у структурі захворюваності **щитоподібної залози**. Спостерігається зростання як

гіпертрофічних процесів у **щитоподібній залозі**, а й аутоімунних тиреопатій. [4].

Методи профілактики йододефіцитних станів. Профілактика полягає у забезпеченні постійного надходження йоду в організм у кількості, що відповідає віковим та фізіологічним потребам. Як відомо, існують три основних види йодної профілактики: масова, індивідуальна та групова. Усі вони базуються на додатковому введенні йоду в організм людини, яка проживає в йододефіцитному регіоні. Йодний дефіцит є проблемою, безпосередньо пов'язаною з харчуванням. Уміст йоду в більшості повсякденно уживаних продуктів харчування й напоїв невеликий. Виняток становлять лише морепродукти, оскільки представники рослинного і тваринного світу морів і океанів мають здатність концентрувати йод із морської води. Особливо великий уміст даного елемента в деяких сортах водоростей. Однак рекомендувати таку дієту жителям України досить складно внаслідок цілого ряду причин. Насамперед, власних морепродуктів у країні вкрай мало, а імпортовані економічно не завжди доступні населенню. Крім того, в більшості сімей не існує дієтичних традицій постійного вживання морепродуктів, особливо в сирому вигляді. Кулінарна обробка призводить до значних втрат йоду з морської риби і водоростей. Аналогічна ситуація складається в більшості країн світу, унаслідок чого людством протягом багатьох десятиліть здійснюються спроби збагачення продуктів харчування йодом. Його сполуки додають у молоко, воду, хліб, рослинну олію. Але найбільш широко у всьому світі використовується йодування кухонної солі.

Масова профілактика – запровадження обов'язкового йодування всієї харчової солі в країні. Потребує прийняття відповідних законодавчих актів. Є найбільш ефективним способом подолання йодного дефіциту, як проблеми на популяційному рівні, оскільки забезпечує постійний доступ до всіх категорій населення, незалежно від рівня статку, освіти та свідомості. Використання йодованої солі є ефективним способом покращення йодного статусу населення, за винятком дітей раннього віку. Крім того, вживанням виключно йодованої солі неможливо забезпечити підвищену потребу в йоді у вагітних та жінок-годувальниць. Сьогодні в Україні для збагачення солі використовується йодат калію, що є більш стійкою сполукою, ніж йодид, який застосовувався раніше, і дозволяє зберігати йодовану сіль протягом року й більше, не змінює смак і запах

страв, може використовуватися при консервації продуктів. Безпека йодату калію підтверджена експертами ВООЗ. Технології і рівень йодування солі в Україні відповідають міжнародним нормативам. Уміст йоду в солі - $40 \pm 15 \cdot 10^{-4} \%$ або 0,04 г/кг, що при середньодобовому споживанні дорослим 10 г, а дитиною – 6–7 г з урахуванням закладених втрат при зберіганні (20 %) і приготуванні їжі (20%) забезпечує щоденне фізіологічне надходження йоду в організм. Спорадичне використання йодованої солі не дає значущого профілактичного ефекту в масштабах популяції. Причини обмеженої ефективності використання йодованої солі в окремих випадках з метою профілактики йододефіцитних захворювань полягає в сучасних тенденціях широкого використання промислово виготовлених продуктів харчування (ковбасних виробів, напівфабрикатів, кондитерських продуктів та ін.), які як правило, використовують в рецептурі в основному кам'яну (не йодовану) сіль.

Групова й індивідуальна профілактика. У країнах, де не проводиться масова йодна профілактика, виникає необхідність у проведенні групової та індивідуальної дотації йоду найбільш чутливим до йододефіциту категоріям населення – дітям, підліткам, вагітним і жінкам-годувальницям. Крім того, з огляду на підвищену потребу в йоді у вагітних та жінок під час лактації, додаткова індивідуальна профілактика цим категоріям населення здійснюється навіть у країнах, де налагоджена масова система профілактики. Групову профілактику проводиться в організованих дитячих колективах. Такі заходи вимагають законодавчої та фінансової підтримки держави.

