

Українські Медичні Вісті

Т. 15 • № 1-2 (94-95) • 2023 НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЧАСОПИС

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



ЗАСНОВНИК
Всеукраїнське Лікарське Товариство
Часопис зареєстрований
у Міністерстві інформації України
Свідоцтво про реєстрацію:
КВ № 2652 від 16 квітня 1997 року

Випуск ухвалено до друку
Вченою радою Науково-публіцистичного відділу
Всеукраїнського Лікарського Товариства від
3 квітня 2023 р., протокол № 2

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

Голова редакційної ради:
Мусій Олег Степанович, Президент Всеукраїнського
Лікарського Товариства

Головний редактор:
Базилевич Андрій Ярославович, Львівський національний
медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Члени редакційної колегії:
Андрій Абрамюк, Університетська лікарня ім. Карла Густава
Каруса, Дрезден, Німеччина
Борисюк Алла Степанівна, Буковинський державний
медичний університет, Україна
Томаш Бохенек, Медичний коледж Ягеллонського університету,
Краків, Польща
Вакалюк Ігор Петрович, Івано-Франківський національний
медичний університет, Україна
Володимир Вертелецький, Університет Південної Алабами, США
Владимир Олександр Аркадійович, Національний університет
охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
Волосовець Антон Олександрович, Національний університет
охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
Гасюк Наталія Володимирівна, Тернопільський національний
медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, Україна
Григус Ігор Михайлович, Національний університет водного
господарства та природокористування, Україна
Грузсва Тетяна Степанівна, Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, Україна
Гутор Тарас Григорович, Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького, Україна
Гущук Ігор Віталійович, Національний університет
«Острозька Академія», Україна
Дорофєєва Олена Євгенівна, Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, Україна
Зупанець Катерина Олександрівна, Національний
фармацевтичний університет, Україна
Камінський Данило Володимирович, Львівський національний
медичний університет імені Данила Галицького, Україна
Коваленко Ольга Євгенівна, Національний університет охорони
здоров'я України імені П. Л. Шупика, Україна
Микола Корпан, Міжнародний інститут кріохірургії,
Рудольфінергаус, Відень, Австрія
Кучеренко Людмила Іванівна, Запорізький державний медичний
університет, Україна
Лаповець Любов Євгенівна, Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького, Україна
Лехан Валерія Микитівна, Дніпровський державний медичний
університет, Україна

Гіа Лобжанідзе, Тбіліський державний університет, Тбілісі, Грузія
Лобода Андрій Миколайович, Сумський державний університет,
Україна

Мазур Ірина Петрівна, Національний університет охорони
здоров'я України імені П.Л. Шупика, Україна

Мазур Людмила Петрівна, Тернопільський національний
медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства
охорони здоров'я України, Україна

Марущак Марія Іванівна, Тернопільський національний
медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України,
Україна

Мацюра Оксана Іванівна, Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького, Україна

Мозирська Олена Вікторівна, Національний медичний
університет імені О.О. Богомольця, Україна

Маріанна Мурджева, Медичний університет Пловдива,
Пловдив, Болгарія

Нагрус Лариса Валентинівна, Національний медичний
університет імені О.О. Богомольця, Україна

Нестерак Роксолана Вікторівна, Івано-Франківський
національний медичний університет, Україна

Новак-Мазепа Христина Олегівна, КЗВО «Волинський медичний
інститут» Волинської обласної ради, Україна

Ошурко Анатолій Павлович, Державний заклад «Луганський
державний медичний університет», Україна

Попович Дарія Володимирівна, Тернопільський національний
медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України,
Україна

Павел Поредош, Медичний центр Люблянського університету,
Люблін, Словенія

Рахман Людмила Володимирівна, Львівський національний
медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Рибачук Анна Володимирівна, Національний медичний
університет імені О.О. Богомольця, Україна

Серебреннікова Оксана Анатоліївна, Вінницький національний
медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна

Ткаченко Наталя Олександрівна, Запорізький державний
медичний університет, Україна

Хайтович Микола Валентинович, Національний медичний
університет імені О.О. Богомольця, Україна

Хаустова Олена Олександрівна, Національний медичний
університет імені О.О. Богомольця, Україна

Хоперія Вікторія Геннадіївна, ННЦ «Інститут біології
та медицини» Київського національного університету
імені Тараса Шевченка, Україна

Щербина Роман Олександрович, Запорізький державний
медичний університет, Україна

Адреса редакції

01033, Київ, вул. Гетьмана Павла Скоропадського, 7

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

Підписано до друку 04.04.2023. Формат 60×84/8. Папір офсетний.
Гарнітура Таймс. Ум. друк. арк. 7,21. Обл.-вид. арк. 6,28
Наклад 200 прим. Замовлення № 0523/311.

Видавництво і друкарня – Видавничий дім «Гельветика»
65101, Україна, м. Одеса, вул. Інглєзі, 6/1
Телефони: +38 (095) 934 48 28, +38 (097) 723 06 08
E-mail: mailbox@helvetica.ua
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 7623 від 22.06.2022 р.



Видавничий дім
«Гельветика»
2023

Ukrainian Medical News

T. 15 • № 1-2 (94-95) • 2023 SCIENTIFIC-PRACTICAL JOURNAL



Established in 1918 in Kyiv as a scientific journal of the Ukrainian Medical Association, renewed in 1997.

FOUNDER

Ukrainian Medical Association

The journal was registered by the Ministry of Information of Ukraine.

Certificate of state registration: Series KB № 2652 dated April 16, 1997.

The issue is approved by the Academic Council of the Department of Science and Publication of the Ukrainian Medical Association of April 3, 2023, a minute No. 2.

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

Head of the Editorial Council:

Oleg Musii, Ukrainian Medical Association, Ukraine

Editor-in-Chief:

Andriy Bazylevych, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine

Editorial Board Members:

Andriy Abramyuk, University Hospital Carl Gustav Carus, Dresden, Germany

Alla Borysiuk, Bukovinian State Medical University, Ukraine

Tomasz Bochenek, Collegium Medicum, Jagiellonian University, Krakow, Poland

Ihor Vakaliuk, Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

Wladimir Wertelecki, University of Alabama, USA

Oleksandr Vladymyrov, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Ukraine

Anton Volosovets, Shupyk National Healthcare University of Ukraine
Nataliia Hasiuk, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ukraine

Igor Grygus, National University of Water and Environmental Engineering, Ukraine

Tetiana Gruziova, Bogomolets National Medical University, Ukraine

Taras Gutor, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine

Ihor Hushchuk, National University of Ostroh Academy, Ukraine

Olena Dorofieieva, Bogomolets National Medical University, Ukraine

Kateryna Zupanets, National University of Pharmacy, Ukraine

Danylo Kaminskyi, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine

Olha Kovalenko, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Ukraine

Nikolai Korpan, Rudolfinerhaus Hospital, Vienna, Austria

Liudmyla Kucherenko, Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine

Lyubov Lapovets, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine

Valeriia Lekhan, Dnipro State Medical University, Ukraine

Gia Lobzhanidze, Tbilisi State University, Tbilisi, Georgia

Andrii Loboda, Sumy State University, Ukraine

Iryna Mazur, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Ukraine

Lyudmyla Mazur, Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ukraine

Mariya Marushchak, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ukraine

Oksana Matsyura, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine

Olena Mozyrska, Bogomolets National Medical University, Ukraine

Marianna Murdjeva, Medical University of Plovdiv, Plovdiv, Bulgaria

Larysa Natrus, Bogomolets National Medical University, Ukraine

Roksolana Nesterak, Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

Khrystyna Novak-Mazepa, Municipal Institution of Higher Education "Volyn Medical Institute" of the Volyn Oblast Council, Ukraine

Anatolii Oshurko, State Establishment "Lugansk State Medical University", Ukraine

Dariya Popovych, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ukraine

Pavel Poredoš, University Clinical Centre Ljubljana, Ljubljana, Slovenia

Lyudmyla Rakhman, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine

Anna Rybachuk, Bogomolets National Medical University, Ukraine

Oksana Serebrennikova, National Pirogov Memorial Medical University, Ukraine

Natalia Tkachenko, Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine

Mykola Khaitovych, Valentynovych, Bogomolets National Medical University, Ukraine

Olena Khaustova, Bogomolets National Medical University, Ukraine
Viktoriiia Khoperiia, SEC "Institute of Biology and Medicine", Taras Shevchenko National University of Kyiv, Ukraine

Roman Shcherbyna, Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine

Editorial office address

01033, Kyiv, str. Hetman Pavlo Skoropadskyi, 7

Passed for printing: 04.04.2023. Paper size 60x84/8.

Times. Conventional printed sheet. 7,21.

Print run – 200 copies. Order No. 0523/311

Full or partial dissemination of materials published in the journal is allowed only with written permission.

Publisher and printing office – Publishing House "Helvetica"

6/1 Inhlezi St, Odesa, 65101

Tel: +38 (095) 934 48 28, +38 (097) 723 06 08

E-mail: mailbox@helvetica.ua

Certificate of a publishing entity

ДК No. 7623 dated 22.06.2022



Publishing house
Helvetica
2023

ЗМІСТ

| | |
|--|----|
| Абатуров О.Є., Нікуліна А.О. ЄВРОПЕЙСЬКА КОНФЕРЕНЦІЯ З РІДКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ОРФАННИХ ПРЕПАРАТІВ 2022: МІСІЯ МОЖЛИВА..... | 5 |
| Джус М.Б. ЄВРОПЕЙСЬКІ СТАНДАРТИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ: ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ ЗА НАПРЯМОМ «РЕВМАТОЛОГІЯ»..... | 10 |
| Іванов Д.Д. ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА В НЕФРОЛОГІЇ ТА ДИТЯЧІЙ НЕФРОЛОГІЇ..... | 17 |
| Кравченко В.Г., Кравченко А.В. КОНТАКТНИЙ АЛЕРГІЙНИЙ ДЕРМАТИТ І СТОМАТИТ (КЛІНІКО-АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ТА ВЛАСНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)..... | 20 |
| Мазур І.П., Трубка І.О., Мазур П.В. ТРАНСФОРМАЦІЯ СИСТЕМИ БЕЗПЕРЕРВНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ В УКРАЇНІ..... | 24 |
| Марценковський Д.І. СУЧАСНИЙ СТАН ДИТЯЧОЇ ПСИХІАТРІЇ В УКРАЇНІ: ОСВІТА ТА ПРАКТИКА..... | 30 |
| Нагрус Л.В. ПОСТУПОВІ КРОКИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ ДЕФІЦИТУ МЕДИЧНИХ КАДРІВ У ГАЛУЗІ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ УКРАЇНИ..... | 37 |
| Нечай С.В. СТУДЕНТ ВІННИЦЬКОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ В ЛАВАХ УПА..... | 42 |
| Петренко Н.В., Мазур П.Є. SOFT SKILLS: МОДНИЙ ТРЕНД ЧИ ВИМОГА ЧАСУ..... | 50 |
| Романенко В.І. ПРОБЛЕМИ І ВИКЛИКИ МЕДИЦИНИ БОЛЮ В УКРАЇНІ У 2022 РОЦІ..... | 54 |
| Хайтович М.В. КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ: ІСТОРІЯ, СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ..... | 58 |

CONTENTS

| | |
|---|----|
| Abaturov O.Ye., Nikulina A.O. EUROPEAN CONFERENCE ON RARE DISEASES AND ORPHAN PRODUCTS 2022: MISSION POSSIBLE..... | 5 |
| Dzhus M.B. EUROPEAN STANDARDS FOR POST-GRADUATE TRAINING OF MEDICAL SPECIALISTS: PROSPECTS FOR IMPLEMENTATION IN UKRAINE IN THE SPECIALTY OF "RHEUMATOLOGY"..... | 10 |
| Ivanov D.D. POSTGRADUATE EDUCATION IN NEPHROLOGY AND PEDIATRIC NEPHROLOGY..... | 17 |
| Kravchenko V.G., Kravchenko A.V. CONTACT ALLERGIC DERMATITIS AND STOMATITIS (CLINICAL-ANALYTICAL REVIEW AND OWN OBSERVATIONS) | 20 |
| Mazur I.P., Trubka I.O., Mazur P.V. TRANSFORMATION OF THE SYSTEM OF CONTINUOUS MEDICAL EDUCATION OF DENTISTS IN UKRAINE | 24 |
| Martsenkovskiy D.I. CURRENT STATE OF CHILD PSYCHIATRY IN UKRAINE: EDUCATION AND PRACTICE..... | 30 |
| Natrus L.V. GRADUAL STEPS OF RESOLVING THE DEFICIENCY OF MEDICAL STAFF IN THE FIELD OF UKRAINE' LABORATORY DIAGNOSIS | 37 |
| Nechaj S.V. STUDENT OF THE VINNYCJA MEDICAL INSTITUTE IN THE RANKS OF THE UPA..... | 42 |
| Petrenko N.V., Mazur P.Ye. SOFT SKILLS: FASHION TREND OR TIME DEMAND..... | 50 |
| Romanenko V.I. PROBLEMS AND CHALLENGES OF PAIN MEDICINE IN UKRAINE IN 2022..... | 54 |
| Khaitovych M.V. CLINICAL PHARMACOLOGY: HISTORY, CURRENT STATE AND PROSPECTS..... | 58 |

УДК 616-039.42:005.745(4)

DOI <https://doi.org/10.32782/umv-2023.1.1>

ЄВРОПЕЙСЬКА КОНФЕРЕНЦІЯ З РІДКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ОРФАННИХ ПРЕПАРАТІВ 2022: МІСІЯ МОЖЛИВА

Абатуров О.Є.

доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри педіатрії 1 та медичної генетики
Дніпровський державний медичний університет
<http://orcid.org/0000-0001-6291-5386>

Нікуліна А.О.

кандидат медичних наук, доцент,
асистент кафедри педіатрії 1 та медичної генетики
Дніпровський державний медичний університет,
представник ВУЛТ в Європейській спілці медичних спеціалістів (U.E.M.S.)
Мультидисциплінарного об'єднаного комітету з рідкісних та недіагностованих захворювань
<http://orcid.org/0000-0002-8617-9341>

На сучасному етапі розвитку медицини до категорії рідкісних захворювань відносяться різноманітні за етіологією та важкістю клінічного перебігу нозологічні підтипи з чіткою клінічною картиною, а також недіагностовані ідіопатичні стани, що мають основну ознаку – рідкісну розповсюдженість, що визначається епідеміологічним порогом. 2022 р. 27 червня – 1 липня у Бельгії відбулася XXI Європейська конференція, присвячена рідкісним захворюванням та орфанним препаратам, яка була організована EURORDIS та ORPHANET. Основне гасло цього заходу – можливість упровадження менеджменту рідкісних захворювань у дію. ECRD 2022 була неперевершеною нагодою спілкування та обміну безцінними знаннями із сотнями зацікавлених сторін у співтоваристві з вивчення рідкісних захворювань: захисниками прав пацієнтів, політиками, дослідниками, клініцистами, медичними працівниками, керівниками охорони здоров'я європейських держав, ученими, представниками регулюючих державних органів. Особлива увага цього заходу була присвячена діагностиці, неонатальному скринінгу, доступності персоналізованого лікування орфанних захворювань в Україні.

Ключові слова: рідкісні захворювання, орфанні препарати, персоналізоване лікування, Європейська конференція, присвячена рідкісним захворюванням та орфанним препаратам.

Вступ. Світова медична спільнота стикається з актуальною проблемою пролонгованої первинної діагностики, неадекватного клінічного ведення та обмеженого доступу пацієнтів до ефективних методів лікування з орфанною патологією, що зумовлено рідкісною зустрічальністю цих захворювань. Рідкісне (орфанне) захворювання – це захворювання з особливою семіотикою, яке за визначенням ВООЗ реєструється з частотою один випадок на 2 000 здорових осіб, що проживають у будь-якому регіоні світу [2; 14]. Відповідно до Рекомендації Ради ЄС від 8 червня 2009 р. щодо дій у сфері рідкісних (орфанних) захворювань № 2009/С 151/02, рідкісне захворювання визначається як захворювання, яке становить загрозу життю людини або характеризується тяжким прогресуючим, хронічним перебігом, поширеність якого серед населення не частіше ніж п'ять хворих на 10 000 осіб [10; 12]. У Європейському Союзі кількість осіб з орфанними захворюваннями становить 5% населення, в Україні – 6 679 хворих [6]. На сучасному етапі розвитку медицини до категорії рідкісних захворювань відносяться різноманітні за етіологією та важкістю клінічного перебігу нозологічні підтипи з чіткою клінічною картиною, узгодженою за МКХ-11, а також недіагностовані ідіопатичні стани, що мають основну ознаку – рідкісну розповсюдженість, що визначається епідеміологічним порогом (різноманітні види генетичних захворювань, онкологічної патології, інфекційні захворювання, отруєння, імунодефіцитні та ідіопатичні стани).

Поширеність основних орфанних захворювань в Україні характеризується так: гемофілія (розповсюдженість – 1:10000 новонароджених хлопчиків, в Україні – 1 861 хворий), фенілкетонурія (розповсюдженість – 1:10000 новонароджених дітей, в Україні – 1 100 хворих), синдром Тернера (розповсюдженість – 25:100000–210:100000 новонароджених дівчат, в Україні – 1 130 хворих), муковісцидоз (розповсюдженість – 1:2000–1:2500 новонароджених дітей, в Україні – 737 хворих), гіпофізарний нанізм (розповсюдженість – 1:3000–1:10000 новонароджених дітей, в Україні – 331 хворий), адреногенітальний

синдром (розповсюдженість – 1:14500 новонароджених дітей, в Україні – 253 хворих). Важкий інвалідизуючий перебіг мають 65% випадків усіх орфанних захворювань, у 50% пацієнтів – передбачають погіршений прогноз для життя, у 35% рідкісне захворювання є причиною смерті протягом одного року життя, у 10% – у віці 1–5 років, у 12% – у віці 5–15 років [1; 3]. Тягар рідкісних захворювань асоційований не лише з фізичними, психологічними, а й соціальними наслідками для пацієнтів, їхніх опікунів, сімей, системи охорони здоров'я та суспільства й у цілому за рівнем впливу становить 3–8% на популярну спільноту та заслуговує всебічного висвітлення та визнання. Пацієнти, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання, належать до особливо вразливої категорії людей, оскільки їх лікування довічне, життєво необхідне та дороговартісне [18].

Перспективними завданнями менеджменту рідкісних та недиагностованих хвороб є: сприяння дослідницьким зусиллям стосовно розуміння етіології та патогенезу рідкісних захворювань; розроблення уніфікованих діагностичних критеріїв (скринуючих програм, маршрутизаторів ведення пацієнтів з обов'язковим залученням мультидисциплінарної команди фахівців та створенням не лише міжнародних, а й регіональних центрів передового медичного досвіду); стимулювання розробок інноваційних методів лікування та догляду; запровадження загальнодоступності медичного обслуговування та соціальних послуг на національному рівні для вразливого контингенту пацієнтів із рідкісною патологією.

Оперативний опис рідкісних захворювань – загальний путівник для покращення діагностики рідкісних захворювань

ORPHANET [16] – це база даних, присвячена рідкісним захворюванням, а також відповідним діагнозам, орфанним препаратам, клінічним випробуванням і мережам експертів. ORPHANET надає клінічний опис рідкісних захворювань із використанням набору клінічних ознак та симптомів (фенотипних аномалій): 71,9% із них є генетичними, а 69,9% – виключно педіатричними. Цей опис, заснований на випадках, опублікованих у біомедичній літературі, використовує фенотипічні аномалії, зазначені в Онтології фенотипів людини (HPO) [17]. Кожна фенотипічна аномалія представлена в порядку частоти народження в популяції пацієнтів. Частота у популяції хворих може бути: завжди присутня (100%); дуже часта (99–80%); часта (79–30%); іноді присутня (29–5%) і рідкісна (4–1%). Фенотипова аномалія визначається як одне з такого [15]:

– Патогномонічна ознака: симптом, наявність якого вказує на вірогідність певного захворювання поза всяким сумнівом. Відсутність цієї ознаки не виключає можливості наявності захворювання, але наявність патогномонічних ознак із упевненістю підтверджує його.

– Діагностичний критерій: фенотипічні аномалії, зазначені як «діагностичний критерій», включаються до перелічених наборів критеріїв для встановлення діагнозу конкретного захворювання, опубліковані в журналі, що рецензується.

– Критерій виключення: фенотипічні аномалії, зазначені як «критерій виключення», – це ті, що завжди відсутні при конкретному захворюванні і, отже, виключають його діагноз.

Згідно з опитуванням 13 000 пацієнтів із рідкісними захворюваннями в межах дослідження Rare diseases international (2021) було з'ясовано, що невірний діагноз стосовно їхнього захворювання сприяв: погіршенню перебігу хвороби – у 54% осіб; відтермінуванню доступу до надання кваліфікованої медичної допомоги, хірургічного втручання – у 48% осіб; обмеженому доступу з догляду – у 40% пацієнтів; унеможливленню вибору стосовно планування сім'ї – у 27% респондентів. Водночас 13% опитуваних не мали можливості сплатити за молекулярно-генетичне обстеження, 13% респондентів не мали можливості пройти генетичне тестування у країні походження (в Африці – 45%, в Океанії – 33%, в Азії – 32%; у Північній Америці – 16%; у Західній Європі – 8%), за даними 33% опитуваних, саме медичні працівники не були зацікавленими в рекомендації генетичного обстеження. Цікавим є той факт, що первинна діагностика рідкісного захворювання у чоловіків у світі відбувається раніше, ніж у жінок, що сприяє гендерній нерівності у своєчасності отримання медичної допомоги [13].

Для максимального залучення пацієнтів у пошук діагнозу та виявлення нових асоційованих генів, недиагностовані пацієнти повинні мати можливість: 1) активно брати участь в описі свого фенотипу; 2) вибрати рівень видимості свого профілю в базах даних ORPHANET; 3) мати повну інформацію стосовно прогнозування перебігу варіанта невідомого значення (VUS), що відноситься до нього.

Таким чином, ключовими моментами успішного діагностування рідкісних захворювань є: підвищення професійної компетентності медичних спеціалістів стосовно рідкісних захворювань; імплементація «культури сумнівів» та занепокоєння стосовно ранньої діагностики рідкісних захворювань; відповідальність закладів охорони здоров'я стосовно есенціальної діагностики орфанних захворювань за рахунок співпраці мультидисциплінарної команди фахівців; загальнодоступність генетичного скринінгу, у тому числі і для громадян країн, що розвиваються; надання гендерно-диференційованих даних соціальних та медичних досліджень стосовно пацієнтів із рідкісними захворюваннями для статистичної обробки [8].

Персоналізована терапія при рідкісних захворюваннях

Незважаючи на те що загальна кількість пацієнтів із рідкісними захворюваннями перевищує 300 млн осіб, кожне рідкісне захворювання з погляду популяції уражає лише невелику кількість людей. Отже, стандартна модель розроблення нових лікарських засобів часто виявляється недостатньо прибутковою для фармацевтичних компаній, щоб виробляти лікарські препарати для лікування лише декількох тисяч відомих рідкісних захворювань. У минулому фармацевтичні препарати, призначені для лікування найпоширеніших захворювань, були перепрофільовані для пацієнтів із рідкісними захворюваннями.

Проте все змінюється: нові методології розроблення лікарських засобів дають змогу розглядати дизайнерські ліки для невеликих груп пацієнтів або навіть окремих осіб [9]. Майбутнє обіцяє спільноті людей, які страждають на рідкісні захворювання, позитивні перспективи, тому що сучасні біотехнології можуть створювати персоналізовані (індивідуальні) методи лікування.

Мобілізація руху стосовно менеджменту рідкісних захворювань в Україні: реакція EURORDIS та наших партнерів на війну в Україні

Українська держава на конституційно закріпленому рівні поважає найцінніше право людини на життя та збереження здоров'я. Згідно з Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28 квітня 2021 р., було схвалено Концепцію розвитку системи надання медичної допомоги пацієнтам, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання, на 2021–2026 роки [7], що розроблена на основі Конституції України та законів України, рекомендацій ВООЗ, стандартів та принципів *acquis communautaire*, а також з урахуванням національних практик і досвіду держав – членів ЄС.

Ураховуючи зазначені принципи та пріоритети, Україна взяла на себе зобов'язання забезпечити пацієнтам, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання, заходи з профілактики таких захворювань, організацію надання медичної допомоги, безперервний та безоплатний доступ до необхідних лікарських засобів, медичних виробів та відповідних харчових продуктів для спеціального лікувального харчування.

EURORDIS (Rare Diseases Europe, рідкісні захворювання Європи) – це некомерційний альянс, що об'єднує понад 1 000 пацієнтських організацій із рідкісними захворюваннями з понад 74 країн світу. Теркель Андерсен, голова правління EURORDIS, чітко окреслив позицію цієї організації щодо ситуації в Україні: «У Європі EURORDIS грає ключову роль у залученні уваги до 30 млн людей, що живуть із рідкісними захворюваннями, та наданні їм підтримки. Сьогодні Україна знаходиться у блокаді, і ми несемо загальну відповідальність за те, щоб жодна людина з рідкісним захворюванням, чий стан виснажливий або потребує комплексної медичної допомоги, не лишилася без уваги. Ми повинні бути прагматичними у власному реагуванні на цю надзвичайну гуманітарну ситуацію, готуючи середньо- та довгострокові дії» [11].

За даними Ірини Микичак [4], у 2022 р. планувалося виділення 2,5 млрд грн щодо забезпечення медичною допомогою пацієнтів, у тому числі з орфанною патологією, але війна нівелювала заплановане, тому вкрай актуальною стає фінансова та гуманітарна підтримка з боку фармацевтичних компаній та колеґ від EURORDIS за такими напрямками, як: прийом та лікування громадян України з орфанними захворюваннями за кордоном; навчання спеціалістів вітчизняних генетичних лабораторій стосовно оволодіння навичками роботи з обладнанням; постійна необхідність у витратних діагностичних матеріалах та лікувальних засобах.

Із початком воєнного стану в Україні близько 20% українських громадян з орфанною патологією отримують комплексну допомогу в таких країнах, як Польща, Німеччина, Італія, Чеська Республіка, Франція, Румунія. До Польщі емігрувало 50 пацієнтів з орфанними захворюваннями, такими як первинні імунodefіцити, бульозний епідермоліз, одноклеотидні варіанти гену *KIF1A* та іншими, шість пацієнтів із них потребували трансплантації органів чи тканин (четверо дітей – кісткового мозку, двоє осіб – печінки).

Мобілізація руху стосовно менеджменту рідкісних захворювань в Україні включає: використання визначень, кодифікацій та класифікацій рідкісних захворювань (створення Національного класифікатора рідкісних хвороб згідно з ORPHANET та єдиного інформаційного простору обміну інформацією про таких пацієнтів у рамках Електронної системи охорони здоров'я, зокрема з метою реєстрації пацієнтів, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання, та збору медичних даних); організацію науково-дослідної роботи, формування референтних центрів та мереж з орфанних захворювань (створення чотирьох регіональних та одного національного медико-генетичних центрів, які виконують функції неонатального скринінгу); імплементацію розширеного неонатального скринінгу до 21 рідкісної хвороби (адреногенітальний синдром, біотинідазна недостатність, вроджений гіпотиреоз, галактоземія I типу, глутарова ацидурия I та II типів, дефіцит середньоланцюгової ацил-КоА-дегідрогенази (MCAD), дефіцит довголанцюгової гідроксіацил-КоА-дегідрогенази (LCHAD), дефіцит дуже довголанцюгової

ацил-КоА-дегідрогенази (VLCAD), дефіцит трифункціонального білка, дефіцит HMG-ліази, ізовалеріанова ацидурія, лейциноз (хвороба «кленового сиропу»), метілмаленова ацидурія, муковісцидоз, первинний карнітиновий дефіцит, пропіонова ацидурія, спінальна м'язова атрофія, тирозинемія I типу, тяжкий комбінований імунodefіцит (SCID), фенілкетонурія та інші гіперфенілаланінемії) [5]; забезпечення мультидисциплінарного підходу, а також алгоритму дій у разі підозри на орфанні захворювання, маршрутів надання медичної допомоги таким пацієнтам за Програмою підтримки пацієнта, організації механізму експертизи рідкісних та недиагностованих захворювань, створення та налагодження міжсекторальної взаємодії органів державної влади, громадських об'єднань (пацієнтських організацій) та територіальних громад.

Заключення

Основні чотири принципи менеджменту пацієнтів із рідкісними та недиагностованими хворобами включають:

- 1) рівноправність та загальнодоступність медичної допомоги у забезпеченні стану здоров'я;
- 2) особистісно-орієнтований підхід до ведення пацієнтів із рідкісною патологією;
- 3) мультидисциплінарність у залученні фахівців, що працюють із цією категорією пацієнтів;
- 4) постійне підвищення якості медичної допомоги за рахунок імплементації навчальних програм у систему охорони здоров'я та суспільної емпатії до осіб з орфаною патологією.

Література

1. Стан здоров'я дитячого населення майбутнє країни (частина 1) / Ю.Г. Антипкін та ін. *Zdorov'e Rebenka*. 2018. № 13(1). С. 1–11. DOI: 10.22141/2224-0551.13.1.2018.127059.
2. Закон України від 15.04.14 № 1213-VII «Про внесення змін до основ законодавства України про охорону здоров'я щодо забезпечення профілактики та лікування рідкісних (орфанних) захворювань». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1213-18#Text>.
3. Котвіцька А.А., Черкашина А.В. Дослідження сучасного стану державного регулювання медико-фармацевтичного забезпечення хворих на орфанні захворювання в Україні. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2016. № 2(1). С. 29–36.
4. Микичак І.В. Державний проєкт нової системи розширеного неонатального скринінгу як один зі способів мінімізації попередженої смертності дітей до 5 років. *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Розширений неонатальний скринінг в Україні: впровадження європейського та світового досвіду. 3 нагоди Міжнародного дня неонатального скринінгу»*. 28.06.2022. URL: <https://ukrgenetic.online/>.
5. Наказ МОЗ України № 2142 від 01.10.2021 «Про забезпечення розширення неонатальних скринінгових програм для новонароджених для створення нової системи неонатального масового скринінгу в Україні». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1403-21#Text>.
6. Про затвердження переліку рідкісних (орфанних) захворювань : Наказ МОЗ України від 27.10.2014 № 778. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20141027_0778.html.
7. Розпорядження мКабінету Міністрів України від 28 квітня 2021 р. було схвалено Концепцію розвитку системи надання медичної допомоги пацієнтам, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання, на 2021–2026 роки. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-shvalennya-konceptsiyi-rozvitku-sistemi-nadannya-medichnoyi-dopomogi-gromadyanam-yaki-s280421>.
8. 100,000 Genomes Project Pilot Investigators, Smedley D, Smith KR, et al. 100,000 Genomes Pilot on Rare-Disease Diagnosis in Health Care – Preliminary Report. *N Engl J Med*. 2021;385(20):1868–1880. DOI:10.1056/NEJMoa2035790.
9. Attwood M.M., Rask-Andersen M., Schiöth H.B. Orphan Drugs and Their Impact on Pharmaceutical Development. *Trends Pharmacol Sci*. 2018;39(6):525–535. DOI:10.1016/j.tips.2018.03.003.
10. European Union. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. 2011. URL: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2000:018:0001:0005:EN:PDF>.
11. EURORDIS. URL: <http://www.eurordis.org/content/promoting-orphan-drug-development>.
12. EUCERD. URL: <http://www.eucerd.eu/>.
13. Gainotti S., Mascalcioni D., Bros-Facer V., et al. Meeting Patients' Right to the Correct Diagnosis: Ongoing International Initiatives on Undiagnosed Rare Diseases and Ethical and Social Issues. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(10):2072. Published 2018 Sep 21. DOI:10.3390/ijerph15102072.
14. Korf B.R. Recognizing those who deal with rare disease every day. *Am J Hum Genet*. 2021;108(2):213. DOI:10.1016/j.ajhg.2021.01.005.
15. Nguengang Wakap S., Lambert D.M., Olry A., et al. Estimating cumulative point prevalence of rare diseases: analysis of the Orphanet database. *Eur J Hum Genet*. 2020;28(2):165–173. DOI:10.1038/s41431-019-0508-0.
16. ORPHANET. URL: <http://www.orphadata.org/cgi-bin/epidemiology.html>.

