

Міжнародна громадська організація
«Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства»
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
Киргизька державна медична академія імені І.К. Ахунбаєва

ЗДОРОВ'Я СУСПІЛЬСТВА

HEALTH OF SOCIETY

Здоров'я суспільства

Health of Society

Zdorov'a suspil'stva

Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал
Періодичність виходу 6 разів на рік
Заснований у 2011 році

Том 12, № 2, 2023

Включений до наукометричних і спеціалізованих баз даних НБУ ім. В.І. Вернадського,
«Наукова періодика України», CrossRef, WorldCat, Google Scholar, ROAD, Ulrichswebs, OUCI, BASE, OpenAIRE



Author Guidelines



Open Journal System

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР

ШЕКЕРА О., академік Національної Академії Наук Вищої Освіти України, доктор мед. наук, професор, заслужений лікар України, почесний професор Киргизької державної медичної академії імені І. К. Ахунбаєва, президент Міжнародної громадської організації «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства».

НАУКОВІ РЕДАКТОРИ

АБАБІІ І., академік Академії Наук Республіки Молдова, доктор мед. наук, професор, ректор Державного університету медицини та фармації імені Миколи Тестеміцану (*Республіка Молдова*); **ВАДАЧКОРІА З.**, доктор мед. наук, професор, ректор Тбіліського Державного медичного університету (*Грузія*); **ВОРОНЕНКО Ю.**, академік Національної академії медичних наук України, доктор мед. наук, професор (*Україна*); **КУДАЙБЕРГЕНОВА І.**, доктор мед. наук, професор, ректор Киргизької державної медичної академії імені І. К. Ахунбаєва (*Киргизька Республіка*).

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Бабкіна Т. М., д.мед.н., проф.; **Волоха А. П.**, д.мед.н., проф.; **Горачук В. В.**, д.мед.н., проф.; **Гриневич Є. Г.**, д.мед.н., проф.; **Давтян Л. Л.**, д.фарм.н., проф.; **Дрогомирецька М. С.**, д.мед.н., проф.; **Медведовська Н.В.**, д.мед.н., проф.; **Мишиєв В. Д.**, д.мед.н., проф.; **Ткаченко В. І.**, д.мед.н., проф.; **Харченко Н. В.**, чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., проф.; **Хоменко І. М.**, д.мед.н., проф.; **Шаповалова В. О.**, д.фарм.н., проф.; **Шекера О. Г.**, академік НАН ВО України, д.мед.н., проф. (*Україна*); **Брімкулов Н. Н.**, д.мед.н., проф.; **Ісакова Ж. К.**, к.мед.н., доц. (*Киргизька Республіка*).

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Каранадзе Н. А. (*Грузія*). Вальдеоріола Францеск (*Іспанія*). Абдікарімов С. Т.; Адамбеков Д. А.; Аскеров А. А.; Батиралієв Т. А.; Галако Т. І.; Джолбунова З. К.; Джумабеков С. А.; Джумагулов О. Д.; Джумалієва Г. А.; Зурдинов А. З.; Єсенаманова М. К.; Кадиров А. А.; Калбаєв А. А.; Калієв Р. Р.; Койбагарова А. А.; Мамитов М. М.; Міррахімов Є. М.; Молдобаєва М. С.; Молдоташева А. К.; Мукашев М. Ш.; Мураталієва А. Д.; Мурзалієв А. М.; Мусуралієв М. С.; Насиров В. А.; Омурбеков Т. О.; Раїмжанов А. Р.; Сопуєв А. А.; Усупбаєв А. Ч.; Чолпонбаєв К. С. (*Киргизька Республіка*). Курочкін Г.; Фріптуляк Г.; Чернецьки О. (*Республіка Молдова*). Сметанський М. (*Польща*). Акілов Х. А.; Аліджанов Ф. Б.; Асадов Д. А.; Атаханов Ш. Є.; Сабіров Д. М.; Хамрабаєва Ф. І. (*Республіка Узбекистан*). Абизов Р. А.; Анкін М. Л.; Апанасенко Г. Л.; Бабінцева Л. Ю.; Бекетова Г. В.; Бережний В. В.; Біда В. І.; Білоклицька Г. Ф.; Білошицький В. В.; Біляєв А. В.; Біляєва О. О.; Бугро В. І.; Варивончик Д. В.; Видиборець С. В.; Вишневська Л. І.; Вітовський Р. М.; Владимиров О. А.; Владимірова Н. І.; Возіанов С. О.; Возіанова С. В.; Волосовець О. П.; Герцен Г. І.; Гетьман В. Г.; Гойда Н. Г.; Головченко Ю. І.; Голубчиков М. В.; Гудима А. А.; Гульчій О. П.; Гурженко Ю. М.; Гусєва С. А.; Данилов О. А.; Дзюблик І. В.; Дзюблик О. Я.; Долженко М. М.; Дорофєєв А. Е. Дорошенко О. М.; Дуда О. К.; Задорожна В. І.; Зайков С. В.; Зозуля І. С.; Іванов Д. Д.; Калюжна Л. Д.; Коваленко О. Є.; Козьарін І. П.; Косаковський А. Л.; Краснов В. В.; Кушніренко С. В.; Літус В. І.; Літус О. І.; Маменко М. Є.; Мамчич В. І.; Марушко Т. В.; Марушко Ю. В.; Михальчук В. М.; Мінцер О. П.; Мішалов В. Д.; Павленко О. В.; Пилягіна Г. Я.; Поліщук М. Є.; Пустовіт С. В.; Риков С. О.; Рошнін Г. Г.; Савичук Н. О.; Салманов А. Г.; Свиридова Н. К.; Скрипник І. М.; Суслікова Л. В.; Тодуров Б. М.; Толстанов О. К.; Трохимчук В. В.; Фелештинський Я. П.; Фещенко Ю. І.; Царенко А. В.; Чопей І. В.; Чуприна Г. М.; Шаповалов В. В.; Шаповалов В. В.; Швець Н. І.; Шкорботун В. О.; Шуба В. Й.; Шуба Н. М.; Шунько Є. Є. (*Україна*).

СЕКРЕТАРІАТ

Шекера О. О. к.мед.н., доц.; Царенко А. В. д.мед.н., проф.; Шекера І. О. к.мед.н.; Кулаковська І. П., Комісарова О. С. к.мед.н. (*Україна*).

Журнал друкується згідно рішення Вчених рад НУОЗ України ім. П. Л. Шупика, КДМА ім. І. К. Ахунбаєва, МГО «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства».

ВИДАВЕЦЬ

Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства». Свідцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації КВ № 24955-14895ПР від 02.08.21. Підписано до друку 09.02.2023 р., обсяг, періодичність – 8 ум. друк. арк., 6 разів на рік. Тираж 1000 прим. Видається змішаними мовами. Усі права застережені. Переклад та передрук – тільки за згодою авторів і редакції. Листи, рукописи, фотографії та малюнки не повертаються. Редакція залишає за собою право редагувати матеріали.

Журнал внесено до переліку наукових фахових видань України категорії «Б» за спеціальностями: 222 - медицина, 229 - громадське здоров'я (Додаток 4 до Наказу Міністерства освіти і науки України 02.07.20 р. № 886).

Журнал внесено до переліку наукових фахових видань України: з медичних наук (Додаток 8 до Наказу Міністерства освіти і науки України 07.10.16 р. № 1222) та з фармацевтичних наук (Додаток 7 до Наказу Міністерства освіти і науки України 11.07.17 р. № 996).

ЗАСНОВНИКИ

Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства».

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

Киргизька державна медична академія імені І. К. Ахунбаєва.

Редакційна колегія. Телефон для довідок: (+380 44) 205-49-94, моб. тел.: (+380 66) 704-97-75. Адреса: 04112, Україна, м. Київ, вул. Дорогожичська, 9; e-mail: associomed@ukr.net, <http://healthy-society.com.ua>

<http://health-society.zaslavsky.com.ua>. Зам. 2023-hs-44-45.

ISSN 2306-2436 (print), ISSN 2617-2593 (online)

CHIEF EDITOR

SHEKERA O., Academician of the NAN HE of Ukraine, MD, PhD, Professor, Honored Doctor of Ukraine, Honorary Professor of the I. K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy, President of the International Public Organization "The International Association "Health of Society".

SCIENTIFIC EDITORS

ABABII I., Academician of the Academy of Sciences of Moldova, MD, PhD, Professor, Rector of the Nikolai Testemițanu State University of Medicine and Pharmacy (**Republic of Moldova**); **VADACHKORIA Z.**, MD, PhD, Professor, Rector of the Tbilisi State Medical University (**Georgia**); **VORONENKO Yu.**, Academician of the NAMS of Ukraine, MD, PhD, Professor (**Ukraine**); **KUDAYBERGENOVA I.**, MD, PhD, Professor, Rector of the I. K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy (**Kyrgyz republic**).

EDITORIAL BOARD

Babkina T., MD, PhD, Prof.; **Volokh A.**, MD, PhD, Prof.; **Gorachuk V.**, MD, PhD, Prof.; **Grynevich E.**, MD, PhD, Prof.; **Davtyan L.**, MD, PhD, Prof.; **Drohomyretska M.**, MD, PhD, Prof.; **Medvedovskaya N.**, MD, PhD, Prof.; **Mishiyev V.**, MD, PhD, Prof.; **Tkachenko V.**, MD, PhD, Prof.; **Kharchenko N.**, NAMS of Ukraine Corr.-Member, MD, PhD, Prof.; **Khomenko I.**, MD, PhD, Prof.; **Shapovalova V.**, MD, PhD, Prof.; **Shekera O.**, MD, PhD, Prof. (**Ukraine**); **Brimkulov N.**, MD, PhD, Prof.; **Isakova Zh.**, MD, PhD, As. Prof. (**Kyrgyz republic**).

EDITORIAL COUNCIL

Karanadze N. (**Georgia**). Valldeoriola Francesc (**Spain**). Abdikarimov S.; Adambekov D.; Askerov A.; Batyraliyev T.; Galako T.; Dzhumabekov S.; Dzhumagulov A.; Dzholbunova Z.; Dzhumalieva G.; Zurdynov A.; Yesenamanova M.; Kadyrov A.; Kalbayev A.; Kaliyev R.; Koybagarova A.; Mamytyov M.; Mirrakhimov Ye.; Moldobayeva M.; Moldotasheva A.; Murataliyeva A.; Musuraliyev M.; Murzaliyev A.; Mukashev M.; Nasirov V.; Omurbekov T.; Raimzhanov A.; Sopuyev A.; Cholponbayev K.; Usupbayev A. (**Kyrgyz republic**). Kurosichyn G.; Fryptulyak G.; Chernetsky O. (**Republic of Moldova**). Smietanski M. (**Poland**). Akilov J.; Alidzhanov F.; Asadov D.; Atakhanov C.; Sabirov D.; Hamrabayeva F. (**Uzbekistan**). Abizov R.; Ankin M.; Apanasenko G.; Babinceva L.; Beketova G.; Berezhnaya V.; Bida I.; Biloklyts'ka G.; Biloshytskyy V.; Belyayev A.; Belyaeva A.; Bugro V.; Varyvonchik D.; Vydyborets' S.; Vyshnevs'ka L.; Vitovsky R.; Vladimirov O.; Vladimirova N.; Vozianov S.; Vozianova S.; Volosovets O.; Gertsen G.; Getman V.; Goyda N.; Golovchenko Yu.; Golubchikov M.; Gudyma A.; Gulchiy O.; Gurzhenko M.; Guseva S.; Danilov O.; Dzyublik I.; Dzyublik O.; Dolzhenko M.; Dorofeev A.; Doroshenko O.; Duda O.; Zadorozhna V.; Zaikov S.; Zozulya I.; Ivanov D.; Kalyuzhna L.; Kovalenko O.; Kozyarin I.; Kosakovskyy A.; Krasnov V.; Kushnirenko S.; Litus V.; Litus O.; Mamenko M.; Mamchich V.; Marushko T.; Marushko Yu.; Mykhal'chuk V.; Mintser O.; Mishalov V.; Pavlenko O.; Pilyagina G.; Polishchuk M.; Pustovit S.; Rykov S.; Roshchin G.; Savichuk N.; Salmanov A.; Sviridova N.; Skrypnyk I.; Suslikova L.; Todurov B.; Tolstanov O.; Trokhymchuk V.; Feleshtynskyy J.; Feschenko Yu.; Tsarenko A.; Chohey I.; Chupryna G.; Shapovalov V.; Shvets N.; Shkorbotun V.; Shuba V.; Shuba N.; Shunko Ye. (**Ukraine**).

SECRETARIAT

O. Shekera, MD, Ph.D., As. Prof.; A. Tsarenko, MD, Ph.D., Prof.; I. Shekera, MD, Ph.D., As. Prof.; I. Kulakovska, O. Komissar (**Ukraine**).

The journal is published by decision of the Academic Council of the Shupyk National Healthcare University of Ukraine, I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy and of the IPO "The International Association "Health of Society".

PUBLISHER

International Public Organization "The International Association "Health of Society". Certificate of state registration of the print media KB № 24955-14895PR dated of 02/08/21. Copy deadline dated of 09.02.2023. Volume, frequency – 8 conv. printed. sh., 6 times per year. 1000 copies. Published by mixed languages. All rights reserved. Translation and reprint are allowed only after the consent of the authors and the publisher. Letters, manuscripts, photographs and drawings are not returned. The editors reserve the right to edit materials.

The journal is included in the list of category "B" scientific specialized publications of Ukraine in the following specialties: 222 - medicine, 229 - public health (Appendix 4 to the Ministry of Education and Science of Ukraine Order of 02.07.20, No. 886).

The journal is included in the list of scientific editions of Ukraine: for Medical Sciences (Appendix 8 to the Ministry of Education and Science of Ukraine Order of 07.10.16. No. 1222) and for Farmacia Sciences (Appendix 8 to the Ministry of Education and Science of Ukraine Order of 11.07.17. No. 996).

FOUNDER

International Public Organization "The International Association "Health of Society".
Shupyk National Healthcare University of Ukraine.
I. K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy.

Editorial board. Telephone for information: (+380 44) 205-49-94, mob. tel.: (+380 66) 704-97-75. Address: 04112, Ukraine, Kyiv, str. Dorohozhytska, 9; e-mail: associomed@ukr.net, <http://healthy-society.com.ua>

<http://health-society.zaslavsky.com.ua>. Order 2023-hs-44-45.

ISSN 2306-2436 (print), ISSN 2617-2593 (online)

Наукові редактори	xii
-------------------------	-----

Шекера О. Г., Стовбан І. В. Ретроспективний аналіз структури захворюваності та поширеності хвороб сечостатевої системи та їх гендерні особливості	17
Ткаченко В. І., Багро Т. О. Сучасні підходи до комплексного лікування ожиріння з пацієнторієнтованим підходом.....	23
Царенко А. В., Убогов С. Г., Дандре П. Професійна підготовка християнських медичних сестер і капеланів для надання паліативної та госпісної допомоги: досягнення, проблеми і перспективи	31

Воєнно-медична доктрина України	41
<i>Шекера О. Г.</i> Вплив сучасних видів зброї на величину і структуру санітарних втрат (презентація)	42
<i>Шекера О. Г.</i> Міжнародне право. Кодекс поведінки медичного персоналу, що бере участь у збройних конфліктах (презентація)	63

Шахи для дітей і дорослих	73
Т. Овчаров – М. Фузик. Турнір з рапиду, м. Київ, 2023.....	88

Contents

Scientific editorsxii

Medicine

O. G. Shekera, I. V. Stovban

Retrospective analysis of the morbidity structure and diseases prevalence of the genitourinary system and their gender characteristics (presentation) 17

V. I. Tkachenko, T. O. Bagro

Modern approaches to the complex treatment of obesity with a patient-oriented approach23

A. V. Tsarenko, S. G. Ubogov, P. Dandre

Professional training of Parish Nurses and Chaplains to provide Palliative and Hospice Care: achievements, problems and prospects31

Special issue on military medicine

Military medical doctrine of Ukraine41

O. G. Shekera

Modern approaches to the complex treatment of obesity with a patient-oriented approach42

O. G. Shekera

Professional training of Parish Nurses and Chaplains to provide Palliative and Hospice Care: achievements, problems and prospects (presentation)63

Editor column

Chess for children and adults 73

T. Ovcharov - M. Fuzik. Rapid tournament, Kyiv, 2023..... 88



І. Абабії,
академік АН Республіки Молдова,
доктор мед. наук, проф., науковий
редактор (Республіка Молдова)
I. Ababii,
academician of the Academy of Sciences
of Republic of Moldova, MD, PhD, Prof.,
scientific editor (Republic of Moldova)



З. Вадачкорія,
доктор мед. наук, проф.,
науковий редактор (Грузія)
Z. Vadachkoria,
MD, PhD, Prof., scientific editor (Georgia)



Ю. Вороненко,
академік НАМН України, доктор мед. наук,
проф., науковий редактор (Україна)
Yu. Voronenko,
academician of the NAMS of Ukraine MD,
PhD, Prof., scientific editor (Ukraine)



І. Кудайбергенова,
доктор мед. наук, проф., науковий
редактор (Республіка Киргизстан)
I. Kudaybergenova,
MD, PhD, Prof., scientific editor
(Republic of Kyrgyzstan)



О. Шекера,
академік НАН ВО України, доктор мед.
наук, проф., головний редактор (Україна)
O. Shekera,
academician of the NAN HE of Ukraine, MD,
PhD, Prof., chief editor (Ukraine)

УДК 616-055.1-001.8(477):616-039.1

DOI: <https://doi.org/10.22141/2306-2436.12.2.2023.304>

Шекера О. Г.^{1,2}, Стовбан І. В.³

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», м. Київ, Україна

³Івано-Франківський Національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА ПОШИРЕНOSTІ ХВОРОБ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ ТА ЇХ ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ

Резюме. Актуальність. Аналіз динаміки медико-демографічних показників в Україні виявляє несприятливу демографічну картину з ознаками явищ депопуляції, що актуалізує вирішення пріоритетних завдань із збереження репродуктивного здоров'я не тільки жінок фертильного віку, а й чоловіків. **Метою дослідження** є ретроспективний аналіз формування структури та рівнів захворюваності, поширеності хвороб сечостатевої системи серед населення України в цілому та чоловічого населення, зокрема. **Матеріали та методи.** Матеріалами для дослідження слугували медико-демографічні дані офіційної статистичної звітності щодо захворюваності та поширеності хвороб за класом хвороб сечостатевої системи в розрізі основних адміністративних територій областей України та м. Києва за період 2010-2017 рр. з розподілом за статтю. Використані методи дослідження: системного підходу, бібліосемантичний, медико-статистичний, графічного аналізу, контент-аналізу. **Результати.** Аналіз гендерних аспектів формування захворюваності за класом хвороб сечостатевої системи виявив суттєве переважання як абсолютної кількості випадків вперше встановлених діагнозів за цим класом хвороб у жінок (у 5,5 рази ($p < 0,001$)), так і відносних показників захворюваності за класом хвороб сечостатевої системи в розрахунку на 100 тис. відповідного населення (в 4,5 рази ($p < 0,001$)). Наведена структура захворюваності жінок та чоловіків за означеним класом хвороб. Регіональні особливості захворюваності населення України за класом хвороб сечостатевої системи проявилися найвищими її рівнями за підсумками 2017 р. у Дніпропетровській (8 209,7) області та в м. Києві (6 980,5 на 100 тис. населення). Аналіз динаміки поширеності хвороб сечостатевої системи виявив зростання питомої ваги цього класу в загальній структурі поширеності хвороб серед населення України з 3,18 % у 2010 р. до 3,5 % у 2017 р. Регіональні особливості поширеності хвороб сечостатевої системи проявилися традиційно найвищими значеннями показника в м. Києві (16 270,5) та Дніпропетровській (15 870,7) з мінімальним значенням показника в Луганській (4 906,6) та Закарпатській (5 745,6 на 100 тис. населення) областях. У структурі поширеності хвороб сечостатевої системи у чоловіків найбільшу питому вагу мали: хвороби передміхурової залози (35,6 %, або 1 810,9); інфекції нирок (22,7 %, або 1 155,3); хронічний пієлонефрит (21,1 %, або 1 071,0 на 100 тис. відповідного населення). Найвищі рівні поширеності хвороб передміхурової залози традиційно виявлялися в м. Києві (932,0 та 5 156,8 відповідно), Миколаївській (883,8 та 2 833,9 відповідно) та Харківській (749,0 та 3 107,3 на 100 тисяч чоловічого населення відповідно) областях. **Висновки.** Моніторинг регіональних, гендерних особливостей формування показників захворюваності, поширеності хвороб сечостатевої системи може стати аргументованим інформаційним підґрунтям для формування регіональних програм та заходів із збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я серед чоловіків та жінок України.

Ключові слова: структура захворюваності та поширеності хвороб; хвороби сечостатевої системи; гендерні особливості

© «Здоров'я суспільства» / «Health of Society» («Zdorov'a suspil'stva»), 2023

© Видавці Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», Заславський О.Ю. / Publishers International Public Organization "International Association "Health of Society", Zaslavsky O.Yu., 2023

Для кореспонденції: Шекера Олег Григорович, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; e-mail: associomed@ukr.net

For correspondence: Oleg Shekera, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 9, Dorogozhytska Str., Kyiv, 04112, Ukraine; e-mail: associomed@ukr.net

Вступ

Аналіз динаміки медико-демографічних показників в Україні за даними різних наукових досліджень демонструють несприятливу демографічну картину з ознаками депопуляції, різкого скорочення не лише кількості населення, але й показників середньої очікуваної тривалості життя при народженні, середнього віку, особливо чоловічого населення [1-7].

Означена ситуація вимагає вжиття заходів із зростання народжуваності, зниження смертності, захворюваності та поширеності хвороб серед усього населення України. Зростає актуальність вирішення пріоритетних завдань із збереження репродуктивного здоров'я не тільки жінок фертильного віку, а й чоловіків [3, 6, 7].

Метою нашого дослідження є ретроспективний аналіз формування структури та рівнів захворюваності, поширеності хвороб сечостатевої системи серед населення України в цілому та чоловічого населення, зокрема.

Матеріали та методи

Матеріалами для дослідження слугували медико-демографічні дані офіційної статистичної звітності, довідників Центру медичної статистики МОЗ України, Державної служби статистики України, які мали вплив на формування показників захворюваності та поширеності хвороб за класом хвороб сечостатевої системи в розрізі основних адміністративних територій областей України та м. Києва за період 2010-2017 рр. з розподілом за статтю. Для наукового аналізу була сформована база даних, для медико-статистичного аналізу якої використовувалися методи: системного підходу, бібліосемантичний, медико-статистичний, графічного аналізу, контент-аналізу.

Результати та обговорення

Ретроспективний аналіз структури захворюваності та поширеності хвороб серед усього населення України за період дослідження показав, що клас хвороб сечостатевої системи в загальній структурі поширеності хвороб посідає V рангове місце з питомою вагою 5,4 %, а в загальній структурі захворюваності з питомою вагою 6,5 % посідає III рангове місце. Якщо брати до уваги все населення України, то найвищі рівні захворюваності за класом хвороб сечостатевої системи традиційно виявлялися в м. Києві (6 980,5), Дніпропетровській (8 209,7), Миколаївській (5 460,1), Івано-Франківській (4 851,0) областях, значення показника в яких за даними 2017 р. значно перевищували середнє по Україні значення 4 064,0 на 100 тисяч населення (табл. 1). Водночас, виявлений найнижчий рівень захворюваності за цим класом хвороб у Закарпатській області (2 577,4) зумовив суттєву різницю між крайніми значеннями показника (у 3,2 рази при $p<0,001$), що доводить наявність суттєвих регіональних відмінностей у формуванні захворюваності на хвороби сечостатевої системи в Україні.

Аналіз гендерних аспектів формування захворюваності за класом хвороб сечостатевої системи виявив суттєве переважання як абсолютної кількості випадків вперше встановлених діагнозів за цим класом хвороб у жінок (1 299 330 випадків вперше встановлення діагнозу в жінок, проти 237 265 таких випадків серед чоловіків, або у 5,5 рази ($p<0,001$)), так і відносних показників захворюваності за класом хвороб сечостатевої системи в розрахунку на 100 тис. відповідного населення (6 811,6 на 100 тис. жіночого населення, проти 1 508,9 на 100 тис. чоловічого населення, або в 4,5 рази ($p<0,001$)).

Таблиця 1. Розподіл основних адміністративних територій України за показником захворюваності на хвороби сечостатевої системи (на 100 тис. населення, 2017 р.)

Нижчий за середній рівень		Середній рівень		Вищий за середній рівень	
Регіон	на 100 тис.	Регіон	на 100 тис.	Регіон	на 100 тис.
Закарпатська	2 577,4	Кіровоградська	3 654,2	Черкаська	4 494,4
Луганська	2 694,1	Чернігівська	3 657,9	Харківська	4 522,7
Вінницька	3 189,2	Полтавська	3 669,6	Івано-Франківська	4 851,0
Донецька	3 258,5	Запорізька	3 672,3	Миколаївська	5 460,1
Сумська	3 274,3	Львівська	4 046,5	м. Київ	6 980,5
Київська	3 347,6	Одеська	4 148,6	Дніпропетровська	8 209,7
Хмельницька	3 458,1	Житомирська	4 174,5		
Волинська	3 518,7	Херсонська	4 222,8		
Тернопільська	3 590,1	Рівненська	4 255,9		
		Чернівецька	4 274,4		
Україна 4 064,0 на 100 тисяч населення					

Як серед жінок, так і серед чоловіків захворюваність за цим класом найвищою виявлена у Дніпропетровській області (14 561,2 та 2 660,4 відповідно, різниця у 5,5 рази ($p<0,001$)) та в м. Києві (12 306,7 та 2 443,3 відповідно, різниця у 5,0 рази ($p<0,001$)).

Порівняльна оцінка структури захворюваності жінок та чоловіків за класом хвороб сечостатевої системи виявила наступне. Структуру захворюваності жінок за означеним класом хвороб (на прикладі даних 2017 р.) традиційно формували: розлади менструацій (16,8 %, або 1146,2 на 100 тис. жіночого населення); цистити (8,6 %, або 587,4), з них гострі (7,7 %, або 523,1) та хронічні (0,9 %, або 59,2); хвороби молочної залози (4,8 %, або 329,1); інфекції нирок (3,7 %, або 251,7); хронічний пієлонефрит (2,2 %, або 149,7); камені нирок і сечоводів (2,1 %, або 144,7). Структуру захворюваності чоловіків за класом хвороб сечостатевої системи (на прикладі даних 2017 р.) традиційно формували: хвороби передміхурової залози (33,6 %, або 506,7 на 100 тис. чоловічого населення); цистити (11,5 %, або 173,4); камені нирок і сечоводів (10,5 %, або 158,6); інфекції нирок (9,8 %, або 148,4); хронічний пієлонефрит (6,2 %, або 93,0); чоловіче безпліддя (1,5 %, або 22,9). Регіональні особливості захворюваності чоловіків на хвороби сечостатевої системи проявилися найвищими її значеннями у Дніпропетровській області (31 365 випадків, або 2 660,4 на 100 тис. відповідного населення). Також одним із найвищих був виявлений рівень захворюваності чоловіків за цим класом хвороб в м. Києві (25 993 випадки, або 2 443,3 на 100 тис. чоловіків). Саме для чоловічого населення характерним було зменшення показника захворюваності практично за всіма нозологіями класу хвороб сечостатевої системи, що опосередковано може свідчити про низьку активність звернень чоловіків за медичною допомогою при наявності скарг та розладів сечостатевої системи.

Аналіз динаміки поширеності хвороб сечостатевої системи за період дослідження виявив коливання її значень у діапазоні від 5093,3 у 2010 р. до 5083,9 на 100 тис. населення у 2017 р. при одночасному помірно зростанні питомої ваги цього класу в загальній структурі поширеності хвороб серед населення України з 3,18 % у 2010 р. до 3,5 % у 2017 р.

Регіональні особливості поширеності хвороб сечостатевої системи проявилися традиційно найвищими значеннями показника в м. Києві (16 270,5) та Дніпропетровській області (15 870,7) з мінімальним значенням показника в Луганській (4 906,6) та Закарпатській (5 745,6 на 100 тис. населення) областях (табл. 2). Різниця між крайніми значеннями показника (без урахування тимчасово окупованих територій Луганської та Донецької областей) склала у 2,8 рази ($p<0,001$).