Для групової та індивідуальної профілактики нині чинними в Україні протоколами надання допомоги дітям із захворюваннями щитоподібної залози рекомендовані виключно фармакологічні препарати йодиду калію у вигляді таблеток із вмістом йоду 100 та 200 мкг, що дозволяє точно дозувати їх для найбільш чутливих до йодного дефіциту категорій населення: дітям раннього та дошкільного віку – 50–100 мкг йоду на добу; дітям молодшого шкільного віку (6–12 років) – 100 мкг йоду на добу; дітям старше 12 років та підліткам – 200 мкг йоду на добу; вагітним та жінкам-годувальницям – 200 мкг йоду на добу. Після народження дитини проведення профілактичних заходів залежить від характеру вигодовування. У разі грудного вигодовування, що є ідеальним на першому році життя, проводиться йодна профілактика матері-годувальниці (200 мкг йоду на

добу протягом всієї лактації у вигляді препаратів калію йодиду). Прийом препаратів калію йодиду дозволяє не тільки забезпечити потреби жінки та дитини у йоді, але й збільшує тривалість та об'єм лактації. Після введення прикорму дитина має отримувати молочні суміші та продукти дитячого харчування, збагачені йодом, або треба додавати 50 мкг калію йодиду 1 раз на добу з будь-якою рідиною. При штучному вигодовуванні слід звертати увагу на кількість йоду в адаптованих сумішах. Оптимальним є вміст йоду для доношених дітей – до 10 мкг, а для недоношених – до 20 мкг/для готової суміші. Дітям віком 2 роки та більше слід рекомендувати повноцінне харчування з використанням для приготування їжі виключно йодованої солі та широким залученням до раціону морепродуктів. У разі, якщо дитина не вживає зазначених продуктів харчування з будь-якої причини, дотацію йоду можна проводити шляхом використання препаратів калію йодиду (50 мкг на добу).

На особливу увагу заслуговує проведення індивідуальної йодної профілактики з використанням препаратів калію йодиду в дітей будь-якого віку, що мають обтяжений власний та/або спадковий анамнез із боку захворювань щитоподібної залози. Крім того, проведення індивідуальної йодної профілактики є доцільним у підлітковому віці. У цей період унаслідок гормонального дисбалансу підсилюється екскреція йоду із сечею та водночас зростає потреба в цьому мікроелементі. Отже, щоденне використання 150–200 мкг калію йодиду сприяє дозріванню гіпофізарно-тиреоїдної вісі та формуванню ендокринної системи підлітка в цілому.

Слід зазначити, що фізіологічним є вживання відповідної добової дози йоду щоденно. Припинення йодної профілактики, масової чи індивідуальної, призводить до швидкого відновлення йодного дефіциту та зростання кількості йоддефіцитних захворювань.

Неприпустимо використовувати для йодної профілактики біологічно активні добавки, що не мають чітко визначеної і, головне, контрольованої кількості йоду у своєму складі. У разі їх споживання людина може отримувати або недостатню, або надмірну дозу йоду, що в обох випадках є нефізіологічним і небезпечним.

Передозування йоду, як і його дефіцит, спричиняє виникнення цілого ряду патологічних станів. Небезпечним є постійне надходження в організм йоду в кількості, що у 3–4 рази та більше перевищує рекомендований рівень. Ні в якому разі не можна використовувати для профілактики та

лікування йод дефіцитних станів спиртовий розчин йоду, розчин Люголя, які призначені для зовнішнього застосування та мають надвисоку концентрацію йоду, та препарати з надмірним вмістом даного мікроелемента. У разі прийому високих доз йоду може виникнути гостре отруєння – йодизм. Для нього характерні специфічний запах із рота, зміна кольору слизових оболонок, спрага, блювання жовтуватими або синіми масами, пронос, слабкість, запаморочення, може бути субфебрильна температура. Іноді виникає асептичне запалення слизових оболонок: ринорея, кон'юнктивіт, гнійничкові висипання, слинотеча тощо. Протипоказаннями до проведення індивідуальної та групової йодної профілактики є тиреотоксикоз різного генезу та індивідуальна непереносимість препаратів йоду, маніфестний гіпертиреоз [5].

Задовольнити потребу організму у йоді можна за допомогою препаратів зі вмістом йоду. Проте останні роки фахівці рекомендують вживати йод у комплексі з селеном, оскільки науці відомі випадки, коли монопрепарати йоду можуть не покращувати стан щитоподібної залози, а навпаки – подразнювати її. Селен своєю чергу допомагає йоду правильно робити свою справу, оскільки бере участь у метаболізмі і синтезі тиреоїдних гормонів, знижує активність аутоімунних процесів у щитоподібній залозі. Мікроелемент не синтезується в організмі людини, а отже, має надходити з їжею. Селен міститься у тваринних жирах, яйцях, м'ясних продуктах, рибі, молюсках, капусті, шпинаті, часнику, проростках пшениці, насінні соняшника, коричневому рисі. [5].