17. Pavan S., Rommel K., Mateo Marquina M.E., et al. Clinical Practice Guidelines for Rare Diseases. *The Orphanet Database. PLoS One.* 2017;12(1):e0170365. Published 2017 Jan 18. DOI:10.1371/journal.pone.0170365.
18. Richter T., Nestler-Parr S., et al. Rare disease terminology and definitions-A systematic global review: report of the ISPOR rare disease special interest group. *Value Health.* 2015;18:906–14. DOI: 10.1016/j.jval.2015.05.008.

EUROPEAN CONFERENCE ON RARE DISEASES AND ORPHAN PRODUCTS 2022: MISSION POSSIBLE

Abaturov O.Ye.

Dnipro State Medical University

Nikulina A.O.

Dnipro State Medical University

At the current stage of the development of medicine, the category of rare diseases includes nosological subtypes with a clear clinical picture, diverse in etiology and severity of the clinical course, as well as undiagnosed idiopathic conditions, which have the main feature – rare prevalence, determined by the epidemiological threshold. This year, the 11th edition of the European Conference on Rare Diseases and Orphan Products (ECRD) 2022, organized by EURORDIS and ORPHANET, took place in Belgium from June 27 to July 1. The main slogan of this event is the possibility of implementing the management of rare diseases. ECRD 2022 was an unparalleled opportunity to network and share invaluable knowledge with hundreds of stakeholders in the rare disease community – patient advocates, policy makers, researchers, clinicians, healthcare professionals, European health leaders, scientists, regulatory bodies. Special attention of this event was devoted to the problem of rare diseases, their neonatal screening, availability of personalized treatment of orphan diseases in Ukraine.

Key words: rare diseases, orphan drugs, personalized treatment, European conference on rare diseases and orphan drugs.

ЄВРОПЕЙСЬКІ СТАНДАРТИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ: ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ ЗА НАПРЯМОМ «РЕВМАТОЛОГІЯ»

Джус М.Б.

доктор медичних наук, професор,
професор кафедри внутрішньої медицини № 2
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
<https://orcid.org/0000-0002-7500-8520>

Сучасна українська система охорони здоров'я та система підготовки медичних кадрів за різними спеціальностями потребують оновлення. ВУЛТ отримало в 2020 р. членство у Європейській спілці лікарів-спеціалістів (European Union of Medical Specialists – UEMS) та обрало представників українських лікарів в робочому органі UEMS за різними спеціальностями. Сфери знань UEMS охоплюють безперервну медичну освіту, післядипломну підготовку та забезпечення її якості. UEMS узяла на себе зобов'язання сприяти поліпшенню медичної підготовки на європейському рівні шляхом розроблення європейських стандартів у різних медичних дисциплінах. У статті подано основні принципи організації підготовки європейського спеціаліста за напрямом «ревматологія», які розроблені UEMS та впроваджуються в усіх європейських країнах. Із метою інтеграції української системи післядипломної освіти до європейської рекомендовано як післядипломну освіту взяти модель підготовки ревматолога, розроблену EUMS. Описано основні вимоги EUMS до стажиста, наведено перелік теоретичних та клінічних знань, перелік клінічних та практичних навичок, якими має володіти європейський ревматолог, указано компетенції спеціаліста, описано основні принципи організації навчального процесу європейського ревматолога.

Ключові слова: EUMS, післядипломна освіта, реформа, європейська інтеграція, ревматологія.

Сучасна українська система охорони здоров'я та система підготовки медичних кадрів за різними спеціальностями потребує оновлення. Новий управлінський складник цієї системи має включати інституції професійного самоврядування, зокрема лікарського, та адаптацію медичної освіти до європейських стандартів [1].

Всеукраїнське лікарське товариство (ВУЛТ, англ. Ukrainian Medical Association – UMA) – найстаріша в Україні громадська професійна корпоративна організація, метою якої є об'єднання усіх лікарів України незалежно від їхньої спеціальності задля захисту професійних прав і інтересів кожного лікаря.

Одним із важливих напрямів діяльності ВУЛТ є його міжнародна активність і визнання напрацьованих організації світовою лікарською спільнотою. Ця діяльність важливою є не лише для створення лікарського самоврядування європейського і світового зразків, а й для забезпечення професійної освіти європейського рівня, яка визнаватиметься у будь-якій державі Європейського Союзу. У результаті активної міжнародної діяльності ВУЛТ отримало:

- 1) членство у Європейському форумі лікарських товариств/BOO3 (The European Forum of Medical Associations – EFMA/World Health Organization – WHO) на його щорічному зібранні у Тель-Авіві 11.04.2008;
- 2) повноправне членство у Світовому лікарському товаристві на 59-й Асамблеї в Сеулі 18.10.2008;
- 3) членство в Організації лікарських самоврядних товариств Центральної та Східної Європи (Conference of the Central and East European Chambers – ZEVA) на 16-му Конгресі в Белграді у вересні 2009 р.;
- 4) членство в Південно-Східному Європейському лікарському форумі (Southeast European Medical Forum – SEEMF) на I міжнародному лікарському конгресі у Варні 23.09.2010;
- 5) членство в Постійному комітеті європейських лікарів у Брюсселі (Standing Committee of the European Doctors – CPME) 25.11.2017 р.;
- 6) членство у Європейській спілці лікарів-спеціалістів (European Union of Medical Specialists – UEMS) у Брюсселі 17.10.2020.

Європейські стандарти післядипломної підготовки медичних спеціалістів, представляє Європейська спілка лікарів-спеціалістів (UEMS) – неурядова організація, що діє за дорученням національних асоціацій медичних спеціалістів на європейському рівні. Наступним кроком після отримання ВУЛТ членства у UEMS у Брюсселі було обрання делегатів від України за різними спеціальностями, а 21.06.2022 оприлюднено список проголосованих делегатів від ВУЛТ у UEMS. Правління ВУЛТ

23.06.2022 привітало з обранням представниками українських лікарів в робочому органі UEMS за різними спеціальностями. За спеціальністю «ревматологія» представниками UEMS від України обрано лікарів-ревматологів професора Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.мед. наук Марту Борисівну Джус та професора Тернопільського медичного університету імені І.Я. Горбачевського, д.мед.наук Світлану Іванівну Сміян. Це важливий крок до інтеграції української системи освіти до європейської медичної освіти.

Сьогодні UEMS налічує 34 національні асоціації та функціонує через 39 спеціалізованих секцій та європейських рад. UEMS прагне сприяти вільному пересуванню медичних спеціалістів у Європі, одночасно забезпечуючи найвищий рівень навчання, що дасть можливість покращення якості медичної допомоги та турботи про благо всіх європейських громадян. Сфери знань UEMS охоплюють безперервну медичну освіту, післядипломну підготовку та забезпечення її якості.

Якість медичної допомоги та експертизи безпосередньо пов'язана з якістю навчання медичних працівників, тому UEMS узяла на себе зобов'язання сприяти поліпшенню медичної підготовки на європейському рівні шляхом розроблення європейських стандартів у різних медичних дисциплінах. Незалежно від того, де навчаються лікарі, вони повинні мати принаймні однакові основні компетенції.

У 1994 р. UEMS прийняла Хартію післядипломної підготовки з метою надання рекомендацій на європейському рівні для якісної медичної підготовки. Хартія складається з шести розділів та закладає основу для європейського підходу у сфері післядипломної підготовки. Оскільки п'ять розділів є спільними для всіх спеціальностей, Статут передбачає шостий розділ, відомий як «Розділ 6», який кожна секція певної спеціальності повинна завершити відповідно до конкретних потреб своєї дисципліни.

Понад десять років після уведення Хартії спеціалізовані секції UEMS та європейські ради продовжували працювати над розробленням європейських стандартів у медичній підготовці, які відображають сучасну медичну практику та поточні наукові відкриття. Роблячи це, спеціалізовані секції UEMS та європейські ради не мали на меті замінити компетенцію національних органів у визначенні змісту післядипломної підготовки у власній державі, а радше доповнити їх і забезпечити надання високоякісної підготовки в усій Європі.

На європейському рівні правовий механізм, який забезпечує вільне пересування лікарів через визнання їхньої кваліфікації, створений ще в 1970-х роках Європейським Союзом. Прийнято галузеві директиви, і одна директива конкретно стосувалася питання медичної підготовки на європейському рівні. Однак у 2005 р. Європейська Комісія запропонувала Європейському Парламенту та Раді створити унікальну правову базу для визнання професійних кваліфікацій, щоб полегшити та поліпшити мобільність усіх спеціалістів у всій Європі. Ця Директива 2005/36/ЄС установила механізм автоматичного взаємного визнання кваліфікацій лікарів відповідно до вимог до навчання в усіх державах – членах ЄС, що базується на тривалості навчання за спеціальністю та назві кваліфікації.

Ураховуючи багаторічний досвід спеціалізованих відділів і європейських рад UEMS та європейську правову базу, що дає змогу медичним спеціалістам і стажистам переїжджати з однієї країни в іншу, UEMS має унікальну можливість надавати спеціалізовані рекомендації. UEMS цінує професійну компетентність як «звичне та розумне використання спілкування, знань, технічних навичок, клінічних міркувань, емоцій, цінностей і роздумів у повсякденній практиці на благо пацієнта та спільноти, якій надають послугу». Тоді як професійна діяльність регулюється національним законодавством у країнах – членах ЄС, UEMS відповідає міжнародним договорам і деклараціям ООН із прав людини, а також Міжнародному кодексу медичної етики (WMA).

Цей документ впливає з попереднього розділу 6 Хартії навчання та містить визначення компетенцій спеціалістів і процедур, а також способи їх документування та оцінки. Заради прозорості та узгодженості цей документ перейменовано на «Вимоги до навчання для спеціальності X». Він має на меті надати базові вимоги до підготовки для кожної спеціальності та регулярно оновлюється спеціалізованими секціями UEMS і європейськими радами з метою відображення наукового та медичного прогресу. Документ складається з трьох частин та відображає основні принципи підходу не лише для медичних спеціалістів, а й для осіб, які приймають рішення на національному та європейському рівнях щодо підготовки медичних спеціалістів.

Нижче наводимо вимоги UEMS до підготовки за спеціальністю «Ревматологія».

Вимоги до стажування

1. Зміст навчання та результати навчання.

Компетенції, необхідні для особи, що стажується.

Лікар-стажист – це лікар, який пройшов загальну професійну підготовку лікаря та акредитовану програму навчання і отримав сертифікат медичного спеціаліста (у різних країнах відомий як стажист, резидент, стипендіат або реєстратор). «Результати навчання» означають твердження про те, що учень

знає, розуміє та вміє робити після завершення навчального процесу, які визначаються в термінах компетентності.

Спеціаліст (або консультант) із ревматології – це особа, яка успішно пройшла визнану програму післядипломної підготовки з ревматології. Окрім того, такі особи зазвичай, але не повсюдно (на даний момент це залежить від вимог у різних країнах) проходять післядипломну підготовку загального характеру одразу після завершення бакалаврату та подальший період більш поглибленої підготовки із загальної внутрішньої медицини. Призначення на посаду спеціаліста з ревматології (або консультанта) здійснюється установою в країні, де навчається особа, і враховує задовільне завершення навчання, яке вимагається у цій країні щодо сфер знань, клінічних навичок, досвіду та професійної діяльності.

Основний принцип щодо цього документа полягає у тому, що він сприяє високим стандартам ведення пацієнтів ревматологічного профілю в усьому Європейському Союзі та встановлює основні вимоги у сферах, перерахованих вище, щоб спеціалісти/консультанти могли пересуватися через кордони європейських країн у професійних цілях.

А. Теоретичні та клінічні знання

Необхідна база знань включає у себе знання спеціаліста з фундаментальних і клінічних наук.

Знання фундаментальних наук включає:

- анатомію та біологію кістково-м'язової тканини;
- імунологію;
- біомеханіку кісток, суглобів і м'язів;
- нейробиологію болю.

Догляд за пацієнтами з різними захворюваннями не обов'язково має надавати один фахівець/консультант, але і всі старші ревматологи повинні мати досвід ведення всіх перерахованих захворювань. Перелік станів, який є основою Європейської навчальної програми з ревматології, наведено нижче. Стажисти можуть бачити і пацієнтів із захворюваннями, яких немає у списку, що має бути відображено в їх портфоліо/записах про навчання або відповідних документах.

Перелік захворювань/станів:

- Ревматоїдний артрит
- Спондилоартрит
- Системний червоний вовчак і антифосфоліпідний синдром
- Системна склеродермія
- Інші системні захворювання сполучної тканини
- Васкуліти та супутні захворювання
- Інфекційний артрит
- Розлади опорно-рухового апарату, пов'язані переважно з метаболічними, ендокринними або гематологічними захворюваннями
- Кристал-асоційовані захворювання
- Ендокринні захворювання
- Ревматичні синдроми, пов'язані з гематологічними захворюваннями
- Кістково-хрящові розлади
- Метаболічні захворювання кісток
- Спадкові та вроджені порушення метаболізму, пов'язані з ревматичними синдромами
- Розлади сполучної тканини
- Остеохондродисплазії
- Вроджені порушення обміну речовин, що впливають на сполучну тканину
- Хвороби накопичення (Storage disorders)
- Імунодефіцит
- Аутозапальні синдроми, у тому числі позасуглобові та регіонарні ураження опорно-рухового апарату
- Аксіальні синдроми
- Регіональні ураження опорно-рухового апарату, що вражають усі суглоби
- Розлади, що вражають окремі суглоби
- Внутрішні розлади
- Біомеханічні/анатомічні аномалії, пов'язані з регіональними больовими синдромами. Ревматичні синдроми, пов'язані з надмірним навантаженням
- Спортивна медицина
- Компресійні нейропатії (Entrapment neuropathies)
- Новоутворення та пухлиноподібні ураження

Ревматичні синдроми, пов'язані зі злякисним новоутворенням
М'язові захворювання
Різні ревматичні захворювання
Інтермітуючий артрит
Ревматичні захворювання в геріатричній популяції
Ревматичні захворювання у вагітних
Ревматичні синдроми у пацієнтів із нирковою недостатністю та діалізом
Увеїт і склерит
Розлади опорно-рухового апарату у дітей

В. Ці стани визначають основи базової навчальної програми. На момент визнання особи спеціалістом/консультантом вона повинна мати такі якості:

- Знання та розуміння відповідних і актуальних базових медичних наук, наук про здоров'я населення, патофізіології та принципів ведення та догляду за пацієнтами з будь-яким із основних клінічних станів.
- Здатність визначати та інтерпретувати діагностичні методи: лабораторні тести, методи діагностичної візуалізації, характеристика виконання тесту.
- Розуміння механізмів дії та потенційних побічних ефектів терапії та мати досвід консультування пацієнтів щодо ризиків і переваг такої терапії.
- Здатність аналізувати та використовувати результати досліджень у ревматології, щоб їх клінічна цінність базувалася на доказовій медицині, наскільки це можливо.
- Уміти надати докази того, що спеціаліст підтримує свої загальні медичні та ревматологічні знання, достатні для забезпечення високого стандарту клінічної практики.
- Розуміння системи (систем) охорони здоров'я в країні навчання.
- Бути готовим до ролі майбутніх клінічних лідерів.
- Уміти бути ефективним членом і лідером мультидисциплінарної команди.

Практичні та клінічні навички

Ключові навички, якими потрібно володіти у цій спеціальності:

- Слухачі до призначення на посаду спеціаліста/консультанта повинні оволодіти такими практичними процедурами:

Технічні навички

1) Аспірація рідини суглобів і бурс

2) Внутрішньосуглобові ін'єкції та ін'єкції м'яких тканин

3) Аналіз синовіальної рідини в поляризованому світлі

4) Інтерпретація зображень опорно-рухового апарату, кісткової скінтиграфії та кісткової денситометрії

Факультативні навички

Оволодіння наступними практичними процедурами вважається обов'язковим і може бути предметом спеціального регулювання на національному рівні:

1) Біопсія відповідних тканин і органів (наприклад: синовіальна оболонка, шкіра, підшкірна жирова клітковина, дрібні слинні залози, кістки, м'язи, нерви, нирки, скронева артерія)

2) Кісткова денситометрія

3) УЗД опорно-рухового апарату

4) Капіляроскопія

5) Електроміографія

6) Артроскопія

7) Техніка ін'єкції під контролем візуалізації

8) Радіоактивний або хімічний синовіортез

9) Промивання суглобів

Слухачі повинні продемонструвати компетентність необхідних «Технічних навичок» до того, як їх визнають спеціалістом/консультантом.

Можливо, у деяких країнах від спеціалістів вимагатиметься продемонструвати збереження таких навичок для повторної акредитації.

Слід зазначити, що різні країни та різні посади спеціалістів/консультантів можуть вимагати підтвердження навичок практичних умінь, окрім тих, що наведені вище.

С. Компетенції

Для призначення спеціалістом/консультантом особа має продемонструвати рівень компетентності, достатній для незалежної клінічної практики та здатності надавати допомогу пацієнтам як у гострих, так і в хронічних ситуаціях. Такий рівень може відрізнятися від країни до країни та від

посади до посади, але наведені вище списки та компетенції включають основні вимоги, якими має володіти «європейський ревматолог».

На додаток до знань і навичок щодо практичних умінь, описаних вище, претендент на посаду спеціаліста/консультанта з ревматології повинен продемонструвати докази особистої та постійної участі у веденні пацієнтів із якнайбільшим спектром поширених ревматологічних проблем.

Європейський спеціаліст/консультант із ревматології повинен бути добре поінформований про принципи дослідження: принципи та методи епідеміологічних досліджень, принципи клінічних досліджень, доказової медицини, аналізу даних та медичної інформатики, лабораторних методів, етики клінічних та фундаментальних досліджень, критичного огляду.

«Європейський ревматолог» має демонструвати етичну поведінку відповідно до вимог медичного реєстру/статутного органу своєї країни та може надати документальні докази цього. «Європейський ревматолог» повинен мати добру репутацію у відповідному національному реєстраційному органі.

2. Організація навчання

А. Розклад тренувань

Рекомендована тривалість стажування – чотири роки базової підготовки з ревматології. Рекомендується, щоб навчанню з ревматології передувало дворічне навчання з внутрішньої медицини (після якого стажист повинен отримати відповідні знання, підготовку та досвід лікування загальних та гострих захворювань). Навчання, що виходить за межі основного, також можна здійснювати, для розвитку субспеціалістів.

Одним з основних чотирьох років підготовки з ревматології може бути проведення магістерської програми з ревматології.

Період навчання з ревматології має відповідати вимогам ЄС і в будь-якому разі має бути достатнім для засвоєння усіх необхідних освітніх та навчальних потреб. Конкретні заходи для загального навчання для будь-якого окремого слухача визначаються на місцевому рівні та залежать від відповідних національних вимог. Наведений вище перелік станів є орієнтиром до бази знань, необхідних спеціалісту/консультанту. Досвід клінічної роботи повинен охоплювати всі загальні ревматологічні клінічні стани, які вказано у списку вище.

Для подання заявки на посаду в іншій країні ЄС необхідно, щоб навчальна програма, за якою навчалися стажисти, була опублікована, із детальною інформацією про її дотримання як стажистами, так і їхніми тренерами. Навчальна програма має містити детальну інформацію про необхідний характер і обсяг клінічної роботи, методи, за допомогою яких стажист підтримує свій розвиток, і заключення щодо прогресу розвитку його знань і розуміння, прогресу його клінічної роботи та розвитку як професіонала.

В. Навчальна програма

Навчальна програма має бути зосереджена на результатах, але з достатньою гнучкістю, щоб забезпечити особистий розвиток залежно від потреб людини, центру, у якому вона навчається, і країни, де це відбувається. Навчання має включати навички викладання загальних компетенцій та специфічних компетенцій для ревматології.

Таким чином, навчальний план має базуватися на таких принципах.

Європейський ревматолог має:

- бути плуріпотентним фахівцем і експертом із мультисистемних хвороб;
- бути компетентним у зборі анамнезу, фізикальному огляді, веденні хворих із поширеними та іншими ревматологічними захворюваннями;
- ефективно спілкуватися з пацієнтами, їхніми родичами та суміжними спеціалістами;
- практикувати лікування, засноване на доказовій медицині;
- дотримуватися економічно ефективного ведення пацієнта;
- розуміти природу та ступінь ризику у своїй клінічній роботі;
- підтримувати високий рівень та якість своєї практичної роботи з урахуванням сучасних наукових досягнень у певних напрямках;
- працювати в міждисциплінарній команді (MDT);
- забезпечувати клінічне лідерство, а також здатність бути керованими та працювати як частина мультидисциплінарної команди;
- демонструвати відданість рефлексивному навчанню протягом усього життя;
- сприяти здоров'ю та благополуччю окремих пацієнтів, громад та населення;
- мати уявлення про охорону здоров'я на основі вибраної спеціальності;
- навчати та підтримувати слухачів;
- бути відданим здоров'ю та добробуту людей і суспільства та дотримуватися етичних, професійних та високих стандартів особистої поведінки та клінічної роботи;

- формувати портфоліо з доказів того, що вищезазначені цілі досягнені, особливо за умови, якщо спеціаліст хоче шукати роботу в країні, відмінній від країни, де він/вона навчався.

Різні країни мають різні підходи до досягнення цих результатів, але їх підтвердження повинні бути уніфікованими, що полегшить процес навчання стажерів і спростить визнання прогресу та досягнень у країнах – членах ЄС. Окрім того, такий підхід допоможе забезпечити впевненість громадськості та окремих країн у тому, що підготовка відповідає належним стандартам і що робота лікарів є задовільною.

Різні країни використовують стратегії оцінки, які відповідають їхнім потребам. Поступово відбудеться перехід до загального підходу до визначення того, чи підходить особа для визнання її європейським ревматологом. Таким чином, необхідно буде оцінювати знання шляхом письмового іспиту.

Цей іспит має включати вибірку зі списку основних клінічних станів, наведених вище, і перевіряти знання в галузях відповідної науки (фундаментальні медичні та клінічні науки, науки про здоров'я населення та поведінкові науки) та клінічний досвід (діагностика, дослідження та лікування). Тестування проводитиметься у форматі «найкращий із п'яти».

Тести будуть доставлятися по всій Європі на регулярній основі. Буде проводитися оцінка знань (формуюча) після одного або двох років навчання та друга (підсумкова) оцінка наприкінці періоду навчання. Слухачі матимуть можливість перездати іспит із підсумкового оцінювання, якщо вони його спочатку не склали.

Слухачі отримають підтримку на кількох рівнях. Клінічна робота стажиста проходитиме під наглядом *тренера*. (Така особа вже існує в усіх країнах і відома під різними назвами.) Тренер відповідатиме за регулярне надання слухачеві зворотного зв'язку щодо його роботи та керівництва з питань, пов'язаних із клінічною роботою, яку він надає. Окрім того, усі навчальні програми з ревматології проводитимуться в установі (або в групі чи мережі суміжних установ) директором програми. Стажер має регулярно зустрічатися зі своїм програмним директором, зазвичай кожні шість місяців, для обговорення своєї роботи. Такі обговорення мають проходити у форматі оцінювання разом зі стажистом, який має надавати інформацію про прогрес у роботі та має супроводжуватися задокументованими доказами клінічної участі та досягнень результатів навчання. Мета оцінювання полягає у тому, щоб уможливити конструктивну дискусію про задоволення навчальних потреб слухача. Для визначення прогресу у досягненні потреб слід порівнювати поточні оцінки з попередніми. Оцінювання не є частиною процесу підсумкового оцінювання, а необхідне виключно для підтримки слухачів.

Оцінка навичок практичних умінь проходитиме в навчальному закладі. Таке оцінювання може включати, у відповідних випадках, використання моделювання перед оцінкою в клінічній практиці.

Клінічний досвід слід оцінювати шляхом огляду пацієнтів, яких спостерігав/вів стажист і за яких ніс особисту відповідальність. Докази такого залучення мають зберігатися в клінічному журналі або його еквіваленті. Журнал має переглядатися тренером стажиста разом зі стажистом у формувальному порядку. Це дасть змогу стажисту бачити та брати участь у лікуванні відповідної кількості та діапазону пацієнтів. Реєстраційний журнал окремо має переглядати локальний директор програми разом із відповідними тренерами, з якими працював стажист.

Професійна поведінка також має бути частиною стратегії оцінювання, і зазвичай усебічний зворотний зв'язок із багатьох джерел (multi-source feedback – MSF) має відбуватися наприкінці першого чи другого року навчання та на початку останнього року навчання. Такі оцінювання в деяких країнах можуть відбуватися частіше. Директор програми має займати центральне місце в обговоренні та дискусії, які проводяться після кожного MSF, і має надавати вказівки та підтримку у відповідь на коментарі тих, хто надає MSF стажеру. Додаткові MSF можливі, якщо початкова MSF показала неадекватну продуктивність стажиста. Місцеві національні стандарти щодо придатності особи для клінічної практики визначатимуть, чи може стажист працювати як консультант/спеціаліст.

Для того щоб мати право подати заявку на посаду в країні, відмінній від країни, у якій він навчався, або бути визнаним європейським ревматологом, потрібно задовільно виконати всі вищезазначених пункти.

D. Управління

Відповідальність за управління індивідуальною навчальною програмою має бути покладена на директора програми та установи (установ), де проводиться стажування. Тренер має відповідати перед директором програми за проведення необхідного навчання у своїй сфері.

Висновок. Післядипломна система підготовки українського спеціаліста-ревматолога потребує удосконалення. Уведення в процес підготовки спеціаліста освітньої програми EUMS дасть можливість змінити підготовку медичних кадрів так, що лікар-спеціаліст, у тому числі лікар-ревматолог, зможе відповідати вимогам до європейських спеціалістів та в подальшому працевлаштовуватися в будь-якій європейській країні.

Програма EUMS із підготовки ревматолога сприяє високим стандартам ведення пацієнтів із ревматологічними захворюваннями в усьому Європейському Союзі та регламентує основні вимоги до спеціаліста.

Література

1. Мусій О.С. Необхідність лікарського самоврядування в Україні. *Українські медичні вісті*. 2021. Т. 13. № 3–4(88–89).
2. European union of medical specialists. URL: <https://www.uems.eu/about-us/medical-specialties>.

EUROPEAN STANDARDS FOR POST-GRADUATE TRAINING OF MEDICAL SPECIALISTS: PROSPECTS FOR IMPLEMENTATION IN UKRAINE IN THE SPECIALTY OF “RHEUMATOLOGY”

Dzhus M.B.

Bohomolets National Medical University

The modern Ukrainian health care system and the system of training medical specialists need updating. In 2020, Ukrainian Medical Association received membership in the European Union of Medical Specialists (UEMS) and elected representatives of Ukrainian doctors in the UEMS working body in various specialties. UEMS's areas of expertise include continuing medical education, postgraduate training, and quality assurance. UEMS is committed to contributing to the improvement of medical training at the European level by developing European standards in various medical disciplines.

The article presents the main principles of organizing the training of a European specialist in the field of "rheumatology", which UEMS developed and implemented in all European countries. In order to integrate the Ukrainian system of postgraduate education with the European one, it is recommended to take the model of rheumatologist training developed by EUMS as postgraduate education. The article describes the basic EUMS requirements for trainees, lists theoretical and clinical knowledge, a list of clinical and practical skills that a European rheumatologist should possess, and specifies specialist competencies. The main principles of the organization of the educational process of a European rheumatologist are described.

Key words: EUMS, postgraduate education, reform, European integration, specialist, rheumatology.

УДК 616.61

DOI <https://doi.org/10.32782/umv-2023.1.3>

ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА В НЕФРОЛОГІЇ ТА ДИТЯЧІЙ НЕФРОЛОГІЇ

Іванов Д.Д.

доктор медичних наук, професор,

завідувач кафедри нефрології та нирковозамісної терапії

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

<https://orcid.org/0000-0003-2609-0051>

У статті розглянуто сучасний стан підготовки та подальшої післядипломної освіти дитячих нефрологів і нефрологів в Україні. Проаналізовано проблеми навчання та післядипломної освіти за 25 років існування кафедри з акцентом на пандемію COVID-19 та військовий стан; проведено порівняння зі світовими підходами, висвітлено дискусійні питання. Зроблено акцент на сучасних проблемах післядипломної освіти в дитячій нефрології і нефрології, визначено потреби у цій галузі, окреслено шляхи вирішення та можливі заходи інтеграції у світові стандарти.

Ключові слова: нефрологія, дитяча нефрологія, післядипломна освіта, світові стандарти медичної допомоги, навчання в нефрології, навчання в дитячій нефрології.

Спеціальності «нефрологія» та «дитяча нефрологія» існують в Україні понад 30 років. Сьогодні для отримання зазначеної спеціальності доктору потрібно мати диплом лікаря, закінчену інтернатуру або резидентуру та пройти відповідні курси спеціалізації при акредитованому учбовому закладі.

Перші курси спеціалізації були організовані в Київському інституті вдосконалення лікарів на кафедрі, заснованій академіком НАМН України, членом-кореспондентом НАН України професором Л.А. Пирігом, у 1995 р. Тоді курси спеціалізації тривали два місяці.

Десять років тому за ініціативи кафедри нефрології, яка змінила назву на «кафедру нефрології та нирково-замісної терапії (НЗТ)», відповідним наказом МОЗ України курси спеціалізації збільшені у своєму терміні до шести місяців. Були розроблені унікальні програми, питання до комп'ютерних іспитів, оригінальна система навчання [1], а пізніше виданий єдиний в Україні національний посібник із нефрології. Окремі кафедри інших учбових закладів України, що мають нефрологію як суміжну дисципліну, заявили про бажання проводити також цикли спеціалізації з нефрології, проте рівень такої підготовки викликав певні зауваження.