Аналіз структури поширеності хвороб сечостатевої системи серед чоловіків виявив, що третину звернень складали хвороби передміхурової залози (35,6 %, або 1 810,9 на 100 тис. відповідного населення), ще майже кожен п'ятий випадок звернення був з причини інфекцій нирок (22,7 %, або 1 155,3 на 100 тис. відповідного населення) та хронічного пієлонефриту (21,1 %, або 1 071,0 на 100 тис. відповідного населення).

Подальша деталізація динаміки захворюваності чоловіків на хвороби передміхурової залози, питома вага яких виявилася найвищою, як у структурі захворюваності (33,6 %), так і у структурі поширеності (35,6 %) хвороби сечостатевої системи у чоловіків, виявила зменшення і захворюваності (з 566,9 у 2010 р. до 506,7 на 100 тис. відповідного населення у 2017 р., або -10,6 %), і поширеності хвороб передміхурової залози (з 1 864,5 у 2010 р. до 1 810,9 на 100 тис. відповідного населення у 2017 р., або -2,9 %).

По при сформоване лідерство Дніпропетровської області у показниках захворюваності та поширеності

Таблиця 2. Розподіл основних адміністративних територій України за показником поширеності хвороб сечостатевої системи (на 100 тис. населення, 2017 р.)

Нижчий за середній рівень		Середній рівень		Вищий за середній рівень	
Регіон	на 100 тис.	Регіон	на 100 тис.	Регіон	на 100 тис.
Луганська	4 906,6	Чернівецька	8 442,0	Херсонська	10 088,1
Закарпатська	5 745,6	Сумська	9 207,5	Одеська	10 144,7
Запорізька	6 916,8	Рівненська	9 299,0	Полтавська	10 316,8
Київська	7 597,1	Вінницька	9 335,9	Харківська	12 628,3
Волинська	7 716,3	Чернігівська	9 345,2	Миколаївська	12 932,8
Кіровоградська	7 742,8	Житомирська	9 437,2	Дніпропетровська	15 870,7
Львівська	8 028,7	Ів.-Франківська	9 525,0		
Тернопільська	8 109,4	Черкаська	9 979,7	м. Київ	16 270,5
Донецька	8 243,9				
Хмельницька	8 265,3				
Україна 9 265,7 на 100 тисяч населення					

хвороб сечостатевої системи, особливим виявився регіональний розподіл захворюваності та поширеності хвороб передміхурової залози, з найвищими значеннями показників у м. Києві (932,0 та 5 156,8 відповідно), Миколаївської (883,8 та 2 833,9 відповідно) та Харківської (749,0 та 3 107,3 на 100 тисяч чоловічого населення відповідно) областей (табл. 3 та 4).

В окремих регіонах України виявлено одночасне зростання захворюваності чоловіків на хвороби передміхурової залози та поширеності цієї нозології. Так, саме поширеність найбільше зросла в Миколаївській області (з 1 936,1 у 2010 р. до 2833,9 у 2017 р., або +46,4 %), що поєднувалося із зростанням захворюваності в області за цією нозологією (+80,2 %). Суттєво

зросла поширеність хвороб передміхурового залози серед чоловіків Одеської області (з 2231,9 у 2010 р. до 2710,6 на 100 тис. відповідного населення у 2017 р., або +21,4 %) при одночасному зростанні показника захворюваності в області за цією нозологією на 13,4 %.

При виявлених тенденціях до зростання питомої ваги класу хвороб сечостатевої системи (з 3,18 % у 2010 р. до 3,5 % у 2017 р.) у загальній структурі поширеності хвороб переважна більшість звернень чоловіків за цим класом хвороб здійснювалася з приводу хвороб передміхурової залози (35,4 %), інфекцій нирок (22,7 %), хронічного пієлонефриту (21,1 %), безпліддя (1,37 %). Перевага повільнішого темпу зменшення поширеності, ніж захворюваності хвороб передміхурової залози

Таблиця 3. Розподіл основних адміністративних територій України за показником захворюваності чоловіків на хвороби передміхурової залози (на 100 тис. відповідного населення, 2017 р.)

Нижчий за середній рівень		Середній рівень		Вищий за середній рівень	
Регіон	на 100 тис.	Регіон	на 100 тис.	Регіон	на 100 тис.
Донецька	232,0	Закарпатська	422,8	Ів.-Франківська	576,8
Волинська	243,5	Запорізька	488,9	Полтавська	591,8
Луганська	301,0	Київська	509,5	Херсонська	616,2
Тернопільська	331,6	Львівська	559,5	Дніпропетровська	634,1
Житомирська	346,5	Черкаська	563,4		
Рівненська	353,4	Чернівецька	564,6	Сумська	663,8
Чернігівська	356,3			Кіровоградська	670,7
Хмельницька	394,9			Одеська	677,3
Вінницька	402,8			Харківська	749,0
				Миколаївська	883,8
				м. Київ	932,0
Україна 506,7 на 100 тисяч відповідного населення					

Таблиця 4. Розподіл основних адміністративних територій України за показником поширеності хвороби передміхурової залози серед чоловіків (на 100 тис. відповідного населення, 2017 р.)

Нижчий за середній рівень		Середній рівень		Вищий за середній рівень	
Регіон	на 100 тис.	Регіон	на 100 тис.	Регіон	на 100 тис.
Луганська	848,7	Львівська	1536,8	Черкаська	1984,3
Донецька	867,1	Херсонська	1542,8	Одеська	2710,6
Житомирська	1035,7	Київська	1659,2	Миколаївська	2833,9
Закарпатська	1127,7	Вінницька	1670,0	Харківська	3107,3
Запорізька	1139,6	Ів.-Франківська	1676,8	м.Київ	5156,8
Волинська	1183,2	Полтавська	1728,7		
Тернопільська	1237,6	Кіровоградська	1819,8		
Хмельницька	1275,9	Дніпропетровська	1922,5		
Рівненська	1388,5				
Чернівецька	1492,1	Сумська	1962,5		
Чернігівська	1510,8				
Україна 1810,9 на 100 тисяч відповідного населення					

(2,9 %, проти 10,6 %), безпліддя (7,2 %, проти 38,3 %) свідчить про накопичення цієї категорії пацієнтів. Виявлені області, які виділялися поміж інших величинами показника та негативною динамікою (Одеська, Черкаська, Харківська, Миколаївська, Дніпропетровська, м. Київ).

Висновки

З'ясовані регіональні особливості формування показників захворюваності населення України за класом хвороб сечостатевої системи, які проявилися найвищими її рівнями за підсумками 2017 р. у Дніпропетровській (8 209,7) області та в м. Києві (6 980,5 на 100 тис. населення).

Гендерні особливості формування захворюваності і поширеності за класом хвороб сечостатевої системи проявилися суттєво нижчою захворюваністю чоловіків (6 811,6 на 100 тис. жіночого населення, проти 1 508,9 на 100 тис. чоловічого населення, або в 4,5 рази ($p < 0,001$)). Водночас, як серед жінок, так і серед чоловіків захворюваність за цим класом найвищою виявлена у Дніпропетровській області (14 561,2 та 2 660,4 відповідно, різниця у 5,5 рази ($p < 0,001$)) та в м. Києві (12 306,7 та 2 443,3 відповідно, різниця у 5,0 рази ($p < 0,001$)).

Структуру захворюваності чоловіків на хвороби сечостатевої системи формували: хвороби передміхурової залози (33,6 %, або 506,7 на 100 тис. чоловічого населення); цистити (11,5 %, або 173,4); камені нирок і сечоводів (10,5 %, або 158,6); інфекції нирок (9,8 %, або 148,4); хронічний пієлонефрит (6,2 %, або 93,0); чоловіче безпліддя (1,5 %, або 22,9).

Структуру захворюваності жінок за класом хвороб сечостатевої системи традиційно формували: розлади менструацій (16,8 %, або 1146,2 на 100 тис. жіночого населення); цистити (8,6 %, або 587,4) з них гострі (7,7 %, або 523,1) та хронічні (0,9 % або 59,2); хвороби молочної залози (4,8 %, або 329,1); інфекції нирок (3,7 %, або 251,7); хронічний пієлонефрит (2,2 %, або 149,7); камені нирок і сечоводів (2,1 % або 144,7).

Регіональні особливості поширеності хвороб сечостатевої системи проявилися традиційно найвищими значеннями показника в м. Києві (16 270,5) та Дніпропетровській області (15 870,7). У структурі поширеності хвороб сечостатевої системи у чоловіків найбільшу питому вагу мали: хвороби передміхурової залози (35,6 %, або 1 810,9 на 100 тис. відповідного населення); інфек-

ції нирок (22,7 %, або 1 155,3); хронічний пієлонефрит (21,1 %, або 1 071,0). Найвищі рівні поширеності хвороб передміхурової залози традиційно виявлялися в м. Києві (932,0 та 5 156,8 відповідно), Миколаївській (883,8 та 2 833,9 відповідно) та Харківській (749,0 та 3 107,3 на 100 тисяч чоловічого населення відповідно) областях.

Таким чином, моніторинг регіональних, гендерних особливостей формування показників захворюваності, поширеності хвороб сечостатевої системи може стати аргументованим інформаційним підґрунтям для формування регіональних програм та заходів із збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я серед чоловіків та жінок України.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Діти, жінки та сім'я в Україні. Державна служба статистики України, 2022. — 236 с.
2. Соціальний захист населення України. Державна служба статистики України, 2022. — 129 с.
3. Жінки і чоловіки в Україні. Державна служба статистики України, 2021. — 104 с.
4. Чепелевська Л. А. Тенденції медико-демографічних показників України у XXI столітті / Л. А. Чепелевська // Україна. Здоров'я нації. - 2018. - № 1. - С. 48–52. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2018_1_8.
5. Сучасні та прогностичні тенденції смертності населення України [Текст]: монографія / Г. О. Слабкий, О.М. Орда, Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець. — К., 2010. — 178 с.
6. Медведовська Н. В. Дослідження динаміки медико-демографічних показників як передумова розробки та реалізації заходів із попередження передчасних втрат чоловічого населення України / Н. В. Медведовська, М. Д. Квач // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2021. — № 4(90). — С. 5-9.
7. Медведовська Н. В. Аналіз динаміки смертності чоловіків в аспекті демографічних втрат населення України / Н. В. Медведовська, М. Д. Квач // Український журнал військової медицини (Ukrainian Journal of Military Medicine). — 2022. — том 3. — № 1. — С. 26-33.

Отримано / Received 05.01.2023

Рецензовано / Revised 19.01.2023

Прийнято до друку / Accepted 20.01.2023 ■

O. G. Shekera, I. V. Stovban

¹Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²International Public Organization «International Association «Health of Society», Kyiv, Ukraine

³Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Retrospective analysis of the morbidity structure and diseases prevalence of the genitourinary system and their gender characteristics

Abstract. Background. Analysis of medico-demographic indicators dynamics in Ukraine reveals an unfavorable demographic picture with signs of depopulation phenomena, which actualizes the solution

of priority tasks for preserving the reproductive health not only of women of childbearing age, but also of men. The purpose of the study was a retrospective analysis of the formation of the structure and lev-

els of morbidity, the prevalence of diseases of the genitourinary system among the population of Ukraine as a whole and the male population, in particular. **Materials and methods.** The materials for the study were medico-demographic data of the official statistical reporting on the incidence and prevalence of diseases by the class of diseases of the genitourinary system in the section of the main administrative territories of the regions of Ukraine and the city of Kyiv for the period 2010-2017, with distribution by gender. Research methods used: systemic approach, bibliosemantic, medical-statistical, graphic analysis, content analysis. **Results.** The analysis of the gender aspects of the formation of morbidity by the class of diseases of the genitourinary system revealed a significant predominance of both the absolute number of cases of newly established diagnoses of this class of diseases in women (in 5.5 times ($p < 0.001$)), and the relative indicators of morbidity by the class of diseases of the genitourinary system in calculated per 100,000 of the relevant population (4.5 times ($p < 0.001$)). The structure of the morbidity of women and men according to the specified class of diseases is given. Regional features of the morbidity of the population of Ukraine according to the class of diseases of the genitourinary system were manifested by its highest levels according to the results of 2017 in Dnipropetrovsk (8,209.7) oblast and Kyiv (6,980.5 per 100,000 population). The analysis of the dynamics of the prevalence of diseases of the genitourinary system revealed an increase in the specific weight of

this class in the general structure of the prevalence of diseases among the population of Ukraine from 3.18 % in 2010 to 3.5 % in 2017. Regional features of the prevalence of diseases of the genitourinary system were traditionally manifested by the highest values of the indicator in Kyiv (16,270.5) and Dnipropetrovsk region (15,870.7) with the lowest value of the indicator in Luhansk (4,906.6) and Zakarpattia (5,745.6 per 100,000 population) regions. In the structure of the prevalence of diseases of the genitourinary system in men, the following had the largest specific weight: diseases of the prostate gland (35.6% or 1,810.9 per 100,000 of the relevant population); kidney infections (22.7% or 1,155.3 per 100,000 of the relevant population); chronic pyelonephritis (21.1% or 1,071.0 per 100,000 of the relevant population). The highest prevalence levels of prostate diseases were traditionally found in Kyiv (932.0 and 5,156.8, respectively), Mykolaiv (883.8 and 2,833.9 respectively) and Kharkiv (749.0 and 3,107.3 per 100 thousand male population, respectively) regions. **Conclusions.** Monitoring of regional, gender-specific characteristics of the formation of indicators of morbidity and prevalence of diseases of the genitourinary system can become a well-argued information basis for the formation of regional programs and measures to preserve and strengthen reproductive health among men and women of Ukraine.

Keywords: structure of incidence and prevalence of diseases; diseases of the genitourinary system; gender characteristics

УДК 616-056.52-085.272.3/4"312"

DOI: <https://doi.org/10.22141/2306-2436.12.2.2023.305>

Ткаченко В. І.^{1,2}, Багро Т. О.¹

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», м. Київ, Україна

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ОЖИРІННЯ З ПАЦІЄНТОРІЄНТОВАНИМ ПІДХОДОМ

Резюме. Актуальність. Ожиріння зростає кожного року, погіршує прогноз щодо здоров'я населення, розвитку неінфекційних захворювань та їх ускладнень, інвалідизації та смертності, має негативні соціо-економічні наслідки. Серед ефективних методів лікування ожиріння відомі різні підходи дієтотерапії, психотерапевтичні методики, застосування деяких медикаментозних засобів і хірургічних втручань, але складний патогенез ожиріння зумовлює пошук доказової бази щодо більшого спектру терапевтичних підходів. **Мета** – провести системний аналіз літератури та проаналізувати сучасні підходи доказової медицини щодо комплексного лікування ожиріння з пацієнторієнтованим підходом. **Матеріали та методи.** Системний огляд літературних джерел у проблематиці ожиріння щодо його патогенетичних аспектів за ключовими словами: *obesity, overweight, guidelines, standards, protocols of care, treatment, evidence based medicine* за період 2012 – 2023 рр. у базах даних PubMed та Cochrane. Для аналізу застосовували бібліосемантичний метод та метод системного аналізу. **Результати.** Для системного аналізу було відібрано 76 джерел літератури серед знайдених публікацій у PubMed та Cochrane, які найбільш відповідали ключовим словам та поставленій меті дослідження. Опрацьовано 15 міжнародних і національних керівництв щодо лікування ожиріння. Встановлено, що основними принципами лікування ожиріння є застосування пацієнт-орієнтованого комплексного підходу з тривалим наглядом та впровадженням необхідних змін до способу життя, дієтичних звичок, фізичної активності шляхом мотиваційного консультування в комбінації з медикаментозними засобами для зменшення ваги на, близько, 5-10 % за 6 місяців. Серед засобів медикаментозного лікування найбільшу ефективність мають препарати центрального механізму дії: сибутрамін, ліраглутид, семаглутид, налтрексон/ бупропіон, фентермін, фентермін/ топірамат, лоркасерин. Перспективним у лікуванні ожиріння в майбутньому може стати армодафініл, через його вплив на серотонінергічну систему, особливо в комплексному пацієнторієнтованому лікуванні пацієнтів з ожирінням, які мають порушення сну і неспання. В Україні нині зареєстровані та рекомендовані для лікування ожиріння лише орлістат та ліраглутид. **Висновки.** Визначені на сьогодні етіо-патогенетичні механізми розвитку ожиріння свідчать про мультидисциплінарність даної проблеми і необхідність залучення команди спеціалістів для тривалого нагляду та підбору пацієнторієнтованого комплексного лікування.

Ключові слова: ожиріння; сучасні рекомендації; комплексне лікування; медикаментозне лікування; пацієнторієнтований підхід

Вступ

Згідно з даними ВООЗ, у світі нараховується близько 1,1 млрд дорослих людей з надмірною вагою [1], серед яких 30 % мають ожиріння (16,8 % - жінки, 14,9 % - чоловіки) [2]. У більшості розвинених країнах Європи на ожиріння стражають від 15 до 25 % дорослого населення [3, 4]. В Україні, за даними репрезентативного дослідження STEPS (2019), проведеного ВООЗ, встановлено, що 59 % дорослого населення мають надмірну вагу, серед них 24,8 % стражають на ожиріння [5].

Останнім часом прослідковується значна тенденція до росту цієї патології у дітей та підлітків у країнах Європи: 15 % - ожиріння, 25 % - надмірна вага. Надмірна вага в дитинстві є предиктором ожиріння в зрілому віці: 50 % дітей, що мали ожиріння в 6 років, мають ожиріння в дорослому віці, а у підлітків ця вірогідність збільшується до 80 % [3, 4]. В Україні зареєстровано 18-20 тисяч нових випадків ожиріння серед дітей та підлітків [6].

Прогнозується зростання поширення ожиріння до 2025 року серед чоловіків на 40 %, а жінок на 50 % [7,

© «Здоров'я суспільства» / «Health of Society» («Zdorov'a suspil'stva»), 2023

© Видавці Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», Заславський О.Ю. / Publishers International Public Organization "International Association "Health of Society", Zaslavsky O.Yu., 2023

Для кореспонденції: Ткаченко Вікторія Іванівна, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; e-mail: wtk@ukr.net
For correspondence: Victoria Tkachenko, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 9, Dorogozhytska Str., Kyiv, 04112, Ukraine; e-mail: wtk@ukr.net

8]. Поширеність патології сягає масштабів пандемії [9], що призвело до необхідності створення Всесвітньої Федерації ожиріння (World Obesity Federation (WOF) у 2014 році, що має своє коріння в Асоціації ожиріння (1967 рік) [10]. Сьогодні WOF спільно з ВООЗ трактують «ожиріння» як «хронічне рецидивуюче захворювання» [11], яке значно зменшує тривалість життя, до 15 років, при значних ступенях та від 3 до 5 років — при помірному надлишку ваги.

Ожиріння і надмірна вага є фактором ризику багатьох неінфекційних захворювань (серцево-судинної патології, онкозахворювань, діабету, захворювань органів дихання, метаболічних порушень тощо), які є основними причинами смертності населення у всьому світі. Практично, у двох з трьох випадків смерть людини настає від захворювань, що пов'язані з порушенням ліпідного обміну та ожирінням [12]. Люди з ожирінням частіше відвідують лікарів, також витрати на їх лікування значно вищі, ніж у пацієнтів без цього фактору ризику, спричиняючи значний соціоекономічний негативний ефект. Лише прямі витрати перевищують на 30 %, а при наявності захворювань, що асоціюються з ожирінням — на 65-113 % [13, 14].

З приведених даних випливає, що проблема ожиріння має глобальні масштаби. Ожиріння зростає кожного року, погіршує прогноз щодо здоров'я населення, розвитку неінфекційних захворювань та їх ускладнень, інвалідизації та смертності, має негативні соціо-економічні наслідки. Визначені на сьогодні етіо-патогенетичні механізми розвитку ожиріння свідчать про мультидисциплінарність даної проблеми і необхідність залучення команди спеціалістів і тривалого пацієнторієнтованого нагляду з метою ефективного його лікування. Серед ефективних методів лікування відомі різні підходи дієтотерапії, психотерапевтичні методики, застосування деяких медикаментозних засобів і хірургічних втручань, але складний патогенез ожиріння зумовлює пошук доказової бази щодо більшого спектру терапевтичних підходів.

Мета — провести системний аналіз літератури та проаналізувати сучасні підходи доказової медицини щодо комплексного лікування ожиріння з пацієнторієнтованим підходом.

Матеріали та методи

Здійснено системний огляд літературних джерел в проблематиці ожиріння щодо його патогенетичних аспектів за ключовими словами: obesity, overweight, guidelines, standarts, protocols of care, treatment, evidence based medicine, patient-centred approach за період 2012 - 2023 рр. Пошук здійснювали здебільшого у базах даних PubMed та Cochrane. Для аналізу застосовували бібліосемантичний метод та метод системного аналізу.

Результати та обговорення

Для системного аналізу було відібрано 76 джерел літератури серед знайдених публікацій в PubMed та Cochrane, які найбільш відповідали ключовим словам та поставленій меті дослідження. Опрацьовано 15 між-

народних і національних керівництв щодо лікування ожиріння [15-29].

Встановлено, що основними принципами лікування ожиріння є [15]:

- пацієнт-орієнтований підхід — це надання послуг пацієнту з тим рівнем індивідуалізації, що відповідає його персональним потребам та ризикам, планування допомоги із залученням пацієнта у процес прийняття рішення, раціональна організація діяльності надавачів, існування механізмів управління та оптимізації з метою забезпечення найкращих результатів [30];

- використання доступних та ефективних методів для боротьби з ожирінням;

- визначення реалістичних цілей для схуднення, зменшення ваги на, близько, 5-10 %; позитивний вплив на прогноз життя має зниження маси тіла — при втраті маси на 5 %-10 % за 6 міс ризик виникнення цукрового діабету та інших неінфекційних захворювань знижується на 44% [15, 16, 31, 32];

- використання методів мотиваційного інтерв'ю для сприяння змінам у способі життя;

- налаштування пацієнтів на впровадження необхідних змін у свої дієтичні звички та режим фізичної активності;

- тривала підтримка та допомога пацієнтам.

Значна кількість асоціацій, таких як World Health Organization (WHO), World Obesity Federation (WFO), Obesity Canada, Obesity Medicine Association (OMA), Obesity Action Coalition (OAC), European Association for the Study of Obesity (EASO), Obesity Policy Engagement Network (OPEN), European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), The Obesity Society (TOS), American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) розглядають та пропонують новітні методики лікування ожиріння, однак, "базова" терапія ґрунтується на модифікації способу життя, у більшості рекомендацій складає єдину методику: зниження споживання енергії та збільшення її витрати («їсти менше, рухатися більше») [15, 16, 33, 34]; зниження споживання енергії на 500-1000 ккал на добу сприяє зниженню маси тіла на 0,5-1 кг за тиждень, усунення гіподинамії у пацієнтів з забезпеченням мінімального фізичного навантаження 10 000 кроків за добу також сприяє покращенню прогнозів пацієнта [15, 21]. Для досягнення таких цілей виникає потреба командної роботи з пацієнторієнтованим підходом, де ступінь індивідуалізації відповідає персональним ризикам та потребам пацієнта, з його залученням до процесу обрання стратегії лікування та формуванням нових гнучких життєвих звичок шляхом використання мотиваційного консультивання [15, 16, 17, 18, 35, 36].

Тривалий час у медицині запроваджуються та удосконалюються психотерапевтичні методики, які дозволяють допомогти пацієнту змінити деструктивні поведінкові звички, серед яких техніка BATHE, FRAMES, модель 5A^s, the Stages of Change (Транстеоретична модель).

Техніка BATHE — це короткий психотерапевтичний метод, який стосується найбільш тривожної проблеми

пацієнта з акцентом на спонукання самостійного її вирішення [37]. У 1983 році В. Міллер та С. Роллік розробили концепцію мотиваційного консультування на основі досвіду лікування алкоголізму, який визначали як клієнт-центрований підхід у консультуванні, спрямований на підготовку клієнта до змін шляхом виявлення та подолання його амбівалентності та посилення мотивації, прихильності людини до змін [38].

Також відомі методики мотиваційного інтерв'ю з використанням ступеневих керівництв до змін FRAMES (Feedback, Responsibility, Advice, Menu Options, Empathy, and Self-Efficacy) [39] та the Stages of Change (Транстеоретична модель) розроблена Prochaska та DiClemente наприкінці 1970-х років, що розвинулася завдяки дослідженням досвіду курців (Precontemplation, Contemplation, Preparation (Determination), Action, Maintenance, Termination) [40, 41].

Система "5 А", також створювалася як методика зміни поведінки людей, що палять [42]. Вона є моделлю для застосування лікарями первинної ланки для сприяння змін поведінки пацієнтів та найкраще адаптована для пацієнтів з ожирінням [43].

Канадська мережа боротьби з ожирінням, Obesity Canada, розробила настанову з клінічної практики, в якій включено підхід до лікування ожиріння в умовах первинної медичної допомоги з застосуванням системи "5 А", що дозволяє розділити процес лікування на етапи. Вона включає 5 кроків: 1 – "Ask", де лікар має запитати дозволу обговорити вагу та дослідити готовність пацієнта до змін, визнати, що ожиріння є хронічним захворюванням; 2 – "Assess" – проведення оцінки ризиків, що пов'язані з ожирінням, «основні причини» ожиріння та перешкоди, що заважають лікуванню; 3 – "Advise" – надання порад щодо зниження ризиків для здоров'я та варіанти лікування; 4 – "Agree" – узгодження результатів для здоров'я та поведінкових цілей; 5 – "Assist" – допомога віднайти доступні відповідні ресурси для забезпечення цілі [16]. Усі етапи мають бути пропрацьовані при кожному візиті пацієнта. Для працюючих пацієнтів досить важливим є врахування їх особливостей життя у процесі лікування, адже без наявних ускладнень ця група пацієнтів досить рідко самостійно звертається за допомогою, що повинні враховувати лікарі первинної ланки. Крім того, ефективність пацієнторієнтованого підходу під час мотиваційного консультування, який враховував би особливості робочого графіку, порушень сну, психоемоційного стану під час мотиваційного консультування пацієнтів з ожирінням щодо корекції способу життя, залишається мало вивченим.

Розглядаючи масштаби пандемії ожиріння, дослідники та лікарі всього світу активно шукають нові ефективні, доступні та безпечні методи лікування. Хоча модифікація образу життя пацієнтів є ключовим чинником, але іноді вона не досить успішна за допомогою лише мотиваційного консультування. Таким чином, рекомендації організацій з лікування ожиріння включають також використання медикаментозних засобів.

Більшість міжнародних керівництв [15, 16, 18, 21, 23, 27, 34, 36] вказують на найбільшу ефективність препаратів центрального механізму дії: сибутрамін, ліраглутид, семаглутид, налтрексон/бупропіон, фентермін, фентермін/топірамат, лоркасерин.

Сибутрамін – інгібітор зворотнього захоплення серотоніну, норадреналіну та допаміну, чим пришвидшує відчуття насичення, знижуючи кількість спожитої їжі та збільшує енерговитрати організму. Взаємодіючи з рецепторами серотоніну 5-HT_{1A}, 5-HT_{1B}, 5-HT_{2C}, рецепторами норадреналіну α ₁, β ₂, дофамінергічними рецепторами (D₂), він сприяє пришвидшенню виникненню відчуття насичення. Вплив на ЦНС забезпечує контроль харчової поведінки [44]. При його застосуванні обов'язковим є контроль АТ та пульсу кожні 2 тижні, за умови їх приросту на 10 одиниць виміру, препарат відміняють [45, 46]. Однак, в Україні, як і в більшості країн світу, застосування сибутраміну не входить до рекомендацій лікування ожиріння у зв'язку з виявленням небажаних ефектів. Наказом МОЗ України №334 від 15.04.2010 року з урахуванням рішення Європейського агентства лікарських засобів (ЕМЕА) від 21.01.2010 (регулюючий документ ЕМЕА/39408/2010) препарати, що містять сибутрамін заборонено в Україні, у зв'язку з перевагою побічних явищ над позитивними ефектами [47], постановою КМУ від 31.05.2010 року № 373 «Про внесення змін до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» його було включено до списку психотропних речовин, обіг яких обмежено.