Розглянемо декілька препаратів для профілактики йоддефіцитних захворювань. Це в основному йодовмісні фармацевтичні препарати. Призначаються як додаткове джерело йоду та селену з метою нормалізації функції щитоподібної залози, профілактики станів, пов'язаних з дефіцитом йоду та селену, а також збагачення раціону населення, що проживає в регіонах з недостатньою кількістю йоду в навколишньому середовищі, лікування дифузного еутиреоїдного зоба. Це фактично їх основний показ до застосування. Препарати приймають після їжі та запивають достатньою кількістю рідини. Препарати даної групи мають типові протипокази: маніфестний гіпертиреоз, латентний гіпертиреоз в дозах, які перевищують 150 мкг йоду на добу; автономна (аутоімунна) аденома, а також, фокальних та дифузних вогнищах автономії щитоподібної залози. Термін прийому препаратів може бути різним (курси, місяці, роки), що завжди

узгоджується з лікарем після контрольних обстежень функції щитоподібної залози. Передозування препаратами йоду, що застосовується з профілактичною метою буває вкрай рідко. Проте слід відмітити ознаки йодизму: металічний присмак у роті, зміна кольору слизових оболонок в сторону коричневих, набряк та запалення слизових оболонок (нежить, кон'юнктивіт, гастроентерит, бронхіт); пронос, блювання жовтими чи синіми масами; можлива активізація латентних процесів, таких як туберкульоз; може мати місце розвиток набряків, еритем, вугреподібних та бульозних висипів, геморагій, пропасниці та нервового збудження.

ЙОДОМАРИН (R)200 (міжнародна непатентована назва: Potassiumiodide. Лікарська форма: таблетки, форма випуску – таблетки 200 мкг № 50, № 100. Діючі речовини: 1 таблетка містить калію йодиду – 0.262 мг (що еквівалентно 200.0 мкг йоду). Дозування для профілактики: немовлята та діти: від ¼ до ½ таблетки на добу, що відповідає 50–100 мкг йоду; підлітки та дорослі: від ½ до 1 таблетки на добу, що відповідає 100 – 200 мкг йоду; період вагітності та годування груддю: 1 таблетка, що відповідає 200 мкг йоду.

ЙОСЕН. Комбінований таблетований препарат, що містить: калію йодат – 0,253 мг (що еквівалентно 150 мкг йоду), натрію селеніт – 0,167 мг (що еквівалентно 75 мкг селену). Виробник: ТОВ «ОМНІФАРМА КИЇВ», Україна. Дозування – дітям старше 12 років і дорослим по 1 таблетці 1 раз на добу під час або після прийому їжі, запиваючи питною водою. Профілактичний курс споживання зазвичай складає 6–12 місяців, далі термін споживання узгоджувати з лікарем індивідуально. Важливо не перевищувати рекомендовану добову дозу.

ЦЕФОСЕЛЕН ЙОД ЧИСТИЙ. Форма випуску – капсули по 220 мг №60

Склад (одна капсула – 220 мг.): неактивні дріжжі – 50 мг (що відповідає 100 мкг селену), калію йодат – 0,256 мг (що відповідає – 150 мкг йоду); допоміжні речовини: орісіл, кальцію стеарат, мікрокристалічна целюлоза, лактоза – 170 мг. Спосіб застосування та дози: дорослим по 1 капсулі 1 раз на добу під час або після вживання їжі, запиваючи достатньою кількістю води.

ЙОДО-СЕЛЕН. Склад: калію йодид – 0,065 мг, селену оксид – 0,00275 мг, допоміжні компоненти; випуску Покази до застосування такі ж як і для аналогів вище описаних. Рекомендації щодо прийому: дорослим по

1 таблетці двічі на день під час вживання їжі, запивати водою. Курс прийому – до 1 місяця. Важливо курс прийому узгоджувати з лікарем. Випускається у таблетки 250 мг.

ЙОД СЕЛЕН РОЗЧИН 100 мл. Розчин водний йоду і селену I + Se компанії "Наноматеріали та нанотехнології", в-во України, сертифікований. Форма випуску: 100 мл в скляному затемненому флаконі.

