

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

ВІСНИК
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

2 (76) / 2018

State Establishment «Ukrainian Institute of Strategic Researches of Ministry of
Health of Ukraine»
I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

BULLETIN
OF SOCIAL HYGIENE
AND HEALTH PROTECTION
ORGANIZATION OF UKRAINE
SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Київ – 2018
Тернопіль – 2018

Свідоцтво про державну реєстрацію серія KB № 21502-11302 ПР від 27.07.2015
Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2018 № 2 (76)
Науково-практичний журнал

Періодичність виходу – щоквартально
Заснований у січні 1999 р.

Засновники: ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
і ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
Видавець: ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **О.М. Дзюба**

Корда М.М. (заст. головного редактора), Вороненко Ю.В., Голяченко А.О.,
Голяченко О.М. (відповід. редактор), Грузєва Т.С., Лехан В.М.,
Медведовська Н.В., Ситенко О.Р. (відповід. редактор),
Слабкий Г.О., Теренда Н.О., Чепелевська Л.А., Шулгай А.Г.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Бояр І. (Польща), Волошин В.О. (Київ), Голубчиков М.В. (Київ), Гульчій Л.П. (Київ),
Децик О.З. (Івано-Франківськ), Дудіна О.О. (Київ), Дудник С.В. (Київ),
Думанський Ю.В. (Донецьк), Куковякін С.А. (Росія), Любінець О.В. (Львів),
Майоров О.Ю. (Харків), Нагорна А.М. (Київ), Овоц А. (Польща), Рудень В.В. (Львів),
Сайдакова Н.О. (Київ), Солоненко І.М. (Київ), Станчак Я. (Словаччина),
Ціборовський О.М. (Київ), Шатило В.Й. (Житомир)

Журнал включено до Переліку фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукового ступеня кандидата і доктора наук (наказ Міністерства освіти і науки України від 07.10.2015 № 1021).

Журнал індексується в Index Copernicus, CrossRef, Google Scholar і ULRICHSWEB GLOBAL SERIALS DIRECTORY (США)

Рекомендовано до друку вченою радою
Українського інституту стратегічних досліджень
(протокол № 8 від 16.07.2018)
Передплатний індекс – 22867

Адреса редакції

02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3
E-mail: s.nauka@ukr.net
Тел./факс: (044)576-41-19; 576-41-09

Адреса видавництва і друкарні

46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1
Видавництво «Укрмедкнига» ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
телефон: (0352) 43-49-56; 52-80-09; 52-72-33

Розрахунковий рахунок № 31251266204491 в ДКСУ м. Київ, МФО 820172 Код ЄДРПОУ 02010830
Одержувач платежу: ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського»
для журналу «Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України»
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи ДК № 2215 від 16.06.2005

Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей у публікаціях несуть автори. Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції

Здоров'я населення: тенденції та прогнози

Даниленко Г.М., Летьяго Г.В., Авдієвська О.Г., Савельєва Л.М., Матвієнко О.В., Хмільєвська І.Г., Разинькова Н.С. Особливості здоров'язберігаючої поведінки та самооцінки здоров'я студентської молоді **4**

Слабкий Г.О., Дудник С.В. Тенденції стану здоров'я дитячого населення та доступності медичної допомоги (за даними вибіркового опитування домогосподарств із дітьми) **8**

Тодуров І.М., Перехрестенко О.В., Калашніков О.О., Косюхно С.В., Якимець В.М., Плекуца О.І., Потапов О.А. Стан коморбідної патології у хворих на морбідне ожиріння **14**

Шевельова О.В., Шостакович-Корецька Л.Р., Литвин К.Ю. Вплив вірусного навантаження вірусом імунодефіциту людини на виживання хворих із ВІЛ-інфекцією протягом 5 років спостереження **19**

Проблеми демографічного розвитку

Левченко О.В., Смірнова В.Л., Голяченко А.О. Скільки мають та хочуть мати дітей жінки дітородного віку в Україні **25**

Слабкий Г.О., Защик Н.С. Аналіз смертності населення України внаслідок навмисного самошкодження **29**

Організація медичної допомоги

Лучинський М.А., Пясецька Л.В. Тактика вибору лікувально-профілактичних заходів у осіб із різними психофізіологічними станами при лікуванні захворювань пародонта **34**

Реформування системи охорони здоров'я

Литвинова О.Н., Петрашик Ю.М., Юрїв К.Є., Теренда Н.О., Ліштаба Л.В., Панчишин Н.Я. Інновації в державній політиці фінансування медичної допомоги в Україні **38**

Історія медицини

Франчук В.В. Лікарська помилка: історичний нарис **44**

Наука – практиці охорони здоров'я

Трегуб П.О. Організація медико-санітарної допомоги хворим на хронічний панкреатит та їх реабілітація **49**

Сміян С.І., Кошак Б.О., Білуха А.В., Кошак Д.О. Роль ендотеліальної дисфункції в розвитку артеріальної гіпертензії у хворих на анкілозивний спондилоартрит **54**

Health of the population: tendencies and forecasts

Danilenko G.M., Letyago H.V., Avdiievskaya O.G., Savelieva L.M., Matvienko O.V., Khmylevskaya I.G., Razyukova N.S. Features of health-saving behavior and self-assessment of health of student youth

Slabkiy G.A., Dudnyk S.V. Tendencies of children's health and accessibility of medical care (according to a sample survey of households with children)

Todurov I.M., Perekhrestenko O.V., Kalashnikov O.O., Kosyukhno S.V., Yakimets V.M., Plehutsa O.I., Potapov O.A. The state of comorbid pathology in patients with morbid obesity

Shevelova O.V., Lytvyn K.Yu., Shostakovych-Koretskaya L.R. The impact of HIV viral load on the survival of patients with HIV infection during 5 years of follow-up

Problems of demographic development

Levchenko O.V., Smirnova V.L., Holyachenko A.O. How many children do women of reproductive age have and want to have in Ukraine

Slabkiy G.O., Zashchik N.S. Analysis of population mortality rate in Ukraine as the result of deliberate self-harm

Organization of medical care

Luchynskiy M.A., Pyasetska L.V. The tactics selection of treatment and preventional measures of periodontal diseases of persons with different psychophysiological states

Public Health System Reforming

Lytvynova O.N., Petrashyk Y.M., Yuriiv K.Y., Terenda N.O., Lishtaba L.V., Panchyshyn N.Y. Innovates in the state policy of financing medical aid in Ukraine

History of Medicine

Franchuk V.V. Medical error: historical review

Science – for public health practice

Trehub P.O. Organization of health care for patients with chronic pancreatitis and their rehabilitation

Smiyan S.I., Koshak B.O., Bilukha A.V., Koshak D.O. The role of endothelial dysfunction in the development of arterial hypertension in patients with ankylosing spondylarthritis

G.M. DANILENKO^{1,2}, H.V. LETYAGO², O.G. AVDIIEVSKA^{1,2}, L.M. SAVELIEVA²,
O.V. MATVIENKO³, I.G. KHMILEVSKAYA³, N.S. RAZYNKOVA³

FEATURES OF HEALTH-SAVING BEHAVIOR AND SELF-ASSESSMENT OF HEALTH OF STUDENT YOUTH

¹Institute for Children and Adolescents Health Care of the Academy of Medical Sciences,
Kharkiv, Ukraine

²V. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

³Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Purpose: to show the features of health-saving behavior and self-assessment of health on the example of medical students.

