

**Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації**

МАТЕРІАЛИ
VIII Всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю
«Полтавські дні громадського
здоров'я»
30 травня 2025 року



ПОЛТАВА
2025

УДК 614-027.555(075)

**Редакційна колегія: Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А.,
Ляхова Н.О., Бєлікова І. В., Краснова О. І.**

«Полтавські дні громадського здоров'я»: VIII Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2025; Полтава).

Матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», 30 травня 2025 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2025. – 303 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я» містять в собі наукові праці з питань організаційних, правових, клінічних аспектів діяльності системи громадського здоров'я та системи охорони здоров'я в Україні в мирний час та під час військового стану, роботі фахівців різних спеціальностей, питанням покращення організації системи громадського здоров'я та галузі охорони здоров'я та оптимізації роботи лікувальних закладів у період реформування

УДК 614-027.555(075)

©Полтавський державний медичний університет, 2025

пільгове зубопротезування (3 млн. грн.), заходи з репродуктивного здоров'я жінок (обстеження 500 жінок, 600 доз вакцини проти папіломавірусу, 189 доз імуноглобуліну) та дитячу ортодонтію (майже 8000 послуг). Придбано понад 200 одиниць сучасного медичного обладнання на суму 466 млн. грн. У стаціонарних умовах проліковано 60 тис. пацієнтів, кількість звернень до амбулаторій сягнула 2 млн., з них понад 42% – до первинної ланки. Водночас, зафіксовано тенденцію до зниження народжуваності – 2164 дитини проти 2502 у 2022 році. Загальна кількість медичного персоналу становила 4073 особи, зокрема 1054 лікарі, що забезпечило рівень кадрового покриття на 89,1%.

Висновки

Незважаючи на воєнний стан, система охорони здоров'я Полтавської громади демонструє здатність до стійкого функціонування та розвитку. Суттєва фінансова підтримка, ефективна реалізація цільових програм і оновлення матеріально-технічної бази дозволили забезпечити стабільну роботу галузі та покращити доступ населення до якісних медичних послуг. Отриманий досвід може бути використаний як модель адаптивного управління громадським здоров'ям в умовах кризи.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЙ ТА ДИСБАЛАНСУ ЕСТРОГЕНУ У ЖІНОК-ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ СТАРШЕ 45 РОКІВ.

Фурман Р. Л.¹, Барило О. С.¹, Поліщук С. С.¹, Свистунов Д. М.²

¹ Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

² Вінницька міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Вінниця, Україна

Вступ. У жінок віком 40-50 років, виникає природний дефіцит рівня естрогену в крові в зв'язку з віковими змінами в статевих залозах. Механізми впливу статевих гормонів на кісткову тканину надзвичайно важливі і до кінця не вивчені. Найбільш значимий вплив на кістково-мінеральний обмін надають естрогени, так як вони активізують остеобласти, пригнічують продукцію

інтерлейкінів, активуючи апоптоз остеокластів, сприяють гальмуванню кісткової резорбції, знижують чутливість кісткової тканини до розсмоктуючу впливу паратгормону, підвищують чутливість кісткової тканини до вітаміну D3, стимулюють синтез кальцитоніну, регулюють процеси всмоктування і виділення Ca, активують апоптоз остеокластів. Велику роль в регуляцію рівня гормонів грають нервово-психічні перенавантаження, стресові ситуації та порушення харчування в військових дій. Ці фактори сприяють прискореному розвитку остеопорозу у жінок ВПО віком старше 45 років.

Мета дослідження: Підвищити ефективність профілактики карієсу, некаріозних уражень зубів та остеопорозу вцілому у пацієток з дисбалансом естрогену.

Матеріали та методи: Дослідження по своїй організації мало проспективний і порівняльний характер. Вік пацієток становив від 45 до 60 років. В усіх було виявлено дисфункцію естрогенів клінічно та лабораторно. Для дослідження були відібрані 3 групи пацієнтів: група порівняння (20 пацієток) – пацієтки, яким не проводилось додаткове лікування, основна група 1 (20 пацієток) – пацієтки, яким проводилось загальна терапія комплексними препаратами кальцію, основна група 2 (20 пацієток) – пацієтки, яким проводилась загальна терапія комплексними препаратами кальцію та амінобісфосфонатами.