Вміст 1 флакона: 100 см³: йод (у формі цитрата 700,0 мкг, селен (у формі цитрату) – 350,0 мкг., вода очищена – до 100 см³. Дієтична добавка до раціону харчування – додаткове джерело йоду і селену. Підтримує роботу щитовидної залози. Застосування: дорослим 5 см³ (1 чайна ложка) розчинити в 100 см³ води або соку, чаю - вживати двічі на добу під час їжі. Перед застосуванням рекомендується збовтати. Вимагає певних умов зберігання: зберігати в сухому, захищеному від світла та недоступному для дітей місці при температурі від 0° С до 25° С і відносній вологості повітря не більше 85 %.

ЙОДИД-ФАРМАК (JODIDUM-FARMAK). Форма випуску: таблетки по 200 мкг по 10 таблеток у блістері. Склад: 1 таблетка містить калію йодиду у перерахуванні на суху речовину 261,6 мкг і на йод 200 мкг (Kaliumiodidum)

Спосіб застосування та дози (профілактика дефіциту йоду та ендемічного зоба):

немовлята та діти віком до 12 років 50 - 100 мкг йоду на добу (½–1 таблетка Йодид-Фармак); діти віком від 12 років і дорослі: 100–200 мкг йоду на добу (1–2 таблетки препарату Йодид-Фармак); період вагітності або годування груддю: 200 мкг йоду на добу (1–2 таблетки препарату Йодид-Фармак); дітям та дорослим: 100–200 мкг йоду на добу (1–2 таблетки Йодиду-Фармак).

ЙОДОВІТАЛ 100 (IODOVITAL 100). Міжнародна та хімічна назви: potassiumiodide. Форма випуску – таблетка, вкрита оболонкою, містить 100 мкг йоду. Спосіб застосування та профілактичні дози: дорослі та діти старше 12 років – 100–200 мкг йоду на добу; новонародженим та дітям до 12 років – 50–100 мкг йоду на добу, під час вагітності та годування груддю – 150–200 мкг йоду на добу; профілактика рецидиву зобу після резекції – 100–200 мкг йоду на добу. Препарат приймають після їди, запиваючи достатньою кількістю рідини.

ЙОД-НОРМІЛ. Діюча речовина: калію йодид. 1 таблетка містить калію йодиду 130,8 мкг або 261,6 мкг, що відповідає 100 мкг або 200 мкг йоду відповідно. Дозування: немовлята та діти віком до 12 років: 50–100 мкг йоду на добу; діти віком від 12 років та дорослі: 100–200 мкг йоду на добу; період вагітності або годування груддю: 200 мкг йоду на добу. Лікарський засіб містить лактозу, тому його не слід застосовувати хворим із рідкісною вродженою непереносимістю галактози, дефіцитом лактази або синдромом мальабсорбції глюкози і галактози[6].

Отже, для повноцінного функціонування щитоподібної залози важливим є надходження в організм достатньої кількості йоду зокрема в регіонах ендемічних щодо даного мікроелементу, де проблеми йододефіциту посідає вагоме місце в структурі неінфекційних захворювань. Дуже часто недостатнім є споживання лише харчових продуктів збагачених йодом, тому виникає потреба у додатковому надходженні препаратів йоду. Рекомендовано споживати препарати йоду комбіновані селеном, оскільки останній знижує активність аутоімунних процесів у щитоподібній залозі та бере участь у метаболізмі і синтезі тиреоїдних гормонів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Iodine GlobalNetwork. GlobalMap 2020. Available at site https://www.ign.org/cm_data/Global-Scorecard-2020-MAP-3-June-2020.pdf
2. <https://www.mvk.if.ua/profzahv/48417>.
3. «Йододефіцитні захворювання та їх профілактика» П.М. БОДНАР, Г.П. МИХАЛЬЧИШИН, Міжнародний ендокринологічний журнал 4(6) 2016. <http://www.mif-ua.com/archive/article/2045>.
4. Тематичний номер «Діабетологія, Тиреоїдологія, Метаболічні розлади» № 4 (40) грудень 2017 р. <https://health-ua.com/article/33394-jod-selen-ufzolog-tapatolog--shitopodbno-zalozi>.
5. https://pidru4niki.com/86871/meditsina/metodi_profilaktiki_yododefitsitnih_zahvoryuvan.
6. <https://mozdocs.kiev.ua/liki.php?nav=2&phgroup=97>.