Materials and Methods. An assessment of the health-saving behavior of student youth was made on the basis of an analysis of 242 anonymous responses of students of the 5-6 courses on the specialty of Medicine. Statistical-mathematical, responses to the questionnaires analysis and analytical-logical methods were used.

Results. The obtained data indicate the presence of violations in the health of student youth, despite the high self-esteem regarding the state of their health. These deviations develop as a result of a number of factors, such as academic load, individual attitude to their health characteristics, self-treatment, behavioral risks (smoking, alcohol), inappropriate nutrition.

Conclusions. The study showed that there is a need in improvement of existing medical and social measures to preserve the health of student youth – the potential of our society.

KEY WORDS: **students; health; health self-esteem; behavioral risks.**

Actuality. Today, on the background of the growing significance of higher education, a proportional increase in the number of its problems is noted. And one of the most acute of them is the health of young people. Trends in this area over the past decade show not only a decline in some indicators, but a systemic deterioration associated with both the organization of health care for students and changes in their lifestyle, which adversely affects professional orientation issues, as well as professional suitability [1, 2, 3]. Numerous studies show that the lowest health indicators are revealed in medical universities students as a result of the peculiarities of the organization of training in medical institutions of education, a significant auditory and non-auditory load, which worsen the health of future physicians, which also reduces their professional ability [2, 6].

Purpose: to show the features of health-saving behavior and self-assessment of health on the example of medical students.

Materials and Methods. The research was carried out within the research work of V. N. Karazin Kharkiv National University "Development of Medical and Social Measures for the Prevention of Study-caused Diseases and Professional Incapacity of Student Youth". A questionnaire survey, which included both alternative and ranked on the degree

of manifestations questions regarding harmful habits, nutrition, self-assessment of their own health, etc, was conducted. The survey was attended by 242 students of 5–6 courses, studying in the specialty of Medicine. The respondents were divided by gender (girls 39.6 %, boys 60.4 %), as well as a dedicated group of domestic students (41.7 %) and foreign (58.3 %). Statistical processing of data was carried out with the deduction of the relative value (P) and its errors, the reliability of the obtained values was calculated according to Fisher's criterion.

Results. It was shown that 60.5 % consider themselves completely healthy, 35.0 % are more likely to be healthy, and 4.5 % are more likely to be ill. At the same time, 66.7 % of students noted a satisfactory state of health, 30.0 % noted fatigue, and 3.3 % indicated complaints of a diverse nature. The presence of fatigue 34.8 % of respondents associated with academic load, lack of leisure time and rest. Students are well aware of certain social norms regarding health care, it was shown by the fact that the vast majority of medical students (50.9 %) believe that they are worried about their own health at an adequate level; 39.3 % of respondents came up with this question more critically and noted that their level of care is mediocre. The sincerity of health disturbance is manifested in the frequency of bad

habits. Thus, 22.9 % of medical students regularly smoke, albeit in different amounts, and 7.9 % smoke "from time to time". It has also been shown that with a certain periodicity, students use alcoholic beverages with varying degrees of strength. So, at least once a week – beer (11.8 %), wine (10.4 %), vodka, cognac – (6.4 %). During the analysis of the students' eating behavior, it was found that only one-third of the respondents have fish and fish products in the diet every week, half of them have cheese, 1/6 part of students consumes meat less than once a week, and one third of students occasionally have milk and dairy products, fresh vegetables and fruits in their ration.

A significant number of students noted that they often had a deterioration in their state of health, and in half of the cases (46.1 %) – noted that this was associated with the presence of a pathological condition. Quite often (33.5 %) respondents noted the impact of the educational process on the state of health (unsatisfactory assessments – 18.2 %, implementation of control tasks – 17.1 %, etc.). A certain proportion of respondents (24.9 %) feel worse as a result of family conflicts. To the question "How does your behavior change when you are feeling ill?", half of respondents (48.3 %) answered that they did not consider it necessary to demonstrate their condition, almost a third (37.6 %) need care and attention from relatives, and in 16.9 % have emotional bursts with elements of aggression.

The next step of our study was to identify the most common complaints that occur in medical students [6]. It was determined that 62.7 % of students did not note the presence of significant violations in their health at the beginning of studies at a higher medical school, 17.9 % periodically complained about headache, back and neck pain (10.9 %), vision decrease (9.6 %), heart pain (3.3 %). During higher education there were significant changes in the frequency of certain symptoms. Thus, a significant decrease in the proportion of students who did not have any complaints (28.6 %, $p < 0.05$) was noted, as well as the increase of the frequency of students who periodically experienced headache (42.9 %, $p < 0.05$); weakness, breakdown (28.6 %, $p < 0.05$), anxiety (23.9 %, $p < 0.05$), visual disturbance (19.3 %, $p < 0.05$), back pain and neck (21.0 %, $p < 0.05$). It is necessary to note certain gender specifics of the complaints progression. Thus, 52.1 % of girls complain of headaches, 33.3 % feel a sense of fear, anxiety, 41.7 % feel weakness, breakdown, a quarter of girls notice vision decrease and neck and back pain, and these symptoms are much more common, than in boys ($p < 0.05$). During higher education in boys, the frequency of headache has increased significantly ($p < 0.05$), 38 % of senior students outline this symptom. Among foreign students, over the years of education, there is a rather stable dynamic with regard to somatic

manifestations. Thus, the most frequent complaint is headache (56.5 %) both among girls and boys. Other complaints were diagnosed in rare cases. Obviously, this indicator is significantly influenced by cultural peculiarities with different principles of organization of nutrition, rest, low frequency of harmful habits, etc. Unfortunately, only 46.5 % of students in the case of deterioration of well-being access to medical institutions, almost half of the respondents (43.5 %) prefer self-treatment, 16 % use the advice of pharmacists. This tendency among medical students can be related to the profile of education, and in some cases, "deceptive" confidence in their ability to overcome certain health problems, both somatic and psychological. Among foreign citizens, qualified medical care is used by 39.7 %. And in general, a significant number of medical students indicates that they will access a doctor only in case of extreme need (55.8 %). However, if students are already seeking medical care, most of them will clearly follow all the recommendations (69.5 %). However, a certain percentage of respondents noted that they would follow the recommendations only during a bad state of health (15.1 %). Why do medical students, who are constantly communicating with patients with different pathological conditions, quite superficially relate to their own health? Khimion L. V. and co-authors (2013) have shown that doctors and other medical professionals have a high risk of developing a number of psychiatric / psychologically predisposed pathological conditions: behavioral disorders, depression, occupational burnout syndrome, besides, among doctors and among students, the problem of self-treatment is widespread [5]. According to some researchers, the reason for this situation is the competitiveness and the focus on high life achievements, which makes it impossible to recognize their own weaknesses and seek out for help. However, among the students, the low level of education in health matters (only 22.3 % noted that this component is the leading one in caring for oneself), which is associated with a significant academic load, a rigorous workout system, lack of time for themselves, which contribute to self-healing or even neglect of health problems may play a role in the formation of this problem. So, vast majority of medical students (59.3 %) regardless of illness or deterioration of health go to classes, and a fifth part (20.3 %), even if they do not go, continue their studies at home. Only 22.4 % of students will follow the principles of rational organization of treatment with rest, proper nutrition and so on.