Ліраглутид – серед всіх препаратів лікування ожиріння є лідером, це аналог людського глюкагоноподібного пептиду-1, що є стійким до дипептидилпептидази-4, через вплив на центральні проопіомеланокортинові CART-нейрони гіпоталамуса, чим пригнічує відчуття голоду, а також має додатковий патогенетичний ефект через периферичну дію на шлунок, а саме – гальмує його спорожнення, стимулює секрецію інсуліну при підвищенні глікемії. В Україні зареєстрований для лікування ожиріння з 2021 р. [22, 48, 49, 50], та рекомендований до застосування клінічною настановою та стандартами надання медичної допомоги «Ожиріння у дорослих» в Україні (наказ МОЗ України №427 від 03.03.2023) [15, 22].

Семаглутид – також є аналогом ГПП-1 з 94 % гомологічністю до ГПП-1 людини. Його дія полягає в селективному зв'язку та активації рецепторів ГПП-1, що є мішенню для нативного ГПП-1 [15], що у свою чергу призводить до зниження апетиту та зменшення споживання їжі. Крім того, семаглутид знижує потяг до їжі з високим вмістом жирів та знижує рівні систолічного тиску, ліпідів, зменшення рівня запалення, пригнічує розвиток атеросклерозу [15]. Семаглутид рекомендовано для лікування пацієнтів з ожирінням Канадськими клінічними рекомендаціями щодо ожиріння для дорослих у дозі 2,4 мг 1 раз на тиждень [15]. Препарат семаглутиду зареєстровано в Україні (реєстраційне посвідчення UA/19176/01/01, наказ МОЗ України №166 від 26.01.2022р.) [51], однак, він не входить до клінічної настанови та стандартів надання медичної допомоги

«Ожиріння у дорослих» в Україні (наказ МОЗ України №427 від 03.03.2023) [22].

Налтрексон (8 мг)/бупропіон (90мг) — був схвалений в ЄС для лікування ожиріння, однак в Україні не зареєстрований [15]. Налтрексон — це антагоніст опіоїдів, має мінімальний ефект на втрату ваги самостійно. Його було схвалено FDA для лікування опіоїдної залежності в 1984 році та розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю, в 1994 році. Вважається, що налтрексон блокує гальмівний вплив опіоїдних рецепторів, активований β-ендорфіном, що виділяється в гіпоталамусі, що стимулює голодування, таким чином дозволяючи гальмівним ефектам α-меланоцитостимулюючого гормону (α-MSH) зменшити споживання їжі [52].

Бупропіон — інгібітор зворотного захоплення дофаміну та норадреналіну, який у 1989 році було схвалено FDA як антидепресант та в 1997 році як засіб для припинення куріння. Комбінована терапія ожиріння налтрексон/бупропіон, схвалена наприкінці 2014 року FDA для контролю ваги, яка увійшла в рекомендації США «VA/DoD clinical practice guideline for the management of adult overweight and obesity» [29, 53]. Застосування бупропіону в монотерапії вважається недоцільним [29]. Разом вони впливають на 2 окремі ділянки мозку, які беруть участь у регуляції споживання їжі. В однорічному рандомізованому плацебо-контрольованому дослідженні при використанні дози 32/360 мг/день відмічалось зниження маси тіла 3,3 % - 4,8 %, при вирахуванні плацебо, до того ж не відмічалось зменшення артеріального тиску чи ліпідів. Нудота, підвищення частоти серцевих скорочень, артеріального тиску — дуже часті побічні ефекти терапії [54]. В Україні бупропіон для лікування ожиріння не зареєстрований, лише як засіб для припинення куріння, його додатковий ефект щодо зниження споживання їжі можна застосовувати при пацієнторієнтованому комплексному лікуванні ожиріння у курців [15].

Фентермін є симпатоміметичним аміном з анорексигенною активністю та найпоширенішим засобом лікування ожиріння в США. У двох 12-тижневих рандомізованих плацебо-контрольованих дослідженнях, що проводились у Кореї, фентермін у дозі 30 мг/день призвів до зниження маси пацієнтів на >6 %, порівняно з плацебо. У 28-тижневому рандомізованому плацебо-контрольованому дослідженні, проведеному в США, фентермін у дозі 15 мг/день показав ефект втрати ваги на 4,4 %, за відрахуванням ефекту плацебо. Поширеними побічними ефектами фентерміну та інших препаратів цього класу є сухість у роті, запор і безсоння. В Україні фентермін не зареєстрований [51].

Фентермін/топірамат є першою комбінованою терапією, схваленою в США для лікування ожиріння у 2012 році. За 1 рік відзначалась втрата ваги на 8,6 % - 9,3 %, з виключенням ефекту плацебо, при дозі 15/92 мг у двох великих рандомізованих контрольованих випробуваннях. Однак, топірамат, протиепілептичний препарат, несе тератогенний ризик ротових щілин; тому перед початком і щомісяця після цього жінкам дітородного віку необхідний негативний тест на

вагітність. Парестезія є найпоширенішим побічним ефектом такої комбінації особливо спочатком терапії [54]. Дана комбінація в Україні не зареєстрована [51].

Лоркасерин є селективним агоністом рецептора серотоніну (5-гідрокситриптаміну-5-HT_{2C}), що був схвалений FDA у 2012 році для довгострокового лікування ожиріння. Він знижує апетит і підвищує насичення шляхом зв'язування з рецепторами 5HT_{2C} на анорексигенних нейронах проопіомеланокортину (ПОМС) у гіпоталамусі. Через селективний агонізм рецептора серотоніну 2C лоркасерин був розроблений для уникнення серцевих клапанних ефектів, опосередкованих через рецептор 5HT_{2B} [55]. У трьох рандомізованих плацебо-контрольованих дослідженнях лікування лоркасерином досягало втрати ваги 3,0 %-3,6 % за 1 рік, за відрахуванням ефекту плацебо. При продовженні його застосування протягом другого року майже половина втраченої ваги була відновлена. Загалом, лоркасерин добре переноситься, але його ефективність незначна [54]. В Україні — не зареєстрований [51].

Препарат периферіної дії орлістат є напівсинтетичним похідним ліпстатину, потужним селективним інгібітором панкреатичної ліпази тривалої дії, що пригнічує перехід харчових ТГ до вільних жирних кислот, які здатні всмоктуватись, і як наслідок, близько 30 % уживаних ТГ екскретується, головним чином із калом, що спричиняє дефіцит калорій. Рекомендована доза становить 120 мг 3 рази на добу під час прийому їжі чи впродовж 1 години після. Середнє зниження МТ при відрахуванні ефекту плацебо - 2,9 % через 1 рік після початку терапії. Побічні явища, що спостерігались, включали значні шлунковокишкові ефекти, такі як жирні випорожнення, флатуленція з виділенням калу, імперативні позиви до дефекації, збільшення дефекації, жирові плями на нижній білизні, зменшення всмоктування жиророзчинних вітамінів А, D, Е, К [56-58]. В Україні орлістат зареєстрований і рекомендований до застосування при ожирінні клінічною настановою та стандартами надання медичної допомоги «Ожиріння у дорослих» в Україні (наказ МОЗ України № 427 від 03.03.2023) і настановою 00500 DUODECIM [15, 22].

Враховуючи отримані останнім часом патогенетичні взаємозв'язки розвитку ожиріння з порушенням циркадних ритмів, сну/неспанья, рівнем серотоніну, мелатоніну [60-70], цікавим у майбутньому може стати препарат, рекомендований клінічними практичними рекомендаціями American Academy of Sleep Medicine та FDA для лікування порушень сну, такий як армодафініл [70].

Армодафініл (2-[R-(diphenylmethyl)sulfinyl]acetamide) — це пероральний препарат центральної дії, R-анантіомер рацемічного модафінілу, що стимулює неспанья, і відрізняється від стимуляторів нервової системи — має селективну дію на передачу катехоламінових сигналів через дофамінергічні, серотонінергічні та норадреналінергічні рецептори. Армодафініл здатен стимулювати секрецію гіпокретину (Орексин А та Орексин В) гіпоталамусом, який у свою чергу

стимулює вивільнення дофаміна та норадергаліну, що сприяють неспанню. При пероральному застосуванні армодафінілу в дозі 150 мг, він легко адсорбується, досягаючи максимальної концентрації у плазмі $5,44 \pm 1,64$ мг/мл через 2 год, при щоденному застосуванні досягає стійкого стану через 7 днів. Швидкість всмоктування препарату сповільнюється на 2-4 год при застосуванні його після їжі, хоча, біодоступність не залежить від прийому їжі. Метаболізм армодафінілу здійснюється шляхом гідролізу амідів з утворенням сульфона, через ферментний шлях цитохрому P450 (CYP) 3A4/5, він помірно пригнічує активність CYP2C19 і ліків, що метаболізуються за допомогою цього ферменту (діазепам). Період напіввиведення є монофазним процесом, що складає 15 годин, що відрізняє його від модафінілу, та забезпечує тривалий ефект неспання. Препарат рекомендований для лікування таких порушень сну, як порушення сну при позмінній роботі, надмірній сонливості [70]. Ряд клінічних досліджень ефективності та безпеки застосування армодафінілу визначили його додатковий ефект на зниження маси тіла [71], що пояснюється його впливом на серотонінергічну систему та гіпокретини в центрах сну/бадьорості, голоду та насичення в гіпоталамусі [72-76]. У зв'язку з цим армодафініл може бути розглянутий як препарат вибору в комплексному пацієнторієнтованому лікуванні пацієнтів з ожирінням, які мають порушення сну і неспання.

Отже, більшість методик та засобів, які рекомендуються до застосування при лікуванні ожиріння, є патогенетично обґрунтованими, та найбільшу ефективність показують лікарські засоби, що мають центральні механізми впливу на гіпоталамус та опосередковуються серотонінергічною системою, що провокує науковців до дослідження та виявлення таких лікарських засобів, що мали б найменше побічних явищ, достатню ефективність та доступність для пацієнта.

Висновки

Основними принципами лікування ожиріння є застосування пацієнт-орієнтованого комплексного підходу з тривалим наглядом та впровадженням необхідних змін до способу життя, дієтичних звичок, фізичної активності шляхом мотиваційного консультування в комбінації з медикаментозними засобами для зменшення ваги на близько 5-10 % за 6 місяців. Серед засобів медикаментозного лікування найбільшу ефективність мають препарати центрального механізму дії: сибутрамін, ліраглутид, семаглутид, налтрексон/ бупропіон, фентермін, фентермін/топірамаат, лоркасерин. Перспективним у лікуванні ожиріння в майбутньому може стати армодафініл через його вплив на серотонінергічну систему, особливо в комплексному пацієнторієнтованому лікуванні пацієнтів з ожирінням, які мають порушення сну і неспання. В Україні нині зареєстровані та рекомендовані для лікування ожиріння лише орлістат та ліраглутид. Визначені на сьогодні етіо-патогенетичні механізми розвитку ожиріння свідчать про мультидисциплінарність даної проблеми і необхідність залучення

команди спеціалістів для тривалого нагляду та підбору пацієнторієнтованого комплексного лікування.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Власенко М. В. Цукровий діабет і ожиріння – епідемія XXI століття: сучасний підхід до проблеми. *Український терапевтичний журнал*. 2011; 2:50–55.
2. Травникова Н. Ю., Ковалькова Н. А., Воевода М. И. Абдоминальное ожирение, метаболический синдром и нарушение функции внешнего дыхания. // *Сибирский научный медицинский журнал*. – 2015;35(5):41–46.
3. Мкртумян А. М. Актуальные проблемы консервативного лечения ожирения. МС. 2010; 7:8. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aktualnye-problemy-konservativnogo-lecheniya-ozhireniya>.
4. Родионова Т. И., Тенаева А. И. Ожирение – глобальная проблема современного общества // *Фундаментальные исследования*. – 2012;12(1):132–136.
5. World Health Organization. Regional Office for Europe. STEPS: prevalence of noncommunicable disease risk factors in Ukraine 2019. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. – <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336642> (accessed 30 Dec 2022)
6. Огієнко В. П. Статистичні дані по поширенню ожиріння в Україні і світі загалом. – [Електронний ресурс]. Доступно: <http://medstat.gov.ua/ukr>
7. Богачева Е. В. Ожирение как социальная проблема. // *Первый Волгоградский*. –2006; 5:12–13.
8. Пасієшвілі Т. М., Железнякова Н. М. Емоційно-особистісна складова та якість життя хворих на бронхіальну астму з супутнім ожирінням. // *Семейная медицина*. – 2015;3(59):208–210. – ISSN 230715112
9. Мельник О. Б., Федів О. І. Якість життя хворих на бронхіальну астму, поєднану з ожирінням, з урахуванням виявлення поліморфізму RS9939609 гена FTO і RS324011 гена STAT6. // *Міжнародний ендокринологічний журнал*. – 2017;13(6): – doi: 10.22141/2224-0721.13.6.2017.112884
10. The World Obesity Federation. History. [Internet]. – 2023. [cited 2023 Sept 5]. – Available from: <http://www.worldobesity.org/about/about-us/history>.
11. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH; World Obesity Federation. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev*. 2017;18(7):715–723. doi:10.1111/obr.12551
12. Ashwell M. The health of the nation target for obesity. *Int. J. Obes*. 1994;18:837–840.
13. Withrow D, Alter DA. The economic burden of obesity worldwide: A systematic review of the direct costs of obesity. *Obesity reviews*. 2011 12, 2: 131–41. DOI: 10.1111/j.1467-789X.2009.00712.x
14. Balanova YuA, Shalnova SA, Deev AD, et al on behalf of the ESSE-RF study workteam. Obesity in Russian population – prevalence and association with the non-communicable diseases risk factors. *Russ J Cardiol*. 2018;23(6):123–130. Available from: <http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2018-6-123-130>

15. Настанова 00500. Лікування ожиріння [Електронний ресурс]. Настанови на засадах доказової медицини. Створені DUODECIM MedicalPublications, Ltd. 2017 [цитовано 2023 Вер 5]. Доступно: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3336>.
16. Wharton S, Lau DCW, Vallis M, et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. CMAJ. 2020;192(31):E875-E891. doi:10.1503/cmaj.191707
17. Настанова 01142. Роль мотиваційного інтерв'ю у лікуванні та модифікації способу життя [Електронний ресурс]. Настанови на засадах доказової медицини. Створені DUODECIM MedicalPublications, Ltd. 2017 [цитовано 2023 Вер 5]. Доступно: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3853>
18. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults [published correction appears in Obes Facts. 2016;9(1):64]. Obes Facts. 2015;8(6):402-424. doi:10.1159/000442721
19. Настанова 00499. Оцінка пацієнта з ожирінням [Електронний ресурс]. Настанови на засадах доказової медицини. Створені DUODECIM MedicalPublications, Ltd. 2017 [цитовано 2023 Вер 5]. Доступно: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3335>
20. Настанова 01025. Баріатрична хірургія (хірургічне лікування ожиріння). [Електронний ресурс]. Настанови на засадах доказової медицини. Створені DUODECIM MedicalPublications, Ltd. 2017 [цитовано 2023 Вер 5]. Доступно: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3748>
21. North American Association for the Study of Obesity National Heart Lung and Blood Institute National Institutes of Health (U.S.) NHLBI Obesity Education Initiative. The Practical Guide : Identification Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. Bethesda Md: National Institutes of Health National Heart Lung and Blood Institute NHLBI Obesity Education Initiative North American Association for the Study of Obesity [Internet]. 2000 Oct [cited 2023 Sept 5];3. Available from: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/prctgd_c.pdf
22. National clinical evidence based guideline «Obesity in adults» [serial online] 2023 March [cited 2023 Sept 05]. Available from URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/ozhyrinnya-udoroslyh/>
23. World Health Organization. SPECIAL ISSUE: INTERVENTIONS FOR THE TREATMENT OF PERSONS WITH OBESITY. [Internet]. 17 May 2022 [cited 2023 Sept 5]
24. Toplak H, Woodward E, Yumuk V, Oppert JM, Halford JC, Fr hbeck G. 2014 EASO Position Statement on the Use of Anti-Obesity Drugs. Obes Facts. 2015;8(3):166-174. doi:10.1159/000430801
25. Fried M, Yumuk V, Oppert JM, et al. Interdisciplinary European Guidelines on metabolic and bariatric surgery. Obes Facts. 2013;6(5):449-468. doi:10.1159/000355480
26. Lissner L, Visscher TL, Rissanen A, Heitmann BL; Prevention and Public Health Task Force of European Association for the Study of Obesity. Monitoring the obesity epidemic into the 21st century--weighing the evidence. Obes Facts. 2013;6(6):561-565. doi:10.1159/000357539
27. National Institute for Health and Care Excellence. Obesity: identification, assessment and management. [serial online] Published: 27 November 2014 [cited 2023 Sept 05]. Available from URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg189>
28. National Institute for Health and Care Excellence. Obesity prevention. [serial online] Published: 13 December 2006 [cited 2023 Sept 05]. Available from URL: www.nice.org.uk/guidance/cg43
29. Department of Veterans Affairs Department of Defense QUALIFYING STATEMENTS. VA/DoD clinical practice guideline for the management of adult overweight and obesity. [serial online] Published: Version 3.0 — 2020 Based on evidence reviewed through April 2019. [cited 2023 Sept 05]. Available from URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/obesity/VADoDObesityCPGFinal5087242020.pdf>
30. Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Операційне керівництво / Міністерство охорони здоров'я України, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ТОВ «Агентство «Україна». — К., 2018. — 368 с.
31. Bray GA, Greenway FL. Current and potential drugs for treatment of obesity. Endocr Rev. 1999;20(6):805-875. doi:10.1210/edrv.20.6.0383.
32. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 826 від 06 листопада 2014 року. Уніфікований клінічний протокол (первинної, вторинної спеціалізованої) медичної допомоги неалкогольний стеатогепатит. — Київ, 2014. — 28 с.
33. Mechanick JI, Hurley DL, Garvey WT. ADIPOSITY-BASED CHRONIC DISEASE AS A NEW DIAGNOSTIC TERM: THE AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS AND AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY POSITION STATEMENT. Endocr Pract [Internet]. 2017 [cited 2023 Feb 21];23(3):372-378. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27967229/> DOI:10.4158/EPI161688.PS.
34. Obesity Canada. First Update to 2020 Adult Clinical Practice Guidelines. 2022 Oct 21 [cited 2023 Feb 21]. Available from: <https://obesitycanada.ca/>.
35. Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін. Міністерство охорони здоров'я України, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ТОВ «Агентство «Україна» К. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Операційне керівництво [Internet]. — 2018 [cited 2023 Sept 5]: — 368 с. — Available from: https://medplatforma.com.ua/files/news-medsprava/2523/operaciyne_kerivnytctvo.pdf.
36. Mayer SB, Graybill S, Raffa SD, et al. Synopsis of the 2020 U.S. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Adult Overweight and Obesity. Mil Med. [Internet]. — 2020 [cited 2023 Sept 5];186(9-10):884-896. — Available from: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/obesity/VADoDObesityCPGFinal5087242020.pdf> DOI:10.1093/milmed/usab114.
37. McCulloch J, Ramesar S, Peterson H. Psychotherapy in primary care: the BATHE technique. Am Fam Physician [Internet]. — 1998 [cited 2023 Sept 5];57(9):2131-2134. — Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9606304/> PMID: 9606304.
38. Arkowitz, H., Miller, W. R., & Rollnick, S. Motivational interviewing in the treatment of psychological problems

(2nd ed.). The Guilford Press [Internet]. — 2015 [cited 2023 Sept 5]; 324–342. — Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2015-25192-000>.

39. Hugo K. Motivational Interviewing and Field Instruction: The FRAMES model. *Journal of Marital and Family Therapy* [Internet]. — 2012 April [cited 2023 Sept 5]; 23:203–215. — Available from: <https://fieldeducator.simmons.edu/article/motivational-interviewing-and-field-instruction-the-frames-model/>

40. Hashemzadeh M, Rahimi A, Zare-Farashbandi F, Alavi-Naeini AM, Daei A. Transtheoretical Model of Health Behavioral Change: A Systematic Review. *Iran J Nurs Midwifery Res.* — 2019;24(2):83–90. — doi:10.4103/ijnmr.IJNMR_94_17.

41. Mastellos N, Gunn LH, Felix LM, Car J, Ma-jeed A. Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *Cochrane Database Syst Rev.* — 2014;2014(2):CD008066. Published 2014 Feb 5. — doi:10.1002/14651858.CD008066.pub3.

42. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med.* — 2002;22(4):267–284. — doi:10.1016/s0749-3797(02)00415-4.

43. Sherson EA, Yakes Jimenez E, Katalanos N. A review of the use of the 5 A's model for weight loss counselling: differences between physician practice and patient demand. *Fam Pract.* — 2014;31(4):389–398. — doi:10.1093/fampra/cmu020.

44. Romantsova TI. Sibutramine: efficacy and safety of prescribing in routine clinical practice. *Obesity and metabolism.* — 2015;12(3):18–24. (In Russ.)] — doi: 10.14341/omet2015318-24.

45. Curfman GD, Morrissey S, Drazen JM. Sibutramine — Another Flawed Diet Pill. *N. Engl. J. Med.* — 2010;363(10):972–974. — doi:10.1056/NEJMe1007993.

46. James WPT, Caterson ID, Coutinho W, et al. Effect of Sibutramine on Cardiovascular Outcomes in Overweight and Obese Subjects. *N. Engl. J. Med.* — 2010;363(10):905–917. — doi: 10.1056/NEJMoa1003114.

47. МОЗ України. Наказ №334 від 15.04.2010 року. — Available from: <https://www.apteka.ua/article/38120>

48. Astrup A, Carraro R, Finer N, et al. Safety, tolerability and sustained weight loss over 2 years with the once-daily human GLP-1 analog, liraglutide. *Int. J. Obes.* — 2011;36(6):843–854. — doi: 10.1038/ijo.2011.158.

49. Дедов И. И., Мельниченко Г. А., Шестакова М. В. и соавт. Лечение морбидного ожирения у взрослых. Ожирение и метаболизм. — 2018;15(1):53–70. — doi: 10.14341/OMET2018153-70.

50. FDA. [Internet]. — 2010. — Available from: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/2010/022341s000TOC.cfm.

51. МОЗ України. Департамент фармацевтичної діяльності. "Державний реєстр лікарських засобів України". [Інтернет] — Січень 2022. — Доступно: <http://www.drlz.com.ua/ibp/ddsite.nsf/all/shlist?opendocument&query=%EE%E7%E5%EC%EF%B3%EA>.

52. Bray GA, Frühbeck G, Ryan DH, Wilding JP. Management of obesity. *Lancet.* — 2016 May 7;387(10031):1947–

56. — doi: 10.1016/S0140-6736(16)00271-3. Epub 2016 Feb 10. PMID: 26868660.

53. FDA [Internet]. — Available from: <https://web.archive.org/web/20170217225439/http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm413896.htm>.

54. Gadde KM, Martin CK, Berthoud HR, Heymsfield SB. Obesity: Pathophysiology and Management. *J Am Coll Cardiol.* — 2018 Jan 2;71(1):69–84. — doi: 10.1016/j.jacc.2017.11.011. PMID: 29301630; PMCID: PMC7958889.

55. Saunders KH, Umashanker D, Igel LI, Kumar RB, Aronne LJ. Obesity Pharmacotherapy. *Med Clin North Am.* — 2018 Jan;102(1):135–148. — doi: 10.1016/j.mcna.2017.08.010. PMID: 29156182.

56. Sjöström L, Rissanen A, Andersen T, et al. Randomised placebo-controlled trial of orlistat for weight loss and prevention of weight regain in obese patients. *The Lancet.* — 1998;352(9123):167–172. — doi: 10.1016/s0140-6736(97)11509-4.

57. Heck AM, Yanovski JA, Calis KA. Orlistat, a new lipase inhibitor for the management of obesity. *Pharmacotherapy.* — 2000;20(3):270–279. — doi:10.1592/phco.20.4.270.34882.

58. Zhou Y-H, Ma X-Q, Wu C et al. Effect of AntiObesity Drug on Cardiovascular Risk Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS ONE.* — 2012, 7(6): e39062. — doi:10.1371/journal.pone.0039062.

59. Froy O. Circadian rhythms and obesity in mammals. *ISRN Obes* [Internet]. — 2012 Nov 18 [cite 2022 Dec]; 2012:437198. — Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24527263/> DOI: 10.5402/2012/437198.

60. Sridhar GR, Lakshmi G. Sleep, obesity and diabetes: the circadian rhythm. *Advances in diabetes: newer insights.* In: Sridhar GR (Ed), editor. New Delhi: The health Services Publisher; — 2016:196–207. — doi:10.5005/jp/books/12744_16.

61. Sridhar GR, Sanjana NS. Sleep, circadian dysrhythmia, obesity and diabetes. *World J Diabetes.* — 2016;7(19):515–522. — doi:10.4239/wjd.v7.i19.515.

62. Nonogaki K. Serotonin conflict in sleep-feeding. *Vitam Horm.* — 2012;89:223–239. — doi:10.1016/B978-0-12-394623-2.00012-3.

63. Zhan C, Zhou J, Feng Q, et al. Acute and long-term suppression of feeding behavior by POMC neurons in the brainstem and hypothalamus, respectively. *J Neurosci.* — 2013;33(8):3624–3632. — doi:10.1523/JNEUROSCI.2742-12.2013.

64. D'Agostino G, Lyons D, Cristiano C, et al. Nucleus of the Solitary Tract Serotonin 5-HT_{2C} Receptors Modulate Food Intake. *Cell Metab.* — 2018;28(4):619–630.e5. — doi:10.1016/j.cmet.2018.07.017.

65. Versteeg RI, Koopman KE, Booij J, et al. Serotonin Transporter Binding in the Diencephalon Is Reduced in Insulin-Resistant Obese Humans. *Neuroendocrinology.* — 2017;105(2):141–149. — doi:10.1159/000450549.

66. Anderberg RH, Richard JE, Eerola K, et al. Glucagon-Like Peptide 1 and Its Analogs Act in the Dorsal Raphe and Modulate Central Serotonin to Reduce Appetite and Body Weight. *Diabetes.* — 2017;66(4):1062–1073. — doi:10.2337/db16-0755.

67. Flores RA, da Silva ES, Ribas AS, et al. Evaluation of food intake and Fos expression in serotonergic neurons of raphe nuclei after intracerebroventricular injection of adrena-

line in free-feeding rats. *Brain Res.* — 2018;1678:153-163. — doi:10.1016/j.brainres.2017.10.021.

68. Namkung J, Kim H, Park S. Peripheral Serotonin: a New Player in Systemic Energy Homeostasis. *Mol Cells.* — 2015;38(12):1023-1028. — doi:10.14348/molcells.2015.0258.

69. Voigt JP, Fink H. Serotonin controlling feeding and satiety. *Behav Brain Res.* 2015;277:14-31. doi:10.1016/j.bbr.2014.08.065.

70. Maski, Kiran et al. "Treatment of central disorders of hypersomnolence: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline." *Journal of clinical sleep medicine : JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine.* — vol. 17,9 (2021): 1881-1893. — doi:10.5664/jcsn.9328.

71. Chapman JL, Cayanan EA, Hoyos CM, et al. Does Armodafinil Improve Driving Task Performance and Weight Loss in Sleep Apnea? A Randomized Trial. *Am J Respir Crit Care Med.* — 2018;198(7):941-950. — doi:10.1164/rccm.201712-2439OC.

72. Takenoshita S, Nishino S. Pharmacologic Management of Excessive Daytime Sleepiness. *Sleep Med Clin.* — 2020;15(2):177-194. — doi:10.1016/j.jsmc.2020.02.006.

73. Garnock-Jones KP, Dhillon S, Scott LJ. Armodafinil. *CNS Drugs.* — 2009;23(9):793-803. — doi:10.2165/11203290-000000000-00000.

74. Chemelli RM, Willie JT, Sinton CM, et al. Narcolepsy in orexin knockout mice: molecular genetics of sleep regulation. *Cell.* — 1999;98(4):437-451. — doi:10.1016/s0092-8674(00)81973-x.

75. Salerno M, Villano I, Nicolosi D, et al. Modafinil and orexin system: interactions and medico-legal considerations. *Front Biosci (Landmark Ed).* — 2019;24(3):564-575. Published 2019 Jan 1. — doi:10.2741/4736.