*ТЕРЕЩУК С.І.,
канд. фарм. наук, доцент
Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського*

СУЧАСНІ РЕАЛІЇ ВИКЛАДАННЯ ПРОФІЛЬНОЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЕКОНОМІКА ФАРМАЦІЇ» У ЗАКЛАДІ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Вступ. В сьогоденнішніх умовах глобальних соціально-економічних, науково-технічних і політичних змін, підвищуються вимоги суспільства до професійної підготовки спеціалістів фармації як представників професії публічної довіри [1]. Професійна підготовка здобувачів вищої освіти передбачає наявність спеціально організованого освітнього процесу щодо здобуття майбутніми фахівцями фахових знань, умінь і навичок, необхідних компетентностей. При наявності високих результатів навчання саме реалізація розвинутих компетентностей дозволить у майбутньому кожному випускнику закладу вищої освіти (ЗВО) конкурувати на ринку праці та розкрити свій фаховий потенціал у професійному середовищі [2].

У 2020 р. Львівська медична академія імені Андрея Крупинського (ЛМА) відновила набір студентів за спеціальністю 226 «Фармація, промислова фармація» для здобуття освітнього рівня бакалавра з трирічним терміном навчання. Досвід роботи з підготовки таких спеціалістів у ЗВО вже був, бо у 1963–1986 рр. із стін Львівського базового медичного училищавийшло 1540 висококваліфікованих фармацевтів.

Мета роботи. Аналіз методики викладання профільної фармацевтичної дисципліни «Організація та економіка фармації» у ЛМА імені Андрея Крупинського.

Результати. На першому етапі роботи нами з'ясовано, що підготовку фармацевтичних фахівців (без магістрів фармації) станом на 30.09.2022 р. в Україні здійснюють 73 заклади освіти за такими ступенями: бакалавр – 23, фаховий молодший бакалавр – 45, молодший бакалавр – 3, спеціаліст – 2[3].

При такій кількості пропозицій вирішальним є якість навчального процесу в закладах освіти, матеріальне-технічне забезпечення, кадровий потенціал та активне реагування на потреби практичної фармації.

Навчання бакалаврів фармацевтів у ЛМА імені АндреяКрупинського триває 6 семестрів, протягом яких випускник повинен оволодіти практичними навичками та отримати ґрунтовну теоретичну підготовку, навчитися мислити та приймати правильні рішення в практичній роботі. Такі завдання сформульовані в освітньо-професійній програмі (ОПП), яка опрацьовується самостійно закладом освіти та є безумовними у виконанні кожною кафедрою [4].

Організація економіка фармації (ОЕФ) як профільна фармацевтична дисципліна викладається на 4 та 5 навчальних семестрах і метою її викладання є формування у студентів системи знань про організаційно-економічні аспекти фармацевтичної діяльності у сучасних умовах. Для того, щоб студенти вже на першому семестрі отримали перші знання про майбутню професію, нами при викладанні дисципліни «Історія фармації» на лекції «Введення в спеціальність» характеризуються складові фармацевтичної галузі, завдання та функції державних органів, наводяться основні нормативні документи. Заключні лекції дисципліни формують у студентів не тільки фармацевтичні знання, але і почуття патріотизму («Історичні аспекти розвитку фармації в Західній Україні» та «Здобутки української фармацевтичної системи за роки незалежності»). На семінарських заняттях студенти готують огляди фахових періодичних видань «Фармацевтичний журнал», «Фармацевтичний часопис», «Фармаком», «Вісник фармації», «Аптека», «Провізор», «Фармацевт-практик», «Управління, економіка та забезпечення якості в фармації» та інші. Для самостійної роботи, окрім тематик історичного плану, студенти виконують суто фармацевтичні роботи, напр. вивчають та описують аптечне середовище за місцем проживання[5].

На другому семестрі для продовження фармацевтичної скерованості підготовки студентів під час вивчення дисципліни «Етичні проблеми у фармації» студенти опрацьовують реферати на такі теми як: Складові позитивного іміджу аптечного закладу; Соціальна відповідальність аптечних працівників; Бізнес-етика на підприємствах фармацевтичного ринку; Проблеми фальсифікації ліків та шляхи їх усунення. При цьому студенти працюють із сайтами провідних фармацевтичних мереж та фармацевтичних заводів, з даними аптечних агрегаторів, напр. Tabletki.ua. Для ознайомлення з засадами фармацевтичної опіки опрацьовують «Стандарти обслуговування пацієнтів аптек на основі протоколів МОЗ»

Ще одною складовою належної фармацевтичної підготовки студентів є проходження ознайомчої практики з ОЕФ після другого семестру. З допомогою провідних аптечних мереж та комунальних аптек студенти мають можливість ознайомитися з роботою аптек, складів та офісів.