What, in the first place, can make a medical student take care of their own health? Researchers have already tried to find the answer to this question [4, 5]. As our survey showed (the gender difference was not revealed), the desire for physical health is the most frequent stimulus (35.2 %). 24.3 % of students say that nevertheless medical education has its own imprint

on self-assessment of health, due to the constant receipt of professional medical information. However, only 16.9 % of the respondents indicated that it is the presence of deviations in health that is an incentive to introduce a set of measures to improve it.

Thus, a conducted study showed that in the vast majority of medical students consider themselves healthy. In addition, a detailed analysis of behavioral risks has shown that they are sufficiently concerned about their health according to students' thoughts, but this concern is rather illusory, because factors that do not have a health-saving purpose, such as bad habits are common among the students, numerical number of respondents has a violation in the diet, which certainly contributes to the formation of

conditions for ill-feeling. The fact that young people access a doctor only in case of extreme need and forget that "it is better to carry out prevention than to treat the disease" should be considered as negative trend. Precisely for this purpose, there is a need for regular preventive examinations aimed at early detection of health abnormalities, or an assessment of the current state with relevant recommendations. Particular attention during the higher education should be paid to the increase in the frequency of complaints of vision decrease, headache, back and neck pain, these problems may in the future lead to certain occupational constraints and such students are at risk of professional incapacity and that is promising subject for further research.

Literature

1. Анікєєв Д. М. Проблеми формування здорового способу життя студентської молоді / Д. М. Анікєєв // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2009. – № 2. – С. 6–9.
2. Здоровье студентов: социологический анализ / отв. ред. И. В. Журавлева; Институт социологии РАН. – М., 2012. – С. 252.
3. Можейко Л. Ф. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девочек-подростков / Л. Ф. Можейко, М. В. Буйко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2005. – № 4. – С. 50–52.
4. Павелко І. І. Турбота про здоров'я особистості – сучасний напрямок превентивної педагогічної ідеї / І. І. Павелко, К. О. Талалаєв, М. В. Тверезовський // Modern Methodology of Science and Education. – 2017. – Т. 4. – С. 68–72.
5. Професійний стрес та стан здоров'я лікарів загальної практики – сімейної медицини (пілотне дослідження) / Л. В. Хіміон, О. Б. Яценко, С. В. Данилюк, І. В. Климаць // Сімейна медицина. – 2013. – № 4. – С. 96–99.
6. Футорний С. Характеристика стану здоров'я студентів вищих навчальних закладів / С. Футорний, О. Рудницький // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2013. – № 2. – С. 99–105.
7. Чернявська Л. І. Стан здоров'я студентів, проблеми та шляхи їх вирішення / Л. І. Чернявська, І. Я. Криницька, О. П. Мялюк // Медсестринство. – 2017. – № 1. – С. 24–27.

References

1. Anikieiev, D.M. (2009). Problemy formuvannia zdorovoho sposobu zhyttia studentskoi molodi [Problems of forming a healthy lifestyle for student youth]. *Pedahohika, psykholohiia ta medyko-biologichni problemy fizychnoho vykhovannia i sportu – Pedagogics, Psychology, Medical-Biological Problems of Physical Training and Sports*, 2, 6-9 [in Ukrainian].
2. Zhuravleva, I.V. (Ed.). (2012). Zdorovyе studentov: sotsyologicheskii analiz [Students' health: sociological analysis]. *Instytut sotsyologii RAN* [in Russian].
3. Mozheyko, L.F. & Buyko, L.F. (2005). Mediko-sotsyalnye aspekty reproduktivnogo zdorovya devochek-podrostkov [Medico-social aspects of reproductive health of adolescent girls]. *Voprosy organizatsyi i informatizatsyi zdravookhraneniya – Issues of Organization and Information Health*, 4, 50-52 [in Russian].
4. Pavelko, I.I., Talalaiev, K.O., & Tverezovskiy, M.V. (2017). Turbota pro zdorovia osobystosti – suchasnyi napriamok preventyvnoi pedahohichnoi idei [Caring for personal health is a modern direction of a preventive pedagogical idea]. *Modern Methodology of Science and Education*, 4, 68-72 [in Ukrainian].
5. Khimion, L.V., Yashchenko, O.B., Danyliuk, S.V., & Klymas, I.V. (2013). Profesiyni stres ta stan zdorovia likariv zahalnoi praktyky – simeinoy medytsyny (pilotne doslidzhennia) [Professional stress and health of family physicians (pilot study)]. *Semeynaya meditsina – Family Medicine*, 4, 96-99 [in Ukrainian].
6. Futorny, S., & Rudnytskyi O. (2013). Kharakterystyka stanu zdorovia studentiv vyshchikh navchalnykh zakladiv [Characteristics of the health state of students of higher educational institutions]. *Teoriia i metodyka fizychnoho vykhovannia i sportu – Theory and Methods of Physical Education and Sport*, 2, 99-105 [in Ukrainian].
7. Cherniavska, L.I., Krynytska, I.Ya., & Maliuk, O.P. (2017). Stan zdorovia studentiv, problemy ta shliakhy yikh vyrishennia [Students' health, problems and ways of solution]. *Medsestrynstvo – Nursing*, 1, 24-27 [in Ukrainian].

ОСОБЛИВОСТІ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ ТА САМООЦІНКИ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Г.М. Даниленко^{1,2}, Г.В. Лєтяго², О.Г. Авдієвська^{1,2}, Л.М. Савельєва², О.В. Матвієнко³, І.Г. Хмилєвська³, Н.С. Разинькова³

¹ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», м. Харків, Україна

²Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, м. Харків, Україна

³Курський державний медичний університет, м. Курськ, Росія

Мета: на прикладі студентів-медиків оцінити особливості здоров'язберігаючої поведінки та самооцінки їх здоров'я.

Матеріали і методи. Проведено оцінку здоров'язберігаючої поведінки студентської молоді на основі аналізу 242 анкетних відповідей студентів V–VI курсів, які навчаються за спеціальністю «Медицина». Використано методики: статистично-математичний, аналіз анкетних даних, аналітико-логічний.

Результати. Отримані дані вказують на наявність порушень у здоров'ї студентської молоді, незважаючи на високу самооцінку щодо стану свого здоров'я. Дані відхилення розвиваються в результаті низки таких факторів, як академічне навантаження, індивідуальні особливості ставлення до власного здоров'я, самолікування, поведінкові ризики (куріння, алкоголь), нерациональне харчування.

Висновки. Проведене дослідження показало, що існує потреба у вдосконаленні існуючих медико-соціальних заходів щодо збереження здоров'я студентської молоді – потенціалу нашого суспільства.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: студенти; здоров'я; самооцінка здоров'я; поведінкові ризики.

ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ И САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Г.Н. Даниленко^{1,2}, А.В. Летяго², Е.Г. Авдиевская^{1,2}, Л.М. Савельева², Е.В. Матвиенко³, И.Г. Хмилевская³, Н.С. Разинькова³

¹ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», г. Харьков, Украина

²Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, г. Харьков, Украина

³Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

Цель: на примере студентов-медиков показать особенности здоровьесберегающего поведения и самооценки их здоровья.

Материалы и методы. Проведена оценка здоровьесберегающего поведения студенческой молодежи на основе анализа 242 анонимных ответа студентов V–VI курсов, обучающихся по специальности «Медицина». Использованы методики: статистически-математический, анализ анкетных данных, аналитико-логический.

Результаты. Полученные данные указывают на наличие нарушений в здоровье студенческой молодежи, несмотря на высокую самооценку о состоянии своего здоровья. Данные отклонения развиваются в результате ряда таких факторов, как академическая нагрузка, индивидуальные особенности отношения к своему здоровью, самолечение, поведенческие риски (курение, алкоголь), нерациональное питание.