76. Patel V, Sarkar P, Siegel DM, et al. The Antinarcotics Drug Modafinil Reverses Hypoglycemia Unawareness and Normalizes Glucose Sensing of Orexin Neurons in Male Mice. *Diabetes.* — 2023;72(8):1144-1153. — doi:10.2337/db22-0639.

Отримано / Received 14.01.2023

Рецензовано / Revised 02.02.2023

Прийнято до друку / Accepted 05.02.2023 ■

V. I. Tkachenko^{1,2}, T. O. Bagro¹

¹Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²International Public Organization «International Association «Health of Society», Kyiv, Ukraine

MODERN APPROACHES TO THE COMPLEX TREATMENT OF OBESITY WITH A PATIENT-ORIENTED APPROACH

Abstract. Background. Obesity progresses every year, worsens the prognosis for the health of population, non-infectious diseases and their complications, disability and mortality, and has negative socio-economic consequences. The different approaches are known among the effective methods of treatment: diet therapy, psychotherapeutic methods, the use of some medications and surgical interventions, but the complex pathogenesis of obesity requires the search for a wider range of evidence-based therapeutic approaches. The purpose is to conduct a systematic review of the literature and analyze modern evidence-based medicine approaches to the comprehensive treatment of obesity with a patient-oriented approach. **Materials and methods.** Systematic review of literary sources on the problem of obesity with regard to its pathogenetic aspects by key words: obesity, overweight, guidelines, standards, protocols of care, treatment, evidence-based medicine for the period 2012 - 2023 in the PubMed and Cochrane databases. The bibliosemantic method and the system analysis method were used for the analysis. **Results.** The 76 sources of literature were selected for analysis among the publications found in PubMed and Cochrane, which most corresponded to the keywords and the research objective. 15 international and national guidelines

for the treatment of obesity have been developed. It has been established that the main principles of obesity treatment are the use of a patient-oriented complex approach with long-term supervision and the implementation of necessary changes to lifestyle, dietary habits, and physical activity through motivational counseling in combination with medications to reduce weight by about 5-10% in 6 months. Among the pharmaceutical agents, the most effective are drugs with a central mechanism of action: sibutramine, liraglutide, semaglutide, naltrexone/bupropion, phentermine, phentermine/topiramate, lorcaserin. Armodafinil may be a promising drug in the treatment of obesity in the future due to its effect on the serotonergic system, especially in the complex patient-oriented treatment of obese patients with sleep and wakefulness disorders. In Ukraine, only orlistat and liraglutide are currently registered and recommended for the treatment of obesity. **Conclusions.** The complex etiopathogenetic mechanisms of the development of obesity indicate the multidisciplinary of this problem and the need to engage a team of specialists for long-term supervision and selection of patient-oriented complex treatment.

Keywords: obesity; modern guidelines; complex treatment; medications; patient-oriented approach

УДК 614.253.52:616-053.9-083:616-083-039.75:378.147.091.33

DOI: <https://doi.org/10.22141/2306-2436.12.2.2023.306>

Царенко А. В.^{1,2,3}, Убогов С. Г.^{4,5}, Дандре П.²

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика, м. Київ, Україна

²ГО «Асоціація християнських медсестер і волонтерів «Благо», м. Київ, Україна

³Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», м. Київ, Україна

⁴Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ, Україна

⁵ГО «Асоціація капеланів в охороні здоров'я України», м. Київ, Україна

ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА ХРИСТИЯНСЬКИХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР І КАПЕЛАНІВ ДЛЯ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ГОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ: ДОСЯГНЕННЯ, ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ

Резюме. Актуальність. У світі відбувається збільшення потреби у паліативній та госпісній допомозі (ПГД) у глобальному масштабі, що зумовлено швидким постарінням населення та збільшенням поширеності асоційованих з віком тяжких небезпечних для життя хронічних захворювань. Важливу роль у наданні ПГД населенню крім лікарів відіграють середні медичні працівники та медичні капелани, що зумовлює актуальність створення і оптимізації системи професійної додипломної і післядипломної підготовки медичних сестер і священнослужителів з питань надання ПГД, а також розробка та впровадження інноваційних підходів додипломної і післядипломної медсестринської і богословської професійної освіти. **Мета роботи** – обґрунтування інноваційного напрямку професійної підготовки середніх медичних працівників і священнослужителів, які залучаються до надання ПГД населенню – впровадження в Україні підготовки християнських медичних сестер і медичних капеланів. **Матеріали та методи.** Проаналізовано нормативно-правові документи України та авторитетних міжнародних фахових організацій; проведено системний пошук наукової медичної інформації з використанням пошукових систем JAMA, Scholar та PubMed; дані офіційної статистики МОЗ України. У роботі були використані наступні методи дослідження: бібліосемантичний, системного підходу і системного аналізу. **Результати.** Суть сучасної ПГД визначається філософією паліативної медичної допомоги і догляду, мета якої забезпечити максимально досяжну якість життя пацієнтів, що потребують ПГД (ПП), і членів їх родин, домогтися гармонії між професійною майстерністю і гуманним ставленням лікаря і медичної сестри до ПП. Згідно із сучасними підходами та концепціями, ПГД – це комплексна мультидисциплінарна допомога, яка об'єднує медичну допомогу, соціальну підтримку, психологічний і духовний/релігійний супровід, волонтерську службу. Досвід підготовки християнських медсестер, які мають середню медичну і початкову богословську освіту і у багатьох країнах визнані як окрема професія, з 2012 року є на рівні громадської організації ГО «Асоціація християнських медсестер і волонтерів «Благо». До проведення семінарів і тренінгів з питань догляду та духовної/релігійної підтримки ПП та членів їх родин залучаються християнські медсестри з багатьох країн світу, священнослужителі різних конфесій, медики, психологи, філософи, соціальні працівники, науковці, волонтери. У 2020 р. ГО «Асоціація християнських медсестер і волонтерів «Благо» одержала від Інституту Вестберга (США) навчальну програму підготовки християнських медсестер і дозвіл на її переклад та адаптацію до умов України. Керівники ГО «Асоціація християнських медсестер і волонтерів «Благо» проводять перемовини з медичними коледжами і духовними семінаріями про затвердження такої програми та впровадження пілотного проекту з підготовки християнських медсестер в Україні. Прийняття МОЗ України наказу про затвердження професії «капелан в охороні здоров'я» – це новий важливий крок для утвердження і розвитку надзвичайно важливої складової ПГД – духовна/релігійна підтримка і супровід ПП, членів їх сімей та персоналу, який залучається до надання ПГД населенню. У зв'язку з цим виникає нагальна потреба спеціальної підготовки священнослужителів. **Висновки.** 1. Актуальність і значення ПГД зростає як в Україні, так і у глобальному масштабі. 2. Важливу роль у наданні ПГД населенню відіграють середні медичні працівники, зокрема, медичні сестри та фельдшери. Особливо актуальним питанням є професійна підготовка медичних сестер

© «Здоров'я суспільства» / «Health of Society» («Zdorov'a suspil'stva»), 2023

© Видавці Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», Заславський О.Ю. / Publishers International Public Organization "International Association "Health of Society", Zaslavsky O.Yu., 2023

Для кореспонденції: Шекера Олег Григорович, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, вул. Дорогожичська, 9, м. Київ, 04112, Україна; e-mail: associomed@ukr.net

For correspondence: Oleg Shekera, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Dorogozhytska str., 9, Kyiv, 04112, Ukraine; e-mail: associomed@ukr.net

для надання доступної, якісної та ефективної ПГД, що потребує спеціальних знань і навичок. 3. Одним з інноваційних підходів до професійної додипломної і післядипломної підготовки медичних сестер з питань надання ПГД в Україні було б затвердження МОЗ України спеціалізації або спеціальності «Християнська медсестра», яка має середню медичну/медсестринську і початкову богословську освіту. Християнська медсестра крім надання медичної допомоги ПП могла б також виконувати в ЗОЗ функцію помічника капелана. 4. Інноваційним підходом є впровадження у вищих медичних закладах освіти професійної додипломної і післядипломної підготовки християнських медичних сестер, оскільки саме християнські медсестри будуть мати надзвичайно великий попит і значення для допомоги ПП. 5. Імплементація духовної опіки в систему медичної допомоги сприятиме підвищенню рівня медичного обслуговування та поліпшенню якості життя пацієнтів, і є одним із кроків до інтеграції української системи охорони здоров'я в європейський простір, у країнах якого традиційно і успішно функціонує інститут лікарняних капеланів та система духовної опіки над пацієнтами.

Ключові слова: паліативна та госпісна допомога; професійна підготовка медичних сестер; професійна підготовка священнослужителів; християнська медсестра; медичний капелан; духовна/релігійна підтримка пацієнтів; система духовної опіки над пацієнтами

Вступ

Щороку у світі майже 61 млн. осіб потребують паліативної та госпісної допомоги (ПГД), з яких понад 25,5 млн. людей, що помирають від тяжких невиліковних захворювань, і ще 35 млн. осіб, що страждають від тяжких небезпечних для життя захворювань. На жаль, значна частина таких пацієнтів закінчують своє життя у стражданнях і муках через нестерпний біль, важкі порушення функцій організму, загальну слабкість і безпорадність, неспроможність до самообслуговування, депресії тощо, що спричиняє значне зниження якості життя їх та їхніх родин [1–6].

Серед дорослих пацієнтів, які потребують паліативної і госпісної допомоги (паліативні пацієнти – ПП), 38,5 % хворіють на хронічні серцево-судинні захворювання, 34,0 % – на злоякісні новоутворення, 10,3 % – на хронічні захворювання дихальної системи, 5,7 % – на ВІЛ-інфекцію/СНІД, 4,6 % – на цукровий діабет тощо. Згідно з прогнозами деяких дослідників, до 2040 р. потреба у ПГД у світі може збільшитися на 25–47 % [3]. ПГД також потребують пацієнти, які хворіють на багато інших тяжких небезпечних для життя захворювань, у т. ч. на хронічну серцеву, дихальну, ниркову і печінкову недостатність, на розсіяний склероз і ревматоїдний артрит, на хворобу Паркінсона і деменції, на важкі форми неврологічних захворювань і хіміорезистентні форми туберкульозу, мають вроджені та набуті вади розвитку тощо. Крім того, у світі відбувається збільшення потреби у ПГД у глобальному масштабі, що зумовлено швидким постарінням населення та збільшенням поширеності асоційованих з віком тяжких небезпечних для життя хронічних захворювань [5–8].

Важливу роль у наданні ПГД населенню крім лікарів відіграють середні медичні працівники та медичні капелани, що зумовлює актуальність створення і оптимізації системи професійної додипломної і післядипломної підготовки медичних сестер/фельдшерів і священнослужителів з питань надання ПГД, а також розробка та впровадження інноваційних підходів додипломної і післядипломної медсестринської і богословської професійної освіти.

Зазначене вище визначило тему і завдання нашої статті.

Мета роботи: обґрунтування інноваційного напрямку професійної підготовки середніх медичних

працівників і священнослужителів, які залучаються до надання ПГД населенню – впровадження в Україні підготовки християнських медичних сестер і медичних капеланів.

Матеріали та методи

Проаналізовано нормативно-правові документи України та авторитетних міжнародних фахових організацій; проведено системний пошук наукової медичної інформації з використанням пошукових систем JAMA, Scholar та PubMed; дані офіційної статистики Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ). У роботі були використані наступні методи дослідження: бібліосемантичний, системного підходу і системного аналізу.

Результати та обговорення

Дані огляду наукової літератури свідчать, що впродовж останніх шести десятиліть в Україні та у багатьох країнах світу створення і розвиток системи або служби доступної, якісної та ефективної ПГД населенню є одним з пріоритетних медико-соціальних та гуманітарних завдань урядів та суспільства. Це зумовлено невинним зростанням кількості ПП, і актуальність цієї проблеми постійно збільшується, що зумовлено низкою об'єктивних і суб'єктивних чинників: демографічних, соціально-економічних, політичних (а зараз в Україні ще й воєнних), медичних, морально-етичних тощо [1; 2; 5; 6; 8–20].

Суть сучасної ПГД визначається філософією паліативної медичної допомоги і догляду, мета якої забезпечити максимально досягнути якість життя ПП і членів їх родин, домогтися гармонії між професійною майстерністю і гуманним ставленням лікаря і медичної сестри до інкурабельного та помираючого пацієнта.

Значення і роль медичної сестри при наданні ПГД та догляду визначається її головною метою, завданнями і функціями ПГД. Оскільки, згідно із сучасними підходами та концепціями, ПГД – це комплексна мультидисциплінарна допомога, яка об'єднує медичну допомогу, соціальну підтримку, психологічний і духовний/релігійний супровід, волонтерську службу, медсестринський паліативний догляд потребує спеціальних знань, вмінь, навичок. Розвиток і впровадження сучасних технологій у практику медичної допомоги

зумовлюють зростаючі вимоги до професійного рівня і якості підготовки медичних сестер.

Робота медичної сестри, що залучена до надання ПГД, супроводжується значним фізичним та психоемоційним навантаженням і не обмежується лише лікуванням. Важливими завданнями медичної сестри при наданні ПГД і догляду за ПП є:

- полегшити/усунути біль та інші тяжкі симптоми захворювання;
- навчити та підтримати здатність ПП вести активний спосіб життя;
- забезпечити навчання, пов'язане з поясненням розвитку симптомів і перебігу захворювання та особливостей і правил догляду за ПП;
- сприяти створенню в родині атмосфери любові і підтримки ПП під час його хвороби, щоб він не відчував себе тягарем;
- розуміти потреби ПП, проявляти увагу і спілкуватися з ним;
- сприяти формуванню та підтримці позитивної самооцінки ПП, у т. ч. залученню ПП до прийняття рішень (особливо при зростанні ступеня його залежності від оточуючих);
- забезпечити підтримку членів сім'ї після смерті ПП;
- забезпечити психоемоційну і духовну/релігійну підтримку ПП та членів його сім'ї.

Важливою умовою забезпечення доступності, якості та ефективності ПГД є професійна підготовка та неперервний професійний розвиток фахівців як медичного, так і немедичного профілю.

Слід зазначити, що ще у 1990 р. ВООЗ рекомендувала:

- включити в навчальні програми підготовки всіх медичних працівників вивчення основних засад і положень ПГД та основних принципів і підходів контролю хронічного болювого синдрому;
- проводити післядипломне навчання медичних працівників з питань ПГД на базі вищих медичних закладів освіти з видачею сертифіката, що засвідчує підвищення кваліфікації в даній галузі;
- у кожній країні залучати провідних фахівців у галузі ПГД для навчання практикуючих лікарів різних спеціальностей та студентів-медиків тощо. [20; 21].

На цьому наголошується у посібнику «Паліативна допомога: рекомендації ВООЗ для здійснення ефективних програм» — Модуль 5 серії «Боротьба з раком: знання — в практику» (2007); у «Рекомендаціях 24 (2003) Комітету Міністрів Ради Європи з організації паліативної допомоги в державах-учасниках»; у настанові Європейської Асоціації паліативної допомоги (ЕАРС) «Біла книга стандартів і норм паліативної допомоги в Європі. Частина I і II» (2009, 2010), у Празькій хартії «Отримання паліативної допомоги — право людини» (2013) та у багатьох інших міжнародних документах.

Філософія медсестринського догляду визначена основоположницею медсестринської справи Флоренс Найтінгел: «Медична сестра повинна мати потрібну кваліфікацію: серцеву — для розуміння хворих, науко-

ву — для розуміння хвороб, технічну — для догляду за хворими». Це включає в себе функцію і завдання медсестринського догляду та сприяння зціленню людей у повному обсязі від народження до смерті. Флоренс Найтінгел заохочувала медсестер, які забезпечують догляд, враховувати потреби та турботи людей у їхній унікальності, не хежтуючи економічними та соціальними аспектами, а також їх цінності, культурну та релігійну унікальність та різноманітність пацієнтів. Холістична медсестринська справа базується на теоріях, дослідженнях, діях, опосередкованих глибокими знаннями та досвідом. З цієї точки зору медсестринська модель догляду включає теорію, практику та суб'єктивні аспекти, а також інтуїцію і креативність тощо. Спадщина Флоренс Найтінгел щодо цілісного медсестринства зумовлена необхідністю забезпечити потреби і надання догляду та комфорту пацієнтам. [22–23].

Медична сестра, яка залучена до надання ПГД, зустрічається з широким спектром тяжких і різноманітних симптомів, захворювань та станів. Перед нею постає нелегке завдання вміло поєднати використання сучасних медичних технологій з гуманним ставленням до ПП, що потребує мобілізації досвіду і знань, розвитку клінічного мислення, володіння багатьма компетенціями: професійною, комунікативно-психологічною, інформаційною, соціальною, етико-деонтологічною, особистісною, загальнокультурною [24].

У ПГД роль медичної сестри є надзвичайно важливою, навіть унікальною, оскільки саме вона найбільше контактує з ПП та членами його сім'ї, а кожен ПП, який потребує її допомоги, чекає від неї не тільки високих професійних навичок і вмінь, але й чуйного ставлення, душевного тепла, людського співчуття, які так необхідні у боротьбі з тяжкою недугою. У багатьох госпісах країн Європи, США і Канади саме медична сестра є головним координатором мультидисциплінарної команди та головною особою, яка приймає рішення щодо догляду за ПП, оскільки головними завданнями медичної сестри при наданні ПГД є забезпечення максимально досяжної якості життя ПП до останнього подиху. Необхідно також забезпечити присутність найближчих членів сім'ї за їх бажанням у будь-який час біля ПП, дати можливість їм і ПП висловити свої почуття та думки. Щоб запобігти відчуттю безпорадності та залежності, необхідно ставитися до ПП з розумінням і співчуттям.

Медична сестра при наданні ПГД повинна забезпечити головну умову — ПП не має страждати. Будь-який пацієнт з тяжкою і, особливо, невиліковною хворобою та обмеженим прогнозом тривалості життя вчиться жити з таким діагнозом. Отже, для медичної сестри, що надає ПГД, найсуттєвішим завданням є догляд за ПП у процесі його вмирання. Найчастіше у процесі вмирання домінуючим симптомом у ПП є втома. Тому медична сестра повинна виконувати медичні процедури, коли ПП відчувається достатньо добре, щоб їх витримати.

При спілкуванні з ПП медична сестра допомагає зменшити тривогу, сприйняти смерть як природний

біологічний стан. Щоб здійснювати кваліфіковану паліативну медичну допомогу та догляд за ПП, медичні сестри повинні володіти багатьма вміннями та практичними навичками, зокрема:

- визначати потреби і проблеми ПП та членів його сім'ї, виділяючи з них пріоритетні, знаходити оптимальний вихід у складних життєвих ситуаціях та забезпечити реалізацію цих потреб;
- володіти навичками догляду за ПП, що помирає, для полегшення страждань ПП та членів його сім'ї;
- кваліфіковано проводити сестринське обстеження, ставити сестринський діагноз, складати план догляду і реалізовувати його, якісно виконувати медичні маніпуляції згідно з протоколами, забезпечувати профілактику або лікування пролежнів, контролювати дихання і прохідність дихальних шляхів, за призначенням лікаря проводити кисневу терапію;
- за призначенням лікаря контролювати больовий синдром та інші тяжкі симптоми, спостерігати за їх динамікою, приймати самостійні, в межах медсестринської компетенції, рішення для їх полегшення;
- щоденно здійснювати оцінку можливих ризиків ускладнень та запобігати їх виникненню, знаходити оптимальний вихід у складних клінічних ситуаціях та приймати виважені рішення;
- здійснювати гігієнічний догляд за ПП, застосовуючи пристосування і засоби догляду, для створення комфортних умов ПП та для полегшення його страждань;
- забезпечити і контролювати харчування і питний режим ПП відповідно до призначень лікаря та стану пацієнта;
- володіти навичками інформування про стан ПП, в межах своєї компетенції, не порушуючи його права на конфіденційність;
- навчати основам догляду ПП та його родичів, вміти пояснити про зміни, що відбуваються в його стані, особливо в термінальній стадії хвороби, та координувати залучення родини ПП та його близьких до догляду, забезпечити можливість перебування родичів біля ліжка вмираючого;
- оцінювати настрій ПП, надавати йому та його родині психоемоційну підтримку у період тяжкого захворювання, особливо в термінальній стадії, бути опорою для вмираючого та його близьких, полегшити прийняття та сприяти адаптації родичів до вмирання рідної людини, забезпечити задоволення духовних потреб та духовний/релігійний супровід;
- співпрацювати з іншими членами мультидисциплінарної команди, раціонально розподіляти робочий час, планувати роботу, координувати і контролювати якість роботи молодшого медичного персоналу.

Таким чином, зазначене вище свідчить про актуальність та необхідність професійної підготовки медичних сестер з питань надання ПГД. В Україні вивчення питань, що пов'язані з наданням медичної допомоги ПП та доглядом за інкурабельними пацієнтами, студенти медичних коледжів і училищ починають вивчати на II–III курсах, оскільки це потребує відповідних знань

з клінічних та допоміжних дисциплін, що дозволить розуміти питання, пов'язані з потребами ПП, особливо в термінальних стадіях захворювань [25]. В Україні студенти медичних коледжів і училищ вивчають цю дисципліну з 2011 року за навчальними програмами «Медсестринство в геронтології, гериатрії та паліативній медицині» [26]. При підготовці медсестер-магістрів у 2015 році було запроваджено навчальну програму «Паліативна медицина» [27].

Післядипломна професійна підготовка медичних сестер з питань ПГД здійснюється згідно з «Програмою теоретичного удосконалення для медичних сестер первинної медико-санітарної допомоги» (2011 р.) у медичних коледжах та училищах, а також на циклах удосконалення кафедри паліативної і хоспісної медицини Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика за навчальними програмами «Основи медсестринської допомоги у паліативній та хоспісній медицині» (2011), «Медсестринська допомога паліативним пацієнтам у термінальних стадіях хронічних неінфекційних захворювань» (2013) і «Медсестринство у паліативній і хоспісній допомозі» (2017).

У 2011 році в навчальний процес медичних коледжів і училищ було впроваджено програму циклу спеціалізації «Медсестринство у паліативній і хоспісній допомозі» для слухачів відділень післядипломної освіти [28]. Позитивним є затвердження наказом МОЗ України від 10.11.2022 № 2016 спеціалізації медичних сестер з паліативної і хоспісної допомоги (термін підготовки 180 годин).

Контент-аналіз зазначених вище програм свідчить, що в цих програмах недостатня увага приділяється питанням духовної підтримки та релігійного супроводу. Духовна/релігійна підтримка ПП і членів їх сімей має багато аспектів. Насамперед – це ставлення до проблеми, які постають перед ПП, а також перед їхніми близькими та персоналом закладів ПГД, зокрема – це питання про сенс страждань, про ставлення до смерті, про значення віри. По-друге – це власне форми і методи духовної/релігійної підтримки, причому не тільки ПП, але й тих, хто перебуває поруч з ними і надає їм допомогу.

Духовні потреби людини:

Сучасна парадигма здоров'язбереження передбачає цілісний погляд, вона враховує як фізичні, так і психічні та соціальні аспекти функціонування людини, визнає найтісніший взаємозв'язок між фізичним та психічним станом.

Психічне (ментальне) здоров'я – це стан емоційного, психологічного та соціального благополуччя людини.

Емоційно-психологічні та соціальні аспекти тісно переплетені з духовними потребами людини, що включають світоглядний, ціннісно-смысловий, морально-етичний та релігійний виміри особистості.

Духовні потреби особливо загострюються у кризовий період, зокрема тоді, коли в життя людини приходить тяжка або невиліковна хвороба, або інвалідність.

Духовна (душпастирська) опіка в сфері охорони здоров'я напрям капеланської діяльності, спрямований на забезпечення духовної, релігійної, моральної, етичної, соціальної підтримки та сприяння активізації внутрішніх резервів, формуванню особистісної стійкості і належного духовно-морального стану пацієнтів, членів їх сімей та працівників закладів охорони здоров'я (реабілітаційних закладів). Однією з сучасних тенденцій розвитку капеланства в охороні здоров'я є проведення наукових досліджень та накопичення доказової бази щодо ефективності духовної опіки та її позитивного впливу на мікроклімат лікарняного закладу та процес одужання пацієнтів. Видаються авторитетні наукові журнали з питань капеланства в охороні здоров'я.

Духовна опіка є невід'ємною складовою мультидисциплінарної допомоги ПП відповідно до «Порядку надання паліативної допомоги», затвердженого наказом МОЗ від 04.06.2020 № 1308. Без духовної опіки паліативна допомога не є повноцінною. Згідно з «Клінічною настановою з належної практики надання якісної паліативної допомоги США» (Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 4th edition, 2018) та висновками низки науковців (Betty Ferrell, Shirley Otis-Green, Tami Borneman, Christina Puchalski, Gwen Uman, Andrea Garcia) духовна опіка є ключовою, центральною складовою якісної ПГД. Сучасна медицина застосовує комплексний підхід, коли до надання медичної та реабілітаційної допомоги пацієнтам залучається мультидисциплінарна команда фахівців різних спеціальностей: лікарі, медичні сестри, фармацевти, а також психологи, духовні та соціальні працівники. Національний класифікатор медичних інтервенцій НК 026:2021, гармонізований з Австралійським класифікатором медичних інтервенцій (Australian Classification of Health Interventions), включає такі втручання з підтримки пацієнтів, як «психологічна допомога» та «духовна опіка» (Spiritual Care) (код 95550-12). Отже, здійснювати духовну опіку пацієнтів, їх рідних та персоналу закладу охорони здоров'я повинен капелан в охороні здоров'я (healthcare chaplain) – професіонал з вищою богословською освітою, який пройшов післядипломну клінічну підготовку (спеціалізацію) та уповноважений здійснювати духовну опіку у закладі охорони здоров'я. Становлення професійного лікарняного капеланства розпочалося біля ста років тому у США, звідки потім прийшло до інших країн Америки, Тихоокеанського регіону, Азії та Європи, де відбулося поєднання американських, британських та німецьких моделей духовної опіки і психотерапії.

Сьогодні міжконфесійні капеланські служби є майже в кожній лікарні, госпіталі, реабілітаційному центрі західних країн. У закладах ПГД наявність капеланів – фахівців з духовної опіки є обов'язковою. Посада капелана прирівнюється до посади лікаря та психолога, він є повноправним членом мультидисциплінарної команди лікарняного (реабілітаційного) закладу. Духовна опіка пропонується виключно на добровільній основі! У країнах з великим відсотком релігійних людей пацієнти

часто більш схильні ділитися переживаннями зі священниками і капеланами, ніж з психологами і психотерапевтами. Капелани входять до складу етичних комісій, створених при лікарнях, де можуть озвучувати фахову думку щодо різних біоетичних проблем.

Впровадження капеланства в охороні здоров'я – це не надання дозволу релігійним працівникам потрапляти до лікарень. Цей дозвіл вже давно є! Впровадження професійного капеланства – це підняття стандарту, планки вимог щодо діяльності капеланів у закладах охорони здоров'я, максимізація використання їх унікального досвіду, знань та навиків на користь пацієнтам та системі охорони здоров'я.

Професійне капеланство забезпечить кращу якість духовної опіки над пацієнтами, а також дасть змогу мінімізувати такі можливі негативні прояви, як порушення релігійними працівниками внутрішнього розпорядку лікарні та санітарно-гігієнічних і проти-епідемічних правил, неетична поведінка, домінування однієї конфесії, міжконфесійні непорозуміння, застосування шкідливих псевдо-духовних чи псевдо-релігійних практик тощо. Таким чином, перевагами професійного капеланства є:

Здійснення духовної опіки на постійних засадах.

Наявність у капеланів спеціальної (клінічної) підготовки.

Надання професійної духовної допомоги, а не лише справляння релігійних обрядів.

Інтеграція капеланів у мультидисциплінарну команду закладу охорони здоров'я.

Наявність професійної капеланської відповідальності.

Міжконфесійність та універсальність діяльності капеланів, що забезпечує міжконфесійну злагоду та дає можливість покрити духовною опікою усіх потребуючих.

Стандартизація капеланської діяльності, що забезпечує якість послуг, які надаються пацієнтам.

Контроль за дотриманням капеланами етичних та професійних стандартів.

Можливість відкликання капеланів, які не дотримуються етичних та професійних вимог.