Таким чином, приступаючи до вивчення профільної дисципліни ОЕФ, студенти вже мають певні базові знання із практичної фармації, що полегшує засвоєння основного програмного матеріалу. Зміст дисципліни формується діючою законодавчою базою, яка постійно змінюється, оновлюється та реформується. Нами проведений аналіз основних Законів України, Постанов КМУ України, наказів МОЗ, що регламентують фармацевтичну діяльність, та встановлено, що кількість змін та доповнень в окремо взятому документі від моменту його введення може становити від 6-и до 41-ї позицій. Напр. в ще діючому законі «Про лікарські засоби» тільки в 2021–2022 рр. внесено 6 доповнень (всього 41), постанові КМУ України №854 від 28.07.21 р. «Деякі питання реімбурсації ЛЗ за програмами державних гарантій» вже прийнято 6 доповнень. Дуже суттєві доповнення внесені в наказ МОЗ №360 від 19.07.2005 р. «Правила виписування рецептів на ЛЗ та відпуску їх з аптек» (всього 33 зміни). Останнє доповнення стосується впорядкування відпуску з аптек антибактеріальних лікарських засобів для системного застосування (наказ МОЗ № 1284 від 21.07.2022). Таким чином і викладач і студенти повинні постійно працювати над оновленням своїх знань.

Матеріал, який не можна закріпити під час практичних занять (за браком часу), виноситься на самостійну роботу, а саме: огляд автоматизованих систем управління та обліку, що використовуються в аптеках, порівняльний аналіз систем оподаткування діяльності аптек та інші.

Кожного семестру для студентів обов'язково проводяться зустрічі з стейкхолдерами, представниками фармацевтичних фірм, промисловості, медичними представниками.

Для того, щоб здобувачі фармацевтичної освіти без проблем поповнювати когорту кваліфікованих практичних працівників, навчальний процес в закладах освіти повинен бути організований на високому професійному рівні. На нашу думку, доцільно проводити моніторинг зворотнього зв'язку з працедавцями з питань якості та рівня підготовки молодих спеціалістів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ткаченко Н.О., Громовик Б. П. Проблемні аспекти сучасної професійної підготовки магістрів фармації. Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. 2022. № 2. С. 192-200. URL: <http://pharmed.zsmu.edu.ua/article/view/258457/258792>
2. Котвіцька А.А., Овакімян О. С., Волкова А.В. Особливості організації навчання в умовах загальнонаціонального карантину на прикладі досвіду Національного фармацевтичного університету. Фармацевтичний часопис. 2020. № 2. С.84–91 URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/pharm-chas/article/view/11192/10652>
3. Єдина державна електронна база з питань освіти. URL: <https://registry.edbo.gov.ua/search/>
4. Освітньо-професійна програма «Фармація» КЗВО Львівська медична академія імені Андрея Крупинського. URL: <https://lma.edu.ua/wp-content/uploads/2022/10/osvitnya-programa-farmacziya-2022-r.pdf>
5. Терещук С.І. Формування фахової (фармацевтичної) компетентності у студентів першокурсників Львівської медичної академії імені Андрея Крупинського. Матеріали II Регіональної науково-практичної конференції «Стратегія розвитку вищої медсестринської освіти» (м. Львів, 27 жовтня 2021 р.). – Львів: «Тріада плюс», 2021. С.148–154.

СТОМАТОЛОГІЯ У СУЧАСНОМУ МЕДИЧНОМУ ПРОСТОРИ

КОСТИВ З.П., викладач

Львівська медична академія

імені Андрея Крупинського

УРАЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ДЕРМАТОЗАХ З АУТОІМУННИМ КОМПОНЕНТОМ В ПРАКТИЦІ СТОМАТОЛОГА-ГІГІЄНІСТА

Багато дерматозів з аутоімунним компонентом локалізуються на слизовій оболонці порожнини рота (СОПР) та червоній каймі губ. Але досить часто перші прояви цих захворювань (при вульгарному міхурнику більше 60%) локалізуються в порожнині рота. Тому пацієнти з такими проявами, як правило, звертаються до лікаря-стоматолога, стоматолога-гігієніста.