Выводы. Проведенное исследование показало, что существует потребность в совершенствовании существующих медико-социальных мероприятий по сохранению здоровья студенческой молодежи – потенциала нашего общества.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: студенты; здоровье; самооценка здоровья; поведенческие риски.

Рукопис надійшов до редакції 29.06.2018 р.

Відомості про авторів:

Даниленко Георгій Миколайович – доктор медичних наук, професор, директор ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», завідувач кафедри гігієни та соціальної медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна; тел.: +38(0572) 62-50-19.

Летяго Ганна Володимирівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна; тел.: +38(0572) 742-28-98.

Авдієвська Олена Георгіївна – асистент кафедри гігієни та соціальної медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна; тел.: +38(0572) 62-50-19.

Савельєва Лілія Михайлівна – студентка медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна; тел.: +38(0572) 742-28-98.

Матвиенко Олена Віталіївна – кандидат медичних наук, асистент кафедри педіатрії Курського державного медичного університету; тел.: +7(4712) 588-137.

Хмилевська Ірина Григорівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри педіатрії Курського державного медичного університету; тел.: +7(4712) 588-137.

Разинькова Наталя Сергіївна – кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії Курського державного медичного університету; тел.: +7(4712) 588-137.

Г.О. СЛАБКИЙ¹, С.В. ДУДНИК²

ТЕНДЕНЦІЇ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ТА ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (за даними вибіркового опитування домогосподарств із дітьми)

¹ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»,
м. Київ, Україна

Мета: вивчити, проаналізувати та визначити тенденції стану здоров'я дітей та доступності медичної допомоги домогосподарствам із дітьми за результатами вибіркового дослідження протягом 2012–2016 рр.

Матеріали і методи. Дослідження проведено на основі даних вибіркового опитування домогосподарств із дітьми Державної служби статистики України щодо суб'єктивної оцінки стану здоров'я дітей та доступності медичної допомоги домогосподарствам із дітьми за період 2012–2016 рр. Використано методи: аналітичний, статистичний, порівняльний аналіз, системний підхід.

Результати. У ході дослідження, за даними суб'єктивної оцінки, визначено тенденції щодо оцінки стану здоров'я дітей, захворюваності та наявності хронічної патології у дітей, доступності медичної допомоги та її видів домогосподарствам із дітьми за період 2012–2016 рр.

Висновки. Встановлені тенденції стану здоров'я дитячого населення та незадовільний рівень доступності медичної допомоги вимагають оптимізації системи надання медичних послуг та медико-санітарної допомоги дитячому населенню країни в цілому.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: здоров'я дітей; доступність медичної допомоги; тенденції дитячого здоров'я; домогосподарства з дітьми.

Стан здоров'я і захворюваності дорослого населення будь-якої країни визначається станом здоров'я і досвідом на попередніх етапах життя людини, що потребує докладання зусиль на збереження здоров'я, починаючи з самого раннього дитинства, на розірвання негативних циклів дитячого і підліткового віку, що має сприяти тому, що діти і молоді люди зможуть стати здоровими, щасливими і компетентними особами, здатними зробити позитивний внесок у збереження власного здоров'я і розвиток суспільства. Навіть в матеріально благополучних суспільствах для досягнення поліпшення в галузі здоров'я дітей потрібно зрушення в бік загальнодержавного підходу і всеосяжних стратегій, що часто включає і системні зміни, з метою забезпечення справедливості стосовно показників здоров'я і благополуччя дітей і підлітків. На сучасному етапі у всьому Європейському регіоні ВООЗ вживаються заходи, спрямовані на захист й поліпшення здоров'я і розвиток дітей та підлітків, але в галузі зміцнення здоров'я та благополуччя і досягнення більшої соціальної справедливості має бути зроблено набагато більше. Інвестиції в розвиток дітей і підлітків, у тому числі протягом найкритичніших перших трьох років життя, не тільки приведуть до поліпшення показників здоров'я, але також принесуть користь в економічній і

соціальній сферах. Для покращення здоров'я дітей у країнах Європейського регіонального бюро ВООЗ прийнято і діє нова стратегія «Інвестуючи в майбутнє дітей: Європейська стратегія охорони здоров'я дітей і підлітків; 2015–2020 рр.», яка закликає забезпечити справедливий доступ до матеріально-санітарних послуг, сприяє реалізації дітьми та підлітками власного потенціалу здоров'я, розвитку і благополуччя, має скоротити тягар запобіжної захворюваності й смертності серед дитячого населення. У свою чергу країни європейського регіону, що виконують стратегію, крім її загальних завдань, що стосуються стимулювання стратегічного керівництва, партнерства і міжсекторальних дій на всіх рівнях суспільства, зміцнення орієнтованої на людину системи охорони здоров'я і потенціалу суспільної охорони здоров'я для поліпшення показників здоров'я та розвитку дітей і підлітків, впливу на соціальні детермінанти здоров'я, а також на проблему нерівності стосовно дітей, підлітків, батьків та опікунів, мають на державному рівні вивчити та визначити власні завдання, які будуть відповідати саме їх специфічним потребам [1–11].

Мета роботи: вивчити, проаналізувати та визначити тенденції стану здоров'я дітей та доступності медичної допомоги домогосподарствам із дітьми за результатами проведених вибіркового дослідження протягом 2012–2016 рр.

Матеріали і методи. Дослідження з визначення тенденцій проведено на основі даних вибіркового опитувань домогосподарств із дітьми Державної служби статистики України щодо суб'єктивної оцінки стану здоров'я дітей та доступності медичної допомоги домогосподарствам із дітьми за період 2012–2016 рр. Дослідження, що проводили, мали єдині методологічні засади, вибіркові сукупності домогосподарств, які обстежували кожного року, репрезентують все населення України, а отримані дані опитування розповсюджені на генеральну сукупність (всі домогосподарства України) за допомогою процедури статистичного зважування. Використано такі методи: аналітичний, статистичний, порівняльний аналіз, системний підхід.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами дослідження встановлено такі тенденції стану здоров'я дітей за віковими групами (діти до 3-х років, 3–6 років та 7–13 років) і підлітків за віком (14–15 та 16–17 років) та статтю, а саме за даними самооцінки, наданої домогосподарствами із дітьми протягом 2012–2016 рр., частка дітей віком до 3-х років, стан здоров'я яких оцінено як добрий, у 2016 р. складає 80,6 %, що менше, ніж у 2012 р. на 0,4 % (80,9 %), на 2,7 % зменшилась частка даної вікової групи, які оцінили стан здоров'я як задовільний, порівняно з 2012 р. (2012 р. – 18,1 %, 2016 р. – 18,6 %), частка дітей віком до 3-х років, стан здоров'я яких оцінено як поганий, зросла в 1,6 раза, порівняно з 2012 р., і склала 1,3 % у 2016 р. Також варто зазначити, що тенденції до зростання частки дітей та підлітків, які оцінюють стан свого здоров'я як добрий, відбулось серед дітей віком 3–6 років на 4,02 % відносно 2012 р. (2012 р. – 74,6 %, 2016 р. – 77,6 %), 7–13 років на 6,6 % (2012 р. – 73,7 %, 2016 р. – 78,6 %) хлопчиків віком 14–15 років на 2,1 % (2012 р. – 74,8 %, 2016 р. – 76,4 %), дівчаток віком 14–15 років на 3,9 % (2012 р. – 73,7 %, 2016 р. – 76,6 %), дівчаток віком 16–17 років на 2,8 % (2012 р. – 74,0 %, 2016 р. – 76,1 %), у свою чергу, відбулось зменшення питомої ваги підлітків-хлопчиків віком 16–17 років, які оцінюють своє здоров'я як добре, на 3,3 % (2012 р. – 78,7 %, 2016 р. – 76,1 %). Зниження частки дітей та підлітків, які оцінюють своє здоров'я як задовільне, відбулось у наступних вікових групах: діти 3–6 років на 9,8 % (2012 р. – 23,4 %, 2016 р. – 21,1 %), діти 7–13 років на 17,01 % (2012 р. – 24,1 %, 2016 р. – 20,0 %), хлопчики-підлітки 14–15 років на 1,8 % (2012 р. – 22,4 %, 2016 р. – 22,0 %), дівчатка-підлітки на 11,5 % (2012 р. – 25,2 %, 2016 р. – 22,3 %), зростання частки тих, хто вважає своє здоров'я задовільним, зросла серед хлопчиків-підлітків 16–17 років на 19,5 % (2012 р. – 19,5 %, 2016 р. – 23,3 %) та дівчаток-підлітків віком 16–17 років на 1,7 % (2012 р. – 22,9 %, 2016 р. – 23,3 %). Протягом