Україна має власну, давню історію служіння духовенства у лікарнях та госпіталях, що зупинилося у період радянського режиму. Відродження вітчизняного капеланства розпочалося із набуттям Україною незалежності, коли кожному пацієнту лікарні було надано право на допуск до нього священнослужителя, що закріплено у: Цивільному кодексі України (ч. 2 ст. 287); Законах України «Про свободу совісті та релігійні організації» (ст. 21) і «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (ч. 1, ст. 6). Сьогодні капелани служать у багатьох лікарнях України, але переважно на волонтерських засадах. За капеланську діяльність у закладах охорони здоров'я України відповідає «Громадська рада при МОЗ України з питань співпраці з Всеукраїнською Радою Церков і релігійних організацій» (наказ МОЗ від 15.06.2021 № 1207), а також «Асоціація капеланів в охороні здоров'я України» (АКОЗУ), якою

у 2021 році були прийняті: «Етичний кодекс капелана в охороні здоров'я України» та «Класифікатор капеланських послуг у сфері охорони здоров'я». Девізом Асоціації є: «Капелан — у кожную палату!»

Участь Церкви в наданні допомоги невиліковно хворим полягає, насамперед, у духовно-пастирській допомозі таким пацієнтам, їх духовному окормленні, прилученні хворих до благодатних і рятівних Таїнств Церкви. Разом з цим, піклування про таких хворих може та повинно розглядатися також і в аспекті соціального служіння Церкви, служіння, спрямованого на духовний розвиток і перетворення людини і суспільства. Організовуючи або беручи участь в організації допомоги невиліковно хворим і у догляді за ними, Церква не тільки співчуває і допомагає хворій людині, але й надає можливість своїм чадам послужити ближньому.

У цьому плані корисним є досвід США, Німеччини, Фінляндії, Великої Британії та інших країн, де затверджена спеціальність і вже впродовж багатьох років здійснюється підготовка «Християнських медсестер», які мають середню медичну/медсестринську і початкову богословську освіту.

Впровадження в Україні спеціальності «Християнська медсестра» наразі є дуже актуальним, оскільки минулого року наказом МОЗ України від 30.09.2022 № 1782 посаду «Капелан в охороні здоров'я» було включено до «Переліку посад професіоналів із вищою немедичною освітою», а професію «Капелан в охороні здоров'я» внесено до Класифікатора професій ДК 003:2010. Зазначеним наказом також визначено вимоги до спеціальності та спеціалізації медичних капеланів. Передбачається, що до роботи на посаді «капелан в охороні здоров'я» допускаються особи, які здобули вищу освіту не нижче першого (бакалаврського) рівня за спеціальністю «Богослов'я» або вищу духовну освіту еквівалентного рівня, які до 1 січня 2026 р. повинні одержати спеціалізацію за фахом «Клінічне душпастирство». При цьому капеланські служби формуються із обов'язковим дотриманням принципу міжконфесійності, а капеланські послуги пропонуються виключно на добровільній основі за потребою пацієнтів, членів їх родин, персоналу.

Без сумніву, прийняття МОЗ України наказу про затвердження професії «Капелан в охороні здоров'я» — це новий важливий крок для утвердження і розвитку надзвичайно важливої складової ПГД — духовна/релігійна підтримка і супровід ПП, членів їх сімей та персоналу, який залучається до надання ПГД населенню. Християнська медсестра крім надання медичної допомоги пацієнтам могла б також виконувати в закладах охорони здоров'я функцію помічника капелана.

Досвід підготовки християнських медсестер на рівні громадської організації є в ГО «Асоціація християнських медсестер і волонтерів «Благо», де з 2012 року для членів організації проводяться семінари і тренінги з питань догляду та духовної/релігійної підтримки тяжко і невиліковно хворих, осіб з інвалідністю та членів їх родин. До проведення цих семінарів і тренінгів залучаються християнські медсестри з багатьох країн

світу, священнослужителі різних конфесій, медики, психологи, філософи, соціальні працівники, науковці, волонтери.

У 2020 р. ГО «Асоціація християнських медсестер і волонтерів «Благо» одержала від Інституту Вестберга (США) навчальну програму підготовки християнських медсестер і дозвіл на її переклад та адаптацію до умов України. Керівники ГО «Асоціація християнських медсестер і волонтерів «Благо» проводять перемовини з медичними коледжами і духовними семінаріями про затвердження такої програми та впровадження пілотного проекту з підготовки християнських медсестер в Україні. Без сумніву, саме християнські медсестри будуть мати надзвичайно великий попит і значення для допомоги ПП, у тому числі постраждалим у визвольній війні України проти Російської Федерації, як зараз, так і після Перемоги України над державою-терористом.

Сьогодні в Україні до складу капеланської служби закладу охорони здоров'я можуть входити помічники капелана та сестри медичні милосердя. Ці професійні назви робіт внесено до Національного класифікатора професій ДК 003:2010, на них опрацьовано проекти кваліфікаційних характеристик для включення до ДКХП-78. Помічники капелана мають проходити початкову клінічну підготовку. Підготовка сестер медичних милосердя може здійснюватися шляхом проходження медичними сестрами спеціалізації «Сестринський догляд та духовна опіка».

В Україні також необхідно врахувати міжнародний досвід клінічної підготовки капеланів. Капелани після отримання вищої теологічної освіти проходять ґрунтовну клінічну підготовку до того, як бути допущеними до пацієнтів. Клінічна душпастирська підготовка капеланів (Clinical Pastoral Education) є спеціалізованою, практико-орієнтованою післядипломною підготовкою, що здійснюється за ступеневою системою на циклах спеціалізації різного рівня (базового, поглибленого, експертного). У США та інших західних країнах запроваджено капеланську резидентуру, цикли з капеланського менеджменту та капеланської супервізії в охороні здоров'я, магістерські програми з духовної психотерапії.

Самоврядування та розвиток інституту капеланів в охороні здоров'я покладено на капеланські асоціації, які опікуються розробкою професійних стандартів, етичних кодексів, стандартів підготовки капеланів, здійснюють сертифікацію капеланів та акредитацію програм клінічної душпастирської підготовки. У 1990 році в м. Берліні було засновано Європейську мережу капеланів в охороні здоров'я, до складу якої у 2002 році увійшли представники України. У 2020 році у м. Києві було створено міжконфесійну Асоціацію капеланів в охороні здоров'я України, до складу якої увійшли представники православної, греко-католицької, протестантської конфесій, а також юдейської та мусульманської спільнот.

Висновки

1. Актуальність і значення ПГД зростає у всьому світі щороку, оскільки невпинно збільшується кількість

людей похилого і старечого віку, у тому числі з асоційованими з віком захворюваннями, пацієнтів з важкими захворюваннями, що загрожують і обмежують життя, з вродженими і набутими вадами розвитку, після важких травм і поранень під час війни тощо. Зазначене збільшує потребу у ПГД, як в Україні, так і у глобальному масштабі.

2. Важливу роль у наданні ПГД населенню відіграють середні медичні працівники, зокрема, медичні сестри та фельдшери. Особливо актуальним питанням є професійна підготовка медичних сестер для надання доступної, якісної та ефективної ПГД, оскільки метою догляду та головними завданнями медичної сестри при наданні ПГД є забезпечення максимально досяжної якості життя ПП до останнього подиху, що потребує спеціальних знань і навичок.

3. Одним з інноваційних підходів до професійної додипломної і післядипломної підготовки медичних сестер з питань надання ПГД в Україні є затвердження МОЗ України спеціалізації або спеціальності «Християнська медсестра», яка має середню медичну/ медсестринську і початкову богословську освіту, що вже впродовж багатьох років впроваджено в США, Німеччині, Фінляндії, Великій Британії та інших країнах. Впровадження в Україні спеціальності «Християнська медсестра» наразі є дуже актуальним, оскільки наказом МОЗ України від 30.09.2022 № 1782 посаду «Капелан в охороні здоров'я» включено до «Переліку посад професіоналів із вищою немедичною освітою», а професію «Капелан в охороні здоров'я» внесено до Класифікатора професій ДК 003:2010. Християнська медсестра крім надання медичної допомоги пацієнтам могла б також виконувати в закладах охорони здоров'я функцію помічника капелана.

4. Особливо актуальною проблемою є створення і оптимізація системи професійної додипломної і післядипломної підготовки медичних сестер з питань надання ПГД, а також розробка та впровадження інноваційних підходів додипломної і післядипломної медсестринської професійної освіти. Саме таким інноваційним підходом є впровадження у вищих медичних закладах освіти професійної додипломної і післядипломної підготовки християнських медичних сестер, оскільки саме християнські медсестри будуть мати надзвичайно великий попит і значення для допомоги ПП, у тому числі постраждалим у визвольній війні України проти Російської Федерації, як зараз, так і після Перемоги України над державою-терористом.

5. Імплементация духовної опіки в систему медичної допомоги сприятиме підвищенню рівня медичного обслуговування та поліпшенню якості життя пацієнтів, і є одним із кроків до інтеграції української системи охорони здоров'я в європейський простір, у країнах якого традиційно і успішно функціонує інститут лікарняних капеланів та система духовної опіки над пацієнтами.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019* / N. Arias-Casais, E. Garralda, J. Y. Rhee [et al.]. — Vilvoorde: EAPC Press. — 2019.
2. Centeno C. *White Book for Global Palliative Care Advocacy: Recommendations from the PAL-LIFE expert advisory group of the Pontifical Academy for Life, Vatican City* / C. Centeno, Sitte T., De Lima L., et al.. — Libreria Editrice Vaticana. — 2019. — 103 P.
3. Etkind S. N. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services / S. N. Etkind, A. E. Bone, B. Gomes et al. // *BMC Med.* — 2017; 15(1):102. — [Electronic resource] Available from: <http://bmcmecine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-017-0860-2>.
4. Knaul F. M. *Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report* / F. M. Knaul, P. E. Farmer, E.L. Krakauer, et al.// *Lancet.* — 2018. — 391(10128). — P. 1391-454.
5. *WHPCA and WHO. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* // Edited by S. R. Connor, M. C. S. Bermedo — World Health Organization, 2014. — 111 p.
6. WHO. *Palliative care for noncommunicable diseases. A global snapshot. 2019* // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/PC-infographic-rev-2018-final-for-web.pdf?ua=1>.
7. WHO. *Palliative care. 19 February 2018* // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
8. ВОЗ. Укрепление паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла. Резолюция 67-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, № А67/31 от 4 апреля 2014 г. — Женева, 2014. — 11 с. [Електронний ресурс]. — Режим доступа: URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_31_ru.pdf.
9. Гойда Н. Г. Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні в умовах реформування системи охорони здоров'я / Н. Г. Гойда, Ю.І. Губський, А. В. Царенко, Р. О.Моїсеєнко // Зб.: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік. / За ред. О. Квіташвілі; МОЗ України; «ДУ УІСД МОЗ України». — К., 2015. — С. 284–298.
10. Гойда Н. Г. Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні в умовах реформування системи охорони здоров'я / Н. Г. Гойда, Ю.І. Губський, А. В. Царенко // Реабілітація та паліативна медицина. — 2015. — № 2 (2). — С. 23–30.
11. Губський Ю. І. Паліативна допомога та еутаназія: медико-соціальні, біоетичні, правові аспекти / Ю.І. Губський, А. В. Царенко // Здоров'я суспільства. — 2017. — Т. 6. — № 1–2. — С. 87–97.
12. Царенко А. В. Обґрунтування концептуальної моделі системи паліативної і хоспісної допомоги населенню на рівні первинної медичної допомоги / А. В. Царенко,

Н.Г. Гойда, Ю. І. Губський // *Здоров'я суспільства*. — 2019. — Т. 8. — № 2. — С. 49–57.

13. Connor S. R. *Hospice and Palliative Care: The Essential Guide* / S. R. Connor. — New York, 2009. — NY: Routledge. — 262 p.

14. Connor S. R. *Estimating the Global Need for Palliative Care for Children: A Cross-sectional Analysis*. / S. R. Connor, J. Downing, J. Marston // *J. Pain Symptom Manage.* — 2017; 53(2): 171–177. doi: 10.1016.

15. Council of Europe. *European Declaration on Palliative Care*. Launched in Brussels, October 2014. — Available at <http://palliativecare2020.eu/declaration/>.

16. EAPC. *Palliative Care in Long-Term Care Settings for Older People* / EAPC Taskforce 2010-2012. Report. — January 2013. — 73 p. — [Electronic resource] Access mode: http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Organization/Long%20term%20care%20settings/FinalReportLongTermCareSettings_2013.pdf.

17. Gomez-Baptiste X. *Building Integrated Palliative Care Programs and Services* / X. Gomez-Batiste and S. Connor, editor. — Barcelona: Liber d'plex. — 2017. — 384 p.

18. Gomez-Batiste X. *Comprehensive and integrated palliative care for people with advanced chronic conditions: an update from several European initiatives and recommendations for policy* / X. Gomez-Batiste Murray S.A., Thomas K., at al. // *Journal of pain and symptom management*. — 2017. — Vol. 53 (3). — P. 509–517.

19. WHO. *Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers*. — Geneva, Switzerland, 2016. — 92 P.

20. WHO. *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers*. — Geneva, Switzerland, 2018. — 88 P.

21. WHO. *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. The Sixty-seventh World Health Assembly. WHA67.19. EB134/28*. — 24 May 2014. — 5 p. — http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf.

22. American Holistic Nurses Association (AHNA). *What is Holistic Nursing*. [Internet]. 2020. — 1(1)–1-2. — Available from: <http://ahna.org/about/whatis.html>.

23. Riegel F. and auth. *Florence Nightingale's theory and her contributions to holistic critical thinking in nursing*. / Fernando Riegel [et al.]. // *Rev. Bras. Enferm.* — 2021. — 74 (2) <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0139>. — Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hLkJwbxtP5hGFPJSpzP9RMd/?lang=en#>. — <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33950115>.

24. Литвинова А. Е. *Формування компетентності медичних сестер*. / А. Е. Литвинова // *Медсестринство*. — 2017. — № 4. — С. 17.

25. Бразалій Л. П. *Професійна підготовка медичних сестер з питань надання паліативної і хоспісної допомоги у Черкаському медичному коледжі* / Л. П. Бразалій // *Реабілітація та паліативна медицина*. — 2016. — No 1 (3). — С. 45–48.

26. *Медсестринство в геронтології, геріатрії та паліативній медицині: програма для ВМ(Ф)НЗ I–III рівнів акредитації за спеціальністю 5.12010102 «Сестринська справа»* / уклад. М. Б. Шегедин та ін. — К., 2011.

27. *Робоча програма «Паліативна медицина»* / розробник: С. О. Ястремська, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», ННІ медсестринства. Освітньо-кваліфікаційний рівень: магістр. — Тернопіль, 2015. — 12 с.

28. Губенко І. Я. *Медсестринство в паліативній і хоспісній допомозі: програма циклу спеціалізації для слухачів відділень післядипломної освіти* / І. Я. Губенко, І. В. Радзієвська, Л. П. Бразалій. — К. : Медицина. — 2011. — 12 с.

Отримано / Received 11.01.2023

Рецензовано / Revised 24.01.2023

Прийнято до друку / Accepted 30.01.2023 ■

A. V. Tsarenko^{1,2,3}, S. G. Ubogov^{4,5}, P. Dandre²

¹Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²NGO «Association of Parish Nurses and Volunteers «Welfare – Blago», Kyiv, Ukraine

³International Public Organization «International Association «Health of Society», Kyiv, Ukraine

⁴The Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

⁵NGO «Health Care Chaplaincy Association of Ukraine», Kyiv, Ukraine

PROFESSIONAL TRAINING OF PARISH NURSES AND CHAPLAINS TO PROVIDE PALLIATIVE AND HOSPICE CARE: ACHIEVEMENTS, PROBLEMS AND PROSPECTS

Abstract. Background. Globally, the need for palliative and hospice care (PHC) is increasing due to the rapid the population aging and the increasing prevalence of age-related severe life-threatening chronic diseases. An important role in providing PHC to the population, in addition to doctors, is played by nurses and medical chaplains, which determines the urgency of creating and optimizing a system of professional undergraduate and postgraduate training of nurses and clergy in matters of providing PHC, as well as the development and implementation of innovative approaches to undergraduate and postgraduate nursing and theology professional education. The purpose of the work is to justify the innovative direction of professional training of nurses and clergy who are involved in providing PHC to

the population — the introduction of training of Parish Nurses and Medical Chaplains in Ukraine. **Materials and methods.** Regulatory and legal documents of Ukraine and authoritative international professional organizations; a systematic search for scientific medical information was conducted using the JAMA, Scholar, and PubMed search engines; data of official statistics of the Ministry of Health of Ukraine. The following research methods were used in the work: bibliosemantic, systemic approach and systemic analysis. **Results.** The essence of modern PHC is determined by the philosophy of palliative medical care and maintenance, the goal of which is to ensure the highest possible quality of life for patients who need PHC (PP) and their family members, to achieve harmony between professional

skill and the humane attitude of doctors and nurses to PP. According to modern approaches and concepts, PHC is a comprehensive multidisciplinary care that combines medical care, social, psychological and spiritual/religious support, volunteer service. Since 2012, the experience of Parish Nurses training, who have medical/nursing and primary theological education and are recognized as a separate profession in many countries, has been at the NGO "Association of Parish Nurses and Volunteers "Welfare – Blago". Parish Nurses from many countries of the world, clergymen of various denominations, doctors, psychologists, philosophers, social workers, scientists, volunteers are involved in conducting seminars and trainings on issues of care and spiritual/religious support of PP and their family members. In 2020, the NGO "Association of Parish Nurses and Volunteers "Welfare – Blago" received from the Westberg Institute (USA) a training curriculum for Parish Nurses and permission to translate it and adapt it to the conditions of Ukraine. The leaders of the NGO "Association of Parish Nurses and Volunteers "Welfare – Blago" are conducting negotiations with medical colleges and theological seminaries on the approval the curriculum and the implementation of a pilot project for the training of Parish Nurses in Ukraine. The adoption by the Ministry of Health of Ukraine of the Order approving the profession "Chaplain in Health Care" is a new important step for the approval and development of an extremely important component of PHC – spiritual/religious support and accompaniment of PP, their family members and personnel involved in providing PHC to the population. In this connection, there is an urgent need for special

training of priests. **Conclusions.** 1. The relevance and importance of PHC is growing both in Ukraine and on a global scale. 2. An important role in PHC providing to the population is played by nurses. Professional training of nurses to provide affordable, high-quality and effective PHC, which requires special knowledge and skills, is a particularly relevant issue. 3. One of the innovative approaches to the professional pre-graduate and post-graduate training of nurses for the PHC providing in Ukraine would be the approval by the Ministry of Health of Ukraine of the specialization or specialty " Parish Nurses ", which has medical/nursing and primary theological education. A Parish Nurses, in addition to providing medical care to a PP, could also perform the function of a chaplain's assistant in a health care facility. 4. An innovative approach is the implementation of professional undergraduate and postgraduate training of Parish Nurses in medical colleges, since it is Parish Nurses who will be in extremely high demand and importance for the PP care. 5. The implementation of spiritual care in the Health Care System will contribute to increasing the medical care level and improving the life quality of patients, and is one of the steps towards the integration of the Ukrainian Health Care System into the European space, in which the Hospital Chaplains Institute and the Spiritual Care System for patients have traditionally and successfully functioned.

Keywords: palliative and hospice care; professional training of nurses; professional training of clergy; a Parish nurse; a medical chaplain; spiritual/religious support of patients; a system of spiritual care for patients

ШАНОВНІ ЧИТАЧІ!



Виникнення та ствердження України як молодшої незалежної держави пов'язане, насамперед, із забезпеченням її власної національної безпеки. Це потребує розробки і реалізації відповідної державної політики у сфері безпеки, особливо в тій її частині, яка забезпечує захищеність суспільства і держави від воєнних загроз.

Війна, що розгорнулася на теренах України, спровокована збройним нападом Збройних сил Росії з використанням найманців, є найтяжчими в Україні з часів Другої світової війни, що визначає рівень безповоротних і санітарних втрат військовослужбовців Збройних сил України та населення.

Важливим гарантом воєнної безпеки України є її збройні сили. Реформування Збройних сил України

відповідно до завдань щодо захисту не тільки суверенітету країни, а й підтримки міжнародного миру, становлять основний напрям української політики у сфері воєнної безпеки.

Євроатлантичний вибір є найкращим способом реалізації національних інтересів України, оскільки відкриває нові перспективи співробітництва з розвинутими державами світу, надає можливості безпекового й економічного розвитку, зміцнює позиції країни в системі міжнародних відносин.

Тенденції розвитку Збройних сил України потребують комплексних, міждисциплінарних науково-аналітичних досліджень, визначення критеріїв щодо підвищення якісних параметрів, що визначатимуть нове обличчя армії і флоту та зумовлять необхідність чіткого і детального з'ясування формально-змістовних параметрів розвитку армії як послідовних, системно пов'язаних дій, реалізація яких уможливила б перехід до сучасної професійної армії.

У зв'язку з цим, підвищився інтерес до досвіду військово-медичних служб зарубіжних армій і, насамперед, до медичного забезпечення збройних сил НАТО. При здійсненні контактів з військово-медичними службами зарубіжних країн важливого значення набуває не механічне копіювання, а аналіз, узагальнення і критична оцінка їхнього досвіду.

Охорона та зміцнення здоров'я людей є складовою частиною державотворення, соціальної політики, системи національної безпеки, найважливішою функцією держави. Проблеми збереження і зміцнення здоров'я населення країни, у т.ч. і військовослужбовців, настільки вагомі й актуальні, що становлять найважливішу функцію держави.

Європейський вибір України зумовлює необхідність ретельного дослідження основних принципів охорони здоров'я в зарубіжних країнах і зокрема в країнах Європейського союзу.

З повагою

Головний редактор журналу
академік НАН ВО України, професор Олег ШЕКЕРА ■



<https://www.youtube.com/channel/UC6ujOeLYRiwi9pdhrMBtDGg>

ВОЄННО-МЕДИЧНА ДОКТРИНА УКРАЇНИ

Важливою складовою та ресурсом національної безпеки України є здоров'я її громадян, у тому числі, військовослужбовців Збройних Сил України та інших структур сектору безпеки держави.

Провідним стратегічним завданням держави, важливою складовою та ресурсом національної безпеки України є постійна турбота про поліпшення здоров'я кожного військовослужбовця, забезпечення ефективної діяльності системи медичного забезпечення військ як сукупності загальнодержавних та галузевих медично-соціальних заходів, створення для військовослужбовців широкої доступності медичної допомоги у воєнний час.

Виконання зазначених функцій держави в умовах воєнного стану потребує об'єднання спроможностей і зусиль медичних служб Збройних Сил України та інших структур сектору безпеки держави, а також відомств, закладів цивільної охорони здоров'я та медичних організації інших форм власності в рамках єдиного медичного простору об'єднані основним нор-

мативно-правовим документом — Воєнно-медичною доктриною України.

Воєнно-медична доктрина України — це сукупність науково обґрунтованих принципів, що визначають систему і методи медичного забезпечення бойових дій військ у конкретних історичних умовах, які включають засоби і методи збройної боротьби, рівень медичної науки і практики, стан сил і засобів, а також особливості театрів воєнних дій.

Правовою основою її розроблення є Конституція України, закони України, Воєнна доктрина України та інші нормативно-правові акти з питань охорони здоров'я в Україні, оборони держави і застосування збройних сил.

Сьогодні проєкт «Воєнно-медичної доктрини України» опубліковано в газеті «Новини медицини та фармації» №1 (525), 2015, в журналі «Здоров'я суспільства» № 5-6, 2021 та на сайті НУОЗ України імені П. Л. Шупика українською та англійською мовами (2022). ■

УДК 616-001.4-057.36:355.422

DOI: <https://doi.org/10.22141/2306-2436.12.2.2023.308>

Шекера О. Г.^{1,2}

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», м. Київ, Україна

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ (презентація)



Директор Інституту сімейної медицини НУОЗ України імені П. Л. Шупика, академік НАН ВО України, доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України (2022 р.)



Заступник начальника УВМА з наукової роботи – начальник військово-медичного центру
полковник медичної служби запасу
(2002 р.)



Начальник медичної служби мотострілецької бригади
(Афганістан, 1984-1986 рр.)

Мій особистий досвід організації медичного забезпечення медичної служби різних бригад під час війни в Афганістані (1984-1986 рр.) переконливо доводить, що добре і чітко організоване проведення лікувально-евакуаційного забезпечення є фактором, який в значній мірі визначає ефективність діяльності медичної служби по забезпеченню бойових дій військ.

2

© «Здоров'я суспільства» / «Health of Society» («Zdorov'a suspil'stva»), 2023

© Видавці Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», Заславський О.Ю. / Publishers International Public Organization "International Association "Health of Society", Zaslavsky O.Yu., 2023

Для кореспонденції: Шекера Олег Григорович, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; e-mail: associomed@ukr.net

For correspondence: Oleg Shekera, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 9, Dorogozhytska Str., Kyiv, 04112, Ukraine; e-mail: associomed@ukr.net

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

РОСІЙСЬКЕ ВТОРГНЕННЯ В УКРАЇНУ

Російське вторгнення в Україну 2022 р. — відкритий військовий напад РФ за підтримки Білорусі на Україну, початий о 3:40 24 лютого 2022 р. Вторгнення є частиною російсько-української війни, розв'язаної Росією 2014 р., участь у якій РФ намагалася заперечувати. У документах російське вторгнення в Україну 2022 р. розглядають як агресивну війну Росії проти України. Генеральна асамблея ООН у своїй резолюції від 2 березня 2022 р. засудила російське вторгнення в Україну та назвала його агресією Російської Федерації проти України.



Війна, що розгорнулася на теренах України, спровокована збройним нападом Збройних сил Росії з використанням найманців, є найтяжчими в Україні з часів Другої світової війни. Як вважають військові експерти, аналогів цій війні немає у світі, оскільки одночасно використовуються Збройні сили Росії, збройні формування українських сепаратистів, різноманітних найманців сусідніх країн, які підтримані державним керівництвом Росії, забезпечуються зброєю та боєприпасами, а її збройні сили беруть безпосередню участь у бойових діях та окупації території України, що визначає рівень безповоротних і санітарних втрат військовослужбовців ЗСУ та населення.

3

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. [https://uk.wikipedia.org/wiki/Російське_вторгнення_в_Україну_\(2022\)](https://uk.wikipedia.org/wiki/Російське_вторгнення_в_Україну_(2022))

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

САНІТАРНІ ВТРАТИ. СУЧАСНІ ВИДИ ЗБРОЇ



Розвиток військової техніки й озброєння, способи та методи його бойового використання тягнуть за собою загальні втрати особового складу військ (безповоротні та санітарні).

Використання противником ядерної, хімічної зброї та деяких видів бактеріальних засобів (токсинів), а також порушення об'єктів атомної та хімічної промисловості будуть зумовлювати одночасне виникнення на порівняно обмеженій території масових санітарних втрат — осередків масових уражень.



Це, у свою чергу, визначає особливості організації та надання у догоспітальний період першої медичної, долікарської та лікарської допомоги, а також шпитальної кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги як цивільними установами галузі охорони здоров'я країни, так і військово-медичними закладами ЗСУ на етапах лікувально-евакуаційного забезпечення.

5

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ЗАГАЛЬНІ ПІДХОДИ ЩОДО ВИНИКНЕННЯ І РОЗРАХУНКУ САНІТАРНИХ ВТРАТ



Наразі інформація про санітарні втрати в Україні має бути не менш засекреченою, аніж дані про розташування наших військ та про постачання нам зброї та боєприпасів.

Така інформація дуже багато дає ворожим штабістам для планування операцій (так само як нам дані про втрати противника потрібні далеко не лише для пропаганди). Це дуже цінна для ворога інформація, і її ні в якому разі не слід йому давати. Ні про загальні втрати, ні про втрати на окремих напрямках чи в конкретних боях.

Тому **сьогодні ми поговоримо про загальні підходи щодо виникнення і розрахунку санітарних втрат**. А також аналіз санітарних втрат у минулих війнах, з метою реагування системи медичного забезпечення бойових дій на теренах України.