Міхурник – злоякісне захворювання, клінічно виявляється утворенням міхурів на видимо незмінній шкірі та СОПР хворого. Міхурі розвиваються внаслідок патологічного процесу – акантолізу, поширюються без адекватного лікування на всю шкіру та слизові оболонки хворого, що призводить до exitusletalis.

За даними А.Л. Машкіллейсона (1980, 1991) [3] можливо пусковим моментом патологічного процесу є зміни ядерної ДНК клітин шипуватого шару і водно-сольового балансу цитоплазми цих клітин, що призводить до порушення антигенної структури та проникливості мембран. Внаслідок цього розвиваються аутоімунні процеси – змінена антигенна структура мембран клітин шипуватого шару епітелію слизової оболонки (шкіри) сприймається організмом як чужерідна, проти неї починають вироблятися антитіла типу IgG. В механізмі процесу акантолізу приймають участь – аутоантитіла типу IgG, протеолітичні ферменти, різні фракції Т-лімфоцитів та В-лімфоцитів.

Класифікація міхурника (М. Д. Шеклаков) [2]

А. Міхурник з акантолітичним утворенням міхурів

Remphigus cantolyticus

1. Вульгарний (звичайний) міхурник *remphigus vulgaris*

2. Vegetуючий міхурник pemphigus vegetans
3. Листоподібний міхурник pemphigus foliacens
4. Себорейний (еритематозний) міхурник. Синдром Сеніра-Ашера pemphigus seborrhoicus (erythematosis)

Б. Доброякісний хронічний сімейний міхурник Гужеро-Хейлі-Хейлі pemphigus familiaris benignus

В. Міхурник з неакантолітичним утворенням міхурів – пемфігоїд pemphigus nonacatholyticus

1. Власне неакантолітичний міхурник pemphigus nonacatholyticus proprius
2. Міхурник очей (кон'юктиви) pemphigus ocularis (conjunctivae)
3. Доброякісний неакантолітичний міхурник СОПР Pemphigus nonacatholyticus mucosae oris benignus

Вульгарний міхурник проявляється такими ознаками[1]:

- ✓ Міхури великі, з тонкою покриткою
- ✓ Швидко вскриваються (інтраепітеліальне розташування)
- ✓ Утворюється ярко-червона ерозія на незмінній СОПР
- ✓ Локалізація: ретромоллярні ділянки щік, м'яке піднебіння, нижня поверхня язика, дно порожнини рота
- ✓ Пальпація: безболісна або слабоболісна
- ✓ Позитивний симптом Нікольського
- ✓ Цитологія: наявність клітин Тцанка

Vegetуючий міхурник має таку клінічну картину [1]:

- ✓ Міхури невеликі, швидко руйнуються, утворюючи ерозії
- ✓ На поверхні ерозій швидко з'являються яскраво-червоні вегетації з неприємним запахом, вогнища ураження зливаються, утворюючи вегетуючі бляшки .
- ✓ Локалізація: уражується СОПР на місцях переходу її у шкіру
- ✓ Аналогічні висипи можуть локалізуватися на шкірі навколо інших природних отворів

Себорейний міхурник (синдром Сеніра-Ашера)[1]:

- ✓ Еритемні вогнища з чіткими межами

- ✓ Поблизу вогнищ розташовані поодинокі невеликі тонкостінні міхурі
- ✓ Вогнища вологі, мокнуть, на поверхні – сіро-жовті кірочки
- ✓ Локалізація: волосиста частина голови, шкіра обличчя у вигляді метелика, слизова оболонка порожнини рота

Діагностичні критерії міхурника базуються на позитивному симптомі Нікольського (потягування за покришку або залишки міхура або потирання незміненої СОПР (шкіри) між осередками ураження призводить до відшарування видимо здорових ділянок), позитивному симптомі Асбо-Хансена (тиск на покришку нерозкритого міхура призводить до збільшення його площі) та виявленні в мазках – відбитках клітин Тцанка. Вони менші за нормальні епітеліальні клітини, а ядро значно більше. Велике ядро інтенсивно синьо-фіолетового кольору, займає майже всю клітину, цитоплазма розташована тонким шаром по периферії.