Нам було цілком зрозуміло, що шестимісячні курси не дають змоги належним чином підготувати спеціаліста з нефрології та дитячої нефрології. Навіть не враховуючи важливість опанування інтервенційних діагностичних інструментів спеціальності (нефробіопсія, реносцинтиграфія), викласти всю теоретичну частину сучасних нефрологічних знань, не говорячи про оволодіння практичними навичками та отримання особистого досвіду, за шість місяців не є можливим. Тому кафедра нефрології та НЗТ тепер уже Національного університету охорони здоров'я імені П.Л. Шупика увела до плану початок курсів спеціалізації з лютого місяця, щоб два місяці відпустки дали змогу бажаним лікарям ініціативно працювати на робочому місці в нефрологічному відділенні будь-якої із п'яти клінічних баз кафедри нефрології та НЗТ НУОЗ імені П.Л. Шупика. Іспит проводиться, таким чином, після восьмимісячного навчання [2].

Пандемія COVID-19 посилила негативні боки шестимісячного навчального процесу для отримання спеціальностей «нефрологія» та «дитяча нефрологія». Три із п'яти існуючих клінічних баз були активно залучені до лікування пацієнтів із COVID-19 та ввели епідеміологічні обмеження. Не сприяло опануванню практичних навичок та повноцінного учбового процесу і відповідні муніципальні та відомчі обмеження під час пандемії.

Щоб надати додаткові можливості для курсантів, було задіяно нефрологічну клініку професора Д. Іванова, що відповідає епідеміологічним обмеженням, мала I категорію акредитації МОЗ України, стає офіційною клінічною базою НУОЗУ імені П.Л. Шупика та надала можливість навчатися в умовах обмежених ресурсів. При цьому нефрологічна клініка надавала і має сьогодні весь ланцюг діагностичних та лікувальних можливостей, які не має в жодному місці та з таким обладнанням жодна клінічна база України. Це унікальна система проведення нефробіопсій з отриманням результату протягом однієї доби, розрахунок ризику прогресування хронічної хвороби нирок (обладнання Siemens), 10-річний досвід застосування імунобіологічної терапії, розширений гемодіаліз зокрема. Можливість навчання на робочому місці стало рішенням для певних курсантів. На жаль, під час пандемії пішли

з життя засновник кафедри академік НАМН Л.А. Пиріг та доцент кафедри завуч О.І. Таран, що обмежило величезний досвід нефрологічних знань.

Ледь завершилася ковід-пандемія та ще не відновилася нормальна ситуація в роботі клінічних баз, як було введено військовий стан, що майже припинив повноцінний процес підготовки лікарів. Отриманий досвід ковідної ситуації дав можливість не переривати учбовий процес та набуття практичного досвіду для лікарів. Під час військового стану були розроблені нові курси і сформульовані міжнародні рекомендації для нефрологічних пацієнтів [3].

Таким чином, до 30-річчя незалежності України процес підготовки лікарів за спеціальностями «нефрологія», «дитяча нефрологія» прийшов із позитивними ознаками: майже вісім місяців навчання, наявність можливості вибору клінічної бази, потужний висококваліфікований колектив кафедри (академік, професор і три доцента), опанування гібридної системи навчання, проте і з низкою негативних чинників: незадовільний за часом термін навчання, втрата досвідченого колективу кафедри, різке обмеження опанування практичних навичок.

Слід відзначити, що опорна кафедра нефрології та НЗТ відчула на собі такі труднощі, але ще більшою мірою вони торкнулися інших кафедр, які заявили про бажання підготовки лікарів за спеціальністю «нефрологія», та навіть європейських країн [4]. Проте ми набули надзвичайного досвіду.

Усе розглянуте вище стосувалося й лікарів, які підтверджували або підвищували свої кваліфікаційні категорії. Окрім вищезгаданого, додалися неможливість вчасного отримання документів, що підтверджували кваліфікацію від МОЗ України, та неможливість стажування за кордоном. Слід відзначити, що підготовка лікаря-нефролога займає у різних країнах світу три і більше років. Нашим лікарям, що отримали спеціальність «нефрологія» або «дитяча нефрологія», не вдалося підтвердити свою спеціальність за кордоном з огляду на різну тривалість підготовки та різні вимоги до знань і навичок.

Багато в чому з нашої ініціативи Європейська асоціація дитячих нефрологів увела іспит для всіх країн для підтвердження спеціальності «дитячий нефролог». Проте такого іспиту немає для спеціальності «нефрологія», а той, що є для дитячих фахівців, не носить силу закону для клінічної практики спеціалістів, що здали іспит.

Середня кількість спеціалістів-нефрологів та дитячих нефрологів відповідає світовим стандартам і навіть більше на одну хвору людину порівняно з більшою часткою країн світу. Принаймні сьогодні в Україні є близько 400 нефрологів та 130 дитячих нефрологів. Середній вік їх омолодився за останні 10 років і вже не досягає пенсійного віку.

Професор Д.Д. Іванов як президент Української асоціації дитячих нефрологів/Української асоціації нефрологів зміг належним чином представити наших лікарів у світовому просторі [5]. Як результат, УАДН включено до ESPN, а УАН – до ISN. Це дало змогу лікарям-нефрологам як самостійно, так і від Асоціації увійти у навчальний процес світового рівня для отримання відповідних балів, що використовуються для атестації.

Нефрологія і дитяча нефрологія нині мають потужні світові ресурси для післядипломної освіти, які можна розділити на:

- спеціалізовані, що надають інформацію для членів фахових асоціацій, насамперед ISN, IPNA/ESPN;
- загальномедичні, наприклад Medscape, QxMD та ін., що мають розділи нефрології/дитячої нефрології.

Ці ресурси, доступні для подій у реальному часі або на сайтах, мають усі можливі форми для навчання, а саме: вебінари, експертні столи, курси, відеоуроки і навіть іспити для здобуття/підтвердження спеціальності.

Цілком зрозуміло, що світовий навчальний процес має набагато більше можливостей, адже він більш потужний економічно та кількісно. Таким чином, нефрологам/дитячим нефрологам достатньо самостійно навчатися як лікарям або скористуватися членством в Українській асоціації нефрологів для нефрологів або Українській асоціації дитячих нефрологів для дитячих нефрологів, що мають доступ до навчальних ресурсів відповідних світових асоціацій, або безпосередньо шляхом вступу до ISN, IPNA/ESPN отримати змогу навчатися та отримувати відповідні знання та кваліфікаційні бали.

Наріжним питанням для українських нефрологів є недостатня мовна підготовка, адже більшість навчальних матеріалів у світовому просторі подається саме англійською. Такі лікарі в освітньому процесі на українських ресурсах, які, насамперед, найбільш професійно подаються УАН та УАДН, отримують меншу кількість балів. Тому участь експертів від України у складі освітніх комітетів UEMS відкриває шлях до акредитації українських матеріалів національною мовою та присвоєння їм відповідних кваліфікаційних балів UEMS. Це значно полегшить лікарям з України отримувати/підтверджувати свої кваліфікаційні категорії та в подальшому або підвищувати знання англійської мови, або користуватися новими можливостями онлайн-перекладачів.

Дуже важливим питанням для лікарів та нефрологів зокрема є питання зручності ресурсів. У світі розроблено чимало додатків, що дають змогу звести на одну платформу (додаток) різні сайти та користуватися ними з «одного вікна». Такі додатки найбільш популярні для месенджерів, що дають змогу мати на робочому столі ноутбука чи телефона від 2 до 100 зведених разом інформаційних джерел. Аналогом таких додатків в Україні є платформа «АКСЕМЕДІН», що також надає ще одну дуже важливу функцію – створення особистого портфоліо лікаря, якій автоматично враховує всю активність лікаря в одному місці. Таким чином, подібні ресурси імітують навчальне вікно на екрані комп'ютера за своєю спеціальністю, проте отримане з багатьох інформаційних джерел.

Такий додаток в ідеалі повинен давати змогу лікарю самостійно звести всі необхідні навчальні ресурси в одну програму, зробити особисте портфоліо, отримувати підтвердження проходження учбових матеріалів відповідними сертифікатами, мати додаткові ресурси за суміжними спеціальностями, які лікар самостійно «набирає» у програму, та формувати автоматично звітний документ про себе за будь-який проміжок часу.

Таким чином, моє бачення поліпшення післядипломної освіти в нефрології/дитячій нефрології базується на отриманні UEMS балів для українських користувачів за рахунок імплементації навчальних матеріалів шляхом лобювання національними експертами якісних продуктів та створенні програми-додатку зведених навчальних персоналізованих продуктів та їх портфоліо у єдиному ресурсі. Можливість захисту своїх знань та практичних навичок можлива за умов збільшення програм та часу підготовки лікарів за спеціальностями «нефрологія», «дитяча нефрологія» щонайменше до трьох років.

Література

1. Вороненко Ю.В., Минцер О.П., Иванов Д.Д. Современная философия трансфера знаний в последипломном медицинском образовании. *ПОЧКИ. НИРКИ. KIDNEYS*. 2012. № 2. С. 15–18.
2. Voronenko, Yuriy V., Mintser, Ozar P., Ivanov, Dmytro D. Promissory Concept of medical education. *Journal of European CME*. 2015. № 4. DOI: <https://doi.org/10.3402/jecme.v4.25135>.
3. Vanholder, R., De Weggheleire, A., Ivanov, D.D. et al. Continuing kidney care in conflicts. *Nat Rev Nephrol*. 2022. URL: <https://doi.org/10.1038/s41581-022-00588-7>.
4. Yazıcıoğlu B., Bakkaloğlu S.A. European Society for Pediatric Nephrology. Impact of coronavirus disease-2019 on pediatric nephrology practice and education: an ESPN survey. *Pediatr Nephrol*. 2021 Dec 31:1–9. DOI: 10.1007/s00467-021-05226-1. Epub ahead of print. Erratum in: *Pediatr Nephrol*. 2022 Feb 24; PMID: 34971403; PMCID: PMC8929721.
5. Prikhodina L., Ehrlich J., Shroff R., Topaloglu R., Levtchenko E. European Society for Paediatric Nephrology. The European Society for Paediatric Nephrology study of pediatric renal care in Europe: comparative analysis 1998–2017. *Pediatr Nephrol*. 2020. Jan. 35(1):103–111. DOI: 10.1007/s00467-019-04378-5. Epub 2019 Oct 29. PMID: 31664556.

POSTGRADUATE EDUCATION IN NEPHROLOGY AND PEDIATRIC NEPHROLOGY

Ivanov D.D.

Shupyk National Healthcare University of Ukraine

The article considers the modern state of training and further postgraduate education of pediatric nephrologists and nephrologists in Ukraine. The author analyzes problems of training and postgraduate education over the 25 years of the department's functioning with an emphasis on the COVID-19 pandemic and martial law, compares them with world approaches, and highlight discussion issues. Emphasis is placed on modern challenges of postgraduate education in pediatric nephrology and nephrology, needs in the relevant field are identified, and solutions and possible integration measures into world standards are outlined.

Key words: *nephrology, pediatric nephrology, postgraduate education, world standards of medical care, nephrology training, pediatric nephrology training.*

КОНТАКТНИЙ АЛЕРГІЙНИЙ ДЕРМАТИТ І СТОМАТИТ (КЛІНІКО-АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ТА ВЛАСНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Кравченко В.Г.

доктор медичних наук,
професор, Заслужений діяч науки і техніки України,
професор кафедри шкірних та венеричних хвороб
Полтавський державний медичний університет

Кравченко А.В.

кандидат медичних наук,
асистент кафедри шкірних, венеричних хвороб і СНІД
Харківський національний медичний університет

Контактно-алергійний дерматит і стоматит є однією із важливих проблем медицини. Вони зустрічаються у всіх вікових категоріях. Їх епідеміологія значною мірою мінлива і залежить від ступеню розвитку промисловості, хімізації виробництва тощо та уваги лікарської спільноти до даного питання. Під динамічним спостереженням авторів перебували 28 пацієнтів різного віку. У групі дорослих пацієнтів з контактно-алергійним дерматитом перебували 23 особи: 11 із них були працівниками станцій технічного обслуговування автомобілів, 6 – ремонтниками квартир, 4 – промислових підприємств і 2 – бензозаправок. У них виявлена підвищена чутливість до автомобільних фарб, розчинників, цементу, клеїв, з якими працівники систематично контактували в своїй роботі. Давність дерматиту коливалась від одного тижня до одного місяця. Факт сенсibilізації підтверджувався позитивними алергологічними пробами.

У 4-х дітей у віці від 8 міс. до 2-х років виявлено так званий «горшковий» контактно-алергійний дерматит від користування пластмасовими туалетними горщиками, у одного хлопчика 9 років – хейліт внаслідок звички жувати жувальну губку. Лікуванням передбачалось, перш за все, усунення сенсibilізуючого впливу провокуючих чинників, застосування антигістамінних і гіпосенсibilізуючих засобів, кальцієвих препаратів, зовнішньо – глюкокортикостероїдних мазів та аерозолів. Позитивну роль виявлено при місцевому застосуванні цинк-цидipолового лініменту.

Ключові слова: алергійний контактний дерматит, алергійний контактний стоматит, алергійний контактний хейліт.

Алергійна патологія є сьогодні однією із актуальних проблем не тільки медицини, а і всього цивілізованого суспільства. Потенційно зростаючий рівень показників захворюваності на алергійні дерматози значною мірою пов'язаний із забрудненням довкілля відходами промислових підприємств, широким використанням хімічних інгредієнтів у сільсько-господарському секторі економіки і харчовій промисловості, проникненням хімічних продуктів в водне середовище тощо. Серед широкого кола алергійних хвороб велика частка належить алергійним захворюванням шкіри. Висока розповсюдженість, щорічне зростання алергійної патології, що має характер своєрідного безупинного «маршу», що розпочинається часто з раннього дитинства (у 50% – до 6 місяців) і сягає поважних років (у 50% у вигляді загострень хвороби) мають розглядатися як реальна загроза здоров'ю людства незалежно від рівня економічного і цивілізаційного розвитку. Особливо тривожним є значне зростання захворюваності на алергійні дерматози дітей і змінений патоморфоз даної патології. У етіології і патогенезі алергійних дерматозів виділяють генетичні, екологічні, імунологічні, біохімічні, фармакологічні і інші чинники, роль яких належить ще дослідити. Алергійні захворювання шкіри обумовлюються вираженою ендогенною інтоксикацією, яка, з одного боку, є наслідком зазначених екологічних чинників, з іншого, пов'язана із захворюваннями травного каналу і станом кишкового дисбактеріозу. Згідно із сучасними уявленнями останній значною мірою впливає на метаболічні, вітаміно-утворюючі, імунологічні і інші процеси в організмі. Порушення в імунній системі зумовлюють не тільки виникнення, але і значною мірою екзацербацию хронічного дермального процесу. Все більшої уваги потребує відслідковування і подальшого наукового вивчення впливу широкого застосування популяцією фармакологічних препаратів, арсенал яких постійно зростає. І йдеться не тільки про можливі різноманітні побічні ефекти лікарських засобів та можливе потенціювання ними розвитку алергійних впливів, а і розроблення механізмів їх запобігання чи нівелювання. В останні роки в медичній спільноті все частіше обговорюється

проблема алергічного контактного дерматиту, що пов'язано з поширеністю даної патології в світі. Захворюваність на контактний-алергічний дерматит входить до 10 найбільш частих професійних патологій [1]. Згідно з окремими повідомленнями ця захворюваність коливається в країнах Європи від 2,7 до 12 випадків на 1000 населення. За даними Харківського науково-дослідного інституту дерматології і венерології МОН України, контактний-алергічний дерматити за десятилітній період склали в різні роки в середньому 700-687 випадків на 100 тис. населення [2-4]. В існуючу нині Міжнародну класифікацію хвороб (МКХ-10) включено сім десятків найменувань алергічних захворювань і патологічних станів шкіри [1], проте легко допустити, що перелік дерматозів з алергічним генезом може бути розширеним по мірі поглибленого вивчення природи багатьох із нині невідомою або не до кінця з'ясованою етіологією. Клінічно-прогресуючі форми такого дерматиту розвиваються переважно у осіб старшого віку, тоді як контактна алергія внаслідок впливу медичних препаратів властива пацієнтам після 70 років [1; 5; 7]. Контактний-алергічний дерматит може виникати не тільки внаслідок професійної діяльності людини і поступової сенсibilізації її до певних алергенів на виробництві, а нерідко зустрічається у дітей, зокрема раннього віку [5; 7]. Дослідження вікових особливостей сенсibilізації до контактних алергенів засвідчили найвищий відсоток позитивних аплікаційних тестів у дітей до 5 років з поступовим зниженням в 6-10 років і зростанням з 11-річного віку [6]. Встановлено також, що у дітей перших місяців життя алергічний контактний дерматит активно виникає під впливом барвників, певного складу контактуючих із шкірою дітей тканин тощо і може бути поєднаним з atopічним дерматитом [8-10]. Переконаливими чинниками виникнення і розвитку алергодерматозів розглядають імунні механізми, зокрема роль Ig E та інших лімфокінних факторів, окремих класів інтерлейкінів тощо. Чітку класифікацію алергічних дерматозів провести не просто із-за великої кількості захворювань з доведеним сенсibilізаційним чинником. В даній публікації ми торкнемося лише контактного алергічного дерматиту і стоматиту, алергічний генез яких не викликає суперечок. В основі їх виникнення лежить алергічна реакція гіперчутливості уповільненого типу з наступним механізмом розвитку: втілений в шкіру антиген захоплюється клітинами Лангерганса і після деякого розщеплення зв'язується з молекулами HLA класу II; після цього клітини Лангерганса мігрують із епідермісу у регіонарні лімфатичні вузли, де відбувається «представлення» антигена Т-лімфоцитам. Сформована таким чином сенсibilізація при повторному контакті з алергеном зумовлює проліферацію активованих Т-лімфоцитів та виділення медіаторів запалення і міграцію в епідерміс цитотоксичних Т-клітин, що супроводжується розвитком алергічної реакції шкіри чи слизової екзематозного типу в місці контакту. І хоча алерген контактує з обмеженою ділянкою шкіри або слизової, виникає сенсibilізація всього організму. Клінічні прояви дерматиту можуть виникати через різні проміжки часу з початку сенсibilізації — від кількох днів до місяця й більше. У разі повторних контактів з цим алергеном терміни розвитку сенсibilізації зазвичай скорочуються. Алергенами можуть бути самі різноманітні хімічні речовини, що входять до складу миючих і косметичних засобів, пластикових і металевих прикрас, будівельних матеріалів тощо. Прояви контактного-алергічного дерматиту схожі з екземою: виникають сверблячі папульозні та мікровезиккулярні елементи на еритематозному тлі, за хронізації процесу спостерігається ліхеніфікація осередку. За важких випадків дерматиту можуть уражатися значні ділянки шкіри аж до розвитку еритродермії.

Алергічні контактні стоматити зазвичай характеризуються почервонінням, набряклістю слизової оболонки, у більш складних випадках виникають міхури, ерозії, кровоточивість. Однією з найчастіших причин виникнення такої патології є розвиток підвищеної чутливості до певних матеріалів, що використовують у галузі, до зовнішньо застосовуваних медикаментів, зубних паст, еліксирів тощо. Зокрема, помічено, що метилметакрилат нерідко викликає алергічний дерматит у зубних техніків, проте пацієнти добре сприймали зроблені з нього протези; хворі з виявленою ртутною сенсibilізацією не реагують на пломби з амальгами; алергічні реакції на акрилові протези зустрічаються у 2-3 % хворих. Сенсibilізуючу дію мають барвники, що входять до складу пластмас зубних протезів, ароматичні речовини — компоненти зубних порошоків і паст, пластмасові мундштуки духових інструментів можуть бути причиною алергічного контактного хейліту й стоматиту, флуоресціюючі речовини губної помади — причиною хейліту тощо. Період розвитку сенсibilізації може тривати від 5-7 днів до декількох місяців і навіть років. Алергічний контактний хейліт виникає внаслідок сенсibilізації червоної крайки губ, рідше — слизової оболонки губ до певних хімічних речовин, ультрафіолетових променів тощо. Клінічно захворювання проявляється досить обмеженою еритемою й лущенням на червоній крайці губ у місці контакту з алергеном. За умови тривалого перебігу захворювання червона крайка стає сухою, напруженою, згодом на ній виникають дрібні борозенки й тріщини, що незначно кровлять. Можливий також розвиток гостро-запального процесу, коли на червоній крайці губ виникають дрібні міхурці, які швидко лускаються з утворенням обмежених зволжених ділянок. Процес інколи охоплює шкіру губ, де також простежується почервоніння й лущення епідермісу; можливе ізольоване ураження слизової

оболонки губ. Діагностика алергійного контактного дерматиту та стоматиту ґрунтується, перш за все, на виявленні екзогенного чинника, а також на переважно чіткій, обмеженій локалізації характерного запального процесу на місці подразнюючої або сенсibiliзуючої його дії. Установленню точної етіології допомагають діагностичні алергологічні крапельні або компресні шкірні тести, що завжди позитивні з алергенами, до яких існує підвищена чутливість. У хворих на алергійний контактний хейліт і стоматит шкірні алергічні проби з передбачуваними алергенами не завжди дають позитивний результат. Диференційну діагностику контактного алергійного дерматиту проводять з екземою і токсикодермією, контактно – алергійних хейлітів – із атопічним і ексфолювативним хейлітом. На відміну від простого контактного дерматиту, за контактно-алергійних процесів ознаки хвороби зазвичай минають дуже повільно після усунення подразника. Атопічний хейліт відрізняється від алергійного контактного тривалою монотонною ліхеніфікацією червоної окрайки та шкіри губ, а також наявністю інших ознак атопічного процесу. Алергійний контактний хейліт з вираженим лущенням слід відрізнити від сухої форми ексфолювативного хейліту, у разі якого відсутня еритема; ураження чітко локалізується від лінії Клейна до середини червоної окрайки й ніколи не охоплює всю поверхню червоної окрайки або шкіру губи. Під нашим динамічним спостереженням в останні роки перебували 28 пацієнтів з контактно-алергійним дерматитом віком від 8 місяців до 56 років. Дітей було п'ятеро, із них 4 – у віці від 8 міс. до 2-х років. В останніх було виявлено так званий «горшковий» контактно-алергійний дерматит від користування пластмасовими туалетними горщиками. Давність дерматиту коливалась від одного тижня до одного місяця. Від батьків отримано інформацію, що дітей саджали на пластмасові горщики в дитячих яслах і вдома. Захворювання характеризувалося типовою в таких випадках клінічною картиною. На сидницях і прилеглих поверхнях стегон, контактуючих з пластмасою, спостерігались запальні явища у вигляді симетричного еритемного кола з незначним набряком, дрібною везикульозною висипкою і помірним поверхневим лущенням. У однієї дитини в осередках спостерігалось мокнуття, частково з ерозуванням і сіруватими кірками. Захворювання у даних дітей протікало без загального порушення стану, в однієї дитини дерматит супроводжувався інтенсивним свербіжем з порушенням сну. Лікування полягало, насамперед, в припиненні контактування з провокуючим чинником- пластмасовими горщиками і заміні на емальовані. Місцево застосовували цинк-цидиполовий лінімент (рідка мазь). Цидипол-протизапальний, антиексудативний, антисептичний засіб, що готувався екстемпорально. Лише в одному випадку, де відмічено мокнуття і ерозування, довелось попередньо призначити примочку із 0,5% водним розчином таніну і наступним призначенням лініменту та антигістамінних і гіпосенсибилізуючих засобів (тавегіл, глюконат кальцію). В усіх випадках висипка регресувала упродовж 5-7 днів. У одного хлопчика 9 років встановлено діагноз контактно-алергійного хейліту, що виник внаслідок звички жувати жувальну губку. Пацієнт скаржився на відчуття печіння і свербіжу губ і слизової рота, а також на почервоніння і набряк губ. Клінічна картина виражалась в чітко обмеженій еритемі не тільки в межах червоної облямівки губ і запальній реакції слизової шкі з помірним набряком, а і в охопленні еритемою шкіри навколо губ на 1-2 см. Відмічена сухість губ і дрібні тріщини. У групі дорослих пацієнтів з контактно-алергійним дерматитом перебували 23 особи. 11 із них були працівниками станцій технічного обслуговування автомобілів, 6 – ремонтниками квартир, 4 – промислових підприємств і 2 – бензозаправочних станцій. У всіх цих пацієнтів виявлена підвищена чутливість до автомобільних фарб, розчинників, цементу, клеїв, з якими працівники контактували в своїй роботі. Факт сенсibiliзації підтверджувався позитивними алергологічними пробами. Скарги хворих коливались в широких межах: від відчуття незначного печіння та свербіжу до незначного болю в осередках ураження. Клінічні прояви дерматозу виражались обмеженими або дифузними ураженнями шкіри у вигляді еритемних зон, везикульозної, папульозної висипки, у деяких пацієнтів – ерозуванням і ліхеніфікацією шкіри. Пацієнти, залежно від форми і стадії захворювання, отримували лікування гіпосенсибілізуючими і протигістамінними засобами I і II покоління (тіосульфат натрію, кальцієві препарати в/в, тавагіл, діазолін, дезлоратадин тощо), у більш важких випадках – глюкокортикостероїди. Регрес ефлоресценцій закінчувався переважно в межах 1-1,5 міс. Трьом пацієнтам довелось рекомендувати зміну характеру праці у зв'язку з рецидивуванням процесу після кожного чергового регресування хвороби у після-терапевтичний період.

Література

1. Резніченко Н.Ю. Особливості перебігу алергодерматозів в умовах промислового міста. *Клінічні лекції по дерматовенерології та косметології* / под ред В.П. Федотова, А.И. Макаруча, Запоріжжя-Днепропетровск : «Просвіта», 2014. С. 398–426.
2. Кутасевич Я.Ф., Волкославська В.М. Стан ресурсів і діяльність дерматовенерологічної служби за 1998–2018 рр. в Україні. Нагальні задачі. *Дерматологія, венерологія*. 2019. № 2(84). С. 46–49.
3. Волкославська В.М., Гутнев О.Л. Про стан захворюваності та особливості перебігу деяких дерматозів у підлітків. *Дерматологія, венерологія*. 2018. № 1(80). С. 16–20.

4. Кравченко В.Г., Іщейкін К.Є., Кравченко А.В. Дерматологія і венерологія : навчально-методичний посібник. Київ : «Видавництво Людмила», 2020. 296 с.
5. Bernstein I.L. Allergy diagnostic testing: an updated practice parameter. Part I. *Annual Allergy Asthma Immunology*. 2008. № 100. P. 15–66.
6. Goncalo S. Allergic contact dermatitis in children. *Contact Dermatitis*. 1992. No 26. P. 112–115.
7. Green C.M. Contact allergy to topical medicaments becomes more common with advancing age: an age-stratified study. *Contact Dermatitis*. 2007. V. 56, No 4. P. 229–231.
8. Jacob S.E., Zapolanski T. et al. p-Phenylenediamine in black henna tattoos: a practice in need of policy in children. *Archiv of Pediatric Adolescens Medicine*. 2008. v. 162. P. 790–792.
9. Spiewak R. Allergische Kontaktdermatitis im Kindesalter. Eine Übersicht Met-Analise. *Allergologie*. 2002. № 7. S. 559–566.
10. Thyssen J.P. et al. Contact allergy to allergens of the TRUE-test has decreased modestly in the general population. *British J. of Dermatology*. 2009. v.161, No 5. P. 1124–1129.

CONTACT ALLERGIC DERMATITIS AND STOMATITIS (CLINICAL-ANALYTICAL REVIEW AND OWN OBSERVATIONS)

Kravchenko V.G.

Poltava State Medical University

Kravchenko A.V.

Kharkiv National Medical University

Contact-allergic dermatitis and stomatitis is one of the important problems of medicine. They are found in all age categories. Their epidemiology is highly variable and depends on the degree of industrial development, chemical production, etc., and the attention of the medical community to this issue. 28 patients of various ages were under dynamic observation of the authors. There were 23 people in the group of adult patients with contact allergic dermatitis: 11 of them were employees of car service stations, 6 – apartment repairmen, 4 – industrial enterprises, and 2 – gas stations. They showed increased sensitivity to automobile paints, solvents, cement, and glues, with which the workers systematically came into contact in their work. The duration of dermatitis ranged from one week to one month. The fact of sensitization was confirmed by positive allergy tests.

4 children aged from 8 months. by the age of 2, the so-called “potty” contact-allergic dermatitis from the use of plastic toilet bowls was detected, one 9-year-old boy had cheilitis due to the habit of chewing a chewing sponge. The treatment included, first of all, the elimination of the sensitizing effect of provoking factors, the use of antihistamines and hyposensitizing agents, calcium preparations, external glucocorticosteroid ointments and aerosols. A positive role was found with the local application of zinc-cydipol liniment.

Key words: allergic contact dermatitis, allergic contact stomatitis, allergic contact cheilitis.

УДК 614.23/25:615.1:378.22.001.73(477)
DOI <https://doi.org/10.32782/umv-2023.1.5>

ТРАНСФОРМАЦІЯ СИСТЕМИ БЕЗПЕРЕРВНОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ В УКРАЇНІ

Мазур І.П.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
ГО «Асоціація стоматологів України»

Трубка І.О.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
ГО «Асоціація стоматологів України»

Мазур П.В.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
ГО «Асоціація стоматологів України»

Трансформація системи охорони здоров'я в Україні, кардинальні зміни моделі фінансування охорони здоров'я, які було запроваджено в 2017 році, спонукали до змін у системі підготовки лікарів та інших спеціалістів. Основним завданням медичної освіти залишається забезпечення громадян якісною медичною допомогою завдяки високому рівню підготовки фахівців. Нова стратегія медичної освіти в Україні, швидкі темпи розвитку медичної науки, збільшення обсягів нової інформації про інноваційні технології в діагностиці, лікуванні та профілактиці основних стоматологічних хвороб – усе це зумовило необхідність пошуку нових форм безперервного професійного розвитку лікарів.

Ключові слова: безперервний професійний розвиток, медична освіта, лікар-стоматолог.

Система післядипломної освіти лікарів в Україні до 2019 року включала навчання в інтернатурі осіб, які здобули диплом магістра (спеціаліста), й атестацію з присвоєнням звання «лікар-спеціаліст» з конкретного фаху. Для продовження професійної діяльності кожні п'ять років лікарю необхідно було проходити курси підвищення кваліфікації з наступною атестацією у фахових комісіях, організованих при Міністерстві охорони здоров'я України, обласних і міських відділах охорони здоров'я (Наказ МОЗ України № 359 від 19 грудня 1997 року «Про подальше удосконалення атестації лікарів»). Система підготовки лікаря передбачала регламентований перелік видів навчання, тобто протягом п'яти років необхідно було набрати відповідну кількість освітніх балів: обов'язкова частина – 40 балів за навчання на передатестаційному циклі (ПАЦ), варіативна частина – 35–55 балів залежно від категорії (інші освітні заходи, цикли тематичного удосконалення, науково-практичні конференції тощо) згідно з Наказом МОЗ України № 484 від 7 липня 2009 року «Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах». Така система не стимулювала лікарів до постійного самовдосконалення, відвідування науково-практичних форумів.