2012–2016 рр. частка дітей та підлітків, які вважають своє здоров'я поганим, зменшилась серед дітей віком 3–6 років на 35,0 % відносно вихідного року спостереження (2012 р.) і склала у 2016 р. 1,3 %, у дітей віком 7–13 років на 36,4 % (2016 р. – 1,4 %), у хлопчиків-підлітків віком 14–15 роки на 42,9 % (2016 р. – 1,6 %), у хлопчиків-підлітків віком 16–17 років на 66,7 % (2016 р. – 0,6 %), серед дівчаток-підлітків 16–17 років відбулось зниження частки тих, хто оцінює свій стан здоров'я як поганий (з 3,0 % у 2012 р. до 0,6 % у 2016 р.), без змін (2,2 % як у 2012 р., так і 2016 р.) залишилась частка дівчаток-підлітків віком 14–15 років, які оцінюють власний стан здоров'я як поганий, зростання частки тих, хто вважає свій стан здоров'я поганим, відбулось лише серед дітей віком до 3-х років (як це було зазначено вище).

Частка осіб, які повідомили, що хворіли за останні 12 місяців, збільшилась майже за всіма дитячими віковими групами: діти до 3-х років на 7,42 % у 2016 р., порівняно з 2012 р., діти 3–6 років на 7,6 % відповідно, діти 7–13 років на 3,1 %, хлопчики-підлітки 14–15 років на 8,2 %, хлопчики-підлітки 16–17 років на 27,5 %, дівчатка-підлітків віком 14–15 років на 39,4 %, і лише частка дівчаток-підлітків віком 16–17 років, які повідомили, що хворіли за останні 12 місяців, зменшилась на 1,1 % до вихідного року дослідження (2012 р.). Якщо аналізувати тенденції щодо хронічної захворюваності дитячого населення за даними вибіркового опитування, спостерігають зростання частки кількості осіб серед усіх осіб у відповідному віці, які повідомили, що мають хронічні захворювання (6 місяців та більше) або проблеми зі здоров'ям серед дітей віком до 3-х років (з 3,9 % у 2012 р. до 5,8 % у 2016 р.), дітей віком 3–6 років (з 7,7 % до 10,44 % відповідно), хлопчиків-підлітків віком 16–17 років (з 7,8 % до 12,4 %), дівчаток-підлітків (з 10,4 % до 13,6 %) та зменшення частки серед дітей віком 7–13 років (з 11,8 у 2012 р. до 10,75 % у 2016 р.), хлопчиків-підлітків віком 14–15 років (з 14,6 % у 2012 р. до 13,8 % у 2016 р.), серед дівчаток-підлітків віком 14–15 років (з 14,4 % у 2012 р. до 11,9 % у 2016 р.) За аналізований період привертає увагу тенденція зростання питомої ваги дитячого населення, які повідомили, що звертались за медичною допомогою протягом останніх 12 місяців, так у віці до 3-х років частка звернень зросла в 2012 р. з 93 % до 99,6 % у 2016 р., у віці 3–6 років з 94 % до 98,9 %, 7–13 років з 93,6 % до 97,5 %, серед дівчаток-підлітків віком 14–15 років з 94,6 % до 95,0 %, дівчаток-підлітків 16–17 років з 94,6 % до 98,7 % відповідно, і тільки спостерігають тенденції до зниження частки кількості осіб, які звертались за медичною допомогою, серед хлопчиків-підлітків 14–15 років з 97,3 % у 2012 р. до 96,7 % у 2016 р. та хлопчиків-підлітків віком 16–17 років з 97,8 % до 96,7 % відповідно. Найчастіше ті діти

та підлітки, які зверталися за медичною допомогою протягом останніх 12 місяців, відвідували поліклініки (крім стоматолога) у 2016 р.: 90,9 % (діти до 3-х років), 91,2 % (діти 3–6 років), 89,8 % (діти 7–13 років), 87,1 % та 86,5 % (хлопчики-підлітки 14–15 та 16–17 років відповідно), 86,0 % та 92,9 % (дівчатка-підлітки 14–15 та 16–17 років відповідно), а також сімейного лікаря у поліклініці (від 19,2 % до 26,2 % звернень), стоматолога у державній медичній установі, звернення до якого зростають з віком дитини (1,9 % дітей до 3-х років звертаються за даним видом допомоги, 13,7 % – у 3–6 років, 16,4 % – у 7–13 років, 7,6 % хлопчиків 14–15 років, 19,2 % хлопчиків 16–17 років, 16,9 % і 22,6 % у дівчаток 14–15 та 16–17 років відповідно), найвищу частку звернень за швидкою медичною допомогою спостерігають серед дітей віком до 3-х та 3–6 років (у 2016 р.: 3,2 % та 2,3 % відповідно серед тих, хто звертався за медичною допомогою протягом останніх 12 місяців, і частка осіб, які звертаються за швидкою допомогою, зросла відповідно до попередніх років та вихідного 2012 р.: 2,5 % – діти до 3-х років, 1,0 % – діти 3–6 років), також діти віком до 3-х, 3–6 та 7–13 років спостерігають звернення до платних медичних установ або приватного практикуючого лікаря (крім стоматолога), частка яких зростає (у 2016 р.: 4,6 % – до 3-х років, 4,0 % – 3–6 років, 2,2 % – 7–13 років; 2012 р.: 2,6 %, 2,3 %, 1,1 % відповідно). Частка осіб дитячого віку із загальної кількості осіб кожної з дитячих вікових груп, які при опитуванні повідомили, що за останні 12 місяців вони лікувались у лікарні і брали з собою медикаменти, склала у 2016 р. 84,4 % серед дітей віком до 3-х років (82,2 % – у 2012 р.), 93,6 % у віці 3–6 років (87,3 % – у 2012 р.), 94,9 % у віці 7–13 років (89,1 % – у 2012 р.), 100 % та 79,6 % у

хлопчиків-підлітків 14–15 та 16–17 років відповідно (100 % і 89,0% у 2012 р.), 100 % і 51,8 % у дівчаток віком 14–15 та 16–17 років відповідно, таким чином простежують чіткі тенденції щодо зростання частки дітей у всіх вікових групах, які беруть до лікарні медикаменти, придбані за власний кошт. Також у більшості дитячих вікових груп спостерігають тенденції і до зростання частки осіб дитячого віку, які до лікарні брали з собою постільну білизну (68,8 %; 85,0 %; 66,1 %; 44,6 %; 83,6 %; 100 %; 51,8 % у 2016 р. відповідно до вікових груп діти до 3-х, 3–6 та 7–13 років, хлопчики-підлітки 14–15 та 16–17 років, дівчатка-підлітки 14–15 і 16–17 років відповідно, тоді як у 2012 р.: 59,6 %; 56,2 %; 68,9 %; 66,3 %; 83,4 %; 94,9 %; 85,5 % відповідно), аналогічні тенденції спостерігають і щодо харчування.