6

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ТРОХИ ІСТОРІЇ



Слід зазначити, що під час Другої світової війни кількісне співвідношення вбитих та поранених бійців Червоної армії становило 1:2, тоді як під час війни в Іраку (2003–2011 рр.) серед збройних сил США таке співвідношення становило 1:8. Станом на квітень 2009 р. втрати військ США в Іракській війні становили: загиблих - 4266 осіб, поранених - 31 153 особи. У той же час, за інформацією іракського відомства з прав людини жертви серед мирного населення, армії і поліції в Іраку з початку 2004 р. по кінець жовтня 2008 р. становили - 85 694. Число поранених за цей час оцінюють у 147 195 осіб. Дії військових і загроза тероризму змусили понад 2,5 млн іракців покинути свою батьківщину, основний потік біженців припав на Йорданію та Сирію. Згідно за даними Пентагону, в перебігу бойових дій безповоротні втрати серед військовослужбовців ЗС США становили 4487 осіб. Крім того, на території Іраку було вбито 2097 американських цивільних службовців. Бойові та небойові санітарні втрати США пораненими становили 31 921 і 40 350 осіб відповідно.

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

7

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

За Стандартом ВСТ 01.305.003-2019 (01) «Медичне забезпечення. Класифікація бойових уражень, небойових травм та захворювань у ЗСУ»



Методичний посібник щодо класифікації та обліку втрат особового складу Збройних Сил України, затверджений начальником Генерального штабу — Головнокомандувачем Збройних Сил України 24.10.2019, рекомендує порядок дій посадових осіб для ведення обліку особового складу Збройних Сил України.

У ньому використовуються терміни у такому значенні:

Безповоротні втрати — особовий склад, який безповоротно вибув із Збройних Сил унаслідок загибелі (смерті) та з інших причин. Вони поділяються на **бойові та інші загиблі (померлі)**.

До бойових безповоротних втрат належать особи, які загинули під час виконання бойового завдання, загинули від застосування противником зброї масового ураження, інших видів зброї, померли внаслідок поранення, контузії, каліцтва, хвороби та з інших причин під час бойової обстановки, під час перебування в полоні (заручниках), загинули внаслідок подій і нещасних випадків під час виконання бойових завдань.

До інших загиблих (померлих) належать особи, які померли від захворювання та з інших причин, не пов'язаних з участю у бойових діях, закінчили життя самогубством, померли від необережного поводження зі зброєю, через порушення заходів безпеки, внаслідок позастатутних взаємовідносин, в аваріях, катастрофах та інших випадках, не пов'язаних із виконанням завдань та бойових завдань.

8

Джерело: [Роз'яснення щодо обліку санітарних втрат](http://www.golos.com.ua/article/326881) http://www.golos.com.ua/article/326881



ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

За Стандартом ВСТ 01.305.003-2019 (01) «Медичне забезпечення. Класифікація бойових уражень, небойових травм та захворювань у ЗСУ»



Тимчасові втрати особового складу поділяються на **бойові та інші**.

До бойових тимчасових втрат належать — санітарні втрати, зниклі безвісти за особливих умов, військовополонені, заручники та інтерновані.

До інших тимчасових втрат належать травмовані, хворі, отруєні, зниклі безвісти в умовах, не пов'язаних з бойовою обстановкою, дезертири та військовослужбовці, які самовільно залишили військову частину або місце служби.

Водночас медична служба Збройних Сил України веде облік санітарних втрат та класифікує (кодує) їх відповідно до керівних документів. Зокрема, **Настанова з медичного забезпечення Збройних Сил України в особливий період** визначає та класифікує види втрат особового складу.

Санітарні втрати — поранення, ушкодження, травмовані та хворі, які втратили боєздатність (працездатність) не менш ніж на одну добу, надійшли на етапи медичної евакуації.

Санітарні втрати поділяються на **бойові санітарні втрати та небойові санітарні втрати**.

До бойових санітарних втрат належать постраждалі від усіх видів зброї та внаслідок впливу супутніх вражаючих факторів у зв'язку з участю військовослужбовців у бойових діях, а також втрати особового складу, внаслідок обморожень, сонячних і теплових ударів, опіків, захворювань і травм, пов'язаних з умовами бойової діяльності.

До небойових санітарних втрат належать поранені, травмовані та хворі військовослужбовці, порушення стану здоров'я яких безпосередньо не пов'язано з бойовими діями.

Стандарт ВСТ 01.305.003-2019(01) дає можливість здійснювати кодування бойових уражень та небойових травм під час розробки документів медичного обліку та звітності в інформаційних системах.

9

Джерело: [Роз'яснення щодо обліку санітарних втрат](http://www.golos.com.ua/article/326881) http://www.golos.com.ua/article/326881

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

СУЧАСНА ЗБРОЯ



За масштабом та характером пошкоджень сучасна зброя поділяється **на зброю масового ураження та звичайну**. До існуючих видів зброї масового ураження відносять ядерну, хімічну і бактеріологічну (біологічну) зброю.

До звичайного зброї належать вогнепальна, реактивна, ракетна бомбардувальна, торпедна і запалювальна зброя, інженерні і морські міни та інші види зброї, засоби ураження яких споряджаються бризантними або горючими речовинами, або зовсім не мають спорядження (прості бронебійні снаряди, звичайні кулі). До звичайного зброї відноситься також металеві і холодна зброя.



До взірців сучасної звичайної вогнепальної зброї відносяться:

пістолети, автоматична зброя (автомати, кулемети);

гвинтівки М 16А1 (напівавтомати США);

артилерійські снаряди з стрілецькими елементами;

кульові і касетні бомби;

боєприпаси об'ємної (вакуумної дії);

високоточна зброя та ін.

10

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

САНІТАРНІ ВТРАТИ ВІД ЗВИЧАЙНОЇ ЗБРОЇ



В умовах сучасної війни потрібно очікувати суттєвих змін в структурі санітарних втрат від звичайної зброї в порівнянні з тим, що мало місце в минулому. Під час ВВВ співвідношення різних категорій втрат розподілилось: поранені і ті які отримали закриті травми – 96,9 %, обпечені – 0,7 %, відморожені – 2,4 %. Ця структура бойових втрат була більш-менш постійною.

За досвідом ВВВ стрілецький полк за день наступу втрачав пораненими в середньому 8-12 % особового складу, дивізія – 3-4 %; в обороні полк втрачав 6-10 % особового складу, дивізія – 3-4 %; в обороні полк втрачав 6-10 % особового складу, дивізія – 3-4 %.

У сучасних умовах середньодобові санітарні втрати від звичайної зброї під час наступу можуть скласти в полку 12-18 %, в дивізії – 5-10 %; в обороні в полку – 10-15 %; в дивізії – 4-6 %.

11

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Санітарні втрати від різних видів зброї: методика визначення. Реферат <https://ru.osvita.ua/vnz/reports/dpju/24962/>

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

САНІТАРНІ ВТРАТИ ВІД ЗВИЧАЙНОЇ ЗБРОЇ



Так, санітарні втрати особового складу від боеприпасів з **об'ємно-детонуючою сумішшю (ОДС)** по важкості характеризуються такою структурою: ураження легкого ступеню – **45 %**, середньої важкості – **40 %**, важки – **10 %**, крайнє важкі – **5 %**. Доля комбінованих уражень складає до **20 %**.

В структурі санітарних втрат від дії **високоточної зброї (ВТЗ)** передбачається перевага крайнє важких уражень (**до 70 %**), ураження важкого та середнього ступеня можуть скласти біля **3 %**, легкі – до **27 %**. Аналіз бойових санітарних втрат в локальних війнах останнього часу показав різке зростання категорії уражених з **бойовою психічною травмою**. За американськими даними, вони склали біля **20 %**. Військовослужбовці втрачали боєздатність на 2-3 дні, а в деяких випадках і набагато більше.

12

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Санітарні втрати від різних видів зброї: методика визначення. Реферат <https://ru.osvita.ua/vnz/reports/dpgu/24962/>

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ВОГНЕПАЛЬНА ЗБРОЯ



Уражаюча дія звичайної зброї залежить від її виду (вогнепальна, високоточна зброя, боеприпаси об'ємного вибуху, запалювальні суміші і та ін.) і конструкції боеприпасу.

В удосконаленні звичайних засобів ураження можна простежити **два чітко виражених напрямки**.

По-перше, це підвищення потужності вибухів на основі досягнень хімії вибухових речовин.

По-друге, покращення конструкції боеприпасів і засобів їх доставки до цілі. Розвиток вогнепальної зброї здійснюється, головним чином, шляхом зростання його вогневої потужності, мобільності, створення принципово нових боеприпасів та систем їх наведення на цілі.

У механізмі дії любого снаряда, який проникає у тканини, розрізняють **три складові**:

- > **безпосередню дію снаряда** (розрив та роздроблення тканин, які мають безпосередній контакт із снарядом);
- > **ударна хвиля**;
- > **тимчасова пустота** (пульсуюча пустота (порожнина).

13

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

БОЄПРИПАСИ ВИБУХОВОЇ ДІЇ



Боєприпаси вибухової дії називають тепер неядерними засобами масового ураження. **До них відносять** протипіхотні та протитанкові міни, гранати, артилерійські снаряди, бомби, бойові головки ракет, боєприпаси об'ємного вибуху. Нові вибухові речовини перевищують по вражаючій дії тротил на 20,0-60,0% і навіть 200,0% за рахунок зростання питомої енергії вибуху, швидкості та щільності детонації.

Розрахунок на широкомасштабне використання у сучасних війнах боєприпасів вибухової дії, у тому числі й мінної зброї, ведеться не стільки на досягнення високого проценту безповоротних втрат, скільки на граничну ураженість особового складу, переважна частка якого, зберігши життя, після тривалого та складного лікування при максимальному навантаженні сил та засобів медичної служби до строю все ж таки не повертається.

В результаті **застосування боєприпасів вибухової дії** значно зростає кількість **множинних та поєднаних поранень**, що буде ускладнювати лікувально-евакуаційне забезпечення поранених та значно збільшить витрати медичного майна.

Джерело Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

14

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

БОЄПРИПАСИ ВИБУХОВОЇ ДІЇ



Частка санітарних втрат від боєприпасів вибухової дії під час війни в Афганістані досягала **25,0-30,0%** від загальної кількості поранених, що дало підставу розглядати мінно-вибухову травму навіть як окремий (самостійний) вид бойової патології.

У цілому під час війни у В'єтнамі осколкові поранення у 1968-1970 рр. досягали **57,0-70,0%**. Під час війни в Афганістані співвідношення кульових та осколкових поранень у 1980 р. досягало 2:1, а у 1988 р. - 1:2,5.

За даними фахівців британського 32-го польового госпіталю під час операцій в зоні Перської затоки (1990 р.) з усіх поранених, що надійшли до госпіталю, **81,0%** мали множинні ушкодження осколками і **19,0%** - кульові поранення.

Джерело Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

15

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

САНІТАРНІ ВТРАТИ ВІД ЗАПАЛЮВАЛЬНИХ ЗАСОБІВ



Сучасні запалювальні суміші характеризуються високою ефективністю ураження. Вони створюються на основі бензину і гасу. Для надання їм більшої в'язкості до них додають різні згущуючі речовини. Температура горіння суміші досягає 1000-1200°. Додавка до запалювальної суміші порошок металів магнію, алюмінію, дозволяють підвищити температуру горіння до 1600°.



Для застосування запалювальних сумішей в іноземних арміях використовують ранцеві, самохідні і танкові вогнемети, авіаційні запалювальні боеприпаси і інші засоби. Вони здатні знищувати живу силу і техніку на великих площах. Так, дальність вогнетанання американського танкового вогнемета досягає 270 м. При використанні авіаційних бомб вогнесуміш розкидається до декількох сотень квадратних метрів і горить протягом 10-15 хвилин.



Сучасні запалювальні суміші викликають при попаданні на людину важкі ураження. На відкритих частинах тіла виникають важкі опіки, як правило, 3-4 ступенів. Поряд з опіками шкіри, запалювальна суміш викликає опіки верхніх дихальних шляхів, що часто приводить до розвитку набряку легень. Відмічається, що при горінні напалму протягом 15-20 хвилин 35 % уражених гине у вогнищі горіння, 62% - до 4-го дня після опіків, тобто загальна летальність складає до 97 %. Характерною особливістю уражень напалмом та іншими запалювальними сумішами є швидкий розвиток тяжкого шоку, виведення з якого буде дуже важким.



Якщо у ВВВ доля обпечених не перевищувала 0,5-1 % санітарних втрат (в танкових військах - 3-5%), то в сучасних операціях у зв'язку з можливістю широкого застосування в'язких запалюючих сумішей питома вага обпечених може вирости в декілька разів і досягати 8-12 і більше відсотків від загальної кількості санітарних втрат військ від звичайних засобів ураження (за даними проведених досліджень питома вага обпечених в загальній кількості санітарних втрат армії в наступі при застосуванні тільки звичайних видів зброї, може скласти 28-32 %).

16

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. https://uk.wikipedia.org/wiki/Запалювальна_зброя

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

КОНВЕНЦІЯ ПРО КОНКРЕТНІ ВИДИ ЗВИЧАЙНОЇ ЗБРОЇ



Конвенція про конкретні види звичайної зброї (ККЗ) Організації Об'єднаних Націй, укладена в Женеві 10 жовтня 1980 р. і набула чинності у грудні 1983 р., спрямована на заборону або обмеження застосування певних видів звичайної зброї, котрі вважаються такими, що завдають надмірні нівечення чи наслідки від яких є невибірковими. Повна назва – Конвенція про заборону або обмеження застосування конкретних видів звичайної зброї, які можуть вважатися такими, що завдають надмірних нівечень або мають невибіркову дію. Конвенція охоплює протипіхотні міни, міни-пастки, запальні боеприпаси, засліплювальну лазерну зброю та знешкодження вибухонебезпечних пережитків війни.

Конвенція має п'ять протоколів:

Протокол I обмежує використання зброї з уламками які не можна виявити.

Протокол II обмежує наземні міни та міни-пастки

Протокол III обмежує використання запалювальної зброї.

Протокол IV обмежує використання засліплювальної лазерної зброї (прийнято 13 жовтня 1995 р. у Відні)

Протокол V встановлює зобов'язання та передовий досвід із знешкодження вибухонебезпечних пережитків війни, прийнятий 28 листопада 2003 р. у Женеві.

17

Джерело: https://uk.wikipedia.org/wiki/Конвенція_про_конкретні_види_звичайної_зброї

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ЯДЕРНЕ БОМБАРДУВАННЯ ХІРОСІМИ І НАГАСАКІ



Ядерне бомбардування Хіросіми і Нагасакі.

Це були єдині випадки використання ядерної зброї проти цивільного населення.

Від вибухів миттєво загинули **70 тис. мешканців Хіросіми та 60 тис. мешканців Нагасакі**. З серпня по грудень 1945 р. загальна кількість тих, що померли від ран і хвороб, спричинених радіацією, склала близько **пів мільйона осіб** в обох містах.

Досвід Хіросіми і Нагасакі змусив японські правлячі кола прийняти [Три антиядерні принципи](#), що проголошували Японію вільною від ядерної зброї.

Вплив ядерного бомбардування на хід війни, загальна доцільність і також моральні аспекти цієї події досі є предметом академічних та політичних [дискусій](#). І сьогодні, це актуально як ніколи!!!

18 Джерело - https://uk.wikipedia.org/wiki/Ядерне_бомбардування_Хіросіми_і_Нагасакі

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

СТРУКТУРА УРАЖЕНЬ ПРИ ОКРЕМИХ ЯДЕРНИХ ВИБУХАХ



Структура уражень при окремих ядерних вибухах може мати значні коливання в залежності від потужності, висоти вибуху і характеру об'єкту, який уражається. При вибухах нейтронних боеприпасів понадмалої (до 1 кт) всі ураження (в зоні санітарних втрат) будуть обумовлені дією проникаючої радіації.

При проведенні повітряного ядерного вибуху малої потужності (до 10 кт) у поразених виникають опіки (21 % - в обороні і 27 % - в наступі) і травм (0,5 % - 10 %); при застосуванні боеприпасу середньої потужності доля опіків виростає до 77 %, а травм – до 4,5 %.

19

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Санітарні втрати від різних видів зброї: методика визначення. Реферат <https://ru.osvita.ua/vnz/reports/dpgu/24962/>

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

СТРУКТУРА УРАЖЕНЬ ПРИ ОКРЕМИХ ЯДЕРНИХ ВИБУХАХ

Структура санітарних втрат від ядерної зброї в цілому за наступальну операцію може бути такою: комбіновані ураження (подвійні і потрійні комбінації травм, опіків і променевої хвороби) – 44-47 %, ізольовані опіки – 26-30 %, ізольовані травми – 5-6 %, ураження проникаючою радіацією – 17-23 %.

Із загальної кількості поражених ядерною зброєю більше як **50 %** мають місце **важкі і надзвичайно тяжкі ураження**.

Радіаційні ураження, які викликані боєприпасами надмалої потужності, надзвичайно важкі. При цьому можна очікувати такого розподілу уражених за видами уражень:

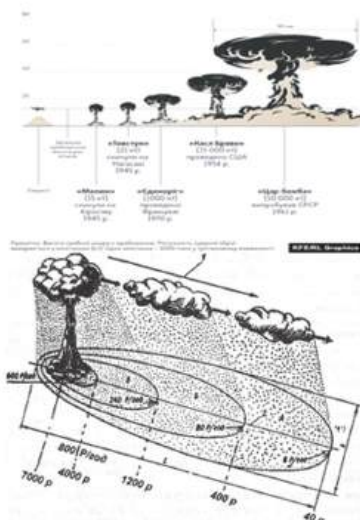
променева хвороба найважчого ступеню в комбінації з опіками і травмами	5%
променева хвороба найважчого ступеню	60 %
променева хвороба важкого ступеню	15 %
променева хвороба середньої важкості	10 %
променева хвороба легкого ступеню	10 %

20

Джерело Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

УРАЖАЮЧА ДІЯ ЯДЕРНОЇ ХВИЛІ



Санітарні втрати від ЯЗ залежать у першу чергу від її уражаючих факторів. Розглянемо дію кожного із уражаючих факторів ядерного вибуху на організм людини.

Уражаюча дія ядерної хвилі. Ударна хвиля являє собою зону сильно стислого і нагрітого повітря, яка розповсюджується із надзвуковою швидкістю від місця вибуху. Її рух супроводжується громоподібним звуком. Умовно вогнище вибуху в залежності від уражаючої дії надлишкового тиску ударної хвилі поділяється на 4 зони:

Перша зона з надлишковим тиском вище 1 кг/см^2 , характеризується смертельною травмою людей, які розташовані на відкритій місцевості і дуже важкою травмою – у сховищах.

Друга зона з надлишковим тиском $0,5-1 \text{ кг/см}^2$, характеризується важкими травмами людей на відкритій місцевості і середніми – у сховищах.

Третя зона з надлишковим тиском $0,3-0,5 \text{ кг/см}^2$ характеризується травмами середньої важкості у людей, розташованих на відкритій місцевості і легкими травмами – у сховищах.

Четверта зона з надлишковим тиском $0,1-0,3 \text{ кг/см}^2$ – легкі травми дістануть люди на відкритій місцевості, сховища повністю захищають від травм.

21

Джерело Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

УРАЖАЮЧА ДІЯ ЯДЕРНОЇ ХВИЛІ



За матеріалами японської трагедії **60 %** смертельних випадків було викликано **ударною хвилею**. Для захисту від ударної хвилі можливе використання найпростіших укриттів — траншей, ходів сполучення, окопів та ін., а також природних укриттів — ярів, зворотніх скатів висот. Ліпше всього захищають від ударної хвилі повністю закриті споруди. На відкритій місцевості уражаюча дія ударної хвилі може бути значно знижена, якщо до її приходу людина встигла лягти на землю.

22

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ЯДЕРНЕ РОЗЗБРОЄННЯ



Верховна Рада України у 1990 році проголосила, що Україна дотримується трьох неядерних принципів: **не приймати не виробляти і не набувати ядерну зброю**.

Прагнення України набути без'ядерний статус було підтверджено у документах Верховної Ради:

Заява від 24 жовтня 1991 року

Звернення до Парламентів та народів світу від 5 грудня 1991 року

Постанова від 9 квітня 1992 року.

16 листопада 1994 року Верховна Рада України прийняла рішення про приєднання нашої держави до Договору про нерозповсюдження ядерної зброї

27 вересня 1996 року Україною підписаний Договір про всеосяжну заборону ядерних випробувань

23

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ХІМІЧНА ЗБРОЯ



Розпилювання отруйних речовин під час Першої світової війни



Принциповими **компонентами хімічної зброї** є так звані **бойові отруйні речовини**, носії хімікатів (найчастіше — **хімічні снаряди**), а також відповідні прилади і пристрої керування, які використовуються для доправлення хімічної зброї до цілі. Різновидом хімічних боеприпасів є **бінарні пристрої**, які споряджаються двома нетоксичними або малотоксичними речовинами — напівпродуктами для отримання цільової **отруйної речовини**. Підвищений інтерес до бінарної хімічної зброї пояснюється необхідністю забезпечення безпеки при виробництві, транспортуванні, зберіганні та експлуатації хімічної зброї.

24

Джерело - https://uk.wikipedia.org/wiki/хімічна_зброя

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

САНІТАРНІ ВТРАТИ ВІД ХІМІЧНОЇ ЗБРОЇ



Канадський солдат, що отримав опіки шкіри внаслідок дії іприту (1917—1918)

Санітарні втрати у вогнищі вибуху боеприпасів в сукупності з втратами в зоні поширення парів первинної хмари і будуть визначати загальні розміри санітарних втрат від хімічної зброї. Що стосується структури санітарних втрат від хімічної зброї, то, наприклад, при застосуванні **ФОР** із загальної кількості потерпілих важкоуражені можуть скласти **до 70 %**, а в числі потерпілих **від іприту до 50 %** будуть легкоураженими.

Величина і структура санітарних втрат від ЗМУ в значній мірі залежить від характеру і ступеню захищеності особового складу військ. Фортифікаційне обладнання районів розташування військ знижує очікувані втрати від ядерної і хімічної зброї приблизно на **30 %**. Не менш важливе значення має застосування медичних засобів профілактики та лікування уражень.

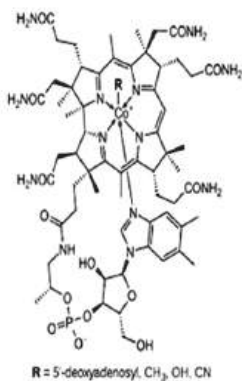
25

Джерело Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ХІМІЧНА ЗБРОЯ. ВИЗНАЧЕННЯ САНІТАРНИХ ВТРАТ

Для визначення санітарних втрат від хімічної зброї для кожного вогнища хімічного зараження користуються наступною формулою Круглікова Н.В.:



СВ = П1 х В х К1 х С1 х П2 х В х К2 х С2, де:

СВ – санітарні втрати в хімічному вогнищі,

П1 (П2) – площа вогнища хімічного зараження в км²,

В – середня щільність військ на 1 км² вогнища,

К1(К2) – коефіцієнт ефективності хімічної зброї,

С1(С2) – відношення санітарних втрат до загальних бойових втрат від хімічної зброї.

П1 – визначається за даними проведення хімічної розвідки.

П2 – площа поширення первинної хмари.

К1 – для швидкодіючих отруйних речовин в зоні вибуху хімічних боєприпасів дорівнює 0,3-0,5.

К2 – для зони поширення токсичних концентрацій первинної хмари парів ФОР дорівнює 0,3-0,5.

С1 – для швидкодіючих отруйних речовин в зоні вибуху хімічних боєприпасів дорівнює 0,3.

С2 – для зони поширення парів первинної хмари ФОР приблизно дорівнює 0,8.

26

Джерело Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

РОЗМІРИ ТА СТРУКТУРА САНІТАРНИХ ВТРАТ ВІД ХІМІЧНОЇ ЗБРОЇ



Розміри та структура санітарних втрат від хімічної зброї

можуть коливатись в широкому діапазоні від кількох відсотків до 100. вони залежать від багатьох факторів. Визначальне місце серед них мають такі:

- 1) раптовість застосування противником хімічної зброї;
- 2) властивості, масштаб і спосіб застосування отруйних речовин;
- 3) характер бойових дій і щільність військ на 1 км²;
- 4) ступінь оснащення особового складу засобами протихімічного захисту;
- 5) вміння особового складу військ користуватись засобами протихімічного захисту;
- 6) метеорологічні умови та ін.

Серед санітарних втрат **питома вага важкоуражених** також буде різною: при застосуванні отруйних речовин типу **зарин** вони можуть складати більше **50 %**, а при використанні **іприту** – значно менше половини.

27

Джерело Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

РІВЕНЬ ЗАХИСТУ ЛЮДИНИ ВІД ХІМІЧНОЇ ЗБРОЇ



Рівень захисту людини від хімічної зброї – важливий фактор, який визначає розміри структури санітарних втрат. Для ілюстрації значення цього положення наводимо дані, які відносяться до зарину.

В США прийнято розрізняти **чотири ступеня захищеності людини** до моменту застосування зарину:

- 1. Війська в протигазах.** Санітарні втрати будуть мінімальними – в межах до 15%.
- 2. Війська забезпечені протигазами і добре вміють користуватись ними,** але в момент застосування отруйних речовин не скористалися засобами захисту.
- 3. Війська забезпечені протигазами,** але погано навчені ними користуватися.
- 4. Війська без протигазів.** Допускається, що при цьому можна уразити до 80 % незахищеного особового складу.

Отже, втрати будуть різними в залежності від рівня захищеності військ: в одних випадках вони будуть втрачати 4-10-15 %, а в інших – майже весь особовий склад. Метеорологічні умови також впливають певним чином на організм людини та стійкість отруйних речовин у зовнішньому середовищі, що відбивається на розмірах санітарних втрат і їх структурі.



28

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Хімічна зброя Росії: опис речовин, як вони діють. <https://tsn.ua/ato/himichna-zbroya-rosiyi-opis-rechoviny-yak-voni-diyut-2020609.html>

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

РІВЕНЬ ЗАХИСТУ ЛЮДИНИ ВІД ХІМІЧНОЇ ЗБРОЇ



Уперше хімічна зброя була застосована російськими військами ще під час Першої світової війни. Це сталося 21 березня 1916 року під час артіл підготовки. Артилерійський обстріл був малоефективним і не охопив великої території. Тобто Росія має більш ніж сторічний досвід в розробці хімічної зброї.

У 2017 р., саме тоді, коли Володимир Путін заявив, що вся хімічна зброя РФ ліквідована, на території Британії двоє співробітників російських спецслужб (Олександр Мішкін та Анатолій Чепіга), що діяли під псевдонімами Петров і Боширов, використали хімічну зброю «Новичок» проти Сергія Скрипаля та його доньки.



У 2020 р., згідно з деякими даними, Росія використала ту ж нервово-паралітичну речовину «Новичок» проти опозиціонера президента РФ Олексія Навального.

Хімічна зброя з арсеналів Росії передавалася режиму Башара Асада. Згідно з даними, які були **опубліковані** некомерційною організацією "Global Public Policy Institute (GPPI)" в Сирії її використали 300 разів. Боєприпаси із **зарином** могли застосовувати в квітні 2017 р. при атаці на місто Хан-Шейхун. Тоді загинуло понад 20 дітей та близько 80 дорослих. Ще 300 отримали різного ступеня отруєння.

29

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Хімічна зброя Росії: опис речовин, як вони діють. <https://tsn.ua/ato/himichna-zbroya-rosiyi-opis-rechoviny-yak-voni-diyut-2020609.html>

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ЗАБОРОНА ХІМІЧНОЇ ЗБРОЇ



Конвенція про заборону розробки, виробництва, накопичення і застосування хімічної зброї та про її знищення підписана Україною 13 січня 1993 р. у Парижі і ратифікована Законом України 16 жовтня 1998 р.

Після ратифікації Конвенції головні зусилля спрямовані на забезпечення належного виконання нашою державою взятих на себе зобов'язань. З цією метою Указом Президента України затверджено Програму виконання на 1999-2008 рр.

Розпорядженням Президента України від 26 серпня 1999 р. на МЗС було покладено здійснення функцій Національного органу України для виконання.