З 2018 року поступово запроваджувалась трансформація системи безперервної медичної освіти в Україні, відбувалася її гармонізація з вимогами, що діють у країнах Європи. Суттєвих змін зазнав Закон України № 2145-VIII «Про освіту», прийнятий 5 вересня 2017 року. Постановою Кабінету Міністрів України № 302 від 28 березня 2018 року «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я» та Наказом МОЗ України № 446 від 22 лютого 2019 року «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» запроваджено нові вимоги до проходження обов'язкової атестації лікарів.

Післядипломна освіта лікарів передбачала формальну освіту на циклах спеціалізації, тематичного удосконалення, курсах інформації та стажування й інформальну освіту – навчання на фахових нарадах, семінарах, науково-практичних конференціях, симпозиумах, з'їздах, конгресах, у симуляційних тренінгах, майстер-класах, курсах з набуття практичних навичок, стажування в клініках інших країн, дистанційного навчання, у тому числі електронного через фахові інтернет-ресурси.

Безперервний професійний розвиток (БПР) – період освіти лікаря, що розпочинається після завершення базової медичної освіти і післядипломної підготовки та триває протягом усієї професійної діяльності. БПР розглядається як професійне зобов'язання кожного лікаря і є важливим компонентом підвищення якості медичної допомоги. Відповідно до світового досвіду та з метою постійної

самоосвіти і підвищення кваліфікації лікарів в Україні систему безперервного професійного розвитку запроваджено Наказом МОЗ України № 484 від 7 липня 2009 року, в якому представлені різноманітні форми БПР, що надалі зараховувались під час атестації.

З 2019 року лікарям рекомендовано, а з 2020 року вони були зобов'язані щорічно набирати 50 освітніх балів БПР. Скасовано обов'язкове проходження навчання на передатестаційному циклі, проте зберігається можливість не більше ніж 2 рази на п'ять років проходити цикли тематичного удосконалення в закладі (на факультеті) післядипломної освіти. Змінюється система фінансування післядипломної освіти: якщо раніше оплата за безперервний професійний розвиток забезпечувалась коштом держави для лікарів, які працювали у системі Міністерства охорони здоров'я (відповідно до Закону України № 5067-VI «Про професійний розвиток працівників», прийнятого 5 липня 2012 року), то згідно з новими вимогами оплата за БПР здійснюється як роботодавцями, так і лікарями самостійно. Подальшими урядовими документами система БПР удосконалювалась, посилювалися вимоги до його провайдерів та до змісту навчальних програм (Постанова Кабінету Міністрів України № 725 від 14 липня 2021 року «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників»).

Співпраця Асоціації стоматологів України з провайдерами БПР

ГО «Асоціація стоматологів України», починаючи з 2014 року, активно співпрацює з Національним університетом охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика (НУОЗУ) і провайдером БПР – групою компаній «МедЕксперт». Для широкого охоплення лікарів-стоматологів з різних регіонів України запроваджуються науково-практичні семінари у форматі телемостів. На основному майданчику в Києві провідні науковці читали лекції для аудиторії стоматологів Києва й області; одночасно відбувалася трансляція в 3–4 інші міста України, де лікарі-стоматологи збиралися в конференц-залах. Проводилися виїзні навчальні семінари у Дніпрі, Одесі, Івано-Франківську з трансляцією цього заходу в інші міста. До роботи семінарів залучалися провідні науковці НУОЗ України імені П.Л. Шупика, головні позаштатні стоматологи областей і міст. Протягом шести заходів за рік охоплювалися майже всі обласні міста України та проходили навчання понад 4 тис. лікарів щорічно. Так поєднувалось навчання очне і дистанційне в режимі реального часу, коли після прослуханої лекції лікарі мали можливість поставити доповідачу запитання й отримати вичерпну відповідь.



Рис. 1. Аудиторна форма безперервного професійного розвитку стоматологів

Освітній процес у період пандемії

Пандемія гострої респіраторної хвороби COVID-19, запровадження карантинних обмежень суттєво змінили форми спілкування людей. Протягом 2020 року команда лекторів ГО «Асоціація стоматологів України» співпрацювала з лікарями-стоматологами в різних форматах – на конгресі з питань інтегрованої медицини і стоматології, на фахових школах разом із партнерами – НУОЗ України імені П.Л. Шупика, групою компаній «МедЕксперт» та Видавничим домом «Заславський». Протиепідемічні заходи, що були введені в нашій країні, не змінили плани, а перенесли зустрічі з лікарями в режим онлайн.

Протягом першого півріччя 2020 року Асоціацією постійно впроваджувалися нові форми навчання, удосконалювались методи дистанційного професійного розвитку для лікарів, вивчалися переваги і недоліки нових навчально-педагогічних підходів в освітньому процесі. Уперше за всю

історію стоматології державні іспити після закінчення 5-річного навчання студентів на стоматологічних факультетах проводились дистанційно.

З березня 2020 року фінансовий стан лікарів суттєво погіршується внаслідок протиепідемічних обмежень: у державних і приватних стоматологічних клініках дозволено надавати лише невідкладну допомогу. Разом із тим трансформація системи охорони здоров'я стосувалася вторинної ланки надання медичної допомоги, у тому числі стоматологічної.

У державних закладах охорони здоров'я з 1 квітня 2020 року запроваджено новий механізм фінансування стоматологічної галузі згідно з Програмою медичних гарантій. Вартість стоматологічної послуги, яку оплачувала держава через Національну службу здоров'я України, становила менше 10 грн (в еквіваленті 0,4 \$) за відвідування, що не давало змоги окупити розхідні матеріали для індивідуального захисту лікаря під час надання стоматологічної допомоги відповідно до прийнятих протиепідемічних заходів у стоматологічних закладах охорони здоров'я в умовах пандемії гострої респіраторної хвороби COVID-19. У державних закладах почалося скорочення штатних посад, пов'язане з неможливістю виплатити заробітну плату медичному персоналу. Також з 2020 року було введено обов'язкове відвідування лікарями науково-практичних заходів, отримання освітніх балів і подання на розгляд атестаційної комісії особистих портфоліо. І все це відбувалося в умовах скасування низки науково-практичних форумів через протиепідемічні обмеження в Україні.

Правління Асоціації перенесло II Український стоматологічний конгрес з міжнародною участю «Інтегрована медицина та стоматологія» з квітня на жовтень 2020 року. Ці виклики стимулювали ГО «Асоціація стоматологів України» до організації наукових заходів в онлайн-режимі: лише за перше півріччя 2020 року було безкоштовно проведено значну кількість науково-практичних заходів, у рамках яких стоматологи могли набрати необхідні 50 балів!

Слід зазначити, що кризові явища у суспільстві стали каталізатором суттєвих змін системи безперервного професійного розвитку лікарів, а саме його цифровізації. По-перше, на високому рівні організовано студії для запису лекцій науково-медичних форумів із залученням професійної техніки; бездоганний інтернет-зв'язок студії з учасниками форуму в режимі реального часу дав змогу лікарям поставити запитання в онлайн-чаті й отримати вичерпну відповідь від доповідача. По-друге, значно збільшилась аудиторія лікарів: до заходу вільно долучалися лікарі з віддалених регіонів України, які з огляду на низку обставин не змогли б приїхати особисто. У 2021 році тільки в лютневій фаховій школі взяли участь понад 4 тис. лікарів-стоматологів, а всього протягом року було організовано шість таких шкіл. По-третє, у лікарів з'явилася можливість повторно прослуховувати певні лекції, замість фото робити скріншоти важливих моментів презентації, що значно поліпшувало якість засвоєння нової інформації. По-четверте, у педагогічний процес наполегливо впроваджували елементи самоосвіти, а саме давали можливість лікарям самостійно вивчати додатковий матеріал із запропонованих наукових статей, що цитувались у презентаціях. Робилося це методологічно коректно – через систему запитань для самоперевірки. Для оцінювання ступеня засвоєння отриманих знань після закінчення заходу лікарі мали відповісти на контрольні запитання в онлайн-режимі. На одному заході третина учасників не отримали сертифікати з освітніми балами, оскільки не дали правильних відповідей! І це стимулювало лікарів уважніше слухати лекції та перечитувати літературу, а провайдерів – контролювати рівень засвоєння наданої інформації.



Рис. 2. Цифровізація безперервного професійного розвитку

Разом із тим посилена увага лікарів-стоматологів до фахових шкіл вимагала і від викладачів постійного оновлення лекційного матеріалу, залучення світового досвіду у стоматології для підготовки презентацій, публікації науково-практичних статей та методичних рекомендацій для більш ефективного засвоєння отриманої інформації. Зважаючи на відсутність розроблених й офіційно затверджених в Україні клінічних протоколів надання стоматологічної допомоги та настанов, на шпальтах журналу «Oral and General Health» створено окремий розділ «Лікарю, що практикує», в якому розміщувалася навчально-методична література для лікарів-стоматологів. Тож цифровізація системи БПР відбувалася шляхом впровадження нових форм навчання на засадах доступності, наукового обґрунтування й зв'язку науки і практики з обов'язковим системним та послідовним викладенням матеріалу.

Питання організації та управління закладами охорони здоров'я в освіті стоматологів

Стрімкі зміни у системі охорони здоров'я, скорочення державних стоматологічних закладів і ростання приватного сектору, зміни вимог до атестації лікарів і БПР викликали чимало юридичних запитань серед стоматологів. Трансформація системи охорони здоров'я в Україні вимагала від лікарів здобуття нових компетенцій, а саме оволодіння знаннями з організації та управління стоматологічними закладами. Позитивним моментом освітнього процесу було відновлення системи інформування лікарів щодо законодавчої бази, яка регулює діяльність медичної галузі, адже система інформування лікарів через головних спеціалістів фактично втрачена; водночас посилюється розпорошеність стоматологічної спільноти.



Рис. 3. Висвітлення питань організації і управління системою охорони здоров'я, інформування про нові законодавчо-правові документи, що регламентують професійну роботу стоматологів у рамках освітніх заходів БПР

Відповіді на організаційні запитання від юристів з медичного права, корисні посилання і рекомендації щодо підготовки освітнього портфоліо розміщувались на офіційному сайті. Згодом було запроваджено «Юридичну академію стоматолога» як у рамках науково-практичних заходів, так і на сторінках соціальних мереж і сайті ГО «Асоціація стоматологів України». Для широкого висвітлення юридичних питань на шпальтах журналу «Oral and General Health» створено окремий розділ «Організаційні та правові аспекти стоматологічної допомоги в умовах трансформації системи охорони здоров'я», де провідні юристи з медичного права надавали потрібну для лікарів інформацію.

Соціологічні та професійні опитування лікарів-стоматологів

Одним із напрямів роботи ГО «Асоціація стоматологів України» є регулярні соціологічні та професійні опитування українських лікарів-стоматологів. Під час заходів БПР разом із соціологами і працівниками компаній «МедЕксперт» проводилися щорічні опитування стосовно професійної діяльності стоматологів, використання лікарських препаратів та засобів догляду за порожниною рота в їхній щоденній практиці.

Результати опитування публікувались у фахових виданнях і це суттєво допомагало доповідачам формувати якісний контент своїх лекцій. Періодично проводилися соціологічні опитування щодо питань освіти, вивчалась задоволеність лікарів різними формами та умовами проходження БПР. Більшість лікарів (68%) висловилися за поєднання навчання в закладах післядипломної освіти і на науково-медичних форумах. Свою фахову майстерність 40% лікарів підвищували на майстер-класах з використанням сучасних фантомів.

Соціологічні опитування лікарів давали можливість провайдерам БПР вибирати більш гнучку політику, формувати контент заходів відповідно до потреб лікарської аудиторії.

Залучення лікарів-стоматологів до загальномедичних науково-практичних форумів

Цифровізація БПР позитивно вплинула на залучення стоматологічної спільноти до загальномедичних науково-практичних форумів. Стоматологія є частиною медицини, тож і нові знання з питань протимікробної резистентності, інфекційної безпеки, фармакотерапії, медицини невідкладних станів дуже актуальні для лікарів-стоматологів. ГО «Асоціація стоматологів України» через провайдерів БПР запрошувала стоматологів до участі в різних наукових заходах, які значно збільшували обсяг знань з питань загальної медицини. Тісна співпраця із Всеукраїнським лікарським товариством, Українською асоціацією сімейної медицини в організації та проведенні конгресів з питань антибіотикорезистентності, превенції основних неінфекційних хвороб, сімейної медицини сприяла всебічному і систематичному опануванню лікарями-стоматологами знань у галузі медицини і сучасних технологій.



Рис. 4. Залучення лікарів-стоматологів до загальномедичних науково-практичних форумів

Таким чином, трансформація системи БПР в Україні, гармонізація з європейським законодавством та цифровізація освітнього процесу стимулювала лікарів-стоматологів не тільки до комплексного вивчення новітніх аспектів стоматології, а й поповнення своїх знань з питань загальної медицини. Значну роль адаптації лікарів до трансформаційних процесів БПР зіграли професійні громадські організації.

Література

1. Mazur I., Hasiuk N., Suprunovych I., Radchuk V., Mazur P. Issues of self-education in the continuous professional development of dentists of Ukraine in the conditions of the COVID-19 pandemic. *Acta Stomatologica Naissi*. 2022 June, Vol. 38, No. 85, p. 2370–2380. DOI: 10.5937/asn2285370M.
2. Мазур І.П., Вахненко О.М., Рибачук А.В., Мазур П.В. Аналіз основних показників стоматологічної допомоги в Україні за 2020 рік. *Oral and General Health*. Том 2, № 3, 2021, с. 44–50.
3. Стоматологічна допомога в Україні: аналіз основних показників діяльності за 2018 рік : довідник. / Ю.В. Вороненко, І.П. Мазур, О.В. Павленко. Кропивницький : Поліум, 2019. 176 с. ISBN 978-966-8559-64-8.
4. Українська наукова стоматологічна школа: історичні нариси. / За ред.: І.П. Мазур, О.В. Павленко, І.Л. Скрипник. Кропивницький : Поліум, 2020. 224 с. ISBN 978-966-8559-72-3
5. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів : Наказ МОЗ України від 22 лютого 2019 р. № 446. *Офіційний вісник України*. 2019. № 26. Ст. 937. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19.5>.
6. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників : Постанова Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 р. № 725.

TRANSFORMATION OF THE SYSTEM OF CONTINUOUS MEDICAL EDUCATION OF DENTISTS IN UKRAINE

Mazur I.P.

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, NGO “Ukrainian Dental Association”

Trubka I.O.

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, NGO “Ukrainian Dental Association”

Mazur P.V.

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, NGO “Ukrainian Dental Association”

The transformation of the health care system in Ukraine, radical changes in the health care financing model, which were introduced in 2017, led to changes in the system of training doctors and other specialists. The main task of medical education remains to provide citizens with high-quality medical care thanks to the high level of training of specialists. The new strategy of medical education in Ukraine, the rapid pace of development of medical science, the increase in the amount of new information about innovative technologies in the diagnosis, treatment, and prevention of major dental diseases – all this necessitated the search for new forms of continuous professional development of doctors.

Key words: continuous professional development, medical education, dentist.

СУЧАСНИЙ СТАН ДИТЯЧОЇ ПСИХІАТРІЇ В УКРАЇНІ: ОСВІТА ТА ПРАКТИКА

Марценковський Д.І.

кандидат медичних наук,

асистент кафедри психіатрії та наркології

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

У статті обговорюються виклики, з якими зіткнулася українська дитяча служба охорони психічного здоров'я під час пандемії COVID-19 та повномасштабного військового вторгнення в Україну. Особливості організації психіатричної служби, такі як концентрація цих послуг у великих містах, ускладнені нестачею персоналу, низьким рівнем розвитку телемедицини та недостатньою освітою в сфері з психічного здоров'я на рівні громади, яка посилювалася стигматизацією в суспільстві, негативно вплинули на доступ до спеціалізованих послуг охорони психічного здоров'я дітей під час пандемії. Ситуація суттєво погіршилася через війну, що було пов'язано з безпрецедентним рівнем насильства щодо цивільного населення, руйнуванням критичної інфраструктури, відсутністю доступу до ліків та евакуацією медичного персоналу, що, у свою чергу, призвело до кризи в українських дітей та підлітків. психіатрія.

Для вирішення цих викликів у статті висвітлено необхідність запровадження системної реформи та налагодження співпраці між експертами у галузі дитячої охорони здоров'я, медичної освіти, соціальних служб та урядових органів. Рекомендовано створення комплексної програми навчання для дитячих психіатрів та включення дитячої психіатрії до післядипломної підготовки медичних фахівців, проведення навчання з дитячої психіатрії педіатрам та сімейним лікарям.

Ключові слова: Україна, діти, підлітки, війна, пандемія, психічне здоров'я.

Вступ

За визначенням Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), здоров'я – це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не відсутності захворювань. Право на здоров'я, зокрема на психічне благополуччя, є визначеним та закріпленим в Декларації по правам людини Всесвітньої Організації Об'єднаних націй (ООН) (UN, 1948). Важливість психічного здоров'я дітей відображається і у визнанні дитячої та підліткової психіатрії однією із трьох, наряду з педіатрією та дитячою хірургією, окремих педіатричних медичних спеціальностей, які визнає та виділяє Європейський Союз Медичних Спеціалістів.

Майже третина всіх психічних розладів у цілому починаються у віці до 14 років та майже половина – у віці до 18 років, більшість з них спостерігаються і надалі у дорослому віці (Kessler et al., 2008). До 18 річного віку маніфестують понад 83% порушень нейророзвитку, 51.8% тривожних розладів, 48.1% порушень харчової поведінки, 27.6% стрес-асоційованих розладів, понад 12% психотичних порушень та понад 11% всіх афективних порушень (Solmi et al., 2022).

Психічні та поведінкові порушення у дітей та підлітків є величезним психологічним та економічним тягарем для самих дітей, їхніх батьків та суспільства у цілому. Відповідно до досліджень показників DALY (Disability-adjusted life years) індексу, психічні порушення входять до п'ятірки найбільш інвалідизуючих розладів у світі у групі дітей віком 5-14 років (Baranne et al., 2018).

В останнє десятиліття спостерігається стабільний приріст захворюваності на психічні розлади серед дітей у світі, зокрема в США поширеність всіх психічних розладів у дітей виросла у період з 2012 до 2018 на 34.6% (Tkacz & Brady, 2021). Мета-аналіз епідеміологічних досліджень вказує, що практично кожна друга дитина у світі страждає на розлад психіки або поведінки (Bronard et al., 2016). Проте, незважаючи на високу поширеність цих порушень навіть в країнах з високим рівнем доходів, менше половини з цих дітей отримують необхідну медичну допомогу (Varican et al., 2022).

Значні соціальні, економічні та політичні потрясіння, такі як збройні конфлікти або природні катастрофи, негативно впливають на психічне здоров'я дітей. Військові дії мають значний прямий та непрямий вплив на фізичне, психічне здоров'я та благополуччя дітей та їхній подальший розвиток. Результати епідеміологічних досліджень серед дитячого населення в країнах у стані війни та після-воєнних популяціях вказують на значно вищу розповсюдженість тривожних, афективних та стрес-асоційованих розладів, таких як посттравматичний розлад (ПТСР) (Attanayake et al., 2009; Dimitry, 2012).

Вимушене переселення, розрив соціальних зв'язків, порушення звичного ритму життя, руйнація соціальної та освітньої інфраструктури не дозволяють дітям нормально зростати та розвиватися. Серед

дітей, які постраждали від військових дій, спостерігаються збільшення смертності, порушення когнітивного та емоційного розвитку, загострення наявних хронічних захворювань, включно з психічними та неврологічними порушеннями, вищий ризик сексуального насильства та експлуатації, маргіналізація, збільшення частоти домашнього насильства, зокрема серед дітей, народжених в результаті звалтувань, або тих, які проживають у маргіналізованих родинах, пізня або взагалі відсутня діагностика психічних та поведінкових порушень через руйнацію медичних служб (Kadir et al., 2019).

Не менш руйнівними у світі для дитячого психічного здоров'я стали пандемія COVID-19 та запроваджені у зв'язку з нею обмежуючі заходи. Дослідження, проведені під час пандемії, демонстрували суттєвий приріст тривоги, депресії, стресу, відчуття самотності, гніву та роздратування серед загальної популяції дітей та підлітків. Діти з наявними раніше психічними розладами, зокрема obsesивно-компульсивним розладом та гіперкінетичним розладом, були найбільш вразливими (Theberath et al., 2022). Психіатричні служби різних країн відмічали суттєве збільшення направлень по психіатричну допомогу, особливо до ургентних відділень, через зростання суїцидальної та самоушкоджуючої поведінки (Iacobucci, 2022).

Незважаючи на важливість психічного здоров'я для благополуччя дітей на всіх етапах їх зростання, психічне здоров'я не має паритету з фізичним здоров'ям в жодній з країн світу ні з точки зору виділеного бюджету, ні у медичній освіті чи практиці.

Криза дитячого психічного здоров'я в Україні

За останні 10 років Україна двічі постраждала від відкритої військової агресії та, наряду з іншими країнами у світі, від пандемії COVID-19. Ці виклики продемонстрували наявні проблеми в підготовці спеціалістів та безпосередній організації психіатричної допомоги дітям.

Централізація психіатричних служб

Психіатричні сервіси для надання психіатричної допомоги дітям та підліткам представлені переважно стаціонарними відділеннями в психіатричних лікарнях та кабінетами дитячих психіатрів в психіатричних диспансерах (Martsenkovsky et al., 2009). Ці заклади сконцентровані у великих містах та часто недоукомплектовані персоналом, зокрема на посадах дитячих-психіатрів за сумісництвом працюють дорослі психіатри або дитячі-неврологи. Водночас дитяча психіатрична допомога в умовах громади або в дитячих багатопрофільних лікарнях слабо розвинута. Психіатрична допомога дітям є частиною психіатричної служби для дорослих і не інтегрована з педіатричними сервісами.

Необхідність соціального дистанціювання та карантинні заходи під час пандемії призвели до ще більшого скорочення надання психіатричної допомоги та фактичної ліквідації мережі надання амбулаторної допомоги (Марценковський та ін, 2020). Інфекційні відділення не госпіталізували дітей та підлітків з COVID-19 та тяжкими порушеннями психіки, в той час як психіатричні стаціонари не могли надавати їм допомогу через нестачу необхідного обладнання, умов для перебування та персоналу (Martsenkovskyi & Martsenkovsky, 2020).

Руйнація дорожньої та транспортної інфраструктури з початком військових дій призвела до неможливості медичного персоналу добиратися до робочих місць, або вони були змушені там знаходитися цілодобово. Через логістичні труднощі, навіть у відносно спокійних регіонах, батьки дітей часто не зверталися по спеціалізовану психіатричну допомогу, надаючи пріоритет фізичній безпеці дітей над їхнім психічними потребами (Martsenkovskyi et al., 2022b).

Недостатня кількість фахівців у сфері охорони психічного здоров'я дітей

Ліквідація післядипломної підготовки спеціалістів у 2005 році із заміною повноцінної інтернатури на спеціалізацію в дитячій психіатрії тривалістю (3 місяці для лікарів-психіатрів та 5 місяців для лікарів-педіатрів (Gnanavel et al., 2020)), подальше недофінансування галузі та реформи, направлені на скорочення видатків у галузі (Herman et al., 2021), призвели до передбачуваного дефіциту робочої сили. Кількість дитячих психіатрів скоротилася з 500 осіб станом на 2009 рік (Martsenkovsky et al., 2009) до менше ніж 70 спеціалістів (не опубліковані данні Секції дитячих психіатрів Асоціації психіатрів України). Таким чином, в Україні на 100.000 дитячого населення припадає менше одного дитячого психіатра, в той час як, наприклад, у США цей показник становить 10 дитячих психіатрів на 100.000 дитячого населення (McBain et al., 2019).

Ситуація з нестачею спеціалістів стала ще більш гострою з початком військових дій, що було зумовлено тим, що більшість спеціалістів у сфері дитячої психіатричної допомоги є жінками, які евакуювалися із зон військових дій разом зі своїми дітьми (Martsenkovskyi et al., 2022b).

Недостатній розвиток телемедичних сервісів

У світі в умовах пандемії швидкого розвитку набули телемедичні сервіси для надання психологічних та психіатричних консультацій, які дозволяли отримувати якісну допомогу, дотримуючись правил соціального дистанціювання (Patel et al., 2021). Такі сервіси виявилися корисними та в цілому

позитивно оцінювалися як користувачами, так і надавачами послуг. Окремі дослідження вказували на недостатню ефективність таких сервісів, зокрема серед дітей з порушеннями нейророзвитку та дітей з важкими формами психічних порушень, які отримували більше користі від особистих консультацій або стаціонарного лікування (Cunningham et al., 2021).

В умовах пандемії телемедичні консультації для дітей та підлітків з психічними розладами набули стрімкого розвитку і в Україні (Martsenkovskiy & Martsenkovsky, 2020), проте вони були переважно зосереджені в приватному сегменті постачальників медичної допомоги. Державні установи мало або практично не були залучені до таких форм допомоги, що було пов'язано з низьким забезпеченням достатньою кількістю комп'ютерної техніки, відсутністю якісного доступу до інтернету, недостатньою укомплектованістю персоналом. Зокрема, значне скорочення фінансування та штату працівників у сфері психічного здоров'я дітей та підлітків, навіть в умовах зменшення кількості очних звернень, призводило до значного перевантаження спеціалістів.

З активізацією військових дій, не дивлячись на згуртованість працівників сфери дитячого психічного здоров'я, які почали надавати безкоштовні консультації, через високу кількість постраждалих попит на такі форми допомоги суттєво перевищував їх доступність. Значна кількість спеціалістів самі зазнали психологічної травматизації, та не могли надавати якісну допомогу (Martsenkovskiy et al., 2022b).

Руйнація цивільної та критичної інфраструктури, яка призводила до відсутності електрики та інтернету, а також необхідність перебувати у бомбосховищах суттєво обмежували доступ дітей та підлітків до цих сервісів, зокрема через неможливість дотримання приватності під час консультацій (Martsenkovskiy et al., 2022b).

Стигматизація психіатричних та психологічних сервісів

Стигматизація психіатричних та психологічних сервісів надання допомоги, зокрема серед батьків, негативно впливає на рівень користування високоспеціалізованою психіатричною допомогою (Mukolo et al., 2010). В українському суспільстві відмічається високий рівень стигматизації психічного здоров'я та сервісів надання психологічної/психіатричної допомоги (Quirke et al., 2021; Roberts et al., 2019). Батьки дітей з психічними порушеннями або взагалі не звертаються за психіатричною та психологічною допомогою, або звертаються до лікарів загального профілю (сімейних лікарів та педіатрів). Лікарі загального профілю та високоспеціалізовані спеціалісти так само мають високий рівень стигматизації психіатричних сервісів (Martsenkovskiy et al., 2022a), що призводить до того, що вони не скеровують цих дітей до отримання високоспеціалізованої психіатричної допомоги.

Недостатня підготовка спеціалістів сфери психічного здоров'я та суміжних спеціалістів

У більшості країн світу підготовка дитячих психіатрів здійснюється шляхом навчання в резидентурі безпосередньо за спеціальністю «дитячої психіатрії», або подвійного навчання спочатку в «загальній психіатрії» та потім у «дитячій психіатрії». Тривалість навчання спеціалістів «дитячій психіатрії» варіюється від 2-х до 4-х років при безпосередній підготовці, та 1-2-х років при підготовці після завершення навчання в «загальній психіатрії» (Gnanavel et al., 2020). На противагу існуюча система короткотривалої підготовки спеціалістів в Україні не виправдовує себе та не дозволяє якісно підготувати фахівців у сфері психічного здоров'я дітей.

З 2013 року Україна, як і більшість країн світу, намагається збільшити доступність психіатричної допомоги дітям шляхом її надання лікарями первинної ланки (МОЗ, 2013). Україна була однією з перших країн, які запровадили Посібник ВООЗ із усунення недоліків у сфері психічного здоров'я (mhGAP-IG), проте увага була зосереджена на безперервній освіті постачальників послуг з психічного здоров'я дорослому населенню (Pinchuk et al., 2021). Практично не було зроблено жодних змін в підготовці педіатрів та сімейних лікарів у дитячій психіатрії на додипломному чи післядипломному етапі.

Надання медичної допомоги неповнолітнім має ґрунтуватися на принципах доказової бази, зокрема результатах подвійних сліпих плацебо-контрольованих досліджень (Lorberg et al., 2019; Hamilton, 2021). Відсутність достатньої підготовки спеціалістів призводить до неправильної або пізньої діагностики психічних порушень у дітей, призначень фармакологічних та психосоціальних втручань, які не засновані на доказовій базі (Martsenkovsky et al., 2015). При цьому ці призначення лягають фінансовим тягарем на систему охорони здоров'я або безпосередньо користувачів медичних послуг, тобто батьків дітей.

Відсутність спеціалістів з психічної травми

Допомога дітям, які постраждали від психічної травматизації, має бути комплексною та включати в себе медикаментозні засоби, які можуть бути корисними для контролю деяких симптомів, комплексні психотерапевтичні втручання, такі як травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) або сімейно-фокусована когнітивно поведінкова терапія (СФ-КПТ), та соціальну підтримку від сім'ї, громади та соціальних сервісів (Gilman et al., 2015; John-Baptiste Bastien et al., 2020).

Після вторгнення Росії в 2014 році українська система надання педіатричної психіатричної допомоги пережила першу хвилю значного сплеску тривожних, афективних та стрес-асоційованих розладів, зокрема ПТСР (Марценковський, 2017; Процик & Пампура, 2019). Із безпосередньою травматизацією внаслідок військових дій такі діти часто отримували вторинну травматизацію внаслідок фізичного та психологічного знування від опікунів, які часто були самі травмовані, та як наслідок, страждали від психічних порушень або зловживання психоактивними речовинами (Martsenkovskiy & Martsenkovskiy, 2021).

Підготовка спеціалістів з роботи з дитячою психологічною травмою, ТФ-КПТ терапевтів, так і не розпочалася. Більшість постраждалих дітей з числа внутрішньо-переміщених осіб (ВПО) не отримували доказових психотерапевтичних втручань або отримували їх від спеціалістів Міжнародних гуманітарних організацій, які фінансувалися короткотривалими грантами та не могли надавати таку допомогу системно. В проспективному дослідженні підлітків з ПТСР в Україні лише третина отримувала доказові психотерапевтичні втручання (Martsenkovskiy et al., 2020).

В той час, як військові дії в 2014 році мали відносно локальний характер, поточна військова агресія характеризується значно вищою кількістю постраждалих, зокрема дітей. Тільки за перший місяць війни було переміщено понад 10 мільйонів осіб, при цьому більшість дітей та жінок евакуювалися закордон (ІОМ, 2022). З урахуванням попередньої травматизації дитячого населення внаслідок військової агресії в 2014 році та пандемії COVID-19 необхідність в кваліфікованій психіатричній та психологічній допомозі буде значно вищою.