Частка домогосподарств із дітьми до загальної кількості відповідних домогосподарств, у яких хтось із членів протягом останніх 12 місяців потребував медичної допомоги, придбання ліків або медичного приладдя протягом 2012–2016 рр. залишається на відносно постійному рівні (98,7–99,1 %). Частка домогосподарств із дітьми, члени яких останні 12 місяців при потребі не змогли отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя у 2016 р. зросла на 37,2 % відносно 2012 р. і склала 19,9 %, (у 2012 р. – 14,5 %). Більшість домогосподарств із дітьми, які потребували медичної допомоги, вказали при опитуванні, що не змогли її отримати у необхідному обсязі, а саме: не змогли придбати необхідні ліки, медичні приладдя, відвідати лікаря (в тому числі й стоматолога), зробити протезування, провести медичне обстеження, отримати лікувальні процедури, лікування в стаціонарі з причини занадто високої вартості медичних виробів, послуг, лікування тощо (табл. 1).

Таблиця 1. Динаміка розподілу домогосподарств за рівнем доступності медичної допомоги, можливості придбання ліків та медичного приладдя

	2012 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.
Кількість домогосподарств, члени яких протягом останніх 12 місяців потребували медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя (тис.)	6361,5	6344,4	5834,8	5682,8	5669,6
– відсоток до загальної кількості домогосподарств відповідної групи (%)	98,8	98,7	99,1	98,8	98,7
Кількість домогосподарств, члени яких останні 12 місяців при потребі не змогли отримати медичної допомоги, придбати ліки та медичне приладдя (тис.)	925,4	1197,9	1043,4	1354,6	1128,8
– відсоток до кількості домогосподарств, у яких члени потребували медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя	14,5	18,9	17,9	23,8	19,9
Кількість домогосподарств (тис.), у яких хтось із членів не зміг: <i>придбати ліки</i> , у тому числі з причин (%):	781,6	980,1	913,9	1168,5	898,7
– занадто висока вартість	94,4	94,8	92,9	96,6	95,2
– не змогли знайти	5,4	3,8	6,9	2,4	4,4
– інше	0,2	1,4	0,2	1,0	0,4

Придбати медичне приладдя (тис.)	106,3	182,8	125,5	184,7	189,9
у тому числі з причин (%):					
– занадто висока вартість	96,7	89,4	98,2	95,3	95,8
– не змогли знайти	1,3	–	1,8	1,4	–
– інше	2,0	10,6	–	3,3	4,2
Відвідати лікаря (тис.)					
у тому числі (%):					
– через високу вартість	551,6	709,1	576,1	806,6	682,1
– черга занадто довга	16,3	9,9	7,9	7,9	6,3
– відсутність спеціаліста необхідного профілю	10,5	10,4	16,9	9,9	12,2
– занадто висока вартість послуг	73,2	79,7	75,2	82,2	81,5
Відвідати стоматолога (тис.)	372,9	516,3	428,3	558,2	479,3
у тому числі з причин (%):					
– черга занадто довга	1,8	0,6	1,1	–	–
– відсутність спеціаліста необхідного профілю	1,2	0,4	1,9	0,3	2,6
– занадто висока вартість послуг	97,2	99,0	97,0	99,7	97,4
Зробити протезування (тис.)	183,5	235,2	190,9	246,3	245,3
у тому числі з причин (%):					
– черга занадто довга	–	–	–	–	–
– відсутність спеціаліста необхідного профілю	1,6	–	1,0	–	2,1
– занадто висока вартість послуг	98,4	100	99,0	100	97,9
Провести медичні обстеження (тис.)	450,9	574,6	439,1	716,0	617,5
у тому числі з причин (%):					
– черга занадто довга	4,8	3,3	0,4	2,1	3,5
– відсутність спеціаліста необхідного профілю	8,0	10,9	7,1	4,3	7,3
– занадто висока вартість послуг	87,2	85,8	92,5	93,6	89,2
Отримати лікувальні процедури (тис.)	214,0	305,9	274,0	332,2	280,8
у тому числі з причин (%):					
– черга занадто довга	1,8	–	0,1	0,8	–
– відсутність спеціаліста необхідного профілю	2,0	2,2	0,7	2,1	3,2
– занадто висока вартість послуг	96,2	97,8	99,2	97,1	96,8
Отримати лікування у стаціонарі (тис.)	182,4	483,6	201,6	504,9	266,3
у тому числі з причин (%):					
– відсутність вільних місць	2,5	0,7	0,2	1,6	–
– відсутність відділення необхідного профілю	7,6	5,5	3,0	0,4	9,0
– занадто висока вартість лікування	89,9	93,8	96,8	98,0	91,0

Висновки

За даними суб'єктивної оцінки стану здоров'я дітей та підлітків протягом 2012–2016 рр. зменшилась частка дітей віком до 3-х років та хлопчиків-підлітків віком 16–17 років, які оцінюють власне здоров'я як добре; також зменшилась частка дітей, які оцінюють своє здоров'я як задовільне, у віковій групі діти до 3-х років, 3–6 та 7–13 років, хлопчики-підлітки та дівчатка-підлітки віком 14–15 років; зросла частка дітей до 3-х років, які оцінюють власний стан здоров'я як поганий. Майже за всіма дитячими віковими групами спостерігають тенденцію до зростання частки осіб, які повідомили, що хворіли останні 12 місяців, також зростає кількість дитячого населення, які мають хронічні захворювання в більшості дитячих вікових груп. Встановлено тенденцію до зростання кількості осіб, які звертались за медичною допомогою протягом останніх 12 місяців; також

дітей віком до 3-х та 3–6 років зростає кількість звернень за швидкою медичною допомогою та у приватні медичні установи; зросла частка осіб дитячого віку, які мають брати із собою до лікарні медикаменти, постільну білизну, їжу, до того ж зростає частка домогосподарств із дітьми, що при потребі не змогли отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя, що відбувається з причини високої вартості медичного приладдя, послуг, лікування.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні та науковому обґрунтуванні оптимізації існуючої системи надання медичних послуг у напрямі загального охоплення медико-санітарною допомогою дитячого населення країни, комплексності надання медичних послуг та максимальної орієнтації послуг на актуальні потреби, що сприятиме покращенню здоров'я дітей та підлітків.