Для дослідження кісткової тканини щелеп ми використовували конусно-променевий комп'ютерний томограф Planmeca ProMax 3Ds. Для обробки результатів використовувалось програмне забезпечення Planmeca Romexis® для перегляду і обробки 2D та 3D-зображень рентгенівських апаратів Planmeca. Інтеграція програми з іншими системами, підтримка TWAIN і відповідність стандарту DICOM забезпечує використання Planmeca Romexis разом з більшістю систем. Для кількісної оцінки щільності кісткової тканини щелеп методом комп'ютерної томографії структур використали шкалу ослаблення рентгенівського випромінювання, що отримала назву шкали Хаунсфілда (її

візуальним відображенням на моніторі апарату є чорно-білий спектр зображення).

Результати дослідження: Як видно із результатів обстеження, на початку дослідження у всіх груп відмічалась значна демінералізація кісткової тканини. Так, показники в групі порівняння, основній групі 1, та в основній групі 2 становили 1495 ± 89 , 1488 ± 75 , 1479 ± 84 відповідно ($p > 0,05$). Це низький рівень мінералізації для нижньої щелепи (норма 1600-1700 HU).

Через 3 місяці лікування ми отримали наступні результати. В групі порівняння індекс Хаунсфілда становив 1491 ± 67 , що не відрізнявся від початкових показників ($p > 0,05$). В основній групі 1 індекс Хаунсфілда становив 1533 ± 59 , що на лише на 3 % більше за початковий результат ($p > 0,05$). В основній групі 2 індекс Хаунсфілда становив 1605 ± 53 , тобто рівень мінералізації збільшився на 7,85% ($p > 0,05$).

Через 6 місяців лікування мали наступні показники. В групі порівняння індекс Хаунсфілда майже не змінився і становив 1497 ± 63 , що вказує на відсутність динаміки в даній групі ($p > 0,05$). В основній групі 1 індекс Хаунсфілда становив 1571 ± 44 , що лише на 5,28% краще за початковий результат ($p > 0,05$). В основній групі 2 індекс Хаунсфілда становив 1701 ± 48 , що на 13,05% більше за початковий результат ($p < 0,05$).

Проаналізувавши результати ми можемо стверджувати, що використання комплексного препарату кальцію фосфату та вітаміну Д3 тривалістю 6 місяців покращує мінералізацію кісткової тканини щелеп на 5,28%. В той час, як застосування комплексної терапії з використанням препаратів кальцію фосфату з вітаміном Д3 та амінобісфосфонатами тривалістю 6 місяців збільшує мінералізацію кісткової тканини на 13,05%. Збільшення мінералізації травматично непошкодженої кісткової тканини більше ніж на 10% за 6 місяців являється відмінним результатом.

Висновки: Застосування комплексної терапії з використанням препаратів кальцію фосфату з вітаміном Д3 та амінобісфосфонатами тривалістю 6 місяців збільшує мінералізацію кісткової тканини на 13,05%.

Запропонований лікувальний комплекс сприяє зменшенню руйнування кісткової тканини та стимулює відновлення мінералізації кісткової тканини.

РОЛЬ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я У ПІДГОТОВЦІ ДО СТИХІЙНИХ ЛИХ ТА РЕАГУВАННІ НА НИХ

Харченко Н.В., Плужнікова Т.В.

Полтавський національний педагогічний університет
імені В.Г. Короленка

Вступ. Центральним у управлінні стихійними лихами є визнання взаємозв'язку між громадським здоров'ям та готовністю до стихійних лих, що охоплює орієнтацію на багатогранну мінімізацію шкоди. Громадське здоров'я є однією з перетинних сфер, пов'язаних з готовністю до ліквідації наслідків стихійних лих, реагуванням на них та відновленням. Важливість стратегічного планування у сприянні покращенню результатів громадського здоров'я як під час, так і після стихійного лиха підкреслюється тим фактом, що збільшення кількості звернень пацієнтів до медичних закладів зазвичай відбувається після стихійного лиха.

Метою цього огляду є обговорення багатьох форм порушень громадського здоров'я, що виникають внаслідок природних, екологічних та біологічних небезпек.

Матеріали і методи. Історично склалося так, що управління громадським здоров'ям в умовах стихійних лих зосереджувалося на реактивній, а не проактивній готовності.