Можливі шляхи вирішення поточної кризи

Система надання психіатричної допомоги дітям та медичної освіти за даною спеціальністю потребують системних реформ, для яких необхідним є залучення та співпраця фахівців у сфері охорони здоров'я дітей (дитячих психіатрів, педіатрів, сімейних лікарів, дитячих неврологів), представників системи медичної освіти, соціальних служб та відповідальних осіб з Міністерства Охорони Здоров'я України та Міністерства Соціальної Політики України.

Зокрема, мають бути зроблені кроки, направлені на створення повноцінної підготовки зі спеціальності «дитяча психіатрія», а також імплементація циклів очного та заочного навчання з дитячої психіатрії в структуру дипломної та післядипломної підготовки медичних спеціалістів, залучених до надання психіатричної допомоги дітям:

1. Відновлення повноцінної післядипломної підготовки спеціалістів з дитячої психіатрії з тривалістю навчання, яка відповідає підготовці фахівців із загальної психіатрії.
2. Включення до післядипломної освіти за спеціальностями «педіатрія» та «сімейна медицина» циклу з дитячої психіатрії.
3. Включення циклу з дитячої психіатрії у програму до дипломного навчання студентів-медиків, які навчаються за педіатричним фахом.
4. Створення умов для залучення лікарів-педіатрів та сімейних лікарів до отримання знань та навичок з дитячої психіатрії в рамках безперервного-професійного розвитку (БПР), зокрема шляхом створення цифрових ресурсів для навчання та покращення знань в галузі дитячої психіатрії.

Деінституалізація дитячих психіатричних сервісів з відокремленням їх від дорослих психіатричних установ та переміщенням до багатопрофільних дитячих стаціонарних та амбулаторних закладів на початковому етапі та розвитком у перспективі форм надання психіатричної та психологічної допомоги дітям в умовах громади (Martsenkovskiy et al., 2015) – такий крок дозволить зробити допомогу дітям з психічними та поведінковими порушеннями більш доступною в логістичному плані та забезпечить поступову дестигматизацію цих сервісів (Polaha et al., 2015).

Розширення можливостей телемедичних консультацій за допомогою адаптації успішних західних моделей допомоги, заснованих на доказовій базі, таких як МСРАР (Проект доступу до дитячої психіатрії штату Массачусетс) (Sarvet et al., 2010).

Проведення широкої кампанії із залученням засобів масової інформації, направленої на психоосвіту та дестигматизацію психічних порушень та психіатричних сервісів серед широких верств населення та медичних працівників. Кампанії, направлені на боротьбу зі стигмою, за умови правильного планування допомагають суттєво знизити кількість стереотипів, пов'язаних із психічним здоров'ям, та знизити рівень відмови від отримання необхідної допомоги через стигму (Borschmann et al., 2014).

Створення цифрових сервісів для дітей та їхніх опікунів для навчання їх першій психологічній само-допомозі, навичкам емоційного контролю, подолання стресу, формуванню проблемно-вирішувальної поведінки та інших навичок саморегулювання (Jauch et al., 2019; Ruggiero et al., 2015). Наявність описаних сервісів забезпечить доступність первинної психологічної допомоги та зменшить навантаження на медичні та психологічні служби дітьми, які не потребують високоспеціалізованих втручань.

Залучення міжнародних експертів у терапії психологічної травми у дітей для організації навчання місцевих спеціалістів доказовим формам втручання, наприклад ТФ-КПТ. Корисним може бути залучення експертів з Західних країн, які мають досвід та навички в організації психіатричної допомоги дітям у пост-конфліктних зонах або територіях, які постраждали від природних або рукотворних катаклізмів.

Висновки

Населення в Україні переживає глибоку кризу психічного здоров'я, яка призведе до довготривалих негативних наслідків для здоров'я та благополуччя дітей у цілому. Для мінімізації цих наслідків необхідні системні зміни, направлені на покращення якості підготовки спеціалістів, які працюють в сфері охорони дитячого психічного здоров'я, заходи, покликані покращити доступність та якість спеціалізованих форм допомоги. Не дивлячись на обсяг необхідних змін, які за звичайних умов можуть потребувати десятиліття для їх імплементації, безпрецедентна підтримка з боку західних спеціалістів та урядів може забезпечити їх впровадження в значно більш стислі терміни. Таким чином, психіатрична/психологічна допомога населенню, особливо дітям, має розглядатися як один із пріоритетів для благополуччя нації в майбутньому.

Література

1. Attanayake, V., McKay, R., Joffres, M., Singh, S., Burkle, F., Jr, & Mills, E. (2009). Prevalence of mental disorders among children exposed to war: a systematic review of 7,920 children. *Medicine, conflict, and survival*, 25(1), 4–19. URL: <https://doi.org/10.1080/13623690802568913>.
2. Baranne, M. L., & Falissard, B. (2018). Global burden of mental disorders among children aged 5–14 years. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 12(1), 1–9. URL: <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0225-4>.
3. Barican, J. L., Yung, D., Schwartz, C., Zheng, Y., Georgiades, K., & Waddell, C. (2022). Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: A systematic review and meta-analysis to inform policymaking. *Evidence-Based Mental Health*, 25(1), 36–44.
4. Borschmann, R., Greenberg, N., Jones, N., & Henderson, R. C. (2014). Campaigns to reduce mental illness stigma in Europe: a scoping review. *Die Psychiatrie*, 11(01), 43–50.
5. Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S., & Boyer, L. (2016). The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 95(7). URL: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002622>.
6. Cunningham, N. R., Ely, S. L., Barber Garcia, B. N., & Bowden, J. (2021). Addressing Pediatric Mental Health Using Telehealth During Coronavirus Disease-2019 and Beyond: A Narrative Review. *Academic pediatrics*, 21(7), 1108–1117. URL: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.06.002>
7. Dimitry L. (2012). A systematic review on the mental health of children and adolescents in areas of armed conflict in the Middle East. *Child: care, health and development*, 38(2), 153–161. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01246.x>.
8. Gilman, R., Strawn, J. R., & Keeshin, B. R. (2015). Clinical tools for the prevention and treatment of childhood and adolescent PTSD. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 2(1), 99–111.
9. Gnanavel, S., Sharma, P., Sebela, A., Alemany, T., Chang, J., De Medeiros Filho, M., . . . Tan, M. (2020). Child and adolescent psychiatry training curriculum: A global trainee's perspective. *BJPpsych International*, 17(3), 69–71. doi:10.1192/bji.2020.8.
10. Hamilton J. (2021). Feasible evidence-based practice in child and adolescent mental health. *JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions*.
11. Herrman, H., Chkonia, E., Pinchuk, I., Javed, A., Sartorius, N., Skokauskas, N., & van Voren, R. (2021). The WPA responds rapidly to a mental health crisis: the Ukrainian example. *World Psychiatry*, 20(1), 147.
12. Iacobucci G. (2022). Covid-19: Pandemic has disproportionately harmed children's mental health, report finds. *BMJ* 2022; 376 :o430. doi:10.1136/bmj.o430.
13. International Organization for Migration (IOM), March 2022. URL: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/IOM%20IDP%20Estimates%20UKR%2016MAR2022_Round%201%20full%20report_v2.pdf.
14. Jaycox, L. H., Ayer, L., Vona, P., Hehman, C., Stein, B. D., Mahmud, A., Woolley, M., Meza, E., Thornton, E., & Venkatesh, B. (2019). Development and preliminary evaluation of a self-guided, internet-based tool for coping with stress and trauma: Life Improvement for Teens (LIFT). *Psychological Services*, 16(1), 85–94. URL: <https://doi.org/10.1037/ser0000277>.
15. John-Baptiste Bastien, R., Jongsma, H. E., Kabadayi, M., & Billings, J. (2020). The effectiveness of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children, adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 50(10), 1598–1612. URL: <https://doi.org/10.1017/S0033291720002007>.

16. Kadir, A., Shenoda, S., & Goldhagen, J. (2019). Effects of armed conflict on child health and development: A systematic review. *PloS one*, 14(1), e0210071. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210071>.
17. Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 20(4), 359–364. URL: <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>.
18. Lorberg, B., Davico, C., Martsenkovskiy, D., & Vitiello, B. (2019). Principles in using psychotropic medication in children and adolescents. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions*.
19. Martsenkovsky I, Martyniuk V, Ougrin D. Delivering psychiatric services in primary care: is this the right way to go for Ukraine?. *Int Psychiatry*. 2009;6(1):2-4. Published 2009 Jan 1.
20. Martsenkovsky, I. A., Pinchuk, I. Y., Martsenkovskiy, D. I., & Sukhovii, O. O. (2015). Mental health services for children and adolescents in Ukraine: the existing problems and direction of reforms. *Apixie ncuxiampii*, (21, № 1), 95–100.
21. Martsenkovskiy, D., & Martsenkovsky, I. (2020). Challenges in the provision of mental health care to children and adolescents during the COVID-19 pandemic in Ukraine. URL: <https://iacapap.org/content/uploads/Bulletin-Issue58.pdf>.
22. Martsenkovskiy, D., Napryeyenko, O., Martsenkovsky, I. (2020). Depression in adolescents exposed to war trauma Risk factors for development of depression in adolescents exposed to war trauma: does PTSD matter?. *GLOBAL PSYCHIATRY ARCHIVES*, 3(2), 227–240. doi: 10.2478/gp-2020-0018.
23. Martsenkovskiy, D., & Martsenkovskiy, I. (2021). Post-traumatic depressions in children and adolescents. *INTERNATIONAL NEUROLOGICAL JOURNAL*, 17(4), 31–39. URL: <https://doi.org/10.22141/2224-0713.17.4.2021.237601>.
24. Martsenkovskiy, D., Babych, V., Martsenkovska, I., Napryeyenko, O., Napryeyenko, N., & Martsenkovsky, I. (2022a). Depression, anxiety, stress and trauma-related symptoms and their association with perceived social support in medical professionals during the COVID-19 pandemic in Ukraine. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii*. URL: <https://doi.org/10.5114/ppn.2022.114657>.
25. Martsenkovskiy, D., Martsenkovsky, I., Martsenkovska, I., & Lorberg, B. (2022). The Ukrainian paediatric mental health system: challenges and opportunities from the Russo-Ukrainian war. *The lancet. Psychiatry*, S2215-0366(22)00148-1. Advance online publication. URL: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00148-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00148-1).
26. Mukolo, A., Heflinger, C. A., & Wallston, K. A. (2010). The stigma of childhood mental disorders: a conceptual framework. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(2), 92–198. URL: <https://doi.org/10.1097/00004583-201002000-00003>.
27. Patel, R., Irving, J., Brinn, A., Broadbent, M., Shetty, H., Pritchard, M., ... & McGuire, P. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on remote mental healthcare and prescribing in psychiatry: an electronic health record study. *BMJ open*, 11(3), e046365.
28. Polaha, J., Williams, S. L., Heflinger, C. A., & Studts, C. R. (2015). The Perceived Stigma of Mental Health Services Among Rural Parents of Children With Psychosocial Concerns. *Journal of pediatric psychology*, 40(10), 1095–1104. URL: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv054>.
29. Quirke, E., Klymchuk, V., Suvalo, O., Bakolis, I., & Thornicroft, G. (2021). Mental health stigma in Ukraine: Cross-sectional survey. *Global Mental Health*, 8, E11. doi:10.1017/gmh.2021.9.
30. Roberts, B., Makhshvili, N., Javakhishvili, J., Karachevskyy, A., Kharchenko, N., Shpiker, M., & Richardson, E. (2019). Mental health care utilisation among internally displaced persons in Ukraine: results from a nationwide survey. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(1), 100–111. URL: <https://doi.org/10.1017/S2045796017000385>.
31. Ruggiero, K., Price, M., Adams, Z., et al. (2015). Web Intervention for Adolescents Affected by Disaster: Population-Based Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 54(9):709–717. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.07.001>.
32. Sarvet, B., Gold, J., Bostic, J. Q., Masek, B. J., Prince, J. B., Jeffers-Terry, M., Moore, C. F., Molbert, B., and Straus, J. H. (2010). Improving access to mental health care for children: the massachusetts child psychiatry access project. *Pediatrics* 126, 1191–1200.
33. Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., ... & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry*, 27(1), 281–295. URL: <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>.
34. Theberath, M., Bauer, D., Chen, W., Salinas, M., Mohabbat, A. B., Yang, J., Chon, T. Y., Bauer, B. A., & Wahner-Roedler, D. L. (2022). Effects of COVID-19 pandemic on mental health of children and adolescents: A systematic review of survey studies. *SAGE Open Medicine*. URL: <https://doi.org/10.1177/20503121221086712>.
35. Tkacz, J., & Brady, B. L. (2021). Increasing rate of diagnosed childhood mental illness in the United States: Incidence, prevalence and costs. *Public Health in Practice*, 2, 100204.
36. United Nations, (1948). Universal declaration of human rights. URL: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>.

37. Марценковський І. А., Марценковська І. І., & Здорик І. Ф. Проблеми охорони психічного здоров'я, зумовлені пандемією COVID-19. *Неврологія, Психіатрія, Психотерапія*. 2020. № 2. С. 53.
38. Марценковський Д.І. Клінічний поліморфізм та коморбідність психічних розладів у дітей та підлітків, що постраждали від гібридної війни на сході України. *Архів психіатрії*. 2017. № 23, № 2. С. 91–95.
39. Міністерство охорони здоров'я. (2013). Наказ про вдосконалення порядку надання психіатричної допомоги дітям № 400 від 18.05.2013. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1196-13#n14>.
40. Процик Л., Пампура І. Психологічні особливості та правовий захист дітей в період збройного конфлікту. *PSYCHOLOGICAL JOURNAL*. 2019. № 5(11). С. 253–267.

CURRENT STATE OF CHILD PSYCHIATRY IN UKRAINE: EDUCATION AND PRACTICE

Martsenkovskiy D.I.

Bohomolets National Medical University

The article discusses the challenges that Ukrainian paediatric mental health services faced during the COVID-19 pandemic and the full-scale invasion of military forces to Ukraine. The features of the psychiatric service organization, such as the concentration of these services in large cities exacerbated by the staff shortages, low-level telehealth facilities development, and lack of mental health education on the community level that were exacerbated by stigma in the society negatively affected the access to specialized child mental health services during the pandemic. The situation significantly worsened due to war, that was related to the unprecedented rate of violence toward the civil population, destruction of critical infrastructure, lack of access to medication, and evacuation of medical personnel that in turn resulted in a crisis in Ukrainian child and adolescent psychiatry

To address these challenges, a recent paper highlight the need for systemic reforms and collaboration among experts in the field of child healthcare, medical education, social services, and government agencies. The author recommends creating a comprehensive training program for child psychiatrists and incorporating child psychiatry into the postgraduate training of medical professionals, providing training in child psychiatry for pediatricians and family doctors and promoting digital services. Furthermore, the authors propose deinstitutionalization for child psychiatric services and their movement to multidisciplinary childcare facilities with the developing of community-based forms of psychiatric and psychological care for children to ensure better access to mental healthcare services and their destigmatization.

Key words: Ukraine, child, adolescent, war, pandemic, mental health.

УДК 378.14

DOI <https://doi.org/10.32782/umv-2023.1.7>

ПОСТУПОВІ КРОКИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ ДЕФІЦИТУ МЕДИЧНИХ КАДРІВ У ГАЛУЗІ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ УКРАЇНИ

Натрус Л.В.

доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри сучасних технологій медичної діагностики
та лікування Інституту післядипломної освіти
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
<https://orcid.org/0000-0003-1763-0618>
<https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=6508038559>

Актуальність. За даними довідника ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» про медичні кадри та мережу закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2019–2020 рр. існуючі 4329,25 штатні посади лікаря-лаборанта укомплектовані 1 319 фізичними особами, тобто на 30,47%. Цей показник є найнижчим серед усіх спеціальностей. **Мета дослідження.** Аналіз деяких чинників формування проблеми дефіциту медичних кадрів у галузі лабораторної діагностики України та поступових кроків її вирішення. **Матеріали та методи дослідження.** Аналіз чинних законодавчих, нормативних документів. Аналіз освітніх програм та звітів про виконання навчально-виробничого плану кафедри сучасних технологій медичної діагностики та лікування Інституту післядипломної освіти НМУ імені О.О. Богомольця. **Результати.** Характерною рисою усіх медичних лабораторій України є вакантні посади лікарів-лаборантів та/або їх заповнення спеціалістами з базовою біологічною освітою, які, за нашими спостереженнями, становлять понад 90% штату. Ефективним кроком вирішення проблеми наповнення галузі лікарями-лаборантами вважаємо розвиток 224 спеціальності «Технології медичної діагностики та лікування», яка ліцензується на медичних факультетах, затвердження програми інтернатури «Лабораторна діагностика, вірусологія, мікробіологія» для вступу магістрів спеціальностей 224, 222 та 228 і набуття у випускника інтернатури двох спеціалізацій «Клінічна лабораторна діагностика» та «Мікробіологія, вірусологія», що дає можливість працевлаштовуватися на абсолютну більшість посад у медичних лабораторіях. Позитивним прикладом популяризації спеціальності є введення в НМУ імені О.О. Богомольця в освітню програму підготовки студентів медичних спеціальностей дисципліни Лабораторна діагностика на четвертому році навчання обсягом три кредити. **Висновок.** Уже сьогодні в державі відбуваються певні прогресивні кроки щодо подолання гострого дефіциту медичних кадрів у лабораторіях, і це дає підставу очікувати згодом наповнення штату медичних лабораторій країни молодими, мотивованими, кваліфікованими кадрами, які будуть працювати у тісній взаємодії з колегами клінічних відділень, формувати особистий та колективний досвід вирішення складних діагностичних завдань.

Ключові слова: лабораторна діагностика, мікробіологія, підготовка фахівців, інтернатура.

Актуальність дослідження. Стратегічне прагнення України до Європейського Союзу передбачає гармонізацію компетенцій медичних спеціалістів, відповідного рівня їх підготовки як для якісної та безпечної практики, так і для забезпечення професійної мобільності. Платформою для всіх європейських фахівців у галузі лабораторної медицини є Європейська федерація клінічної хімії та лабораторної медицини (EFLM), яка об'єднує національні товариства клінічної хімії та лабораторної медицини, забезпечує європейське лідерство в галузі, діагностичної індустрії, а також для державних та неурядових організацій, щоб служити суспільним інтересам у галузі охорони здоров'я [1]. У сферу діяльності федерації входить підтримка загальноєвропейського реєстру професійних медичних кадрів галузі лабораторної діагностики Register of the European Specialists in Laboratory Medicine (EUSpLM), який забезпечує поєднання вимог до спеціаліста, безперервний професійний розвиток, стандартизацію компетенцій тощо і професійне регулювання галузі. Однак про проблему нестачі кваліфікованих кадрів у галузі лабораторної медицини наголошує низка джерел не лише в європейських країнах, а й у всьому світі [2; 3]. У США і меншою мірою в Канаді відчувається гостра нестача медичних лаборантів. У США не вистачає 20–25 тис працівників, рівень вакансій становить 7–11% майже в усіх штатах [4].

В Україні проблема кадрового дефіциту в медичній галузі існувала завжди, але за останні вісім років вона загострилася, особливо за діагностичними напрямками. За даними дослідників, українознавчим є кадрове забезпечення лабораторної, санітарної, патологоанатомічної, наркологічної,

фтизіатричної та інфекційної служб та системи невідкладної медичної допомоги, де зайнято близько 75% посад [5]. Зокрема, за даними довідника ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» про медичні кадри та мережу закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2019–2020 рр., існуючі 4329,25 штатні посади лікаря-лаборанта укомплектовані 1 319 фізичними особами, тобто на 30,47% [6]. Цей показник є найнижчим серед усіх спеціальностей.

Можна зважувати на зменшення втричі кількості лабораторій, які з показника орієнтовно 6 тис по Україні зменшилися за останні 8–10 років до 2 836 закладів, але цей показник не має абсолютної інформативності, оскільки значну частку ринку лабораторних послуг здійснюють крупні мережі лабораторій, у штаті яких велика кількість посад. Тому, на нашу думку, доцільно орієнтуватися на кількість посад, а головне, їх укомплектованість.

Серед випускників медичних закладів зі спеціальності 222 «Медицина» розподіл в інтернатуру з лабораторної діагностики має дуже низьку популярність. Незважаючи на те що зараз суттєво змінилися умови роботи у лабораторній галузі, більшість лабораторій має парк сучасного обладнання, автоматизацію процесів, упроваджує систему менеджменту якості лабораторних послуг і пропонує своїм працівникам доволі високу заробітну плату, у медичному просторі не змінилося ставлення до посади лікаря-лаборанта. За існуючими даними, кількість інтернів із лабораторної діагностики по медичних вишах держави щорічно коливається від 1 до 9–10 осіб. Але й ці випускники здебільшого вибирали спеціальність за принципом найкоротшої інтернатури, без мотивації подальшої роботи у галузі, а лише для можливості закінчити навчання у виші отриманням сертифікату лікаря-спеціаліста. Уважаємо, що таке відношення до галузі серед медиків базується на застарілому стереотипі і впевненості про те, що лікар-лаборант працює з біологічним матеріалом пацієнта, не має безпосереднього контакту з хворим, відповідно, не може розраховувати на різні елементи «подяки» і «заохочення» до своєї діяльності на відміну від лікаря-клініциста, який під час спілкування з пацієнтом обов'язково отримує перераховані бонуси.

І лише набуття молодим спеціалістом хоча б невеликого досвіду роботи в клінічній практиці призводить до розуміння невідповідності попереднім уявленням щодо роботи в медичній галузі, а поряд із низкою перешкод та труднощів вибраної клінічної спеціальності нарешті приводить лікаря-клініциста до зміни спеціальності і роботи в медичній лабораторії. Але й ці випадки поодинокі. За нашими власними спостереженнями, за 2021–2022 рр. на кафедрі сучасних технологій медичної діагностики та лікування Інституту післядипломної освіти пройшли навчання на спеціалізації з клінічної лабораторної діагностики та клінічної біохімії 117 слухачів, із них базову медичну освіту мали лише 10 осіб, що становить 8,5%. Тому традиційним явищем є заняття посади лікаря-лаборанта спеціалістом із вищою немедичною освітою (випускником біологічних факультетів), що було законним до 1994 р., і низка фахівців галузі, які починали роботу в цей період, залишилися на вказаній посаді.

Із 2009 р. МОЗ Наказом № 588 від 12.08.2009 «Про атестацію професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у системі охорони здоров'я» дозволило працевлаштування випускників біологічних факультетів на посади, еквівалентні (перепрофільовані) посадам лікаря-лаборанта. Безумовно, у ситуації абсолютного «провалу» кадрового забезпечення за ці 15 років (1994–2009 рр.) і катастрофічного стану галузі, у якій понад 80% посад були вакантними, це був рятувальний крок для галузі, але це додатково сприяло комплектації штату лабораторії абсолютною більшістю спеціалістів, які не мали базової медичної освіти.

Варто підкреслити, що станом на зараз в Україні, незважаючи на автоматизацію багатьох процесів у медичній лабораторії, яка притаманна крупним центрам та/або мережевим лабораторіям, залишається значний попит на працівників лабораторій – фахівців, які безпосередньо виконують низку процедур, особливо в лабораторіях медичних закладів невеликих міст, селищ. І це є зараз принципова відмінність від роботи закордонних лабораторій, де переважна більшість процедур виконується автоматами під контролем лабораторної інформаційної системи, що обґрунтовує невеликий обсяг штату. Ми маємо розуміти, що скорочення штату лаборантів в Україні може бути припустимим лише після аналогічної повної автоматизації усіх лабораторних процесів і в усіх лабораторіях держави. Зрозуміло, що ми стратегічно прагнемо цього, але такі позитивні зміни нас можуть очікувати не раніше ніж через декілька років. А станом на зараз проблема дефіциту кадрів медичної лабораторії залишається актуальною, незважаючи на постійне поповнення галузі спеціалістами з немедичною освітою.

Мета дослідження – аналіз деяких чинників формування проблеми дефіциту медичних кадрів у галузі лабораторної медицини України та поступових кроків її вирішення.

Матеріали та методи дослідження. Проведений аналіз стану кадрового забезпечення за даними ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України» за 2009–2019 рр. Проаналізовано чинні законодавчі нормативні документи. Проведено аналіз освітніх програм та звітів про виконання навчально-виробничого

плану кафедри сучасних технологій медичної діагностики та лікування Інституту післядипломної освіти НМУ імені О.О. Богомольця.

Результати. Сьогодні характерною рисою усіх без винятку колективів медичних лабораторій України є вакантні посади лікарів-лаборантів та/або їх заповнення спеціалістами з базовою біологічною освітою, що, безумовно, з одного боку, іде всупереч визначеним посадовим обов'язкам лікаря, правилам ліцензування діяльності закладу, але є абсолютно обґрунтованим із погляду комплектації штату працівників у важливій діагностичній сфері. Зараз доречно згадати роки пандемії COVID-19, яка в нашій державі наочно продемонструвала катастрофічну неукомплектованість галузі лікарями-мікробіологами, лікарями-вірусологами, які (згідно з ліцензійними вимогами) мають право виконувати дослідження ПЛР та взагалі працювати в лабораторіях, де була інстальована ця методика. Тому навіть термінова купівля дороговартісного обладнання не вирішувала проблему своєчасної та якісної діагностики.

Важливим чинником відсутності зацікавленості з боку випускників медичних спеціальностей до роботи в лабораторії є відсутність в освітній програмі дисципліни, яка знайомить майбутніх лікарів зі спеціальністю, показує абсолютну техногенність сучасної лабораторної діагностики, а головне – можливості реалізувати творчий дослідницький потенціал, особливо для людей, схильних до чіткої, спокійної, педантичної роботи.

Більш глибоке знайомство студентів із діяльністю сучасної лабораторії, інтерпретацією результатів, опануванням поняття невизначеності величини демонструє можливість використання інтелекту і базових знань студента медичного факультету, так зване «клінічне мислення», у розумінні і обґрунтуванні діагностичного алгоритму. Ці переваги автоматично визначають особовий статус фахівця з базовою медичною освітою, якій працює в лабораторії, під час його комунікації з колегами клінічних спеціальностей.

Поряд із наведеними існуючими труднощами зараз ми маємо низку позитивних кроків вирішення проблеми дефіциту кадрів лабораторної галузі, які вже закріплено відповідними наказами та положеннями МОЗ України і, вважаємо, сприятимуть поступовому поліпшенню ситуації в державі.

Головним кроком, який має популяризувати галузь лабораторної діагностики серед абітурієнтів медичних факультетів, є розвиток доволі нової спеціальності 224 «Технології медичної діагностики та лікування» галузі знань 22 «Охорона здоров'я», стандарти підготовки бакалаврів та магістрів якої були затверджені у 2018 та 2019 рр. [7]. Варто підкреслити, що ідеологія створення стандартів, розроблення освітньої програми і впровадження в освітній простір вказаної спеціальності гармонізована з аналогічними Європейськими сілабусами [8; 9] та передбачала на перших кроках вибору професії зорієнтувати молодь до діяльності в медичній або науковій лабораторії, але через набуття певних базових знань, які становлять основу підготовки спеціаліста медика в галузі 22 «Охорона здоров'я». Уважаю, що це є ідеальний варіант вибору професії для певного контингенту абітурієнтів, які мріють про майбутні дослідження в галузі медицини та біології, але не готові працювати з пацієнтом у силу певних психологічних бар'єрів, поряд із цим бажають мати спокійну, кропітку, цікаву роботу і коливаються між вступом на медичний або біологічний факультет. Зараз навчання за цією спеціальністю набуває популярності. За даними ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» про медичні кадри та мережу закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2019–2020 рр. [6], у 2020 р. випущено 52 магістра спеціальності 224 «Технології медичної діагностики та лікування», а навчаються зараз 95 осіб. Отже, розвиток спеціальності, зацікавленість університетів у підготовці цих спеціалістів, заохочення молоді до дослідницької діяльності в медицині є запорукою розвитку галузі і наповнення її за рахунок спеціально підготовлених кадрів.

Нагадаємо, навчання за цією спеціальністю є не наскрізним, а відбувається на медичних факультетах і лише за очною формою на двох рівнях: першому (бакалаврському) і другому (магістерському). Причому зараз у державі збільшується кількість як університетів, що ліцензовані на підготовку обох рівнів, так і закладів, які ліцензовані на навчання бакалаврів протягом чотирьох років. Випускник бакалаврату 224 «Технології медичної діагностики та лікування» після успішної здачі державного іспиту Крок Б набуває освітній рівень і може працювати в медичній лабораторії на посадах середнього персоналу, лаборанта, фельдшера-лаборанта. За умов вступу до магістратури, згідно зі стандартом освітньої програми, через 1,5 року навчання й успішної здачі Кроку 2 магістр набуває професійної кваліфікації «лікар-лаборант» і далі продовжує навчання в інтернатурі.

Суттєвим набуттям для галузі вважаємо затвердження у березні 2022 р. МОЗ України програми інтернатури «Лабораторна діагностика, мікробіологія, вірусологія», яка має дві суттєві прогресивні особливості [10]. Програма терміном 1,5 року розроблена для навчання магістрів 224 спеціальності, яке починається з 1 квітня, і для магістрів 222 та 228 спеціальностей із початком у серпні, що складає умови для найбільш швидкого набуття спеціальності і початку трудової діяльності. Ба більше, після

закінчення інтернатури лікар набуває одночасно дві рівноцінні спеціалізації – «Клінічна лабораторна діагностика» та «Мікробіологія, вірусологія», що дає можливість працевлаштовуватися на абсолютну більшість (практично 90%) посад у медичних лабораторіях. І лише для працевлаштування на посади «лікар – клінічний біохімік», «лікар – лаборант-генетик», «лікар – лаборант-імунолог» необхідне проходження вторинної спеціалізації.

Така освітня траєкторія (рисунок), яка одночасно максимально скорочена за часом, але з максимально розширеним спектром працевлаштування, безумовно, сприятиме поступовому вирішенню проблеми кадрового дефіциту галузі.



Рис. Кроки освітньої траєкторії для підготовки спеціальності 224 «Технології медичної діагностики та лікування» галузі 22 «Охорона здоров'я»

Варто зауважити, що в колі спеціалістів-експертів були активні дебати з приводу вказаної моделі підготовки фахівця на післядипломному рівні, які висловлювали занепокоєння щодо якості підготовки в інтернатурі, зважаючи ще на скорочення часу очної частини до трьох місяців на рік згідно з Положенням з інтернатури, прийнятим у 2021 р. [11]. Але зважаючи всі аргументи, вважаємо фінальне рішення абсолютно вірним, оскільки підготовка в інтернатурі «Лабораторна діагностика, мікробіологія, вірусологія» спрямована переважно на контингент магістрів спеціальності 224 «Технології медичної діагностики та лікування», які згідно з освітньою програмою вже мають бути теоретично і практично підготовленими до опанування спеціалізацій. Тому труднощі з набуттям нових навичок та знань можуть виникати лише у магістрів медичних спеціальностей 222 «Медицина» та 228 «Педіатрія», серед яких, як уже було визначено, невелика кількість бажаючих до вибору цієї інтернатури.