Список літератури

1. Документ EUR/RC62/12 Rev.1. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения [Электронный ресурс]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012. – Режим доступа : (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/171773/RC62wd12rev1-Rusupdated.pdf?ua=1, по состоянию на 11 июля 2014 г.).
2. *Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия.* – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012. – 18 с.
3. *Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг.* / Европейский региональный комитет, 64 сессия, Копенгаген, Дания, 15–18 сентября 2014 г. – 28 с.
4. Резолюция EUR/RC55/R6. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков» [Электронный ресурс]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – Режим доступа : (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/88085/RC55_rres06.pdf, по состоянию на 30 июня 2014 г.).
5. Резолюция WHA64.28. Молодежь и риски для здоровья. Опубликовано в: Шестьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 16–24 мая 2011 г. Резолюции и решения, приложения. – Женева : Всемирная организация здравоохранения. – 2011. – 28 (документ WHA64/2011/REC/1. – Режим доступа : – http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64REC1/A64_REC1-ru.pdf#page=23, по состоянию на 30 июня 2014 г.).
6. Adamson P. Child well-being in rich countries. A comparative overview / P. Adamson. – Florence: UNICEF Office of Research; 2013 (Innocenti Report Card 11).
7. Brady C. Integrating the life-course into MCH service delivery: From theory to practice / C. Brady, F. Johnson // *Matern. Child Health J.* – 2013. – Vol. 17. – P. 586–592.
8. *Improving the lives of children and young people: Case studies from Europe. Volume 1. Early years.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
9. *Improving the lives of children and young people: Case studies from Europe. Volume 2. Childhood.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
10. *Improving the lives of children and young people: Case studies from Europe. Volume 3. School.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013
11. Wolfe I. European child health services and systems: Lessons without borders / I. Wolfe, M. McKee; eds. – Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2013.

References

1. (2012). Dokument EUR/RC62/12 Rev.1. Yevropeyskiy plan deystviy po ukrepleniyu potentsiala i uslug obshchestvennogo zdravookhraneniya. Kopenagagen: Yevropeyskoye regionalnoye byuro VOZ [Document EUR / RC62 / 12 Rev.1. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacity and Services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe]. – Retrieved from: (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/171773/RC62wd12rev1-Rusupdated.pdf?ua=1, по состоянию на 11 июля 2014 г.) [in Russian].
2. (2012). Zdorovye-2020: Osnovy Yevropeyskoy politiki v podderzhku deystviy vsego gosudarstva i obshchestva v interesakh zdorovya i blagopoluchiya. Kopenagagen: Yevropeyskoye regionalnoye byuro VOZ [Health 2020: The foundations of European policy in support of the actions of the entire state and society for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe]. [in Russian].
3. Investiruya v budushcheye detey: Yevropeyskaya strategiya okhrany zdorovya detey i podrostkov, 2015–2020 gg. [Investing in the future of children: European Strategy for the Health of Children and Adolescents, 2015–2020]. Yevropeyskiy regionalnyy komitet, 64 sessiya, Kopenagagen, Daniya 15–18 sentyabrya 2014 g. – European Regional Committee, 64th Session, Copenhagen, Denmark 15-18 September 2014, 28 [in Russian].
4. (2005). Rezolyutsiya EUR/RC55/R6. Yevropeyskaya strategiya "Zdorovye i razvitiye detey i podrostkov. Kopenagagen: Yevropeyskoye regionalnoye byuro VOZ [Resolution EUR / RC55 / R6. European strategy "Health and development of children and adolescents". Copenhagen: WHO Regional Office for Europe]. – Retrieved from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/88085/RC55_rres06.pdf, по состоянию на 30 июня 2014 г [in Russian].
5. Rezolyutsiya WHA64.28. Molodezh i riski dlya zdorovya. Opublikovano v: Shestdesyat chetvertaya sessiya Vsemirnoy assamblei zdravookhraneniya, Zheneva, 16–24 maya 2011 g. Rezolyutsii i resheniya, prilozheniya. Zheneva: Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya; 2011:28 (dokument WHA64/2011/REC/1 [Resolution WHA64.28. Youth and health risks. Published in: Sixty-fourth World Health Assembly, Geneva, May 16–24, 2011. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2011: 28 (document WHA64 / 2011 / REC / 1]. – Retrieved from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64REC1/A64_REC1-ru.pdf#page=23, по состоянию на 30 июня 2014 г.) [in Russian].
6. Adamson, P. (2013). *Child well-being in rich countries. A comparative overview.* Florence: UNICEF Office of Research; (Innocenti Report Card 11).
7. Brady, C., & Johnson, F. (2013). Integrating the life-course into MCH service delivery: From theory to practice. *Matern. Child Health J.*, 17, 586–592.
8. *Improving the lives of children and young people: Case studies from Europe. Volume 1. Early years.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
9. *Improving the lives of children and young people: Case studies from Europe. Volume 2. Childhood.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
10. *Improving the lives of children and young people: Case studies from Europe. Volume 3. School.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013
11. Wolfe, I., McKee, M., (Eds.). (2013). *European child health services and systems: Lessons without borders.* Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.

ТЕНДЕНЦИИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (по данным выборочного опроса домохозяйств с детьми)Г.А. Слабкий¹, С.В. Дудник²¹ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород, Украина²ГУ «Украинский институт стратегических исследований Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина

Цель: изучить, проанализировать и определить тенденции состояния здоровья детей и доступности медицинской помощи домохозяйствам с детьми по результатам выборочных исследований в течение 2012–2016 гг.

Материалы и методы. Исследование проведено на основании данных выборочных опросов домохозяйств с детьми Государственной службы статистики Украины относительно субъективной оценки состояния здоровья детей и доступности медицинской помощи домохозяйствам с детьми за период 2012–2016 гг. Используются методы: аналитический, статистический, сравнительный анализ, системный подход.

Результаты. В ходе исследования, по данным субъективной оценки, определены тенденции в оценке состояния здоровья детей, заболеваемости и наличии хронической патологии у детей, доступности медицинской помощи и ее видов домохозяйствам с детьми за период 2012–2016 гг.

Выводы. Установленные тенденции состояния здоровья детского населения и неудовлетворительный уровень доступности медицинской помощи требуют оптимизации системы предоставления медицинских услуг и медико-санитарной помощи детскому населению страны в целом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: здоровье детей; доступность медицинской помощи; тенденции состояния здоровья; домохозяйства с детьми.

TENDENCIES OF CHILDREN'S HEALTH AND ACCESSIBILITY OF MEDICAL CARE (according to a sample survey of households with children)G.A. Slabkiy¹, S.V. Dudnyk²¹ Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine²Ukrainian Institute of Strategic Researches of Ministry of Public Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Purpose: to study, analyze and determine trends of children's health and accessibility of medical care for households with children based on the results of sample surveys during 2012–2016.

Materials and Methods. The study was conducted on the basis of data from sample surveys of households with children of the State Statistics Service of Ukraine on a subjective assessment of the health status of children and accessibility of medical care for households with children for the period 2012–2016. Methods: analytical, statistical, comparative analysis, system approach.

Results. During the study, according to the subjective assessment, tendencies of estimation the health status of children, the morbidity and presence of chronic pathology among children, the availability of medical care and its types to households with children during the period 2012–2016 were determined.

Conclusions. The established tendencies of the health status of children and the unsatisfactory level of accessibility of medical care require the optimization of the system of providing medical services and medical-sanitary care for children of the country as a whole.

KEY WORDS: children's health; accessibility of medical care; tendencies of children's health; households with children.

Рукопис надійшов до редакції 09.07.2018 р.

Відомості про авторів:

Слабкий Геннадій Олексійович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет».

Дудник Світлана Валеріївна – кандидат медичних наук, учений секретар ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».