Доброякісний хронічний сімейний міхурник Гужеро-Хейлі-Хейлі)[1]:

- ✓ Вроджена патологія
- ✓ Перебіг захворювання хвилеподібний, протягом багатьох років рецидиви змінюються ремісіями
- ✓ Міхурі невеликих розмірів, мають тонку покришку, вскриваються, утворюючи ерозії
- ✓ Поверхня вогнищ мацерована, покрита тріщинами, що нагадують звивини мозку
- ✓ Симптом Нікольського позитивний у межах вогнища ураження
- ✓ Висипання локалізуються на СОПР, на природних складках

Власне неакантолітичний міхурник (pemphigus nonacantholyticus proprins)[4]:

- ✓ Міхурі великих розмірів, знаходяться на незміненій або еритематозній основі
- ✓ Міхурі розташовані субепітеліально, довго не вскриваються
- ✓ У 30% випадків первинні висипання виникають на СОПР, потім на шкірі
- ✓ Акантолізу немає
- ✓ Симптом Нікольського негативний

- ✓ Загальний стан хворих компенсований

Міхурник очей (pemphigusocularis) [2]:

- ✓ Уражає слизову оболонку очей та СОПР з утворенням рубців
- ✓ Хворіють частіше жінки 50–60 років
- ✓ Міхурі розташовані глибоко, субепітеліально
- ✓ При розриві міхурів утворюються ерозії та виразки, внаслідок чого з часом формуються рубці
- ✓ Симптом Нікольського негативний
- ✓ Акантоліз не характерний
- ✓ Клітини Тцанка не виявляються

Доброякісний неакантолітичний міхурник СОПР (pemphigus nona catholyticus mucosaeoris benignus) [2]:

- ✓ Уражається лише СОПР
- ✓ Хворіють переважно жінки віком від 20 років
- ✓ На СОПР з'являються на декілька годин 1–2 міхурі
- ✓ Ерозії швидко епітелізуються
- ✓ Не супроводжується загальними змінами організму
- ✓ Перебіг доброякісний, без ускладнень

В лікуванні основне місце займають кортикостероїди (преднізолон, дексаметазон). Від їхнього вчасного призначення залежить життя пацієнта. А своєчасне призначення можливе при своєчасній діагностиці. Також в лікуванні застосовують цитостатики, препарати кальцію та калію, анаболічні гормони, вітаміни групи В, вітамін С.

Місцеве лікування полягає в застосуванні антисептичних та антимікробних засобів, антимікотиків, протеолітичних ферментів, кортикостероїдних мазей та аерозолей, кератопластичних препаратів. Проводиться санація порожнини рота та раціональне протезування (в період ремісії).

При викладанні дисципліни «Основи дерматології та венерології» для студентів спеціальності 221 «Стоматологія» в КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського» ми акцентуємо увагу на прояви дерматозів на СОПР, тому, що вчасна діагностика і скерування на

лікування до лікаря-дерматолога має важливе значення для перебігу самого захворювання, а іноді і життя пацієнта.

ЛІТЕРАТУРА

1. Данилевський М.Ф., Несин О.Ф., Рахній М.І. Захворювання слизової оболонки порожнини рота. – К., 1998. – С. 247–279.
2. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. Боровского Е.В., Машкиллейсона А.Л. – М., 1984. – С. 190–234.
3. Терапевтическая стоматология: Учебник / Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М. Максимовская Л.Н./ Подред.Боровского Е.В., Максимовского Ю.М. – М., 1998. – С. 489–504.
4. Терапевтична стоматологія: Підручник / За ред. Ніколішина А.К.-Т.П.-Полтава : Дивосвіт, 2007. – С.172–183.

МАТЕРІАЛИ
III Регіональної науково-практичної конференції

**«СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ ВИЩОЇ
МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВІТИ»**

(м. Львів, 27 жовтня 2022 року)

Підготовлено до друку
оргкомітетом III Регіональної науково-практичної конференції
Відповідальна за друк: Неділько Р.В.

*Відповідальність за зміст і оформлення матеріалів несуть
автори та наукові керівники*

Підписано до друку 28.09.2022 р. Формат 60x84/16
Папір офсетний. Гарнітура: Times New Roman.
Ум. друк. арк. 8,37. Облік.-вид. арк. 6,80.
Зам. № 26/09.

Видавництво ТзОВ “Тріада плюс”
79018, м. Львів, вул. Бр. Міхновських, 9
тел. (097) 587-66-52, e-mail: triadaplus@hotmail.com

Свідоцтво суб’єкта видавничої справи ДК № 2712 від 07.12.2006 р.