Але вирішення й цієї проблеми деякою мірою може полягати у введенні в освітню програму підготовки студентів указаних медичних спеціальностей дисципліни «Лабораторна діагностика». Принаймні в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця за новою освітньою програмою, яка була затверджена у 2020 р., передбачено проходження дисципліни «Лабораторна діагностика» на четвертому році навчання в переліку дисциплін за вибором обсягом три кредити.

Указаний крок має позитивно вплинути як на загальну популяризацію лікарських спеціалізацій лабораторної галузі, так формувати у свідомості майбутнього лікаря будь-якої клінічної спеціальності підґрунтя для взаємодії клініциста з медичною лабораторією, продуктивного діалогу лікаря клінічного відділення з фахівцями лабораторії для максимального ефективного використання лабораторних тестів і вдосконалення діагностичного процесу.

Таким чином, маємо констатувати, що вже сьогодні в державі відбуваються певні прогресивні кроки щодо подолання гострого дефіциту медичних кадрів лабораторної галузі, і це дає підстави очікувати згодом наповнення штату медичних лабораторій країни молодими, мотивованими, кваліфікованими кадрами, які працюватимуть у тісній взаємодії зі своїми колегами клінічних відділень, формувати особистий та колективний досвід вирішення складних діагностичних завдань.

Література

1. European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (EFLM) URL: <https://www.eflm.eu/site/page/a/1000/>.
2. Kovacs G.L., Ludany A., Koszegi T., Liszt F., Kellermayer M. (2011) Graduate and postgraduate state university education of laboratory specialists in Hungary: medical doctors, pharmacists and laboratory analysts. *Biochem Med (Zagreb)*;21:22–29.
3. HRSA National Center for Health Workforce Analysis, Health Workforce Projections: Health Technologist and Technician Occupations. URL: <https://bhw.hrsa.gov/sites/default/files/bhw/nchwa/projections/healthtechnologisttechniciansapril2015.pdf> accessed February 23, 2018.
4. Stone J «We're Facing A Critical Shortage Of Medical Laboratory Professionals» (2022) HEALTHCARE. URL: <https://www.forbes.com/sites/judystone/2022/04/28/were-facing-a-critical-shortage-of-medical-laboratory-professionals/?sh=344dc32f260c>.
5. Волосовець О.П., Заболотько В.М., Волосовець А.О. Кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні та світі: сучасні виклики. *Українські медичні вісти*. 2020. Т. 12. № 1(84). DOI: 10.32471/umv.2709-6432.84.57.
6. Заболотько В.М. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2019–2020 роки. *МОЗ України, ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України»*. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXIX.html>.
7. Стандарт. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2019/06/25/224-tekhnologii-medichnoi-diaagnostiki-ta-likuvannya-magistr.pdf>.
8. Hallworth M.J., Epner P.L., Ebert C., Fantz C.R., et al. (2015) IFCC Task Force on the Impact of Laboratory Medicine on Clinical Management and Outcomes. Current evidence and future perspectives on the effective practice of patient-centered laboratory medicine. *Clin Chem*. 61(4):589–99. DOI: 10.1373/clinchem.2014.232629. Epub 2015 Feb 2. PMID: 25646214.
9. Zerah S., McMurray J., Bousquet B., Baum H., Beastall G.H., Blaton V., et al. (2006) EC4 European Syllabus for Post-Graduate Training in Clinical Chemistry and Laboratory Medicine: version 3 -. European Communities of Clinical Chemistry, EC4 Register Commission. *Clin Chem Lab Med* 44:110–20.
10. Наказ МОЗ України від 31.03.2022 № 556 «Про затвердження примірних програм підготовки в інтернатурі за спеціальностями «Лабораторна діагностика, вірусологія, мікробіологія» та «Фармація».
11. Наказ МОЗ України від 22.06.2021 № 1254 «Про затвердження Положення про інтернатуру та вторинну лікарську (провізорську) спеціалізацію».

GRADUAL STEPS OF RESOLVING THE DEFICIENCY OF MEDICAL STAFF IN THE FIELD OF UKRAINE' LABORATORY DIAGNOSIS

Natrus L.V.

Bogomolets National Medical University

Topicality. According to the directory of the Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine on medical staff and the network of health care facilities of the Ministry of Health of Ukraine for 2019–2020, the existing 4329.25 full-time positions of laboratory doctor are filled by 1319 individuals, it is 30.47%. This figure is the lowest among all specialties. **The aim of the study.** Analysis of some factors of formation of shortage of medical personnel in the field of laboratory diagnostics of Ukraine and gradual steps of their solution. **Materials and methods of research.** Analysis of current legislative and regulatory documents. Analysis of educational programs and reports on the implementation of the curriculum of the Department of Modern Technologies of Medical Diagnostics and Treatment of the Institute of Postgraduate Education of Bogomolets National Medical University. **Results.** A characteristic feature of all medical laboratories in Ukraine is the vacant positions of laboratory doctors and / or their filling by specialists with basic biological education, which according to our observations make up more than 90% of the staff. We believe that in order to solve the problem and fill the industry with laboratory doctors, effective steps are the development of 224 specialties "Technologies of medical diagnostics and treatment", which is licensed at medical faculties, the approval of the internship program "Laboratory diagnostics, virology, microbiology" for admission of masters of specialties 22. 222 and 228 and the acquisition of two specializations "Clinical Laboratory Diagnostics" and "Microbiology, Virology" from the graduate of the internship, which allows him to find a job in the vast majority of positions in medical laboratories. A positive example of the popularization of the specialty is the introduction of the discipline laboratory diagnostics for 4 years of study with a volume of 3 credits at the Bogomolets National Medical University in the educational program for preparing students of medical specialties. **Conclusion.** Already today, certain progressive steps are being taken in the state to overcome the acute shortage of medical personnel in the laboratory, and this gives reason to expect that the staff of the country's medical laboratories will subsequently be filled with young, motivated, qualified personnel who will work in close cooperation with colleagues from clinical departments. solving complex diagnostic problems.

Key words: laboratory diagnostics, microbiology, postgraduate, internship.

СТУДЕНТ ВІННИЦЬКОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ В ЛАВАХ УПА

Нечай С.В.

Історико-термінологічна комісія Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ),
Архів Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (СФУЛТ)

У статті аналізуються архівні свідчення учасників збройного спротиву українських патріотів проти німецьких і російських окупантів на нашій землі протягом періоду Другої Світової війни на прикладі студента Вінницького медичного інституту згідно зі слідчою справою репресивних органів СРСР.

Ключові слова: Вінницький медичний інститут, Друга Світова війна, Українська повстанча армія, УПА, свобода, самотійність, боротьба, виживання, російський світ.

В час гарячої фази нової російсько-української війни військовий досвід наших попередників набуває особливої ваги. В пекельні роки Другої Світової війни наш народ виборював свою свободу і незалежність проти німецьких націонал-соціалістів і проти російських безнаціонал-соціалістів не лише у Галичині і на Волині, а й на південних та східних землях України.

До повномасштабного нападу Путіна на нашу країну 24 лютого 2022 року, на відміну від завжди затятих західняків, більша маса східняків та південців, цілком байдуже, а то й відверто вороже ставились до боротьби Української повстанчої армії (УПА) за волю та самотійність нашої Батьківщини.

Та зараз не на жарт кривавиться справжня війна. Безжальний ворог знищує наші міста, вбиває наших близьких, гвалтує наших рідних. Тому багато наших співгромадян різко протверезіли і докорінно змінили своє оспале сприйняття історії. Історія вдерлась у їхні домівки, якщо ці домівки ще не стерті з лиця землі немилосердним «російським світом». У нашій боротьбі за виживання нам конче необхідно з когось брати приклад! Рівно 80 років тому на території тодішньої Одеської області (тепер Кіровоградська область) 1943 року у полум'ї згарищ Другої Світової війни були також українські звитяжці, які боролися у лавах УПА проти німецьких нацистів, бо хвалена-перехвалена «Красная армия» довго вела важкі бої на окраїнах Москви і тому росіян у той час в Україні практично не було! Українці тоді, як і раніше, мусили захищати себе самотужки. Були серед них і медики. Про одного з них і довідались з розсекречених нині архівів колись всемогутнього МГБ-КГБ, а тепер СБУ:

Олександр Іванович Масний народився у 1923 році в с. Троянка Голованівського району (тоді Одеської області) в українській родині. Його батько в 1928 чи в 1929 році разом зі своєю родиною поїхав на Донбас у м. Красний Луч (до 1920 року Криндачівка), де пішов працювати на шахти, але, отримавши інвалідність, у 1938 році повернувся на батьківщину і помер.

Перед початком війни Олександр навчався в медичному технікумі в м. Первомайськ.

Потім із березня по вересень 1941 р. добровільно навчався в авіошколі (аерошколі) цивільного повітряного флоту, котру евакуювали, тому закінчив її у м. Сватове, Ворошиловградської (тепер Луганської) області, будучи пілотом 9^о класу.

Після закінчення авіошколи вступив до Ворошиловградського авіоучилища, котре не закінчив і в травні 1942 року був переведений у десантні частини, в 7-у повітряно-десантну бригаду, 5-го повітряно-десантного корпусу.

У червні 1942 року його бригаду перекинули на фронт у район м. Калач. Через півтора місяця попав у оточення у районі станиці Островської. 18 липня (чи серпня) 1942 року в районі Калача він був полонений німцями.

Згідно протоколу від 1 червня 1948 р. допиту в м. Одеса його матері Масної Євдокії Григорівни, 1893 р. н., вона повідомила, що її син Масний Олександр, пояснюючи їй, як він попав у полон, говорив так: «Я був на фронті, учасникував у боях під час котрих багато було убито бійців, в цей же час, подивився по сторонах нікого немає і помітив танк, думав, що наш, пішов до нього і тільки виліз з окопа, німці крикнули «ком, ком», я зупинився і німці мене взяли в полон».

Полонених направили в табір у м. Мілерове, де він утримувався протягом місяця, вподальшому перевели в табір ст. Дарниця, Київської області. В полоні у німців перебував з липня по жовтень 1942 року. Із Дарниці їх ешелонам направляли в Німеччину. В районі м. Фастова Масний із залізничного

вагону утік і направився на південь. Через півмісяця він добрався в с. Троянка, Голованівського району Одеської області.

Додому він прибув в жовтні (чи листопаді) 1942 року. Масний заявив, що коли йшов додому, то тоді був одягнутий в рване обмундирування, але не в жіночому одязі.

Згідно з протоколом від 1 червня 1948 р. допиту в м. Одеса його матері Масної Євдокії Григорівни, 1893 р. н., вона твердила, що «прийшовши додому в листопаді 1942 року, її син Масний Олександр жалівся їй, що у нього болі попід грудьми, пояснюючи при цьому, що він ударився в той час, як тікав з поїзду від німців, більше у нього нічого не боліло. Її син Масний Олександр був поранений, як він їй пояснював, знаходячись на службі в Советській Армії з 1944 року в обидві ноги і в одну руку, а також в голову. Прийшовши додому в листопаді 1942 року її син Масний Олександр поранений не був, а тільки жалівся на болі попід грудьми».

Матір Масного Євдокія Григорівна на суді 16 липня 1948 р. по справі № 00162 в м. Одесі заявила: «Зі своїм сином – нині підсудним я ніколи не розмовляла про політику».

Згідно з допитом Підлубного Матвія Васильовича 1923 року народження від 17 жовтня 1947 р. зимою в кінці 1942 року Масний вступив навчатися в Межиріцьку агротехнічну школу за порадою секретаря сільуправи с. Троянки. У цій школі навчали садівництву та іншим сільгоспроботам. До війни там був агротехнікум.

Згідно з протоколом від 1 червня 1948 р. допиту в м. Одеса його матері Масної Євдокії Григорівни, 1893 р. н. вона повідомила, що в лютому 1943 року він разом з іншими жителями села був відправлений у Гайворон на комісію для зарахування на якісь курси, але на другий чи третій день її син Масний Олександр звідти утік.

Згідно з показаннями матері Масного Євдокії Григорівни на суді 16 липня 1948 р. по справі № 00162 в лютому 1943 року її син Олександр працював в агрошколі їздовим, звідки він в березні втік і прибув додому.

Згідно з протоколом від 1 червня 1948 р. допиту матері Масного Євдокії Григорівни вона повідомила, що в травні 1943 року її син Масний Олександр перестав переховуватися й пішов на роботу в сільгоспромаду, але через два дні приблизно після цього староста села його направив у м. Миколаїв для навчання і роботи на залізниці, але через чотири дні прибув додому і знову став переховуватися, пробувши приблизно (4) четверо діб на горищі сараю. Матір Масного, боячись, щоб його німці не виявили, попросила свою знайому Груць Палашку, щоб вона прийняла її сина Олександра до себе. Масний переховувався на горищі дому Груць Палашки приблизно два тижні, після чого вона його перевела до своєї матері, де Масний переховувався приблизно один тиждень теж на горищі сараю. Груць Палашка і її мати проживали в селі Ємилівка, це на відстані 3^х кілометрів від села Троянка. Після чого Масний прийшов додому і пробувши приблизно дня три він був арештований поліцейським Наконечним Григорієм (засуджений).

У червні 1943 року був посаджений у тюрму в м. Голованівську, де просидів біля місяця. У тюрмі неодноразово допитували німці через перекладача, про причини побігу при відправці у Німеччину. Через місяць відправили в концтабір у м. Гайворон, де він утримувався на протязі (2^х) двох місяців. В той час мати три рази їздила до сина Олександра і бачила його в той час як гнали на роботу і з роботи.

Після цього в серпні 1943 року Олександр прибув додому в село Троянка і розказав, що його відправляли до Німеччини і на станції Зятківці він утік.

Згідно з показаннями Олександра Масного на суді 16 липня 1948 р. по справі № 00162 в м. Одесі в агрошколу він вступив в жовтні 1943 року і служив в якості їздового і навчався в селі Лебединка, Підвисіцького («Подвысотского») р-ну.

Згідно з допитом Павла Шкуровського від 17 жовтня 1947 р. у 1943 році глибокою осінню до нього заходив Масний і приніс листівки й почав читати. Листівки були із закликом українців вести боротьбу проти совітської влади, за самостійну Україну. Масний казав, що в Голованівському р-ні існує українська націоналістична організація і пропонував Шкуровському вступити в неї. Масний доводив, що Красна армія ослабла і німців не переможе, а українці будуть жити самостійно. Шкуровський знав, що в агрошколі в період окупації існувала українська націоналістична організація в котрій перебував і Масний.

Згідно з допитом Берловського від 16 жовтня 1947 р. глибокою осінню 1943 року в Шкуровського зібрались: Павло Маркович Шкуровський, Іван Ничипорович Берловський, Матвій Васильович Підлубний і Микола Іванович Титаренко. З настанням темноти прийшов Масний і заявив: «Красна армія зараз знесиліла, Українська повстанча армія укріплюється і з кожним днем росте. Ви сидите і нічого тут не бачите, що робиться довкруг. Я, приміром скрізь роз'їжджаю і бачу більше вас усіх тут сидячих. Якби ви бачили все те, що я бачу, то ви давно б викинули з голови партизанів і «Красную армію». Якби ви поїхали в Західну Україну і побачили, що там робиться, то ви давно б приєднались до мене для

боротьби проти німецьких бандитів і проти російських бандитів і стали б у ряди «УПА», Українську повстанчу армію, котра бореться за життя українського народу проти російських «Советів», котрі добра не давали і не дадуть». Титаренко сказав Масному, що цього ніколи не буде.

Згідно з протоколом очної ставки від 22 травня 1948 р. в м. Одеса між Берловським та Масним восени 1943 року Берловський знаходився в Шкуровського. Там же були Шкуровський, Титаренко і Підлубний. До них зайшов Масний і сказав, що у нього є листівка при цьому він її особисто прочитав. Вона була проти Советської влади з закликм вступати в загони Української повстанчої армії і вести боротьбу проти німців і Росії, після прочитання листівки Масний сказав, що треба об'єднуватися і нам для боротьби за самостійну Україну. Після цього Титаренко Микола взяв листівку і порвав.

Згідно з допитом Берловського від 16 жовтня 1947 р. та очної ставки від 22 травня 1948 р. між Берловським та Масним, восени 1943 року дещо пізніше приблизно через місяць 27 листопада 1943 року у Шкуровського справляли народження сина В'ячеслава. Масний знову почав агітувати Берловського, щоб той вступив в організацію українських націоналістів і в загін УПА. «Якщо ми завоюємо Самостійну Українську Державу, то тут будемо ми хазяї». Сидів Берловський тоді з Масним поряд за столом і він про це Берловському казав одному.

Згідно з допитом Підлубного від 17 жовтня 1947 р., восени 1943 року в Шкуровського зібрались: Шкуровський, Берловський, Титаренко і Підлубний. Титаренко мав зв'язок з партизанами. В квартиру увійшов Масний і став агітувати їх вступати в ОУН і загін УПА для боротьби з советською владою і німцями за самостійну і незалежну Україну. Він вийняв із кишені націоналістичну листівку котру прочитав їм і вимагав, щоб вони вступили в ОУН і загін УПА, Українську повстанчу армію, бо Красна армія зараз ослабла, розбита і не може встояти проти нашої української армії, після перемоги ми будемо самі хазяями. У листівці був заклик до українців вступати в Українську повстанчу армію для боротьби проти Комунізму і Советської влади за самостійну і незалежну Україну.

Згідно з протоколом очної ставки від 22 травня 1948 р. між Підлубним та Масним, восени 1943 року в Шкуровського зібрались Підлубний, Шкуровський, Титаренко і Берловський. В цей же час зайшов до них Масний Олександр, дістав із кишені листівку і прочитав її. В ній указувалось щоби український народ об'єднувався, вступав в армію Бандери і вів боротьбу за самостійну Україну, після прочитання листівки Масний казав, що хто її підпише, той буде вже в цій організації, потім передав листівку Титаренку Миколі, котрий почав доказувати Масному, що в ній написана неправда, а Масний заперечував йому і казав, що треба боротися за самостійну Україну проти німців і росіян.

Згідно з протоколом очної ставки від 21 травня 1948 р. в м. Одеса між Шкуровським та Масним, Масний сказав, що приблизно в 2-й половині грудня 1943 року він заходив до Шкуровського. У листівці вказувалось про структуру уряду ОУН. Шкуровський показав, що приблизно тижня через два після читки листівки в Шкуровського, Масний прийшов до нього і зажадав віддати зброю, тобто заявив так: «Титаренко сказав, щоби ти мені дав зброю». У Шкуровського в той час був наган і він його віддав Масному, а потім при зустрічі з Титаренком він Шкуровському сказав, що не казав Масному, щоби Шкуровський віддав наган Масному.

Згідно з показаннями Підлубного та Берловського на суді 16 липня 1948 р. по справі № 00162 в м. Одесі, восени 1943 року: Підлубний, Берловський, Титаренко зібрались в Шкуровського. По приходу Масний вийняв із кишені листівку і почав її вголос читати. Ця листівка була направлена проти советської влади за «Самостійну Україну». Він пропонував її підписати, при цьому казав, що хто підпише цю листівку, той буде вважатися членом організації українських націоналістів, котра бореться проти німців і проти Советського «Правительства» за «Самостійну Україну». Титаренко забрав у Масного листівку, порвав її і спалив. Приблизно через місяць Титаренко поїхав на машині. Берловському брат казав, що вночі Титаренка забрали на машині, хто Берловський не знав.

Згідно з допитом Масного в м. Одесі від 8 червня 1948 р. він возив Хоменка в м. Умань і в село Синьки до його жінки. У кінці жовтня чи на початку грудня Масний возив разом з Хоменком і Чернобая в село Синьки, там пробули одну добу і повернулись в агрошколу с. Лебединки, по дорозі в село Синьки заїжджали в хутір поблизу с. Текучої. Повторно в кінці грудня 1943 року їздив разом з Хоменком і Чернобаєм у село Синьки, по дорозі звідти заїжджали в хутір біля села Текучої, тоді заїжджали до двоюрідного брата Хоменка.

У грудні 1943 року, вночі жандармерія і поліцаї оточили школу і хотіли арештувати учнів. Поліції вдалось арештувати декількох учнів, але більшості учнів і працівників удалось розбігтися.

Згідно з протоколом від 1 червня 1948 р. допиту в м. Одеса матері Масного – Євдокії Григорівни, вона повідомила, що потім німці школу розігнали і Масний став знову переховуватися, пробувши на горищі її хати два дні, він перейшов до Бойка Філімона, котрий являвся їй кумом і там переховувався на горищі його дому. Це було в січні 1944 року.

Про приналежність Масного до загону української повстанчої армії твердили Петро Шквира і Мандрійчук, який до 7^{го} січня знаходився в селі Текуча. Відповідно до показань Мандрійчука і Шквири на початку січня 1944 року там проходила концентрація загону УПА.

Згідно з випискою із протоколу допиту в м. Грушці ШКВИРИ Петра Андрійовича, 1925 р.н., уродженця с. Станиславчик, Грушківського району, Одеської обл. від 10 серпня 1944 р., у с. Текуча вони пробули до 7 січня 1944 року, куди приїхав ХОМЕНКО Федір Пилипович, з документами евакуйовуваних і роздав їх особам, приїхалим із Заходу. При цій же зустрічі ХОМЕНКО сказав, що «ЧОРНОТА» призначив керівником загону «ГОЛУБА». До них в с. Текучу приходили, як зв'язкові сестри ТЮТЮНИК Надя і Марія, в задачу котрих входило попереджувати їх від нальоту на загін жандармерії. У період перебування загону в с. Текучій прибули до них МАНДРАЙЧУК Олександр і МАСНИЙ Олександр. Числа 11-12 січня в с. Крутеньке, де знаходився загін прибув ХОМЕНКО, «ГОЛУБ», «БАЙДА», крайовий організатор «МАКСИМ». «МАКСИМ» зібрав їх в одну хату, перевірів документи у західняків, частину з них замінив, сказав промову і про конкретні задачі, після переходу фронту від місця дислокацій загону і про роботу в тилу «Красной Армії». Після цього весь загін роз'їхався хто-куди. Шквира, МАНДРАЙЧУК та інші стрільці проживаючі в Голованівському, Грушківському районах та ін. пішли додому.

«МАКСИМ» перед членами ОУН і УПА в період їх життя при Советській владі ставив наступні задачі:

1. Зберегти себе в період переходу фронту.
2. Збирати зброю, обмундирування в період переходу фронту, щоб потім, коли при Советській владі – спалахне повстання, все було у кожного бійця.
3. У період мобілізації в «Красную Армію», кожен стрілок повинен піти з ціллю розкладання бійців РККА, шляхом агітації проти керівників «правительства и партии».
4. Входити в керівні советські партійні органи.

Згідно виписки із виписки протоколу допиту в м. Грушці звинувачуваного ЧОРНОБАЯ Остапа Павловича від 19 серпня 1944 р. він повідомив, що кінцевою ціллю Української повстанчої армії, як і всієї організації українських націоналістів, являється збройна повстанча боротьба українського народу з Советською владою за створення «Української Самостійної Держави» (УССД), під лозунгом «Свобода народів, свобода людині». Задачі УПА – велике залучення в ряди УПА молоді України, збір озброєння і продуктів харчування для остаточної перемоги за створення «УССД». Загоном «СТАЛЕВОГО» за період перебування його там і оперувало в той час в основному в Голочанських лісах, Голованівського району, Одеської області і Погорілівському лісі, Уманського району, Київської області, а тепер по селах Грушківського району, Одеської області і Погорілівському лісі, Уманського району, Київської області, а також по селах Грушківського району, Одеської області в Ладигенському районі, Київської області – практично зроблено таке:

1. При кожному переході села, байдуже якого р-ну члени загону проводили серед жителів агітаційно-роз'яснювальну роботу з врученням націоналістичної літератури і листівок, з ціллю залучення населення і виклику у них симпатій до загону УПА.

2. З цією ж ціллю деякі члени загону УПА (прізвищ не пам'ятає) направлялись командиром загону «СТАЛЕВИМ» в партизанські загоони, діяли в Вінницьких лісах, де проводили розклад «красних» партизанів і робили їх перевербівку на наш бік УПА. Точну кількість перейшлих «красних» партизанів на бік УПА він не згадав, але знає, що такі факти мали місце.

3. Керівний склад загону УПА продовжував поставку зброї і боєприпасів для загону, база озброєння котрого знаходилась в одному з Уманських сіл (точну назву не знає), бо «БАЙДА» неодноразово казав, що зброя, як наприклад, «нагани», котрі він доставив «СТАЛЕВОМУ» для роздачі, були привезені з Уманського району. Одночасно знову таки зі слів «БАЙДИ» він міг судити, що в м. Умані була в дії і база продовольства загону «СТАЛЕВОГО», так як «БАЙДА» неодноразово доставляв їм звідти мило, перчатки та ін. види обмундирування і продовольства.

Згідно з допитом Масного в м. Одесі від 8 червня 1948 р. він у кінці грудня 1943 року знаходився на хуторі на відстані 800 метрів від села Текучої, туди він привозив Хоменка до двоюрідного брата, там зустрічав сестер Тютюник Надію і Марію, а також і Петра Шквиру, котрий хотів женитися на одній із сестер Тютюник. Шквиру Петра він знав по роботі в Лебединській агрошколі в період окупації.

Згідно з показаннями Масного на суді 16 липня 1948 р. по справі №00162 в м. Одесі, в с. Текучій він ніколи не ночував, правда, через це село він проїздив 2-3 рази – возив директора агрошколи в Умань. Шквири він знає, 2 січня 1943 року він в селі Текучій з ним зустрічався, але куди він подівся він не знає.

Згідно з показаннями Мандрійчука на суді 16 липня 1948 р. по справі № 00162 в м. Одесі, Масного він запізнав з 1943 року. Масний в агрошколі працював їзовим, а він навчався в цій школі. Але потім, коли німці дізнались, що ця школа складається з членів «УПА», так її розігнали. Мандрійчук пішов із агрошколи, а Масний залишався працювати їзовим. В першій половині січня (С.Н.) 1944 року

Мандрійчук зустрівся з Масним в загоні «УПА» (українська повстанча армія). Мандрійчук теж був в загоні «УПА». Коли Мандрійчук вступив в загін «УПА», то Масний уже був в цьому загоні. Мандрійчук в цьому загоні був всього 6 днів. Тимчасово загонем «УПА» командував Чорнота. Цей загін мав ціллю вести боротьбу проти німців і проти Советської влади «За Самостійну Україну». Мандрійчук був засуджений Військовим трибуналом Військ МВД за участь в загоні «УПА» до 10 років «ИТЛ» 19 січня 1948 року. Мандрійчук стверджував, що разом з Масним перебував в загоні «УПА». Мандрійчук в агрошколі навчався з лютого по березень 1943 (С.Н.) року, а потім поїхав на практику. Масний в цій школі працював їзовим. Сторож школи Ковбасюк Микола розказав, що існує організація «ОУН» і Мандрійчуку і Шквирову запропонував вступити в цю організацію. Мандрійчук і Шквиров вступили в загін «УПА». Там уже був Масний. Загін «УПА» стояв на окраїні села Текучої. Знаходячись в загоні «УПА» Мандрійчук носив кличку «Мудрий», Масний мав кличку «Сокіл».

У березні 1944 року частини совітської армії увійшли в с. Троянку, і через півтора тижні Масний Голованівським РВК був призваний у совітську армію, в 110 гвардійську стрілкову дивізію, в 11-й окремих штурмовий батальйон, де був командиром взводу.

В квітні 1944 року Масний уже учасникував на фронті на території Молдавії.

Перший раз поранений був в квітні 1944 року в ногу – поранення легке. Після цього поранення потрапив у 313 стр. полк де пробув з V по X 1944 року.

Другий раз був важко поранений в жовтні 1944 року в ліву ногу під Будапештом і знаходився на лікуванні в госпіталях з жовтня 1944 р. по квітень 1945 року. Після лікування, в кінці квітня 1945 р. знову попав у 110 стрілкову гвардійську дивізію, де й прослужив до демобілізації з армії по інвалідності в кінці грудня 1945 року.

Третій раз поранений важко, осколками снаряду в голову, шию і груди. На виліковуванні лежав в госпіталі на протязі 3 місяців.

Після госпіталю Масний знову був направлений на фронт, де і пробув до дня капітуляції Німеччини. Останню участь в боях проти німців він прийняв за звільнення Праги. Після закінчення війни з Німеччиною Масного в складі попередньої його частини направили на Далекий Схід, де приймав участь в боях проти Японії. В боях проти Японії Масний приймав безпосередню участь з липня-серпня по вересень 1945 року. Із армії демобілізувався в кінці грудня 1945 року. За героїчну участь в боях з ворогом він був нагороджений орденом «красной звезды», медаллю «за победу над германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 годов», «За победу над Японией», «За взятие Будапешта», і «За освобождения Праги». Орден і медалі вилучені при обшуку органами МГБ. Масний являється інвалідом «Отечественной войны».

Після демобілізації з армії поїхав до себе на батьківщину в с.Троянка Одеської області, і через тиждень, у січні 1946 року прибув у м. Вінницю і вступив на І-й курс Вінницького Медінституту. Одночасно працював на посаді фельдшера на кафедрі судової медицини і госпітальної хірургії.

Згідно з випискою з протоколу допиту в м. Одеса звинувачуваного Ковалю Петра Саввовича від 22 листопада 1947 р. він дав покази, що за час свого знаходження в антисовітській організації українських націоналістів з березня 1943 року під псевдонімом «Сірко» з членів даної організації йому відомі такі:

1. Чорнобай Остап Павлович, українець і колишній житель с. Розношинці (Розношенське), Грушківського району, в період окупації разом з ним займався в Межирицькій агрошколі. Про приналежність Чорнобая до ОУН Ковалю стало відомо в кінці лютого чи напочатку березня 1943 року, коли Чорнобай став давати Ковалю читати антисовітську націоналістичну літературу, а потім залучив його в дану організацію.

2. Коваль Андрій Петрович, вік 26 років, уродженець і колишній житель села Розділ, в період окупації працював у хазяйстві свого батька. Про його приналежність до ОУН Петру Ковалю стало відомо в березні 1943 року коли він установив з ним діловий зв'язок, як з членом ОУН і давав завдання по проведенню роботи. В ОУН Андрій Коваль займав керівне становище. У Петра Ковалю в домі була влаштована ним в період окупації конспіративна квартира на котрій Андрій Коваль здійснював зустрічі з членами ОУН. Зокрема він в домі Петра Ковалю здійснював зустрічі з провідником УПА по кличці «Чорнота», керівним працівником ОУН по кличці «Байда», потім Андрій Коваль мав три чи чотири зустрічі з невідомими Петру Ковалю особами. З наближенням лінії фронту Коваль Андрій забрав у Петра Ковалю збережуваний його пістолет системи «ТТ» і пішов в УПА, чув, що Коваль Андрій убитий бійцями винищувального батальйону на території Голованівського району.

3. Масний Олександр, вік 26 років, в період окупації Петро Коваль з ним бачився в агрошколі села Лебединка, де мав діловий зв'язок з Ковалем Андрієм Петровичем по псевдоніму «Голуб». В період 1946–1947 навчальних років Масний навчався в Вінницькому медінституті, де Петро Коваль з ним мав бесіду, під час котрої нагадав йому про те, що бачив його в агрошколі і нагадав про зброю, що він мав «Наган», незабаром після цього Масний невідомо куди виїхав.