30

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

БІОЛОГІЧНА ЗБРОЯ



Центр розробки та випробування біологічної зброї (40-ві роки XX століття, [Форд Детройт, Меріленд, США](#))



Ця зброя може бути використана для ураження людей, тварин і рослин. [Патогенність](#) деяких з цих біологічних агентів може бути обумовлена [токсичними речовинами](#), які вони виробляють самі. Такі [токсини](#) самі по собі можуть іноді виділені в чистому виді й використані як зброя. У цьому випадку вони досягають своєї мети в результаті не інфікування, а [токсичності](#), тому вони підпадають також і під визначення [хімічної зброї](#) ([Конвенції про заборону хімічної зброї](#)), навіть якщо за змістом [Конвенції про заборону біологічної зброї](#) вони визначені також біологічною зброєю.

Джерело - 1. Конвенція про заборону розробки, виробництва та накопичення запасів бактеріологічної (біологічної) і токсичної зброї та про їх знищення (1972). 2. Ответные меры системы общественного здравоохранения на угрозу применения биологического и химического оружия. Руководство ВОЗ. Второе издание. Всемирная организация здравоохранения. Женева. 2004

31

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

БІОЛОГІЧНА ЗБРОЯ. САНІТАРНІ ВТРАТИ



Санітарні втрати від бактеріологічної (біологічної) зброї

Виходячи з аналізу санітарних втрат внаслідок застосування бактеріологічної зброї можна передбачити, що противник буде застосовувати на перші ешелони військ в основному токсини. При застосуванні токсинів використовують такі засоби доставки, як і при використанні ОР. Значить, приведені вище дані можливих санітарних втрат дивізії від ОР включають в себе і можливі санітарні втрати від токсинів.



Санітарні втрати в полку та дивізії можуть скласти в звичайних умовах 0,08-0,1 % від особового складу за добу.

32

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ЗАБОРОНА БІОЛОГІЧНОЇ І ТОКСИЧНОЇ ЗБРОЇ



Конвенція про заборону біологічної і токсичної зброї (КБТЗ) була першою міжнародною угодою, яка забороняла державам-учасницям розробку, виробництво та накопичення цілого класу зброї масового знищення.

Особливо важливим є те, що Конвенція також зобов'язувала знищити запаси цієї зброї або переключити їх на мирні цілі.

Українська РСР була співавтором проекту КБТЗ, підписала її 10 квітня 1972 р., а ратифікувала 26 березня 1975 р.

Україна в період з 1992 до 2021 р. щорічно надає до Секретаріату ООН необхідні оголошення про виконання КБТЗ.



33

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ПІДВОДЯЧИ ПІДСУМКИ, МОЖНА СКАЗАТИ, ЩО САНІТАРНІ ВТРАТИ В РІЗНИХ ВИДАХ БОЮ МОЖУТЬ БУТИ ТАКИМИ:

Таблиця: Смертність від усіх причин під час сучасного бою (дані Армії США, 2010 р.)

Проникаюча (пенетруюча) травма голови	31%
Травма тулуба, яка не підлягає хірургічній корекції	25%
Травма, яку потенційно можна було б прооперувати	10%
Кровотеча з ран кінцівок	9%
Травми, що призводять до каліцтва, внаслідок вибуху	7%
Напружений пневмоторакс	5%
Проблеми з дихальними шляхами	1%
Наслідки інфекції, ускладнення шоку та катастрофічної кровотечі	12%

Різноманітність сучасних бойових уражень, їх складна лікувально-евакуаційна характеристика передбачає великі труднощі в сортуванні, наданні медичної допомоги та лікуванні уражених.

34 Джерело: Army Tactical Combat Casualty Care, TCCC, Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

САНІТАРНІ ВТРАТИ В РІЗНИХ ВИДАХ БОЮ :

Види зброї	Наступ		Оборона	
	Частина	З'єднання	Частина	З'єднання
Ядерна зброя	20-40 %	10-36 %	15-30 %	4-25 %
Хімічна зброя	4-6 %	2-4 %	5-8 %	4-8 %
Вогнепальна зброя	12-18 %	5-10 %	10-15 %	4-6 %
Хворі	0,08-0,1 %	0,08-0,1 %	0,08-0,1 %	0,08-0,1 %
ВСЬОГО:	37-65 %	18-51 %	31-54 %	14-40 %

35 Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ВАЖЛИВІ ЗАХОДИ ЩОДО ЗМЕНШЕННЯ САНІТАРНИХ ВТРАТ



За досвідом медичного забезпечення військ під час збройних конфліктів, найбільш частими причинами смерті від поранень є: **крововтрата – 60%, пневмоторакс – 30%, обструкція дихальних шляхів – 5%, інші причини – ще 5%.**

Також наведені дані свідчать, що **близько 20–25% загиблих** на полі бою та ранніх етапах медичної евакуації потенційно могли жити і померли через відсутність або несвоєчасне чи неякісне надання медичної допомоги.



Таким чином санітарні втрати, що настали до госпіталізації пораненого до медичного закладу, **можна було б запобігти**, якби відразу були вжиті необхідні заходи: **зупинка масивної кровотечі, відновлення прохідності дихальних шляхів, накладення герметичної пов'язки при відкритому пораненні грудної клітки, усунення напруженого пневмотораксу за допомогою декомпресійної голки і, за можливості, дренажування грудної клітки.**

Джерело: Army Tactical Combat Casualty Care, TCCC, Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

36

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

АНАЛІЗУЮЧИ КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ТА ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ОРГАНІЗМІ ПОРАНЕНИХ



Аналізуючи клініко-морфологічні та патофізіологічні зміни в організмі поранених з'ясовано, що **перший пік летальності** припадає саме на час поранення, коли смерть настає протягом перших секунд або декількох хвилин після поранення, що обумовлено тяжкістю ушкоджень життєво важливих органів, таких як мозок, серце, крупні кровоносні судини. У більшості випадків такі ушкодження фатальні, проте грамотне надання медичної допомоги, швидко розпочате безпосередньо на місці поранення, може врятувати частину поранених. У цей період гине близько 60% поранених.



Другий пік летальності припадає на проміжок часу від декількох хвилин до першої години з моменту поранення, коли частота летальних наслідків може бути зменшеною за рахунок зупинки зовнішньої та внутрішньої кровотечі, відновлення об'єму циркулюючої крові та відновлення перфузії тканин, профілактики та лікування вентиляційної, гемічної та тканинної гіпоксії шляхом відновлення прохідності верхніх дихальних шляхів та проведення штучної вентиляції легенів.

Третій пік летальності виникає через декілька днів або тижнів із моменту поранення та пов'язаний із розвитком поліорганної недостатності або сепсису.

Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

37

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

«ПЛАТИНОВА» ХВИЛИНА



Високий рівень смертності поранених на полі бою обумовлений швидкоплинністю процесів втрати життєдіяльності під дією травматичних факторів. Так, при пораненні крупних артерій (наприклад, стегнової) людина може загинути **від втрати крові** протягом **2-3 хвилин**. Також протягом **5 хвилин** людина може загинути від обструкції дихальних шляхів чи дихальної недостатності. Під час більшості поранень **за 5-10 хвилин** розвивається серйозне та смертельне ускладнення – **шок**, який призводить до порушення дихання та діяльності серцево-судинної системи. Тому останнім часом все більшого значення та уваги приділяється **першим 10 хвилинам після поранення**, які умовно називають **«платиновими»**. Вони є найкритичнішими, і все залежить від уміння та здатності пораненого надати собі першу медичну (домедичну) допомогу у порядку самопомоги, а також від готовності та вміння його співслужбовців, стрільків-санітарів і санінструкторів підрозділу надавати першу медичну (домедичну) допомогу. Саме заходи, вжиті протягом цього часу, найбільше впливають на прогноз виживання, одужання і відновлення боєздатності.

38

Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

«ЗОЛОТА ГОДИНА»



Найбільш **передовий досвід** у реалізації правила **«золотої години»** має військово-медична служба ізраїльської армії. Нещодавно вона вдосконалила систему порятунку життя поранених на полі бою, скоротивши «золоту годину» **до 43 хвилин**, що призвело до помітного зростання кількості врятованих поранених. Так, якщо під час Війни Судного дня у 1973 р. загинуло до **35%** поранених солдат, то під час операції «Непохитна скеля» втрати серед поранених не перевищили **6%**. Більше того, програмою удосконалення медичної допомоги на догоспітальному етапі «My Brother Keeper» передбачено амбіційні цілі до 2020 р. звести процент потенційного попередження смертності внаслідок поранень до нуля. Гіпотетично це означає, що загинути військовослужбовець може лише внаслідок масивної руйнації голови або тулубу чи отримання несумісних із життям уразень, наприклад серця або аорти.

Реалізація правила «золотої години» у збройних силах країн-членів НАТО забезпечується своєчасним та якісним наданням першої медичної (домедичної) допомоги, своєчасним вивозом (виносом) поранених із поля бою та евакуацією на ЕМЕ для надання першої лікарської допомоги, наближенням первинної хірургічної допомоги (невідкладних заходів кваліфікованої хірургічної допомоги) у порядку «Damage Control».

39

Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ЗНАЧЕННЯ «ПЛАТИНОВОЇ ХВИЛИНИ» І «ЗОЛОТОЇ ГОДИНИ»



Підсумовуючи представлені дані сутності та **значення «платинової хвилини» і «золотої години» в системі ЛЕЗ**, слід зазначити, що вони відіграють найважливішу роль у забезпеченні своєчасності та ефективності медичної допомоги, а відповідно – в досягненні високих результатів у лікуванні поранених військовослужбовців. Їх реалізація можлива за умови побудови сучасної та ефективної системи ЛЕЗ, яка передбачає наявність:

- **по-перше**, сучасних індивідуальних засобів медичного захисту та комплектно-табельного оснащення медичної служби;
- **по-друге**, організаційно-штатної структури медичної служби, яка б відповідала потребам військ, та комплектування її медичним персоналом відповідної кваліфікації;
- **по-третє**, навченість військовослужбовців правилам надання першої медичної (домедичної) допомоги у порядку само- та взаємодопомоги;
- **по-четверте**, організаційну побудову системи ЛЕЗ, а саме: формування відповідних ЕМЕ, встановлення для них видів та обсягів медичної допомоги;
- **по-п'яте**, сучасних евакотранспортних засобів, у тому числі броньованих, для своєчасного вивозу (виносу) поранених із поля бою та медичної евакуації їх на відповідні ЕМЕ.

40

Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ЗНАЧЕННЯ «ПЛАТИНОВОЇ ХВИЛИНИ» І «ЗОЛОТОЇ ГОДИНИ»



Для забезпечення реалізації правил **«платинової хвилини» та «золотої години» в сучасній системі ЛЕЗ ЗС України необхідно:**

- впровадити ефективну систему військово-медичної підготовки з метою прищеплення військовослужбовцям знань і навиків надання **першої медичної (домедичної) допомоги** у порядку само- та взаємодопомоги;
- **розробити та впровадити сучасну структуру медичних підрозділів** військових частин і з'єднань та мобільних військово-медичних закладів відповідно до завдань, що перед ними ставляться, укомплектувати їх підготовленим медичним персоналом, забезпечити сучасним медичним обладнанням і санітарно-технічним оснащенням та санітарно-транспортними засобами;
- **упорядкувати залучення цивільних закладів охорони здоров'я** для надання медичної допомоги пораненим військовослужбовцям;
- **чітко визначити види, обсяги та заходи медичної допомоги**, що надаватимуться на полі бою та передових ЕМЕ;
- **створити ефективну систему управління** медичним забезпеченням ЗС України.

41

Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ЗНАЧЕННЯ «ПЛАТИНОВОЇ ХВИЛИНИ» І «ЗОЛОТОЇ ГОДИНИ»



Реалізація зазначених заходів дасть змогу досягти часових показників надання медичної допомоги пораненим за принципом **10 – 1 – 2**, що означає: надання **першої медичної допомоги** протягом **10 хвилин після поранення («платинова хвилина»)**; проведення **стабілізаційних заходів** та надання необхідної допомоги лікарем загальної практики **протягом першої години («золота година»)**, а також надання **невідкладної хірургічної допомоги** протягом однієї, але **не пізніше двох годин** кожному пораненому і як результат це знизить кількість летальних випадків..

42 Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

Джерело: <https://www.youtube.com/channel/UC6ujOeLYRiwi9pdhrMBtDGg> ■

Шекера О. Г.^{1,2}

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», м. Київ, Україна

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО БЕРЕ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ (презентація)

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ
УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ



THE GENEVA
CONVENTIONS
OF 12 AUGUST 1949



Право війни - це сукупність міжнародних правил ведення військових дій та захисту жертв таких дій.

Військовополонені - це комбатанти, які захоплені в полон противником.

Комбатанти - це особи, які входять до складу збройних сил (за винятком медичного і духовного персоналу).

Цивільні особи - особи, які не входять до складу збройних сил.

Поранені та хворі - означають осіб, як військових, так і цивільних, що унаслідок травми, хвороби, або іншого фізичного або психічного розладу або інвалідності потребують медичної допомоги або догляду і які утримуються від будь-яких ворожих дій.

Медичний персонал - це персонал, призначений винятково для медичної діяльності, а саме: для розшуку, збору, евакуації, установлення діагнозу та лікування, а також для профілактики захворювань, для адміністративно-господарського забезпечення медичних формувань або для роботи на санітарно-транспортних засобах і для їхнього адміністративно-технічного забезпечення.

Розпізнавальна емблема - означає розпізнавальну емблему червоного хреста, червоного півмісяця або червоного лева і сонця на білому фоні, коли вона використовується для захисту медичних формувань і санітарно-транспортних засобів, медичного і духовного персоналу та устаткування і запасів.

Розпізнавальний сигнал - означає будь-який сигнал або повідомлення, що установлені винятково для впізнання медичних формувань або санітарно-транспортних засобів.

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ
УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

РОЗПІЗНАВАЛЬНІ ЕМБЛЕМИ (форма та особливості)



•Розпізнавальна емблема (червона на білому фоні) повинна бути на стільки великою, наскільки це виправдано в даних обставинах.

•У відношенні форми хреста, півмісяця або лева і сонця Високі Сторони, що Договорюються, можуть керуватися зразками, зображеними вище.



Розпізнавальна емблема, коли це можливо, завдається на плоску поверхню або на прапори, видимі з усіх можливих напрямків і з можливо більшої відстані.

У залежності від указівок, отриманих від компетентної влади, медичний персонал і духовний персонал, що виконує свої обов'язки на полі бою, повинний, по можливості, носити головний убір і одяг із розпізнавальною емблемою.



THE GENEVA
CONVENTIONS
OF 12 AUGUST 1949



3

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ
УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

ТРОХИ ІСТОРІЇ



З тих пір, як швейцарський громадянин Анрі Дюнан уперше побачив страхітливості війни на бойовищі при Сольферино в Італії в 1859 році, він невпинно шукав шлях і засоби захисту жертв таких конфліктів і медичного персоналу, що повинний про ці жертви піклуватися. Він задумав створити ще в мирний час у кожній країні товариства, що могли б під час війни надавати допомогу пораненим.

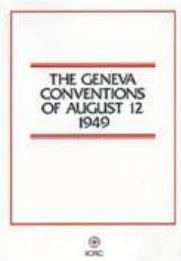
Чотири громадяни Женеви приєдналися до нього, щоб втілити в життя цю сміливу ідею: генерал Гійом Дюфур, юрист Гюстав Муаньє, лікарі Луї Аппіа і Теодор Монуар. У 1863 році вони заснували Міжнародний комітет допомоги пораненим, більш відомий як "Комітет п'ятьох", що був попередником Міжнародного Комітету Червоного Хреста (МКЧХ).

Таким чином, саме Анрі Дюнану належить сама ідея Червоного Хреста. Разом із "Комітетом п'ятьох" він, не шкодуючи сил, трудився над створенням течії Червоного Хреста, що об'єднує сьогодні у усьому світі понад 250 мільйони чоловік, які готові прийти на допомогу тим, хто страждає, тим, хто потрапив у біду.

4

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

Договірне оформлення правил ведення війни на міжнародних конференціях:



1. 1864 р. у м. Женева доля поранених на полі бою
2. 1868 р. у м. Санкт-Петербург - заборона застосування розривних снарядів вагою менше як 400 грамів.
3. Дві мирні конференції в Гаазі - у 1899 і 1907 рр. - угоди про методи і засоби ведення війн.

Гаазьке право трактує методи воєнних операцій, а Женевське - захист жертв війни.

Після Другої світової війни міжнародне співтовариство у 1945 році в Статуті Організації Об'єднаних Націй по суті поставило війну поза законом і оголосило протиправним використання державами воєнних засобів, що є можливим лише для самооборони або ж для організації колективної безпеки за уповноваженням Ради Безпеки ООН.

Члени ООН у своїх міжнародних відносинах повинні утримуватись від погроз або застосування сили проти територіальної цілісності чи політичної незалежності держав або ж інших заходів, несумісних із завданням Організації Об'єднаних націй (стаття 2 (4) Статуту ООН).

5

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

Інші міжнародні договори, які забороняють застосування деяких видів зброї і методів ведення війни:



Санкт-Петербурзька
декларация 1868 р.

Гаазька конвенція
1899 р.

Гаазька конвенція
1907 р.

Конвенція про
заборону
бактеріологічної
(біологічної) зброї
1972 р.

Конвенція про
заборону або
обмеження
звичайної зброї
1980 р.

Конвенція про
заборону хімічної
зброї 1993 р.

Право Гааги - обмеження воюючих сторін у виборі засобів і методів ведення військових дій.
Право Женев - захист осіб, які не беруть участі у військових діях.

6

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ
УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

КОНВЕНЦІЇ



Женева, Швейцарія

ЖЕНЕВСЬКІ КОНВЕНЦІЇ

“Перша конвенція”, “Друга конвенція”, “Третя конвенція” і “Четверта конвенція” означають відповідно:

- 1 Женеvську конвенцію про поліпшення долі поранених і хворих у діючих арміях від 12 серпня 1949 року;
- 2 Женеvську конвенцію про поліпшення долі поранених, хворих і осіб, що потерпіли аварію корабля, із складу збройних сил на морі від 12 серпня 1949 року;
- 3 Женеvську конвенцію про ставлення до військовополонених від 12 серпня 1949 року;
- 4 Женеvську конвенцію про захист цивільного населення під час війни від 12 серпня 1949 року.

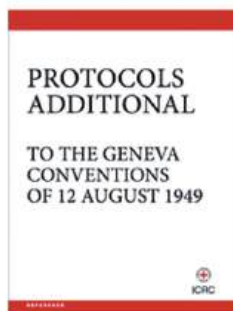
Термін “Конвенції” означають чотири Женеvські конвенції від 12 серпня 1949 року про захист жертв війни.

Додаткові протоколи 1977 р. до Женеvських конвенцій 1949 р. є дуже важливим внеском у право, що стосується ведення бойових дій, особливо тому, що підтверджують **принцип звичайного права**, відповідно до якого цивільне населення не повинно ставати об’єктом нападу.

7

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ
КОНФЛІКТАХ

Заборона застосування засобів і методів ведення війни:



- які не дозволяють бачити відмінність між **комбатантами** і **некомбатантами**;
- які призводять до численних втрат, не виправданих безпосередньою військовою вигодою;
- які є причиною **серйозного і тривалого збитку** навколишньому середовищу.

Стаття 53 Додаткового протоколу I забороняє:

- здійснювати які-небудь ворожі акти проти тих історичних пам’ятників, творів мистецтва або місць культів, які складають культурну або духовну спадщину народів;
- використовувати такі об’єкти для підтримки військового потенціалу;
- здійснювати репресії по відношенню до таких об’єктів.

8

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

Заборонені методи ведення війни :

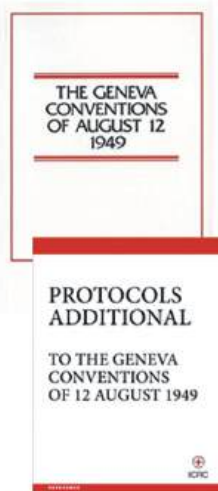


- віддання наказу “не залишати нікого в живих”;
- незаконне використання розпізнавальної емблеми Червоного Хреста;
- зрадницьке вбивство або поранення цивільного населення вбивати або калічити ворога, який склав зброю і здався;
- віроломне користування парламентарським прапором, військовими знаками і форменим одягом ворога;
- примушувати громадян ворожої сторони до участі у військових діях проти їх власної країни;
- захоплювати заручників здійснювати терор.

9

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

Другою основною метою міжнародного гуманітарного права є захист осіб, які не беруть участі у військових діях (право Женеви).



Положення Женевських конвенцій і Додаткових протоколів торкаються двох основних понять “комбатант” і “особа, над якою протегують”.

Додатковий протокол II не передбачає особливого статусу осіб, які беруть участь в бойових діях і не визначає жорстко категорій осіб, над якими протегують.

Він дає відмінність між особами, які беруть участь в бойових діях і особами, які не беруть участь в бойових діях.

Женевські конвенції і Додатковий протокол I розрізняють декілька категорій осіб, над якими протегують:

- поранені, хворі і особи, потерпілі корабельну аварію, як зі складу збройних сил, так і цивільні особи;
- військовополонені;
- цивільні особи на окупованих територіях;
- цивільні особи на території противника;
- інтерновані цивільні особи.

10

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

Окремі категорії осіб знаходяться під захистом Конвенцій, користуються **спеціальним захистом**.



Це:

Біженці і апатриди (стаття 73 ДП I)

Жінки (стаття 76 ДП I)

Діти (статті 77-78 ДП I)

Журналісти (стаття 79 ДП I)



Забороняється!!!

використовувати цивільне населення для прикриття воєнних дій і захисту військових об'єктів або районів від нападу противника; колективні покарання, захоплення заручників, залякування або терор

11

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ



НОРМИ МІЖНАРОДНОГО ПРАВА, ЗАСТОСОВАНОГО У ПЕРІОД ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ

Поняття «НОРМИ МІЖНАРОДНОГО ПРАВА, ЗАСТОСОВАНОГО У ПЕРІОД ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ», означає норми, застосовані в період збройних конфліктів, приведені в міжнародних угодах, учасниками яких є сторони, що знаходяться в конфлікті, а також загальновизнані принципи і норми міжнародного права, застосовані до збройних конфліктів.

ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ МІЖНАРОДНОГО ГУМАНІТАРНОГО ПРАВА, ЗАСТОСОВАНІ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

1. **Особи, що вийшли з ладу, і ті, хто не приймає особистої участі в бойових діях**, мають право на повагу до їх життя, на моральну і фізичну недоторканність. При всіх обставинах вони мають право на захист і гуманне ставлення без будь-якої дискримінації.
2. **Забороняється вбивати або завдавати каліцтво противнику**, що здається в полон та того, що вийшов із ладу.
3. **Поранені і хворі повинні підбиратися і забезпечуватися доглядом** тією стороною конфлікту, у владі якої вони знаходяться. Захисту також підлягають медичний персонал, транспортні засоби й устаткування. Емблема Червоного Хреста або Червоного Півмісяця позначає право на такий захист і повинна шануватися.
4. **Захоплені в полон** учасники бойових дій (далі іменовані комбатантами) і цивільні особи, що знаходяться на території, контрольованій противником, мають право на повагу до їхнього життя, гідності, особистим правам і переконанням. Їм повинен бути забезпечений захист від насильства і репресалій, вони мають право на листування зі своєю сім'єю і на одержання допомоги.

12

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

НОРМИ МІЖНАРОДНОГО ПРАВА, ЗАСТОСОВАНОГО У ПЕРІОД ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ

Поняття «**НОРМИ МІЖНАРОДНОГО ПРАВА, ЗАСТОСОВАНОГО У ПЕРІОД ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ**», означає норми, застосовані в період збройних конфліктів, приведені в міжнародних угодах, учасниками яких є сторони, що знаходяться в конфлікті, а також загальновизнані принципи і норми міжнародного права, застосовані до збройних конфліктів.



ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ МІЖНАРОДНОГО ГУМАНІТАРНОГО ПРАВА, ЗАСТОСОВАНІ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

5. Кожний має право на основні юридичні гарантії. Ніхто не повинний піддаватися фізичним або моральним катуванням, тілесним покаранням, а також жорсткому або принизливому ставленню.

6. Сторони в конфлікті та їх збройні сили не можуть користуватися необмеженим вибором методів і засобів ведення війни. Забороняється використовувати таку зброю і такі методи ведення бойових дій, що за своїм характером можуть викликати не обумовлені необхідністю втрати або спричинити за собою надмірні страждання.

7. Сторони в конфлікті зобов'язані постійно робити розходження між цивільним населенням і комбатантами і по можливості щадити цивільне населення і майно. Ні цивільне населення в цілому, ні окремі цивільні особи не повинні бути об'єктом нападу. Нападу можуть піддаватися тільки військові об'єкти.

13

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

ДІЇ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ПІД ЧАС МІЖНАРОДНИХ КОНФЛІКТІВ

Породжена на полі бою ідея, що надихала фундаторів Товариство Червоного Хреста, була викликана до життя прагненням полегшити людські страждання шляхом надання допомоги і забезпечення догляду за пораненими і хворими, у чому, власне, і складається завдання лікаря.



Роль, що виконує медичний персонал, завжди признавалася Червоним Хрестом найвищою мірою важливою, і із самого початку він подбав про те, щоб такий персонал, покликаний надавати допомогу пораненим і хворим на полі бою, користувався тими ж заступництвом і захистом, що і священнослужителі.

Завдання, що виконують останні, можна вважати додатковою стосовно задач медичного персоналу, адже священнослужителі дають останнє побажання умираючим.

Положення міжнародного гуманітарного права захищають медичних робітників, чиї послуги необхідні під час збройних конфліктів, якщо:

- на території їх країни йде внутрішній конфлікт;
- їх країна вплетена в збройний конфлікт з іншою країною;
- їх країна частково або цілком окупована іншою країною; або ж,
- їх Національне товариство Червоного Хреста або Червоного Півмісяця, або їх країна, зберігаючи нейтралітет у конфлікті, приймають рішення надати медичний персонал у розпорядження однієї з воюючих сторін або МКЧХ.

14

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

Протокол I 1977 року (I Д.П.8) дає таке визначення медичного персоналу:



“медичний персонал” означає осіб, що призначені стороною, що знаходиться в конфлікті, винятково для медичних цілей, перерахованих у пункті “с”), для адміністративно-господарського забезпечення медичних формувань або для роботи на санітарно-транспортних засобах і для адміністративно-технічного забезпечення. Такі призначення можуть бути або постійними, або тимчасовими”.

Меди́чні пра́цівники, що залучаються до надання допомоги при виникненні конфлікту, повинні пам'ятати : **Обов'язком** держави і всіх її громадян, незалежно від роду діяльності, є **суворе дотримання положень Конвенцій і Протоколів**. Як громадяни держави, пов'язаного Конвенціями (а у випадку деяких держав - і Додатковими протоколами), **медичні робітники зобов'язані підпорядковуватися вимогам цих документів** незалежно від того, включені або не зазначені норми у внутрішньодержавне законодавство їх країни. Таким чином, надзвичайно важливо, щоб медичний персонал добре знав **свої обов'язки і права**, передбачені міжнародним гуманітарним правом, і розумів, що він може, **цілком знемацька й у будь-який момент**, виявитися в ситуації, що зажадає від нього здійснення цих прав і виконання обов'язків.

15

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

ДІЇ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ПІД ЧАС МІЖНАРОДНИХ КОНФЛІКТІВ



Ці права й обов'язки були встановлені для того, щоб медичний персонал міг виконувати покладені на нього **гуманні завдання**, як-то - **оказати допомогу жертвам збройних конфліктів**, коли б такі конфлікти не відбувалися. **Обов'язки**, покладені на медичний персонал **прямо пов'язані з правами покровительствуємих осіб**, увіренних його турботам. Так, **обов'язок гуманно ставитися до поранених пов'язаний з правом цього пораненого на гуманне ставлення**; **обов'язок не піддавати жодного військовополоненого медичним процедурам, протипоказаним йому за станом здоров'я**, пов'язаний з **правом військовополоненого на повагу його фізичної і психічної недоторканності**.

Конвенції і Протоколи надають медичному персоналу права на те, щоб той міг виконувати свої **гуманні завдання**. Цей персонал являє собою, так сказати, знаряддя захисту поранених і хворих, і саме тому він **користується особливими правами**.

Більш того, **ці права безпосередньо пов'язані з відповідними обов'язками держави**, до якої належить медичний персонал, а також сторін у конфлікті.