Результати дослідження. Сфера громадського здоров'я в багатьох країнах включає готовність до та реагування на великі надзвичайні ситуації, включаючи стихійні лиха, такі як землетруси, повені та циклони, а також техногенні інциденти, такі як транспортні аварії та розливи хімікатів, а також зростаючу загрозу терористичних актів.

Комунікація ризиків та залучення громади – це заходи з розвитку громади, метою яких є заохочення окремих осіб, громад та організацій до

підходи до дослідження якості життя населення	
Подвін А.М., Хорош М.В., Красько Н.М. Аналіз систематичного огляду оцінки поширеності сколіозу серед дітей та підлітків	206
Пожевілова А.А. реабілітаційна допомога населенню як чинник підвищення рівня громадського здоров'я	209
Поліщук С. С., Фурман Р. Л., Барило О. С., Свистунов Д. М. Лабораторне підтвердження ефективності профілактики остеопорозу у жінок з дисбалансом естрогенів на фоні хронічного стресу	212
Рингач Н. О. , Власик Л.Й. Війна і втрати внаслідок новоутворень в Україні: чинники і прогнози	215
Рябоконт Є.М., Рябоконт Р.Є. 125 років Харківській зуболікарській школі В.Я. Дубовського. Клініка школи.	219
Савченко Ю.О., Коваль Т.І. Аналіз обізнаності медичного персоналу щодо правил проведення постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції та готовності до тестування пацієнтів	222
Слабкий Г.О., Пішковці А.- М., М, Пішковці В.М. До питання надання хірургічної стоматологічної допомоги у приватних закладах охорони здоров'я України	224
Слюсар А. В., Васьковська О.Л. Бронхіальна астма в педіатрії, особливості перебігу, діагностики та організації догляду	228
Стільник А., Краснова О.І. Стратегічні напрями громадського здоров'я	230
Сторожко Р.В., Марченко О.Г., Коваль Т.І., Боднар В.А., Прийменко Н.О, Ваценко А.І., Вербицька О.Ю. Оцінка рівня інформованості про вакцинацію проти пневмококової інфекції та чинників, що зумовлюють її прийняття або відмову серед населення	233
Ухналь Л.В. Досягнення галузі охорони здоров'я полтавської міської територіальної громади у 2024 році	237
Фурман Р. Л., Барило О. С., Поліщук С. С., Свистунов Д. М. Дослідження впливу стресових ситуацій та дисбалансу естрогену у	238

жінок-переселенців старше 45 років	
Харченко Н.В., Плужнікова Т.В. Роль громадського здоров'я у підготовці до стихійних лих та реагуванні на них	241
Хасілева А.О., Слабкий Г.О. Відношення вчителів загальноосвітніх шкіл до збереження у школярів здоров'я органу зору	243
Хендс Джек Олівер, Довга М.Ю. Особливості та відмінності діяльності системи громадського здоров'я в мирний час та під час війни, зміщення акценту та зміна пріоритетних напрямків діяльності	248
Чуніхіна Т.Р, Левков А.А. Галузі охорони здоров'я під час війни та в мирний час	251
Шевчук І.Я. ЗАХВОРЮВАННЯ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ	254
Шень Ю.М., Слабкий Г.О., Фіцай П.Т. Ризики надання комплексної медичної допомоги населенню при злоякісних новоутвореннях на первинному рівні надання медичної допомоги	257
Шешукова О.В., Мосієнко А.С., Поліщук Т.В., Максименко А.І. Стоматологічне здоров'я дітей в умовах війни: виклики, ризики та наслідки	260
Шмигельська Т. В. Проведення оцінки прихильності до здорового способу життя серед студентів медичних закладів, лікарів-інтернів і практикуючих лікарів	263
Шпак М.М. Основні організаційні засади епідеміологічного нагляду, актуальність та особливості його здійснення під час війни. Біозахист та біобезпека.	265
Щочка Н.С., Саргош О.Д. Оцінка факторів ризику виникнення неінфекційних захворювань шлунково-кишкового тракту на регіональному рівні	267
Ярешко А.Г., Куліш М.В., Вородюхіна А.К. Виявлення туберкульозу на різних рівнях надання медичної допомоги в сучасних умовах	269
Lyubov Vlasyk, Ashish Giri. Social determinants as drivers of health	273