Згідно з копією від 31 травня 1948 р. з довідки Роздільської сільради від 18 січня 1948 р. Коваль Андрій Петрович був розстріляний літом 1944 року бійцями винищувального батальйону.

Згідно з випискою з протоколу допиту в м. Одесі звинувачуваного Ковалю Петра Саввовича від 10 грудня 1947 р. він показав, що після звільнення Голованівського р-ну від німецьких військ він мав одну зустріч з КОВАЛЕМ Андрійом, під час котрої той пропонував Петру Ковалю ухилитися від призову в Советську Армію і перейти на нелегальне становище з ціллю продовжувати антисоветську націоналістичну роботу в ОУН, але Петро Коваль цієї пропозиції не виконав, 23-го березня 1944 року пішов служити в Советську Армію. Знаходячись на службі в Советській Армії Петро Коваль періодично мав зустрічі з членом ОУН КОРОПОМ Карпом Івановичем по кличці «БІДНИЙ», так як служив у одному полку. Після демобілізації з рядів Советської Армії знаходячись на навчанні в Вінницькому медичному інституті, де також навчався КОРОП Карпо, то продовжував з ним мати зустрічі. Крім того там же в інституті Петро Коваль зустрічався з членом ОУН Масним (МОСТНИМ) Олександром, де з ним мав одну бесіду про минулу роботу в ОУН.

Згідно з протоколом допиту в м. Одеса засудженого Ковалю Петра Саввовича від 29 травня 1948 р. він дав покази, що він навчався в агрошколі в період окупації Голованівського району, але не в селі Лебединка, а в селі Межирічка, після, як із села Межирічка агрошкола була переведена в село Лебединка він уже не навчався. Приблизно в грудні 1943 року Петро Коваль уже являючись членом організації українських націоналістів на пропозицію Ковалю Андрія котрий його завербував у цю організацію возив його – Ковалю Андрія в агрошколу села Лебединка для роботи серед членів організації українських націоналістів. Коли вони приїхали в школу, то Коваль Андрій від нього кудись пішов, а він зайшов в одну з кімнат агрошколи села Лебединка, там він побачив людину приблизно 1921 року народження чи на рік молодше, яка стояла біля вікна і оглядала револьвер системи «Наган», потім незабаром при вході Петра Ковалю в кімнату у цієї людини трапився постріл із револьвера, тоді ж він дізнався, що ця людина була на прізвище Масний, по тому, що він приїздив з членом ОУН Ковалем Андрійом в агрошколу села Лебединка для роботи серед членів ОУН цієї школи і з того, що німці врешті розігнали цю школу виявивши там організацію українських націоналістів він зрозумів, що Масний являвся членом ОУН. Крім того, про приналежність Масного до організації українських націоналістів йому стало відомо з того, що знаходячись у Вінницькому медінституті в 1946–1947 році він там зустрів Масного і сказав йому, що він його знає з Лебединської Агрошколи розказавши йому при цьому випадок з револьвером. Масний після цього видно занепокоївся, але підтвердив, що був насправді такий випадок з пострілом з револьвера. У січні 1947 року Петро Коваль із Вінницького медінституту під час зимових канікул їздив до себе додому в село Розділ Голованівського району і повертаючись у кінці січня 1947 року в медінститут м. Вінниці він зустрівся з Масним і Коропом Карпом на вокзалі Гайворон, там йому Масний сказав, що коли він був удома в селі Троянка, то дізнався, що його переслідують органи МГБ, про це, тобто про те, що Петро Коваль знає Масного, як члена ОУН і що Масного переслідують органи МГБ він розповів їхалому разом з ним у Вінницький медінститут Коропу Карпу.

Згідно з першим допитом Масного в м. Чернівцях 27 лютого 1948 р. він на початку лютого 1947 року, під час зимових канікул, поїхав додому, і за порадою матері вирішив перевестись у м. Одесу, щоб бути ближче до рідних. В Одеський Медінститут йому не вдалось добитися перевodu бо не було місць, і він вирішив перевестись у м. Чернівці, куди прибув 10-го чи 11-го лютого 1947 року, і вступив на I-й курс Чернівецького Медінституту, де й навчається будучи студентом II-го курсу.

Згідно з другим допитом Масного в м. Одесі 8 червня 1948 р. він із м. Вінниці на канікули виїхав приблизно 28 січня 1947 року і був у с. Троянці до 6 лютого 1947 року, потім знову повернувся з села Троянки в м. Вінницю, звідки знову виїхав у м. Одесу для влаштування в медінститут приблизно 9 лютого 1947 року, пробувши в м. Одесі один день і, дізнавшись, що в медінститут не приймають, на наступний день виїхав у м. Чернівці, куди прибув приблизно 14-15 лютого 1947 року. По дорозі в м. Чернівці зупинявся в м. Кишеневі, де не сподобалось залишитися на навчання, бо був поганий гуртожиток.

Згідно з показаннями Петра Ковалю і Карпа Коропа Масний переїхав з Вінницького медінституту боячись викриття в приналежності до ОУН.

Згідно з протоколом допиту звинувачуваного КОРОПА Карпа Івановича від 22 грудня 1947 року, який знав Масного (МОСТНОГО) Олександра Івановича як студента Вінницького Медичного інституту, де той навчався з вересня 1946 року по лютий 1947 р. Про те, що Масний являвся членом антисоветської організації українських націоналістів, йому відомо зі слів члена ОУН КОВАЛЯ Петра Саввовича. З його ж слів ще відомо, що Масний розшукується органами МГБ з ціллю арешту, в зв'язку з чим він міняв місця проживання і, зокрема, із-за цього в лютому 1947 р. покинув навчання у Вінницькому медичному інституті і виїхав, начебто в м. Чернівці. Під час зимових канікул у лютому 1947 р. при поверненні з с. Розділ, Голованівського р-ну в Вінницький інститут, на станції Гайворон КОВАЛЬ

Петро зустрівся з невідомим для КОРОПА молодим хлопцем, з котрим познайомив його, як зі студентом, хоча до цього КОРОП Масного зустрічав у медінституті, але не знав, що прізвище його Масний (МОСТНИЙ) і родом він з Голованівського р-ну. По дорозі КОРОПУ КОВАЛЬ повідомив, що Масного (МОСТНОГО) він знає в період окупації, як члена ОУН, і що Масний за приналежність до ОУН розшукується органами МГБ, про що йому розповів сам Масний (МОСТНИЙ). Причому КОРОП до цього декілька разів бачив КОВАЛЯ з Масним (МОСТНИМ) у Вінницькому медінституті. Коли повернулись у Вінницю, то Масний (МОСТНИЙ) більше не став займатися в даному інституті, а взяв розрахунок і виїхав невідомо куди.

В подальшому серед студентів поширились чутки, що Масний знаходиться в м. Чернівцях, звідки одній дівчині начебто він прислав листа.

Масний одночасно з навчанням у медінституті працює фельдшером, при хірургічній клініці обласної лікарні, читає лекції призовникам при міськвійсскоматі по дисциплінах: гігієна і Г.С.О.

До призова Масного в Советську армію він в м. Вінниця ніколи не був.

В момент демобілізації Масного з армії йому лікар їхньої частини порадив поступити в Вінницький медінститут. В Вінницькому інституті Масний навчався всього 1 рік, а потім переїхав в Чернівецький медінститут. Знаходячись в інституті м. Вінниця, Масний зустрічався з одним студентом з агрошколи.

Гарнізонна комісія визнала Масного інвалідом «Отечественной войны».

До арешту по пенсійній книжці Масний отримував по 250 рублів щомісячно.

Олександр Масний листувався з ОУНівцем Підлубним, який переховувався від емгебістів аж на Росії у далекосхідному м. Іркутськ (востаннє восени 1947 р. з м. Чернівці).

Внаслідок поразки у змаганнях за волю України Масний переховувався подалі від місць своїх бойових дій, забрався аж у далекі Чернівці, сподіваючись, очевидно, що на нього, як на східняка, не звернуть увагу всюдисущі емгебісти (кагебісти).

Покази про діяльність МАСНОГО надали члени ОУН ЧОРНОБАЙ Остап Павлович, КОВАЛЬ Петро Савович, МАНДРІЙЧУК Олександр Данилович та свідки БЕРЛОВСЬКИЙ Іван Ничипорович, ПІДЛУБНИЙ Матвій Васильович і ШКУРОВСЬКИЙ Павло Маркович.

МАСНИЙ в с. Троянка 1948 р. не з'являвся.

Постанову (на арешт), яку за згодою Нач.4-го відділу УМГБ Одеської обл. майора БОРИСЕНКА та Нач. Слід. відділу УМГБ підполковника КОМПАНІЙЦЯ (КОМПАНЄЙЦА), виписав начальник Голованівського РВ МГБ Одеської області МГБ УСССР Старший лейтенант ФЕДУЛКІН, 5 ІІ 1948 р. затвердив Нач. УМГБ Одеської обл. полковник Коновал, та 6 лютого 1948 р. санкціонував Прокурор Військ МВД Одеської області.

Затримало Масного 26.02.1948 року УМГБ Чернівецької області. На час затримання освіта незакінчена вища, студент медінституту, безпартійний, мешкав у м. Чернівці, вул. Червоноармійська, буд. № 7, гуртожиток медінституту, кімн. 44.

Звинувачувався у членстві в ОУН та УПА, розповсюдженні української націоналістичної літератури та агітації за вступ до загону УПА.

Він мав настільки сталеву волю, що не видав нікого зі своїх побратимів, і лише уривчасті свідчення інших учасників українського визвольного змагу тих буремних часів проливають деяке світло на його героїчний чин.

23 червня 1948 року заступник начальника УМГБ по Одеській обл. полковник ГАВРИШ СЕКРЕТНО затвердив «ПОСТАНОВУ (про направлення в особливий табір МВД ССРСР)», де зазначено, що ст.слідчий Слідвідділу УМГБ по Одеській області – ст. лейтенант ЗІНЧЕНКО, розглянувши слідчу справу № 4465 по звинуваченню МАСНОГО Олександра Івановича в злочинах, передбачених ст.ст. 54-І «б» і 54-ІІ КК УСССР – по «окраске» «НАЦИОНАЛИСТ», – ЗНАЙШОВ: МАСНИЙ арештований 26 лютого 1948 року УМГБ Голованівським РО МГБ Одеської області. Розслідуванням по справі встановлено, що МАСНИЙ, знаходячись на службі в Советській Армії, і будучи полоненим військами супротивника, в 1942 році прибув до себе додому на тимчасово окуповану ворогом територію, села Троянка, Голованівського району, перебував в антисоветській організації ОУН-УПА, розповсюджував серед мешканців села антисоветські листівки націоналістичного характеру, проводив агітацію із закликом вступати в загони «УПА» для боротьби проти Советської влади, за створення т.зв. Самостійної («Самойтисной» – так у тексті слідсправи – С.Н.) України. ПОСТАНОВИВ: МАСНОГО Олександра Івановича, після засудження військовим трибуналом, направити для відбуття строку покарання в особливий табір МВД ССРСР.

Без огляду на його стоїчні заперечення він все одно був засуджений 16.07.1948 р. Військовим трибуналом Одеського військового округу до 15 років ув'язнення з позбавленням прав на 5 років та конфіскацією усього належного йому майна.

16 липня 1948 р. по справі № 00162 під грифом «Сов.Секретно» Військовий Трибунал Одеського Військового Округу в закритому судовому засіданні в м. Одесі в складі: Головуючого – полковника юстиції Павловського. Членів – старшого лейтенанта Петкова і старшого лейтенанта медичної служби Борисова, при секретарі лейтенанті Новаківському з участю пом. Військового прокурора Одеського Військового Округу полковника юстиції Сушка і адвоката Юріш, розглянули справу звинуваченню Масного Олександра Івановича по ст.ст. 54-I «б» і 54-II КК УССР провели своє судилище. З'явилися в суд свідки Берловський Іван Ничипорович, Підлубний Матвій Васильович, Шкуровський Павло Маркович і Масна Євдокія Григорівна, вона ж по дівочому прізвищу – Шкуровська. Доставлений під конвоєм в якості свідка засуджений Мондрійчук О.Д. Не з'явився в суд свідок Титаренко, оскільки про нього з 1943 року немає ніяких звісток. Після стандартної процедури головуючий оголосив свій вирок.

Тобто 16 липня 1948 року «Іменем Союзу Советських Соціалістичних Республік» Військовий Трибунал Одеського Військового Округу присудив: Масного Олександра Івановича заключити в виправно-трудова табори строком на п'ятнадцять (15) років, з поразкою в правах по п.п. «а» і «б» ст.29 КК УССР строком на п'ять (5) років, з конфіскацією всього особисто приналежного йому майна і з позбавленням його медалей «за победу над Германией» і «за победу над Японией».

Його реабілітували лише 29.07.1994 року після відновлення вкотре втраченої Незалежності України рутинно і посмертно.

Коментарі тут, як кажуть, зайві! У особливих табори скеровують лише особливих! МАСНИЙ був особливий, бо нікого не видав з українських патріотів і заперечував усе до кінця. Його кати й покарали на 15 років особливих таборів, а не на 10, як, приміром, Мандрійчука та деяких інших. Вічна слава героям тих днів, які боролись, а деякі з них навіть бились зі зброєю в руках за волю і славу нашої Вітчизни.

Література

1. ДЕЛО № 4465. По обвинению Масного А.И. Начато 26 февраля 1948 г. в 1 томах. Окончено 23 июня 1948 г. Том № 1. Архив №10718. 25 1321дА4. 4268 – I.
2. Нечай С. Межирічка 1942–1943 років. Київ : Видавництво імені Олени Теліги, 2010. 32 с.

STUDENT OF THE VINNYCJA MEDICAL INSTITUTE IN THE RANKS OF THE UPA

Nechaj S.V.

Historical and Terminological Commission of the Ukrainian Medical Association (UMA),
Archive of the World Federation of Ukrainian Medical Associations (WFUMA)

The article analyzes archival evidence of participants in the armed resistance of Ukrainian patriots against the German and Russian occupiers on Ukrainian land during the period of the Second World War on the example of a student of the Vinnycja Medical Institute according to the investigative case of the repressive bodies of the USSR.

Key words: Vinnycja Medical Institute, World War II, Ukrainian Insurgent Army, UPA, freedom, independence, struggle, survival, Russian world.

УДК 378:004

DOI <https://doi.org/10.32782/umv-2023.1.9>

SOFT SKILLS: МОДНИЙ ТРЕНД ЧИ ВИМОГА ЧАСУ

Петренко Н.В.

кандидат медичних наук,

доцент кафедри акушерства та гінекології № 2

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

<https://orcid.org/0000-0003-1780-6951>

<https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57193637822>

Мазур П.Є.

кандидат медичних наук, директор

Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського

Сучасний світ вимагає запровадження нових підходів до якісної медичної освіти. Це зумовлено зміною ролей ключових гравців, якими є нове покоління студентів, новий образ педагога, що сприяє зміні їхніх взаємовідносин. Реалізація інтерактивного навчання з використанням симуляційних технологій сприяє формуванню компетентностей завдяки реалізації циклу Колба та рефлексії. У результаті такої взаємодії студент не лише отримує академічні знання та базові практичні навички (hard skills), а й низку нефармацевтичних компетентностей (soft skills), які є запорукою успішної реалізації медичної кар'єри.

Ключові слова: hard skills, soft skills, компетентність, студент, Z-покоління, симуляційне навчання, цикл Колба, рефлексія.

Тенденції сучасного світу диктують нові вимоги до працівника, який би був конкурентоспроможним на ринку праці. Досвід показує, що одного лише вміння якісно виконувати маніпуляцію чи навичку недостатньо, щоб отримати високооплачувану роботу. Натомість гарні манери, оптимізм, здоровий глузд, почуття гумору, співпереживання, здатність креативно мислити, бути адаптивним і гнучким, вміння комунікувати, співпрацювати і вести переговори, робота з певним програмним забезпеченням та Інтернет-ресурсами є очевидними перевагами у виборі кандидата на певне місце роботи.

В історичному плані про soft skills, чи м'які навички, уперше заговорили в 1960–1970-х роках. Спочатку наявність таких навичок і вмінь вимагали у менеджерів і керівників, але починаючи з кінця ХХ ст. великі корпорації стали звертати увагу на їх наявність у працівників усіх рівнів і посад.

Зазвичай під поняттям hard skills, чи технічними навичками, розуміють технічні вміння і навички, характерні для певної професії, здатність виконувати конкретні завдання у певній сфері діяльності, як правило, рівень оволодіння ними можна оцінити тестами, екзаменом.

Визначення поняття soft skills базується на оглядовій літературі, пояснює м'які навички як парасольковий термін для навичок за трьома ключовими функціональними елементами: навички людей, соціальні навички та особисті кар'єрні ознаки. Тобто це соціально-психологічні характеристики, необхідні для досягнення успіху в різних сферах особистого та професійного життя, які дають змогу оптимально співпрацювати з іншими та досягти взаєморозуміння, швидко адаптуватися до нових умов, змінювати сферу діяльності, вирішувати нестандартні завдання. Але на відміну від професійних компетентностей, якими є технічні навички, нетехнічні навички важко відслідкувати, перевірити, виміряти та оцінити.

Тому в реаліях сьогодення жорсткі навички (hard skills), якими є академічна освіта, є необхідними для отримання високооплачуваної роботи чи посади, тоді як soft skills потрібні, щоб зберегти її, забезпечити кар'єрний ріст чи створити власну компанію.

Світовий економічний форум у жовтні 2020 р. оприлюднив черговий список навичок, важливих для успіху в майбутньому (2025 р.). Саме такі компетентності, на думку експертів, сприятимуть подові успішної кар'єри в майбутньому.

Таблиця 1

ТОП-10 навичок, які будуть потрібні для роботи через п'ять років (Світовий економічний форум)

| 2015 | 2020 | 2025 |
|----------------------------|----------------------------|--|
| вирішення складних проблем | вирішення складних проблем | аналітичне мислення та інновації |
| взаємодія з іншими | критичне мислення | активне навчання та навчальні стратегії |
| управління людьми | творчість | комплексне вирішення проблем |
| критичне мислення | управління людьми | критичне мислення та аналіз |
| ведення переговорів | взаємодія з іншими | креативність, оригінальність та ініціативність |
| контроль якості | емоційний інтелект | лідерство та соціальний вплив |
| орієнтація на послуги | оцінка та прийняття рішень | використання технологій, моніторинг та контроль |
| оцінка та прийняття рішень | орієнтація на сервіс | дизайн технологій та програмування |
| активне слухання | ведення переговорів | стресостійкість та гнучкість |
| творчість | когнітивна гнучкість | уміння аргументувати погляди, вирішувати проблеми та генерувати ідеї |

Порівнюючи з версією аналогічного переліку на 2020 та 2015 рр., у списку незмінно залишилося вирішення проблем. Натомість до критичного мислення додано аналіз, до креативності – оригінальність та ініціативність. Водночас з'явилися зовсім нові навички: активне навчання та навчальні стратегії, витривалість, стресостійкість та гнучкість, використання, моніторинг і контроль технологій, а також проектування технологій та програмування. На думку експертів, до 2025 р. 50% усіх працівників потребуватимуть перекваліфікації через зростання впровадження технологій. Таке перенавчання здійснюватиметься внутрішніми силами, при цьому частка онлайн-навчання становитиме 16%, а навчання із залученням зовнішніх консультантів – 11%.

Чимало медичних асоціацій теж звертають увагу на додаткові навички, потрібні для успішної кар'єри в медичній практиці. До необхідних медичних soft skills належать:

1. Лідерство
2. Чітке спілкування
3. Емпатія
4. Управління стресом
5. Сильна робоча етика
6. Покірність
7. Увага до деталей
8. Упевненість у своїх навичках
9. Сприйнятливий ставлення
10. Позитивний прогноз

З іншого боку, важливою є думка кінцевого споживача надаваних послуг, яким у медичній сфері є пацієнт. За даними літератури, 73,6% опитаних указали на кваліфікацію як першочергове правило вибору лікаря, а 48% – на комунікацію. Під час оцінки хорошого лікаря за коефіцієнтом Кріпендорфа (Krippendorff's coefficient) 64,3% респондентів вибрали кваліфікацію, 34,1% – етику, а 26,2% – спілкування.

Отже, основним завданням вищої медичної школи є підготовка висококваліфікованого фахівця, який буде конкурентоспроможний на ринку праці. А це означає, що кінцевий споживач послуг, яким є студент, окрім академічних знань повинен отримати низку інших компетенцій, які допоможуть йому в реалізації його професійної діяльності в майбутньому.

Здобуття освіти є поєднанням трьох основних компонентів, а саме: споживач послуг (студент), надавач послуг (викладач) та їх взаємодія (процес навчання).

Сьогоднішні студенти належать до покоління Z, чий світогляд формувався в умовах великої глобалізації, постмодернізму та мобільних технологій. Ці люди спочатку навчилися увімкнути комп'ютер та відкрити улюблену гру, а потім говорити. Вони прагнуть до всього нового та невідомого, обоюють вирішувати складні завдання. Вони люблять учитися, швидко засвоюють нові знання, є багатозадачними та креативними, мають широкий, але водночас поверхневий кругозір. Вони не бачать сенсу навчатися у школі чи університеті та не отримують базових знань та навичок. Це люди, які з технологіями на «ти», проте не знають, що таке командна робота. Вони не самостійні і постійно потребують, аби хтось

указував, чим вони мають займатися, проте, їх не можна примусити до будь-чого. Для цих молодих людей надважливим є емоційне забарвлення їхнього життя, причому важливими є як їхні емоції, так і ті емоції, які викликають їхні дії у оточуючих.

Іншою ключовою фігурою освітнього процесу є викладач, тому політика забезпечення якості підготовки студентів починається з формування викладацького складу. Сучасна система вищої освіти формує новий образ педагога як консультанта, соратника, вихователя, керівника проєктів, комунікатора, дослідника, інноватора.

Як важливий результат навчання поряд із професійними компетенціями розглядається розвиток у студентів здібностей до комунікації, лідерства, кооперації, вибудовування відносин, формування командних, публічних навичок, умінь презентувати свої ідеї, прийняти рішення, креативно вирішити відкриті завдання, у тому числі соціального плану.

Зміна ролей ключових гравців на ринку освіти створює умови для зміни їх взаємодії. Сьогодні заклади вищої освіти переходять від трансляційної (лекційно-семінарської) моделі до інтегрованої, що включає проєктування, розбір кейсів і практичні заняття, які передбачають використання симуляторів (манекенів, тренажерів) для відпрацювання практичних і комунікативних навичок. Одним з ефективних способів навчання, широко використовуваних для формування комунікативних і професійних умінь студентів, є інтерактивні симуляційні технології, що моделюють реальну професійну діяльність. Відпрацювання симуляційних сценаріїв та їх детальний аналіз забезпечують набуття студентами компетенцій за рахунок реалізації циклу Колба, проходячи такі етапи:

- отримання безпосереднього досвіду;
- спостереження, під час якого студент обмірковує те, що він тільки що дізнався;
- осмислення нових знань, їх теоретичне обґрунтування, його аналіз (організоване осмислення);
- експериментальна перевірка нових знань та самостійне застосування їх у практиці.

Згідно із циклом Колба, студент, який починає виконувати симуляційний сценарій, повинен мати деякий досвід (теоретичні знання та певні навички, набуті під час базової медичної практики), виконуючи завдання, він думає, аналізує власний досвід, у результаті чого в нього формуються абстрактні концепції та моделі, які випливають з існуючої та отриманої інформації (унаслідок аналізу досвіду), та новий досвід, нові ідеї, встановлюються нові взаємозв'язки, додається нова інформація, а після цього він експериментально перевіряє ефективність нової моделі (вмінь) і отримує новий досвід (компетенцію). Таким чином цикл замикається і переходить на вищий рівень, коли теоретичні знання трансформувалися у практичні вміння, які застосовуються у відповідній ситуації.

В основі формування компетентностей під час застосування симуляційного навчання лежить рефлексія – унікальна здатність людської свідомості в процесі сприйняття діяльності сприймати саму себе, унаслідок чого людська свідомість постає як самосвідомість. Під час відпрацювання симуляційних сценаріїв має місце рефлексія під час дії, тобто сприйняття того, що відбувається під час відпрацювання сценарію (прийняття рішень, почуття, взаємодії) та рефлексія після дії, тобто сприйняття того, що відбулося (отримання нової інформації, емоцій, досвіду, навичок (компетентностей)).

Таким чином, баланс між *hard* і *soft skills* є шляхом до успіху для успішної реалізації себе в професії.

Література

1. Winkel A.F., Yingling S., Jones A.-A., Nicholson J. (2017) Reflection as a Learning Tool in Graduate Medical Education: A Systematic Review. *J Grad Med Educ*, Aug; 9(4): 430–439. DOI: 10.4300/JGME-D-16-00500.1.
2. Meyer E.G., Battista A., Sommerfeldt J.M., West J.C., Hamaoka D., Cozza K.L. (2020) Experiential Learning Cycles as an Effective Means for Teaching Psychiatric Clinical Skills via Repeated Simulation in the Psychiatry Clerkship. *Acad Psychiatry*, Nov 10: 1–9. DOI: 10.1007/s40596-020-01340-8.
3. Aoun M., Sleilaty G., Jaoude S.A., Chelala D., Moussa R. (2019) How do Lebanese patients perceive the ideal doctor based on the CanMEDS competency framework? *BMC Medical Education*, 19: 399. DOI: org/10.1186/s12909-019-1837-y.
4. Benítez-Márquez M.D., Sánchez-Teba E.M., Bermúdez-González G., Núñez-Rydman E.S. (2022) Generation Z Within the Workforce and in the Workplace: A Bibliometric Analysis. *Frontiers in psychology*, volume 12: 1–16. DOI: ORG/10.3389/FPSYG.2021.736820.
5. Agha S. (2019) Effect of simulation based education for learning in Medical Students: A mixed study method. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 69(4): 545–549. PMID: 31000861.

SOFT SKILLS: FASHION TREND OR TIME DEMAND

Petrenko N.V.

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

Mazur P.Ye.

Kremenets Medical College named after Arsen Richynsky

The modern world requires the introduction of new approaches to quality medical education. This is due to the changing roles of key players, which are a new generation of students, a new image of the teacher, which accordingly contributes to changing their relationships. The implementation of interactive learning with the use of simulation technologies contributes to the formation of competencies through the implementation of the Kolb cycle and reflection. As a result of such interaction, the student not only acquires academic knowledge and basic practical skills (hard skills), but also a number of non-professional competencies (soft skills), which are the key to a successful medical career.

Key words: hard skills, soft skills, competence, student, Z-generation, simulation training, Kolb's cycle, reflection.

ПРОБЛЕМИ І ВИКЛИКИ МЕДИЦИНИ БОЛЮ В УКРАЇНІ У 2022 РОЦІ

Романенко В.І.

кандидат медичних наук,

науковий координатор

Українська асоціація з вивчення болю,

консультант по неврології

Медичний центр «Віта-Медікал», м. Київ

У статті акцентується увага на зростаючій актуальності проблеми хронічного болю у всьому світі, наводяться дані про її розповсюдженість, навантаження на системи охорони здоров'я та рівень пов'язаних економічних витрат у різних країнах світу, висвітлюється місце хронічного болю у новій Міжнародній класифікації хвороб II перегляду, дається обґрунтування хронічного болю як окремого самостійного захворювання, аналізуються основні проблеми ефективного управління болем у світі та Україні, пропонуються конкретні кроки для їх вирішення.

Ключові слова: біль, хронічний біль, медицина болю, опіоїди, МКХ-11.

Біль є однією з найчастіших причин звернення пацієнтів за медичною допомогою (Mäntyselkä P., 2001). Хоча найвищий рівень смертності спостерігається при таких захворюваннях, як інфаркт міокарда, інсульт, інфекційні захворювання, рак та діабет, хронічний біль є основним джерелом людських страждань та інвалідності (Goldberg D.S., 2011). Сам біль, а також багато захворювань, пов'язаних із хронічним болем, не загрожують життю одразу, люди продовжують жити зі своїм болем, тому така ситуація сприяє «тихому» розповсюдженню захворювання у всьому світі. (Breivik H., 2006). У дослідженні Global Burden of Disease оцінювали кількість років, прожитих з інвалідністю (показник YLD – years lived with disability) для широкого кола захворювань і травм у 188 країнах світу (Rice A., 2016). Найбільшою причиною YLD у всьому світі був хронічний біль у попереку, за яким слідував великий депресивний розлад. Інші часті причини YLD включали хронічний біль у шії, мігрень, остеоартрит, інші порушення опорно-рухового апарату та головний біль через надмірне вживання ліків.

Хронічний біль визначається як біль, що зберігається або триває більше трьох місяців (Treede RD, 2015). При хронічних больових синдромах біль може бути єдиною або основною скаргою і вимагає спеціального лікування та догляду. Хронічний біль є глобальною проблемою, яка має значний вплив на пацієнтів та їхні родини (через інвалідність, втрату роботи та соціальну ізоляцію), медичні служби, роботодавців та економіку в цілому (Phillips J.S., 2009). Останні оцінки свідчать про те, що в Данії, наприклад, через хронічний біль щорічно втрачається мільйон робочих днів, тоді як у Великобританії було підраховано, що тільки біль у спині коштує економіці понад 5 млрд фунтів стерлінгів на рік (Eriksen J., 2006). Подібна статистика відзначається і в інших країнах Європи: приблизні прямі та непрямі витрати на охорону здоров'я, пов'язані з хронічним болем, варіюють від 1,5% до 3% ВВП (Barham L., 2012). Щорічно це призводить до 294–441 млрд євро витрат. Це вражаюча сума. На жаль, в Україні оцінити економічні збитки сьогодні дуже важко, але можна припустити, що масштаби співвідносяться з тими, що спостерігаються в інших країнах Європи.

Розуміння того, що лікування болю є правом людини, протягом тривалого часу прийнятно сприймалося багатьма людьми, але лише у 2004 р. твердження про те, що «знеболення має бути правом людини», було визнано надзвичайно важливим. Це призвело до запуску першої Глобальної кампанії проти болю в Женеві в 2004 р., яка була ініційована Міжнародною асоціацією з вивчення болю (IASP), Європейською федерацією болю (EFIC) та Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). У 2010 р. право на адекватне знеболення як одне з основних і фундаментальних прав людини, подібне до права на доступ до базової медичної допомоги, житла та свободи слова, було закріплено в Монреальській декларації, яку підписали майже 150 міжнародних організацій.

Лікарі несуть моральну та етичну відповідальність за усунення болю, що може мати глибокі, поширені наслідки, якщо біль не лікувати адекватно. Недостатньо ефективного лікування гострого болю призводить до збільшення представленості хронічного болю. Рівень розповсюдженості хронічного болю пов'язаний зі збільшенням рівня смертності у хворих на рак, структурними та функціональними

змінами в мозку, бідністю та зниженням тривалості життя при контролі за іншими факторами (Smith D., 2014).