16

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

ДІЇ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ПІД ЧАС МІЖНАРОДНИХ КОНФЛІКТІВ



Право медичного персоналу на захист пов'язано, наприклад, з обов'язком противника шанувати цей персонал; так само право доступу медичного персоналу до місць, де потрібна його допомога, пов'язано з обов'язком сторін у конфлікті дозволити йому доступ у такі місця. Серед обов'язків, покладених на медичний персонал, варто виділити обов'язки, що потребують дії, і обов'язки, що потребують утримуватися від дій. Наприклад, медичний робітник зобов'язаний діяти, коли хворий або поранений потребує допомоги; проте медичний робітник зобов'язаний також утримуватися від деяких дій, як-то від таких, що суперечать інтересам пацієнта. З іншого боку, бездіяльність - тобто ненадання належної допомоги хворому - може являти собою невиконання медичним персоналом своїх обов'язків.

Серед визнаних прав медичного персоналу можуть бути також виділені права, що припускають визначені дії сторін у конфлікті, такі, як надання всілякого сприяння медичному персоналу для того, щоб він міг якнайкраще виконати свої завдання, і права, що припускають обов'язок сторін у конфлікті утримуватися від визначених дій, наприклад, від застосування репресалій до медичного персоналу.

17

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

ЯДЕРНЕ РОЗЗБРОЄННЯ



Верховна Рада України у 1991 році проголосила, що Україна дотримується трьох неядерних принципів: не приймати не виробляти і не набувати ядерну зброю.

Прагнення України набути без'ядерний статус було підтверджено у документах Верховної Ради:

Заява від 24 жовтня 1991 року

Звернення до Парламентів та народів світу від 5 грудня 1991 року

Постанова від 9 квітня 1992 року.

16 листопада 1994 року Верховна Рада України прийняла рішення про приєднання нашої держави до Договору про нерозповсюдження ядерної зброї

27 вересня 1996 року Україною підписаний Договір про всеосяжну заборону ядерних випробувань



18

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

ЗАБОРОНА ХІМІЧНОЇ ЗБРОЇ



Конвенція про заборону розробки, виробництва, накопичення і застосування хімічної зброї та про її знищення підписана Україною 13 січня 1993 р. у Парижі і ратифікована Законом України 16 жовтня 1998 р.

Після ратифікації Конвенції головні зусилля спрямовані на забезпечення належного виконання нашою державою взятих на себе зобов'язань. З цією метою Указом Президента України затверджено Програму виконання на 1999-2008 рр.

Розпорядженням Президента України від 26 серпня 1999 р. на МЗС було покладено здійснення функцій Національного органу України для виконання.

Починаючи з 2010 року щорічники Стокгольмського міжнародного інституту досліджень проблем миру (Stockholm International Peace Research Institute) включають окрему главу, що присвячується проблемам скорочення загроз безпеки від хімічних та біологічних матеріалів:

19

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

ЗАБОРОНА БІОЛОГІЧНОЇ І ТОКСИЧНОЇ ЗБРОЇ



Конвенція про заборону біологічної і токсичної зброї (КБТЗ) була першою міжнародною угодою, яка забороняла державам-учасникам розробку, виробництво та накопичення цілого класу зброї масового знищення. Особливо важливим є те, що Конвенція також зобов'язувала знищити запаси цієї зброї або переключити їх на мирні цілі.

Українська РСР була співавтором проекту КБТЗ, підписала її 10 квітня 1972 року, а ратифікувала 26 березня 1975 року.

Україна в період з 1992 до 2021 щорічно надає до Секретаріату ООН необхідні оголошення про виконання КБТЗ.

20

ЦЕНТРАЛЬНИЙ БУДИНОК ОФІЦЕРІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

ЦЕНТРАЛЬНИЙ ШАХОВИЙ КЛУБ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ



МІЖНАРОДНА ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ "МІЖНАРОДНА АСОЦІАЦІЯ «ЗДОРОВ'Я СУСПІЛЬСТВА»
ЦЕНТРАЛЬНИЙ ШАХОВИЙ КЛУБ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ



**ШАХИ ДЛЯ ДІТЕЙ І
ДОРΟΣЛИХ**



1



Шахи для дітей і дорослих
ШАХИ ДЛЯ ДІТЕЙ І ДОРОСЛИХ



4

Шахи для дітей і дорослих

РОСІЙСЬКЕ ВТОРГНЕННЯ В УКРАЇНУ



Російське вторгнення в Україну 2022 р. — відкритий війсьний напад РФ за підтримки Білорусі на Україну, початий о 3:40 24 лютого 2022 р. Вторгнення є частиною російсько-української війни, розв'язаної Росією 2014 р., участь у якій РФ намагалася заперечувати. У документах російське вторгнення в Україну 2022 р. розглядають як агресивну війну Росії проти України. Генеральна асамблея ООН у своїй резолюції від 2 березня 2022 р. засудила російське вторгнення в Україну та назвала його агресією Російської Федерації проти України.



5

Джерело Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. [https://uk.wikipedia.org/wiki/Російське_вторгнення_в_Україну_\(2022\)](https://uk.wikipedia.org/wiki/Російське_вторгнення_в_Україну_(2022))

Шахи для дітей і дорослих



ЗАЯВА ПРО ЗАСУДЖЕННЯ ДЕПОРТАЦІЇ УКРАЇНСЬКИХ ДІТЕЙ ДО РОСІЇ



17 березня 2023 р. Міжнародний кримінальний суд у Гаазі (Нідерланди) видав ордер на арешт Володимира Путіна, а також уповноваженої з прав дитини при президентові Росії Марії Львової-Белової.

6 квітня 2023 р. країни-члени ООН підписали заяву про засудження депортації українських дітей до Росії.

Спільну заяву щодо цього видали 49 країн світу та Європейський Союз.

«Ми засуджуємо дії Російської федерації в Україні, включаючи, зокрема, примусову депортацію українських дітей, а також інші серйозні порушення щодо дітей, вчинені російськими військами в Україні», — йдеться у заяві.

Станом на ранок 15 квітня 2023 року **469 дітей** загинуло та понад **948** зазнали поранень різного ступеня тяжкості внаслідок повномасштабної збройної агресії Росії проти України.



6

Джепено: <https://www.radiosvoboda.org/a/novyny-pryazovya-putin-haaha-trybunal-deportatsiya-ditey/32329619.html>,
<https://mind.ua/news/20255766-krayini-chleni-onn-pidpisali-zayavu-pro-zasudzhennya-deportatsiyi-ukrayinskih-ditej-do-rosiyi>

Шахи для дітей і дорослих

АБСТРАКТНА СТРАТЕГІЧНА ГРА



Шахи — абстрактна стратегічна гра на спеціальній дошці, що має назву шахівниці й поділена на 64 світлі та темні клітини (поля), між 16 світлими (білими) і 16 темними (чорними) фігурами за встановленими для них правилами пересування. У цю гру грають мільйони людей по всьому світі.

Походить від **стародавньої індійської гри чатуранга**, яка, крім того, є ймовірним предком східних стратегічних ігор сянци, чангі і сьогі. Шахи потрапили до Європи в 9 столітті внаслідок завоювань Омейядів в Іспанії. Фігури набули своєї нинішньої сили в Іспанії наприкінці 15 століття; правила стандартизовано в 19 столітті.

Як одна з найпоширеніших спортивних ігор сучасності, **поєднує в собі елементи мистецтва (уяви), науки (логічно-точний розрахунок) і спорту.**

Шахи спрямовані на розвиток логічного та стратегічного мислення.



7

Джепено: <https://uk.wikipedia.org/wiki/шахи>



8

Організатори і учасники турніру

Міжнародний майстер спорту з шахів
Сергій Павлов (чемпіон України)

Шахи для дітей і дорослих

СПІВ СПРИЯТЛИВО ВПЛИВАЄ НА ЗДОРОВ'Я



Katerina Russo



Зірки італійської сцени Катерина і Роберто Руссо



Юні співаки



За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щороку від серцево-судинних захворювань вмирають понад 17 мільйонів людей у всьому світі. Фахівці, які працюють в організації Blood Pressure UK, оприлюднили несподівану ознаку наявності серцево-судинних захворювань у людини. Британські дослідники дійшли висновку, що **спів сприятливо впливає на здоров'я людини**, а також сприяє покращенню фізичного та психічного стану. **Вчені зробили заяву, що заняття співом може продовжувати життя людини.**

9

Джерело: <https://newsyou.info/2023/04/nazvano-nespodivanu-oznaku-nayavnosti-zaxvoryuvan-sercya>



Відкрила цей захід відома українсько-італійська співачка Катерина Руссо, яка підтримала це дійство новою піснею (для дітей і матерів).

10



Шахи для дітей і дорослих

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО ПРЕДСТАВНИКАМ ЦЕНТРАЛЬНИХ ОРГАНІВ ВИКОНАВЧОЇ ВЛАДИ



Віктор Ляшко
український лікар.
Заслужений лікар України.
Міністр охорони здоров'я України.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, а також забезпечує формування державної політики у сфері санітарного та епідемічного добробуту населення.

МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ - центральний орган виконавчої влади і військового управління, у підпорядкуванні якого перебувають Збройні сили України.



Олексій Резніков
український державний діяч,
правник.
Міністр оборони України.

11

Шахи для дітей і дорослих



ЦЕНТРАЛЬНИЙ БУДИНОК ОФІЦЕРІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ



Центральний будинок офіцерів
Збройних Сил України



Будинок Червоної Армії та Флоту,
1934 рік

Сьогодні Центральний будинок офіцерів Збройних Сил України є закладом культури, який належить до об'єктів гуманітарної сфери та функціонує в інтересах забезпечення життєдіяльності військ (сил), задоволення духовних та культурних потреб військовослужбовців, працівників Збройних Сил України, учасників АТО, Сил спеціальних операцій, ветеранів військової служби, членів їхніх сімей та мешканців міста Києва.



Герої України



Назім Агаєв
директор Департаменту соціальної
та гуманітарної політики Міністерства
оборони України



Сергій Коря
Начальник Центрального
будинку офіцерів Збройних
Сил України

12

Шахи для дітей і дорослих

ЦЕНТРАЛЬНИЙ БУДИНОК ОФІЦЕРІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ



13

Шахи для дітей і дорослих

ЦЕНТРАЛЬНИЙ ШАХОВИЙ КЛУБ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ



Шахова секція при окружному будинку офіцерів була створена у післявоєнні роки. Принц Конде, французький полководець і генералісимус, був упевнений, що **«перш, ніж стати хорошим генералом, треба навчитися добре грати в шахи»**.



Ісаак Липницький

Український радянський шахіст. 2-разовий чемпіон УРСР з шахів 1949 та 1956 років. Шаховий теоретик та літератор. Педагог.



Олександр Коровін

Будучи висококласним шахістом значну частину свого життя та часу віддавав підготовці юних шахістів у Центральному шаховому клубі Збройних Сил України. Кандидат в майстри спорту з шахів



Олег Шекера

Академік НАН ВО України, доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України. Кандидат в майстри спорту з шахів

14

Шахи для дітей і дорослих

ШАХИ МАЮТЬ ВИХОВНЕ ЗНАЧЕННЯ



Шахи мають виховне значення: сприяють розвитку концентрації уваги, вміння долати труднощі та планувати власні дії, логічно мислити.

Оскільки у грі в шахи виявляються особливості людської особистості, їх використовують як модель для наукових досліджень у психології та педагогіці. Їх також використовують для моделювання систем штучного інтелекту.

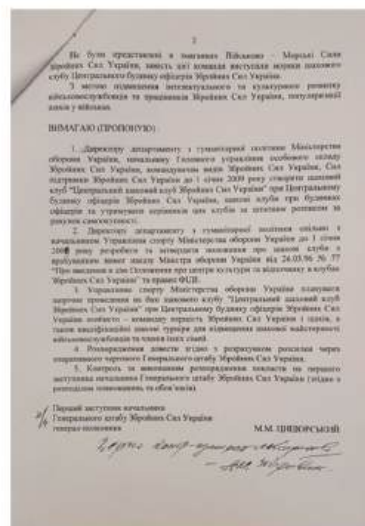
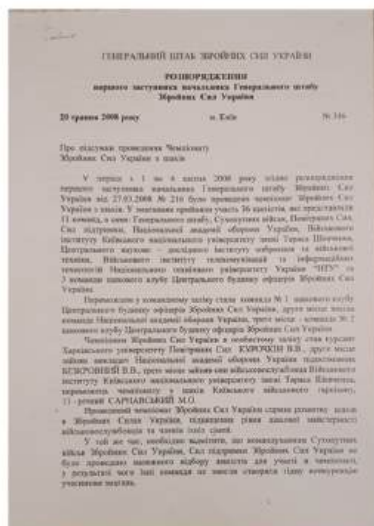
Про виховне значення шахів згадують часто, проте це питання ніколи не було об'єктом серйозного дослідження. Вивчення його видається важливим і своєчасним, оскільки шахи за розумного ставлення до них відіграють значну роль як виховний фактор. Я маю на увазі сприятливий вплив шахів на психіку людини, на її розум, характер і волю.

15

Джерело: <https://www.chesswatch.in.ua/blog/index.php?vykhovne-znachennia-shakhiv>, <https://www.google.com/search/виховне+значення>

Шахи для дітей і дорослих

ЦЕНТРАЛЬНИЙ ШАХОВИЙ КЛУБ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ



16



Шахи для дітей і дорослих

**ШАХИ ОТОЧУЮТЬ НАС УСЮДИ І ВСІ МИ РОБИМО ВСЕ МОЖЛИВЕ,
ЩОБ ПОШИРЮВАТИ ЦЮ ГРУ СЕРЕД ДІТЕЙ ТА ДОРОСЛИХ**



Шахи в Афганістані



У шаховому клубі НВК «Домінанта»



Святкова зустріч між шахістами
Центрального шахового клубу
Збройних Сил України і шахістами
міста Прилук, Ніжина, Чернігова.



Сеанс одночасної гри з 13-м
чемпіоном світу з шахів
гросмейстером
Гаррі Каспаровим



Чемпіонат України з шахів серед медичних Вузів



18

Шахи для дітей і дорослих

ЦЕНТРАЛЬНИЙ ШАХОВИЙ КЛУБ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ



Граючи в шахи, ми вчимося не падати духом і наполегливо
продовжувати пошуки нових можливостей. Гра виробляє
здатність знаходити вихід, здавалося б, з нездоланих
труднощів

19

Шахи для дітей і дорослих

ЦЕНТРАЛЬНИЙ ШАХОВИЙ КЛУБ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ



Юрій Авербах - радянський шахіст, міжнародний гросмейстер, шаховий композитор, міжнародний арбітр з шахів та шахової композиції, голова Шахової федерації СРСР відвідав центральний шаховий клуб Збройних Сил України.



20

Шахи для дітей і дорослих

ЦЕНТРАЛЬНИЙ ШАХОВИЙ КЛУБ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ



Юлія Осьмак - українська шахістка, гросмейстер серед жінок (2016).
Чемпіонка України з шахів серед жінок 2017 р., срібна призерка 2019 р., тричі бронзова призерка чемпіонатів України 2014, 2015 та 2018 років.
У складі збірної України: срібний призер шахової олімпіади 2018 р. та бронзовий призер командного чемпіонату світу 2016 р.
Юлія Осьмак - чемпіонка світу серед дівчат до 12 років (2010) та віце-чемпіонка Європи серед дівчат до 10 років (2008) та 12 років (2010).

21

Шахи для дітей і дорослих



ПЕРШИЙ ЧЕМПІОН СВІТУ З ШАХІВ. ФЕДЕРАЦІЯ ШАХІВ УКРАЇНИ



Перший загальновизнаний чемпіон світу з шахів, **Вільгельм Стейніц**, завоював свій титул 1886 р. Починаючи з 1948 р., чемпіонат світу проходить під егідою Міжнародної шахової федерації (ФІДЕ). ФІДЕ також присуджує прижиттєві титули досвідченим гравцям, найвищим із яких є **гросмейстер**.



Федерація шахів України - всеукраїнська шахова громадська неприбуткова організація фізкультурно-спортивної спрямованості, яка об'єднує громадян України, іноземних громадян та осіб без громадянства на засадах єдності інтересів для реалізації основних завдань, передбачених її статутом.



Віктор Капустін - президент Федерації шахів України



Юрій Гнип - перший віце-президент Федерації шахів України

Шахи для дітей і дорослих

Представники Федерації шахів України



Шахи для дітей і дорослих

ІСТОРІЯ



24 Джерело: <https://uk.wikipedia.org/wiki/шахи>



Стародавнє походження шахів не викликає сумнівів. Ігри з фішками на дошці були відомі ще в 3—4-му тисячоліттях до н. е. У перші п'ятсот років нової ери в Індії, за думкою багатьох істориків з'явилась найдавніша форма шахів — військова гра чатуранґа.

Грили в чатуранґу четверо гравців. Хоча чатуранґа й була складною грою, що вимагала точного розрахунку, пересування фігур визначали кидком гральної кості.

Звідти гра поширилася на схід і захід уздовж Шовкового шляху. Найбільш ранні свідчення про шахи зустрічаються в сусідній Сасанідській Персії близько 600 року н. е., де гра стала відомою під назвою чатранг. Мусульманський світ підхопив чатранг після ісламського завоювання Персії (633-44), після чого гра стала називатися *шатрандж*, а фігури здебільшого зберегли свої перські назви, але на території решти Європи назву замінили на варіанти перського слова *шах* («цар»), яке було знайоме як оголошення і перетворилось на англійські слова «check» і «chess».

На відміну від чатуранґи в шатранж вже грали двоє, а не четверо суперників і ходи визначали самі гравці, а не те як випадуть кубики.

Шахи для дітей і дорослих

ІСТОРІЯ



Луїс Рамірес де Лусени



Педру Даміано

Твори про шахову теорію почали з'являтися в 15 столітті. Книга *Repetición de Amores y Arte de Ajedrez* (Повторення любові і мистецтва гри в шахи) іспанського церковника Луїса Раміреса де Лусени вийшла друком у Саламанці в 1497 році. Лусена і такі пізніші майстри, як португалець Педру Даміано, італійці Джованні Леонардо да Кутро, Джуліо Чезаре Полеріо і Джоакіно Греко, а також іспанський єпископ Руй Лопес де Сеґура розробили елементи дебютів і почали аналізувати прості ендшпілі.



Руй Лопес де Сеґура



Джованні Леонардо да Кутро



Джуліо Чезаре Полеріо

Джерело: <https://uk.wikipedia.org/wiki/шахи>

Шахи для дітей і дорослих

ІСТОРІЯ



Пол Морфі



Говард Стаунтон

Організатором першого сучасного шахового турніру, який відбувся 1851 року в Лондоні, був Говард Стаунтон, провідний англійський шахіст. Його переможцем став німець Адольф Андерсен, якого проголосили провідним шаховим майстром. Його блискучий, енергійний, атакувальний стиль був типовим для того часу.

Такі блискучі партії, як «безсмертна» і «вічнозелена» Андерсена, або «Гра-опера» Морфі стали розглядати як найвищу можливу вершину шахового мистецтва.

Станом на квітень 2023 р. Магнус Карлсен є чинним чемпіоном світу.



Адольф Андерсен



Магнус Карлсен

26

Джерело: <https://uk.wikipedia.org/wiki/шахи>

Шахи для дітей і дорослих

ОДНОЧАСНА ГРА В ШАХИ



Сеанс одночасної гри — вид масових шахових змагань, де шахіст(сеансер) одночасно грає проти кількох суперників. Зазвичай, сеансер грає усі партії білими.

Розрізняють такі сеанси:

сеансер, зробивши хід переходить до іншої дошки, доки не закінчаться усі партії;

безперервний сеанс — після закінчення будь-якої партії, на тій самій дошці починається інша партія. (Наприклад 400 партій на 20 дошках);

сеанс з годинником — проводиться, зазвичай проти невеликої кількості шахістів (6-10), які грають з визначеним контролем часу (наприклад 2.5 годин на 40 ходів), у сеансера той же контроль часу, але на усі партії;

сеанс не дивлячись на дошку — сеансер грає не дивлячись на дошку;

альтернативний сеанс — два або кілька сеансерів роблять ходи по черзі;

комбінований сеанс — сеансер грає на різних дошках у різні ігри (наприклад у шахи, російські або міжнародні шашки, доміно та ін).



27

Джерело: <https://thetrip.ru/uk/permanentnyj/shahmaty-pravila-igry-v-shahmaty/>

Шахи для дітей і дорослих

НАЙТАЛАНОВИТІШІ СЕАНСЕРИ



Хосе Рауль Капабланка

Одним з найталановитіших сеансерів ХХ ст. вважається Х. Р. Капабланка, який протягом 40 років (з 26.10.1901 Гавана по 6.11.1941, Нью-Йорк) дав 491 сеанс, зіграв в них 13545 партій (+11912, -570, =1063; 92% очок) в тому числі в 1922 дав сеанс на 103 дошках (+102, -0, =1, Клівленд). Інші рекордні сеанси: Маршалл: 155 партій (+126, -8, =21 Монреаль, 1922), Найдорф: 250 партій (+226, -10, =14, Сан-Паулу, 1950).

найталановитіших сеансерів



Френк Джеймс Маршалл



Мігель Найдорф

28

Шахи для дітей і дорослих

СПІЛЬНА ПЕРЕМОГА



Команда «Спільна Перемога» регулярно відвідує дітей в НДСЛ «Охматдит».



ГО "СПІЛЬНА ПЕРЕМОГА" зареєстрована 11.08.2016 р. Керівником організації є ОЛЕКСАНДР СОКОЛИНСЬКИЙ

29

Шахи для дітей і дорослих



У КОЛІ КОЛЕГ І ДРУЗІВ



Поруч професор Володимир Жовнір

ЦЕНТРАЛЬНИЙ ШАХОВИЙ КЛУБ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ
вулиця Михайла Грушевського, 30/1, Київ, 01021

Генеральному директорові Національної
дитячої спеціалізованої лікарні
Міністерства охорони здоров'я України
«ОХМАТДИТ»
Володимиру ЖОВНІРУ

Шановний пане Володимире!

Сьогодні діти України переживають неспокій, тривогу, втрати, руйнування та вимушене переміщення з початку війни. У мільйонів дітей були втрачені святкування дня народження, шкільні спільноти, час з друзями та родиною. Вони втратили домівки, школи та дитячі майданчики. Ніхто не забрав дитинство в дітей України.

Незважаючи на пережиті жахи війни, діти в Україні продемонстрували надзвичайну стійкість. Вони підтримували власні сім'ї, ровесників і громади, незважаючи на складні ситуації. Своєю силою вони відвоювали багатьох.

Для здійснення інтелектуального розвитку молоді та популяризації шахів серед дітей, які лікуються в Національній дитячій спеціалізованій лікарні Міністерства охорони здоров'я «ОХМАТДИТ», маємо честь запросити Вас на сеанс одночасної гри в шахи.

Запланований захід буде проведено в Національній дитячій спеціалізованій лікарні Міністерства охорони здоров'я «ОХМАТДИТ» 18 квітня 2023 року, початок о 14.30 год. (м. Київ, 01135, вулиця Вічеслава Чорновола 28/1, новий корпус, блок Е, в актовому залі).

Запрошуємо представників Національної дитячої спеціалізованої лікарні Міністерства охорони здоров'я «ОХМАТДИТ» жити активну участь у медичальному ході.

Заздалегідь вдячні Вам за підтримку спортивного руху серед молоді та притримок лікувальних закладів України.

З повагою

Голова правління ЦШК ЗС України,
академік НАН ВО України, професор,
Заслужений лікар України,
нагородний знак « Знак пошани » МО України
полковник запасу

Олег ШЕКЕРА

Штреб Віктор 097 215-18-96

ЦЕНТРАЛЬНИЙ БУДИНОК ОФІЦЕРІВ
ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

ЦЕНТРАЛЬНИЙ ШАХОВИЙ КЛУБ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Т. Овчаров – М. Фузік

ТУРНІР З РАПІДУ, КИЇВ, 2023

Мені самому дуже подобається ця партія, яка була зіграна в одному з нещодавніх турнірів з швидких шахів у ЦШК ЗСУ. Але у неї є один своєрідний недолік – за шахівницею я в процесі гри не зробив жодного власного ходу. Цей варіант був підготовлений кількома роками раніше, коли я готувався до чергової партії в одному з турнірів ЦШК ЗСУ з класичним контролем часу. Точніше, основну його частину я знайшов в літературі, а кінцівку «дошліфував» самостійно. Після того, як у тій партії зустрівся інший варіант, я вирішив, що знайдена «бомба» (тобто підготовлений варіант) все одне рано чи пізно має вибухнути. Згодом мені вдалося тричі спіймати супротивників у бліц партіях в інтернеті, але безпосередньо за дошкою ніхто не хотів «ловитися». Тим не менш, врешті решт, настав час і для цього...

Т.Овчаров – М.Фузік (Київ, ЦШК ЗСУ, турнір з рапиду, 2023). Білими у цій партії грав дуже непоганий кандидат в майстри, котрому я раніше одного разу вже встиг програти.



Рисунок 1



Рисунок 2

1. e4 d5 2.exd5 Nf6 3.d4 Bg4?! Об'єктивно сумнівний варіант, але білі повинні реагувати точно, якщо хочуть цим скористатися. У нашій минулій партії я обрав більш традиційне 3...Nxd5 і незабаром опинився у стиснутому становищі, з якого вибратись так і не зміг.

4. f3. Більш солідним тут вважається 4.Nf3 або 4.Be2 Bxe2 5.Qxe2 з кращою грою у білих (втім, вона краща для них і у більшості інших дебютів). Хід в партії теж можливий, але веде до гострої гри, а саме цього прагнули чорні, граючи 3...Bg4.

4...Bf5 5.c4. Білі також могли захистити пішака після попереднього шаху слоном: 5.Bb5+ Nd7 6.c4.

5...e6! Звісно, чорні не можуть терпіти потужний пішаковий центр білих і одразу ж починають його підривати.

6. dxe6 Nc6! (рис. 1)

7. exf7+? Може показатися дивним, але цей природний хід є помилкою, після якої чорні швидко розгортають свої сили. У березні 2021 р. ця позиція у мене виникла в дружній партії з єгипетським гросмейстером



Рисунок 3



Рисунок 4

Басеом Аміном під час відпочинку на одному з курортів міста Хургада в Єгипті. Амін зіграв 7.Be3 Bb4+ 8.Nc3 Qe7 9.Bd3 Vxd3 10.Qxd3 0-0-0 зі складною і дуже цікавою грою. Після партії я пожартував, що раз він пішов 4.f3 і 5.c4, то «найлогічнішим» був би розвиток подій, який ви побачите у цій партії (я йому показав цей варіант). Гросмейстер не оцінив самоіронії і відповів просто: «Так, я знав, що 7.exf7+? поганий хід».

7...Kxf7 8.Be3 Bb4+. Партія наближається до критичної позиції. Затамувавши подих, я неухильно «вів» противника потрібним шляхом.

9.Nc3 Re8 10.Kf2 (рис. 2). Позиція чорних вже програна, але до їхньої перемоги веде приголомшливий і дуже красивий форсований варіант. Не дивно, що за дошкою його знайти дуже непросто.

10... Rxe3! Цей хід запрошується. Значно трудніше знайти подальше продовження атаки.

11. Kxe3 Bc2! 12.Qd2 (рис. 3).

12...Ng4+!! А ось це без попередньої підготовки знайде не кожний. Ясно, що на 13.fxg4 чорні зіграють 13...Qg5+ 14.Ke2 Re8+ з легким виграшем. Але білі можуть відповісти інакше, і що тоді?

13. Kf4 Bd6+! 14.Kxg4 (рис. 4).

14...Bf5+! Атака триває! Повторюю: я дуже шкодую, що мені не пощастило знайти цю красу за дошкою. Але це не завадило із задоволенням відтворювати хід за ходом свою домашню заготовку.

15.Kxf5 Qh4! Ще один точний хід — перед тим, як заматувати білого монарха, необхідно відрізати йому всі шляхи до втечі. Адже, наприклад, поспішний шах 15...g6+? дозволяв йому після 16.Ke4 вислизнути в безпечне місце.

16.g4 Re8! Останній штрих. Тепер мат неминучий, тому білі здалися. ■