Останніми роками розповсюдженість хронічного болю за своїми розмірами вже почала відповідати масштабам пандемії. Так, у широко цитованому дослідженні за участю 8 781 особи було підраховано, що 55,7% дорослих у США відчували біль протягом останніх трьох місяців, при цьому 32% відчували біль кожен або майже кожен день, а 11,2% повідомляли про сильний виснажливий біль (Nahin R.L., 2015). Подібні показники поширеності відзначаються й у Великобританії, де систематичний огляд досліджень виявив, що загальний рівень поширеності хронічного болю становить 43,5%, при цьому до 14% пацієнтів страждають від помірного та сильного болю, що призводить до інвалідності (Fayaz A., 2016).

Епідемія COVID-19 призвела до ще більшого зростання розповсюдженості хронічного болю через зміну образу життя, викликану дистанційною роботою з порушенням ергономіки, хронічний емоційний стрес і тривогу, депресію, катастрофізацію болю, соціальну ізоляцію, гіподинамію, збільшення ваги, спричинене зміною харчової поведінки, та інші чинники (Clauw D.J., 2020).

Етіологія хронічного болю є складною і залежить від низки біохімічних, психосоціальних та поведінкових чинників. Дослідження показали, що поширеність хронічного болю пов'язана з низкою соціально-економічних і соціально-демографічних чинників. Старший вік, жіноча стать і низький рівень освіти мають пряму кореляцію з поширеністю хронічного болю (Dorner T.E., 2018). Саме ця складність утруднює ефективне лікування хронічного болю, оскільки багато стратегій лікування у західних країнах покладаються на використання опіоїдних анагетиків, хоча існує дуже мало досліджень, які підтверджують їх довгострокову ефективність.

У США збільшення залежності від опіоїдних анагетиків призвело до «опіоїдної епідемії», коли спостерігалось зростання рівня зловживання опіоїдами та пов'язаних із ними передозуваннями (Calcaterra S., 2013). В Україні ж ситуація діаметрально протилежна: сотні тисяч пацієнтів, які вимагають адекватного знеболення, не отримують його через занадто розвинуту опіоїдофобію.

У багатьох країнах хронічний біль розглядається як важливий пріоритет охорони здоров'я. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) нещодавно перекласифікувала в Міжнародній класифікації хвороб 11 перегляду (МКХ-11) хронічний біль як хворобу в надії, що уряди по-новому зацікавляться тим, як хронічний біль ідентифікується, оцінюється та керується (МКХ-11, 2018).

Хронічний біль при таких станах, як фіброміалгія або неспецифічний біль у попереку, можна розглядати як самостійне захворювання. У МКХ-11 така підгрупа має назву «хронічний первинний біль». У шести інших підгрупах біль є вторинною по відношенню до основного захворювання, це хронічний біль, пов'язаний із раком, хронічний невропатичний біль, хронічний вторинний вісцеральний біль, хронічний посттравматичний та післяопераційний біль, хронічний вторинний головний та орофасціальний біль та хронічний вторинний м'язово-скелетний біль (Treede R.D., 2019). Усі ці стани мають загальну назву «хронічний вторинний біль», коли принаймні спочатку біль може сприйматися як симптом іншого захворювання, а з плином часу набувати ознаки і ставати окремим самостійним захворюванням. Запровадження цих кодів у МКХ-11 з часом її впровадження в практику лікарів у різних країнах світу призведе до поліпшення класифікації та діагностичного кодування хронічного болю, що ще більше сприятиме визнанню хронічного болю як самостійного й окремого захворювання.

Однак, на жаль, велика кількість пацієнтів, що страждають від болю, у країнах, що розвиваються, у тому числі й в Україні, й досі не отримує адекватного знеболення при гострому та особливо хронічному болю. Існують різні причини цієї проблеми, які включають у себе відсутність достатньо підготовлених медичних працівників, недоступність певних ліків, особливо опіоїдів, страх перед уживанням опіоїдів, відсутність певних матеріально-технічних умов (Bond M., 2011).

Військова агресія Росії принесла чимало лиха, із наслідками якого нам ще треба буде справлятися протягом багатьох років. Серед найбільш частих і значних чинників, що відзначаються у пацієнтів із хронічним болем, можна виділити підвищення рівню стресу та тривоги, посилення депресії. Сьогодні сімейні лікарі стикаються з великою кількістю звернень, пов'язаних із болем у спині, викликаним носінням важких бронезилетів та інших видів тактичного обмундирування. Лікарі фізичної та реабілітаційної медицини вже відзначають значне зростання пацієнтів із постампутаційними фантомним болями, які важко піддаються консервативній терапії і потребують комплексної реабілітації.

Першим важливим кроком у поліпшенні допомоги пацієнтам, що страждають на гострий і хронічний біль, є забезпечення сучасної освіти як у медичних вищих навчальних закладах (ВНЗ) на додипломному й післядипломному рівні, так і під час проходження спеціалістами безперервного професійного розвитку. Це стосується не лише освіти студентів ВНЗ, інтернів, лікарів, а й медсестер, фізичних терапевтів, медичних психологів та інших медичних працівників. Опитування, проведене Міжнародною асоціацією з вивчення болю (IASP) у 2007 р., показало, що серед її членів у країнах, що розвиваються,

було дуже мало тих, хто зазначив, що вони отримали адекватну освіту в плані розуміння механізмів болю та його лікування, коли були студентами. У більшості регіонів світу менше половини студентів медичних ВНЗ пройшли навчання з медицини болю, хоча це стало важливою частиною їхньої щоденної роботи. Тому не дивно, що 91% відповів, що недостатня освіта є основною перешкодою для ефективного лікування болю в їхній роботі.

Оскільки перешкоди у доступі до адекватної знеболюючої терапії в Україні не є непереборними, їх можна вирішити, працюючи разом. Для цього треба почати з освіти, поліпшити підготовку медичних працівників, упровадити в навчальні програми всіх українських медичних ВНЗ адаптовані програми з медицини болю, розроблені Європейською федерацією болю (EFIC) та Міжнародною асоціацією з вивчення болю (IASP). Ці програми повинні стосуватися не лише навчання лікарів, а й медичних психологів та медичних сестер. Потрібно думати про введення окремої вторинної медичної спеціальності з медицини болю, яка існує у багатьох країнах Європи і світу, отримати яку можна після отримання базової первинної спеціалізації з певного переліку. Треба впровадити світові стандарти з організації міждисциплінарних центрів лікування болю, де буде впроваджено мультимодальний підхід із застосуванням фармакотерапії, міні-інвазивних процедур, фізичної та психологічної терапії. Потрібно розширити перелік доступних в Україні форм опіоїдних анагетиків, додавши до них трансбуккальні й інтраназальні форми. Треба запровадити державну програму з оплати вартості коштовних інвазивних процедур, які застосовуються для лікування резистентних до консервативної терапії випадків хронічного болю.

Якщо всі зацікавлені сторони об'єднають зусилля, ми зможемо багато чого досягти, щоб полегшити тягар болю як для окремих пацієнтів, так і для всього суспільства.

Література

1. Barham L. Economic burden of chronic pain across Europe. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*. 2012; 26.1:70–72. DOI: 10.3109/15360288.2011.650364.
2. Bond M. Pain education issues in developing countries and responses to them by the International Association for the Study of Pain. *Pain Res Manag*. 2011 Nov-Dec;16(6):404–6. DOI: 10.1155/2011/654746.
3. Breivik H., Collett B., Ventafridda V., Cohen R., Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006 May; 10(4):287–333. DOI: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009.
4. Calcaterra S., Glanz J., Binswanger I.A. National trends in pharmaceutical opioid related overdose deaths compared to other substance related overdose deaths: 1999–2009. *Drug Alcohol Depend*. 2013 Aug 1; 131(3):263–70. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2012.11.018.
5. Classification of Diseases (ICD) (2018). World Health Organization. <https://www.who.int/classifications/icd/en/>.
6. Clauw D.J., Häuser W., Cohen S.P., Fitzcharles M.A. Considering the potential for an increase in chronic pain after the COVID-19 pandemic. *Pain*. 2020 Aug; 161(8):1694–1697. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001950.
7. Dorner T.E., Stein K.V., Hahne J., Wepner F., Friedrich M., Mittendorfer-Rutz E. How are socio-demographic and psycho-social factors associated with the prevalence and chronicity of severe pain in 14 different body sites? A cross-sectional population-based survey. *Wien Klin Wochenschr*. 2018 Jan;130(1-2):14–22. DOI: 10.1007/s00508-017-1223-x.
8. Eriksen J., Sjøgren P., Bruera E., Ekholm O., Rasmussen N.K. Critical issues on opioids in chronic non-cancer pain: an epidemiological study. *Pain*. 2006 Nov; 125(1–2):172–9. DOI: 10.1016/j.pain.2006.06.009.
9. Fayaz A., Croft P., Langford R.M., Donaldson L.J., Jones G.T. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ Open*. 2016 Jun 20;6(6):e010364. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010364.
10. Goldberg D.S., McGee S.J. Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*. 2011 Oct 6;11:770. DOI: 10.1186/1471-2458-11-770.
11. International Pain Summit of the International Association for the Study of Pain (2011) Declaration of Montréal: Declaration That Access to Pain Management Is a Fundamental Human Right, *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 25:1, 29–31. DOI: 10.3109/15360288.2010.547560.
12. Mäntyselkä P., Kumpusalo E., Ahonen R., Kumpusalo A., Kauhanen J., Viinamäki H., Halonen P., Takala J. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain*. 2001 Jan; 89(2–3):175–80. DOI: 10.1016/s0304-3959(00)00361-4.
13. Nahin R.L. Estimates of pain prevalence and severity in adults: United States, 2012. *J Pain*. 2015 Aug; 16(8):769–80. DOI: 10.1016/j.jpain.2015.05.002.
14. Phillips C.J. The Cost and Burden of Chronic Pain. *Rev Pain*. 2009 Jun; 3(1):2–5. DOI: 10.1177/204946370900300102.
15. Rice A.S.C., Smith B.H., Blyth F.M. Pain and the global burden of disease. *Pain*. 2016 Apr; 157(4):791–796. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000454.

16. Smith D., Wilkie R., Uthman O., Jordan J.L., McBeth J. Chronic pain and mortality: a systematic review. *PLoS One*. 2014. Jun 5; 9(6):e99048. DOI: 10.1371/journal.pone.0099048.
17. Treede R.D., Rief W., Barke A., Aziz Q., Bennett M.I., Benoliel R., Cohen M., Evers S., Finnerup N.B., First M.B., Giamberardino M.A., Kaasa S., Kosek E., Lavand'homme P., Nicholas M., Perrot S., Scholz J., Schug S., Smith B.H., Svensson P., Vlaeyen J.W.S., Wang S.J. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015 Jun; 156(6):1003–1007. DOI: 10.1097/j.pain.000000000000160.
18. Treede R.D., Rief W., Barke A., Aziz Q., Bennett M.I., Benoliel R., Cohen M., Evers S., Finnerup N.B., First M.B., Giamberardino M.A., Kaasa S., Korwisi B., Kosek E., Lavand'homme P., Nicholas M., Perrot S., Scholz J., Schug S., Smith B.H., Svensson P., Vlaeyen J.W.S., Wang S.J. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019 Jan; 160(1):19–27. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001384.

PROBLEMS AND CHALLENGES OF PAIN MEDICINE IN UKRAINE IN 2022

Romanenko V.I.

Ukrainian Association for the Study of Pain

Vita Medical Center

The article focuses on the growing problem of chronic pain around the world, provides data on pain prevalence, burden on healthcare systems and the level of associated economic costs in different countries. Article also highlights the place of chronic pain in the new version 11 of International Classification of Diseases and justifies chronic pain as a disease in its own right. Analysis of the basic problems of effective pain management in the world and Ukraine is made and concrete steps to solve these problems are proposed.

Key words: pain, chronic pain, pain medicine, opioids, ICD-11.

КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ: ІСТОРІЯ, СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Хайтович М.В.

доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
<http://orcid.org/0000-0001-6412-3243>

Бурхливий розвиток клінічної фармакології відбувся у другій половині ХХ ст., при цьому велике значення мало те, що клінічні фармакологи усвідомили важливість метаболізму ліків у міжіндивідуальних відмінностях реакції на лікарські засоби; було розпочато вивчення генетично зумовлених особливостей їх фармакокінетики.

Нині клінічна фармакологія розглядається у трьох основних аспектах: освіта, дослідження та охорона здоров'я; питання ефективного та безпечного застосування лікарських засобів стоїть не лише перед лікарями-фармакологами, а й перед лікарями інших спеціальностей та фармацевтами.

Технологічні успіхи націлюють на перспективи розвитку пацієнт-центрованої клінічної фармакології та персоналізованої медицини. Потрібно інтегрувати зусилля різних фундаментальних та клінічних дисциплін для підготовки фахівців, які вирішуватимуть проблеми мультиморбідності та поліфармації. Серед перспективних напрямів – покращення видимості спеціальності, її клінічної та економічної цінності для охорони здоров'я у цілому та кожного громадянина.

Ключові слова: клінічна фармакологія, освіта, персоналізована медицина.

Незважаючи на впровадження в практичну медицину принципів доказової медицини, ефективність лікування соціально значимих захворювань (серцево-судинних, онкологічних, ендокринних, ревматичних, психічних, неврологічних тощо) залишається недостатньо високою, а кількість несприятливих побічних реакцій на лікарські засоби зростає. Це великою мірою пов'язано з тим, що в реальній клінічній практиці часто не враховуються індивідуальні особливості активності ферментів метаболізму та транспортерів лікарських засобів, чутливості рецепторів, існує ризик взаємодії лікарських засобів.

Значущість клінічної фармакології для галузі охорони здоров'я нині також визначається великою кількістю лікарських засобів на фармацевтичному ринку України лікарських засобів, у тому числі із сумнівною ефективністю та безпекою; генетичною варіабельністю детермінованих відповідей на лікарський засіб тощо (Коваленко В.М., Кожухов С.М., 2017). Тому залишається надзвичайно важливою роль фахівців із клінічної фармакології у забезпеченні ефективної та безпечної фармакотерапії.

Історія. Клінічна фармакологія як наукова дисципліна і медична спеціальність зародилася у ХХ ст. (Coleman J.J. et al., 2019). У 1932 р. професор медицини Боннського університету Paul Martini, який уважався батьком клінічної фармакології, опублікував невелику (69 сторінок) монографію *Methodology of Therapeutic Investigation*, у якій підсумував три роки своєї роботи професором медицини в Берліні та свій досвід наукового дослідження дії лікарських засобів і, зокрема, ввів поняття «клінічна фармакологія», описав процедури клінічних випробувань (Shelley J.H., Baur M.P., 1999; Stoll S., 2009).

Бурхливий розвиток клінічної фармакології відбувся в другій половині ХХ ст. (Burckart G.J., 2012), особливо у 1960-х і 1970-х роках. Зокрема, велике значення мало те, що клінічні фармакологи усвідомили важливість метаболізму ліків для пояснення міжіндивідуальних відмінностей у реакції на лікарські засоби. Установлено вплив інгібування та індукції метаболізму ліків, метаболітів у токсичності лікарських засобів. Вивчалися генетично зумовлені особливості метаболізму, зокрема доведено генетичну схильність до змін процесів ацетилювання ізоніазиду (Dollery C.T., 2006). Слід зазначити, що в Україні перші монографії з клінічної фармакогенетики були опубліковані професором М.П. Скакуном ще 1976 та 1981 рр.

Відтоді клінічна фармакологія почала використовуватися фахівцями з лабораторної діагностики (вивчення фармакокінетики, метаболізму лікарських засобів, фармакогенетики та фармакогеноміки тощо); фахівцями з розроблення протоколів та аналізу результатів клінічних досліджень та фармаконагляду; фахівцями, які виступають експертами з медикаментозної терапії, здійснюють практичну оцінку взаємодії лікарських засобів і побічних ефектів у конкретних пацієнтів (Burckart G.J., 2012).

У 1983 р. у закладах вищої освіти України, зокрема в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця, було запроваджено викладання навчальної дисципліни «клінічна фармакологія».

Почали функціонувати спеціалізовані вчені ради з присудження наукових ступенів за вказаною спеціальністю (Вікторів О.П., 2011).

У 1990-ті роки відбулася реструктуризація галузі охорони здоров'я та зникнення клінічних фармакологів із лікарняних палат (Burckart G.J., 2012). Ураховуючи економічну ситуацію, яка вела до нових обмежувальних економічних моделей охорони здоров'я, у 2006 р. (Breckenridge A. et al., 2006) було вирішено відмовитися від традиційної моделі державного фінансування лікарів клінічних фармакологів у лікарнях (Burckart G.J., 2012). Цим можна пояснити на певний час стагнацію і навіть занепад лікарської спеціальності «клінічна фармакологія» у Великій Британії (Aronson J.A., 2016). У цей час змінилися роль та обов'язки клінічних фармацевтів – від постачання лікарськими засобами до більш пов'язаних із клінічною діяльністю, включаючи інтерв'ю з медикаментозним анамнезом, узгодженням та оптимізацією призначення лікарських засобів, з акцентом на безпеку пацієнтів (Carter V.L., 2016; Abuelhana A. et al., 2020). Отже, фармацевти, клінічні фармацевти, оволодівши знаннями та навичками з клінічної фармакології, стали більш затребуваними як фахівці з ефективної та безпечної фармакотерапії, ніж лікарі клінічної фармакології, які, своєю чергою, свої зусилля тоді зосереджували лише на питаннях планування та оцінки результатів клінічних досліджень.

Тим не менше анкетування студентів виявило, що хоча викладання клінічної фармакології є високоякісним, але його кількість замала. Була запропонована парадигма VOICE, яка передбачала підтримку видимості (Visibility) спеціальності «клінічна фармакологія», створення її публічного іміджу та роз'яснення її привабливості для потенційних фахівців (Outreach), інтеграцію з іншими дисциплінами (Integration), охоплення занедбаних галузей (Coverage) та використання емісарів спеціальності (Emissaries), особливо молодих представників цієї дисципліни, для її популяризації як у сфері охорони здоров'я, так і загалом у суспільстві (Aronson J.A., 2016). Було наголошено на значенні клінічної фармакології для лабораторних досліджень, а нової клінічної фармації – для практики, орієнтованої на пацієнта (фармацевтична опіка). В інших аспектах, пов'язаних з отриманням нових знань та підвищенням ефективності та безпеки ліків, обидві професії (клінічна фармакологія та клінічна фармація) мають ідентичні цілі.

У деяких країнах, наприклад у Фінляндії, експертами з клінічної фармакології працювали лікарі різного фаху, вони надавали консультації з питань фармакотерапії, сприяли формуванню асортименту лікарських засобів у лікарнях, що було додатковою перевагою, якщо лікарня не мала штатного клінічного фармаколога (Ylitalo P., 2014). Клінічна фармакологічна освіта набула популярності в медичних школах Кореї, де почали проводитися дослідження у сферах фармакогеноміки, фармакометаболюміки, системної фармакології, клінічні випробування для розроблення нових лікарських засобів через співпрацю з фармацевтичною промисловістю; у лікарнях запроваджено терапевтичний лікарський моніторинг, заходи з профілактики та діагностики побічних ефектів лікарських засобів (Shin S-G. et al., 2014). У деяких країнах розвиток клінічної фармакології призвів до появи субспеціальностей, наприклад геріатричної фармакології, яка велику увагу, зокрема, приділяє профілактиці поліфармації (Sjöqvist F., 2009).

Сучасність. Сьогодні акцентують увагу на трьох основних аспектах клінічної фармакології: освіті, дослідженнях та охороні здоров'я (Gulmez S.E. et al. 2020). Інтелектуальний зміст дисципліни «Клінічна фармакологія» знаходиться у континуумі від основних принципів фармакокінетики та фармакодинаміки до проектування та проведення клінічних випробувань лікарських засобів. Фахівці, які займаються цією дисципліною, повинні мати підготовку з питань молекулярних механізмів дії та токсичності лікарських засобів, фармакоепідеміології, фармакогенетики, медичної етики, фармакології людини, а також нормативної фармакології та розроблення лікарських засобів.

Європейська асоціація клінічної фармакології та терапії (EACPT) нині має чотири активні робочі групи, які займаються питаннями освіти, регуляторної політики, клінічними дослідженнями, а також групу молодих клінічних фармакологів, яка була створена у 2015 р. з метою збільшення інтересу до клінічної фармакології для молодих лікарів і посилення її позицій поряд з іншими медичними спеціальностями (Belančić A. et al., 2022). І хоча рандомізовані клінічні дослідження залишаються «золотим стандартом» для оцінки ефективності та безпечності лікарських засобів, набувають усе більшого значення персоналізовані підходи терапії, які базуються на вивченні нових фенотипів та ендотипів захворювань, нових фармакологічних мішеней (Czacowski J-L. et al., 2022).

В Україні клінічна фармакологія існує як навчальна дисципліна, яку вивчають студенти медичних, стоматологічних та фармацевтичних факультетів, як науково-дослідницька сфера діяльності (існують умови для вивчення клінічної фармакодинаміки та фармакокінетики), як практичний напрям (діє система фармаконагляду), проводяться відповідно до світових стандартів клінічні випробування лікарських засобів та фармакоекономічні дослідження з оцінкою медичних технологій.

Слід зазначити, що в Україні студенти медичних факультетів вивчають проблемні питання клінічної фармакології лише в рамках дисципліни «Внутрішня медицина», і донедавна до ліцензованого

інтегрованого іспиту «Крок-2. Загальна лікарська підготовка» були включені тестові завдання з фармакотерапії, і малою мірою вони стосувалися персоналізації застосування лікарських засобів. Але результати анкетування студентів медичного факультету, проведеного в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця у 2021–2022 рр., продемонстрували, що 95% студентів вважають, що клінічна фармакологія важлива для їхнього подальшого професійного життя.

Підготовка фармацевтів в Україні з клінічної фармакології здійснюється на відповідних кафедрах і передбачає 150 аудиторних годин обов'язкової дисципліни «Клінічна фармація та фармацевтична опіка», оцінюється рівень готовності, у тому числі і під час складання ліцензованих інтегрованих іспитів «Крок-2. Фармація» та «Крок-2. Клінічна фармація».

На клінічних фармацевтів (провізорів) покладено основні завдання з адміністрування антимікробних препаратів (Наказ МОЗ України від 3.08.2021 № 1614), забезпечення фармакоекономічних та фармакоепідеміологічних аспектів застосування лікарських засобів (Наказ МОЗ України від 22.09.2009 № 529).

Перспективи. Технологічний успіх останньої декади націлює на перспективи пацієнт-центрованої клінічної фармакології та персоналізованої медицини (Shahin M.H. et al., 2019; von Gunten S., 2020). Упровадження принципів фармакогенетики в практичну охорону здоров'я дасть змогу підвищити ефективність фармакотерапії, знизити частоту несприятливих побічних реакцій (von Gunten S., 2020), що є економічно виправданим та у цілому зможе вплинути на демографічну ситуацію в країні. Це потребує тісної співпраці фахівців із клінічної фармакології із фахівцями з молекулярної біології. У напрямках фармакоепідеміології та фармаконагляду необхідна співпраця з епідеміологами, для адміністрування антимікробних препаратів – із клінічними мікробіологами. Здійснення терапевтичного моніторингу лікарських засобів потребує співпраці з експертами-аналітиками.

Фахівці з клінічної фармакології мають бути готовими вирішувати зростаючі проблеми мультиморбідності та поліфармації, за необхідності координуючі призначення лікарів первинної та вторинної ланок охорони здоров'я. Тому у сфері освіти велике значення має створення спільних із фахівцями фундаментальних та клінічних дисциплін навчальних курсів, наприклад з основ клінічної фармакокінетики (спільно з кафедрою біохімії), фармакогенетики (спільно з кафедрою медичної генетики), психофармакології (спільно з кафедрою психіатрії) тощо. Потрібно забезпечити включення тестових завдань із клінічної фармакології (з профілактики та діагностики побічних ефектів лікарських засобів, з оцінки ризиків взаємодії лікарських засобів при поліфармації тощо) до ліцензованого інтегрованого іспиту «Крок-2. Загальна лікарська підготовка» та об'єктивованого структурованого клінічного іспиту. У рамках безперервного професійного розвитку лікаря необхідно передбачити щорічне обов'язкове вдосконалення компетентностей із клінічної фармакології через включення актуальних питань дисципліни в різні навчаючі курси.

Серед перспективних напрямів розвитку клінічної фармакології – покращити **видимість** спеціальності, щоб підкреслити клінічну та економічну цінність, яку вона може принести галузі охорони здоров'я (Walker L., et al., 2021). Причому інформація має бути розрахована не лише на лікарів та фармацевтів, а й бути спрямована на кожного громадянина.

Література

1. Вікторов О.П. Клінічна фармакологія: головні етапи в світі та в Україні. *Раціональна фармакотерапія*. 2011. № 20(3). С. 5–16. URL: <https://rpht.com.ua/ua/archive/2011/3%2820%29/pages-5-16/klinichna-farmakologiya-golovni-etapi-v-sviti-ta-v-ukrayini>.
2. Коваленко В.Н., Кожухов С.Н. Клиническая фармакология как наука: роль в современной медицине. *Український кардіологічний журнал*. 2017. С. 11–15.
3. Наказ МОЗ України від 03.08.2021 № 1614 «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення». URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/%D0%BD%D0%B0%D0%BA%D0%B0%D0%B7.pdf>.
4. Наказ МОЗ України від 22.09.2009 № 529 «Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1003-09#Text>.
5. Abuelhana A., Ashfield L., Scott M.G., et al. (2021) Analysis of activities undertaken by ward-based clinical pharmacy technicians during patient hospital journey. *Eur J Hosp Pharm*, 28:313–319. DOI:10.1136/ejhpharm-2019-001972.
6. Aronson J.A. (2016) How a VOICE for clinical pharmacology turns into a RECIPE for its development. *Transl Clin Pharmacol*, 24(1):01–06. URL: <http://dx.doi.org/10.12793/tcp.2016.24.1.1>.
7. Belančić A., Sans-Pola C., Jouanjus E., et al. (2022) European association for clinical pharmacology and therapeutics young clinical pharmacologists working group: a cornerstone for the brighter future of clinical pharmacology. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 78:691–694.

8. Breckenridge A., Dollery C., Rawlins M., et al. (2006) The future of clinical pharmacology in the UK. *Lancet* 2006;367:1051. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68460-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68460-2).
9. Burckart G.J. (2012) Clinical pharmacology and clinical pharmacy: a marriage of necessity. *European Journal of Hospital Pharmacy*, 2012; 19(1):19–21. URL: <https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2011-000002>.
10. Carter B.L. (2016) Evolution of Clinical Pharmacy in the US and Future Directions for Patient Care. *Drugs Aging*, 33(3): 169–177. DOI: 10.1007/s40266-016-0349-2.
11. Coleman J.J., Samer C., Zeitlinger M., et al. (2019) The European Association for Clinical Pharmacology and Therapeutics – 25 years’ young and going strong. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 75:743–750. URL: <https://doi.org/10.1007/s00228-019-02690-5>.
12. Cracowski J-L., Hulot J-S., Laporte S., et al. (2022) Clinical pharmacology: Current innovations and future challenges. *Fundam Clin Pharmacol*, 36(3):456–467. DOI: 10.1111/fcp.12747.
13. Dollery C.T. (2006) Clinical pharmacology – the first 75 years and a view of the future. *Br J Clin Pharmacol*, 60(6): 650–665. DOI: 10.1111/j.1365-2125.2006.02672.x.
14. Gulmez S.E., Aydin V., Akici A. (2020) Footprints of Clinical Pharmacology in Turkey: Past, Present, and Future. *Clinical Therapeutics*, 42(2):351–362. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2019.12.014>.
15. Shahin M.H., Abdel-Rahman S., Hartman D., et al. (2019) The Patient-Centered Future of Clinical Pharmacology. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 107(1):72–75. URL: <https://doi.org/10.1002/cpt.1681>.
16. Shelley J.H., Baur M.P. (1999) Paul Martini: the first clinical pharmacologist? *The Lancet*, 353(9167):1870–1873. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)09152-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)09152-1).
17. Shin S-G. (2014) History of clinical pharmacology in Korea. *Transl Clin Pharmacol*, 22(2):43–51. URL: <http://dx.doi.org/10.12793/tcp.2014.22.2.43>.
18. Sjöqvist F. (2009) Clinical Pharmacology – current importance and future perspectives. *Klin Farmakol Farm*, 23(1):5.
19. Stoll S. (2009) Paul Martini’s Methodology of Therapeutic Investigation, 1932. *J R Soc Med*, 102:493–495. URL: <https://doi.org/10.1258/jrsm.2009.09k039>.
20. von Gunten S. (2020) The Future of Pharmacology: Towards More Personalized Pharmacotherapy and Reverse Translational Research. *Pharmacology*, 105:1–2. URL: <https://doi.org/10.1159/000505216>.
21. Walker L., Bennett F., Scourfield A., Payne R. (2021) The future of clinical pharmacology in the NHS. *Prescriber*, 20–23. URL: <https://doi.org/10.1002/psb.1893>.
22. Ylitalo P. (2014) History of clinical pharmacology in Finland. 20th Anniversary Symposium Finnish Society of Clinical Pharmacology October 10, 2014, Helsinki. URL: https://www.skfy.fi/@Bin/175057/FSCP_History.pdf.

CLINICAL PHARMACOLOGY: HISTORY, CURRENT STATE AND PROSPECTS

Khaitovych M.V.

Bogomolets National Medical University

The rapid development of clinical pharmacology took place in the second half of the twentieth century, and it was important that clinical pharmacologists realized the influence of drug metabolism in interpersonal differences in response to drugs; the study of genetically determined features of their pharmacokinetics was started.

At present, clinical pharmacology is considered in three main aspects - education, research and health. The question of effective and safe use of drugs is not only before pharmacologists, but also before doctors of other specialties and pharmacists.

Technological advances are aimed at the development of patient-centered clinical pharmacology and personalized medicine. It is necessary to integrate the efforts of different fundamental and clinical disciplines to train specialists who will solve the growing problems of multimorbidity and polypharmacy. Among the promising areas are to improve the visibility of the specialty, its clinical and economic value for health care in general and for every citizen.

Key words: clinical pharmacology, education, personalized medicine.

АВТОРСЬКИЙ ПОКАЖЧИК

| | | | |
|--------------------------|----|---------------------|----|
| А | | Н | |
| Абагуров О.Є. | 5 | Натрус Л.В. | 37 |
| | | Нечай С.В. | 42 |
| Д | | Нікуліна А.О. | 5 |
| Джус М.Б. | 10 | | |
| | | П | |
| І | | Петренко Н.В. | 50 |
| Іванов Д.Д. | 17 | | |
| | | Р | |
| К | | Романенко В.І. | 54 |
| Кравченко А.В. | 20 | | |
| Кравченко В.Г. | 20 | Т | |
| | | Трубка І.О. | 24 |
| М | | | |
| Мазур І.П. | 24 | Х | |
| Мазур П.В. | 24 | Хайтович М.В. | 58 |
| Марценковський Д.І. | 30 | | |