УДК 312.6 :613.25
DOI

*І.М. ТОДУРОВ, О.В. ПЕРЕХРЕСТЕНКО, О.О. КАЛАШНИКОВ, С.В. КОСЮХНО,
В.М. ЯКИМЕЦЬ, О.І. ПЛЕГУЦА, О.А. ПОТАПОВ*

СТАН КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА МОРБІДНЕ ОЖИРІННЯ

ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ, Україна

Мета: покращити результати лікування хворих на морбідне ожиріння шляхом оцінки частоти розвитку та особливостей супутньої патології.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати передопераційного клініко-лабораторного та інструментального обстеження 205 хворих на морбідне ожиріння.

Результати. Супутні захворювання діагностовано у 203 (99 %) хворих на морбідне ожиріння, включених у дослідження. В структурі супутньої патології переважали захворювання серцево-судинної системи у 135 (65,8 %) хворих, порушення вуглеводного – в 135 (65,8 %) пацієнтів та ліпідного обміну – в 161 (78,5 %) хворого, що віддзеркалюють патогенетичну сутність метаболічного синдрому та суттєво підвищують ризик передчасної смерті. Захворювання дихальної системи діагностовано у 63 (30,7 %) хворих, системи травлення – у 130 (63,4 %) пацієнтів.

Висновки. Характерною особливістю хворих на морбідне ожиріння є висока частота, системність та, в більшості випадків, мультифокальність органних уражень, що вимагає системної реалізації мультидисциплінарного підходу для покращення результатів лікування означеної категорії пацієнтів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: морбідне ожиріння; коморбідна патологія.

Згідно з прогнозами фахівців ВООЗ очікується, що XXI століття стане періодом неінфекційних епідемій та пандемій. При цьому одне з перших місць в переліку потенційних глобальних загроз для здоров'я та життя сучасного людства зайняло ожиріння. У 2016 р. кількість дорослих людей з надмірною масою тіла перевищила цифру 1,9 млрд (39 % жителів нашої планети віком понад 18 років), з них більш ніж 650 млн (13 %) осіб страждали від ожиріння [1]. Результати численних клініко-експериментальних досліджень переконливо довели, що надмірне накопичення жирової тканини є першопричиною розвитку тяжких супутніх захворювань фактично всіх органів та систем людського організму включно із серйозними психосоціальними проблемами [2].

Одна із причин глобалізації загрози ожиріння пов'язана, з-поміж іншого, і з його економічними наслідками. При цьому загальна вартість ожиріння складається із прямих та непрямих фінансових витрат. Прямі видатки включають затрати на профілактику, діагностику та лікування ожиріння та пов'язаних із ним супутніх захворювань. Уже сьогодні в Європейському регіоні ВООЗ на лікування проблем, пов'язаних із ожирінням у дорослих, витрачають 6 % коштів, спрямованих на охорону здоров'я [6]. Але основну та значно більшу частину фінансового навантаження складають непрямі витрати. Вони пов'язані зі зниженням економічного рівня суспільства через зменшення

перспектив працевлаштування, збільшення числа та тривалості випадків тимчасової непрацездатності, стійку непрацездатність багатьох хворих, високі показники передчасної смертності серед цієї категорії пацієнтів. Непрямі видатки нині доповнилися витратами на створення спеціальних місць для таких осіб у громадських місцях, транспорті, лікарнях [3, 4].

Проте, незважаючи на колосальні зусилля, жодній країні світу дотепер не вдалося взяти цю пандемію під контроль. Тому не дивно, що останнім часом в англомовній літературі з'явився новий термін «globesity» (скорочення від «global obesity») – глобальне ожиріння [7].

При цьому жодна з відомих консервативних програм корекції надмірної маси тіла, що включають дієтотерапію, оптимізацію режиму фізичної активності, поведінкову терапію та медикаментозне лікування, фактично не демонструють достатньої клінічної ефективності навіть у хворих зі значеннями індексу маси тіла 35–40 кг/м². А ізольоване застосування консервативних методик лікування у хворих із морбідним ожирінням взагалі вважається фактично безперспективним [8, 9]. На сьогодні загальноновизнано, що єдиним реальним методом ефективної медичної допомоги таким хворим є баріатрична хірургія [2, 5].

З огляду на вищезазначене вивчення частоти розвитку та особливостей супутньої патології у хворих на морбідне ожиріння є безумовно

актуальним. Адже така об'єктивна оцінка стану здоров'я означеної категорії пацієнтів дозволить оптимізувати підходи до лікування ожиріння, зокрема визначитись щодо доцільності формування спеціалізованих мультидисциплінарних команд.

Мета роботи: покращити результати хірургічного лікування хворих на морбідне ожиріння шляхом оцінки частоти розвитку та особливостей супутньої патології.

Матеріали і методи. Дослідження проведено на основі результатів обстеження 205 хворих на морбідне ожиріння (87 чоловіків та 118 жінок віком від 18 до 68 років) у ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України» на етапі підготовки до бариатричних оперативних втручань. Всіх пацієнтів було включено в дослідження за умови отримання від них добровільної інформованої згоди.

Хворим проводили комплекс первинних клініко-лабораторних та інструментальних обстежень за стандартними методиками, що були спрямовані на діагностику супутніх захворювань, асоційованих з ожирінням, передусім – маркерів метаболічного синдрому. До переліку обов'язкових лабораторних досліджень включали загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, ліпідограму, коагулограму, ревмопроби. Пероральний тест толерантності до глюкози проводили згідно з рекомендаціями ВООЗ. У хворих із порушеннями вуглеводного обміну визначали рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA1c), інсуліну, С-пептиду, лептину, проводили розрахунок індексу інсулінорезистентності HOMA-IR. Стандартний комплекс інструментальних обстежень включав електрокардіографію, ультразвукове дослідження серця та глибоких вен нижніх кінцівок, оглядову рентгенографію органів грудної порожнини, спірометрію, ультразвукове обстеження органів черевної порожнини та заочеревинного простору, езофагогастроудоденофіброскопію, рН-метрію стравоходу та шлунка. Пацієнти проходили консультації суміжних спеціалістів – ендокринолога, кардіолога, судинного хірурга, гастроентеролога, фахівця з лікувальної фізкультури, психолога, дієтолога. Якість життя пацієнтів досліджено за методикою Mooghead–Ardelt II шляхом серійного анкетування. Діагноз метаболічного синдрому в хворих, включених у дослідження, встановлювали згідно з критеріями ВООЗ (1999).

Статистичну обробку даних проведено з використанням методів варіаційної та описової статистики за допомогою пакета статистичного аналізу Statistica 6.0. Розбіжності отриманих результатів вважали статистично значимими при $p < 0,05$, що забезпечує 95 % рівень ймовірності.

Результати дослідження та їх обговорення. Середній вік хворих, включених у дослідження, –

(42,9±10,2) року. Тривалість ожиріння до моменту звернення за хірургічною допомогою склала від 4 до 30 років (в середньому – (13,2±7,8) року).

Середня маса тіла пацієнтів, включених у дослідження, становила (154,3±32,4) кг (від 100 до 270 кг), із середнім значенням надлишку маси тіла (87,4±27,3) кг (від 46 до 163 кг). Індекс маси тіла пацієнтів, включених у дослідження, перебуває в діапазоні значень від 40 до 81,1 кг/м² із середнім значенням показника (51,7±8,4) кг/м². Частоту та структуру супутніх захворювань в означених хворих наведено у таблиці 1.

Вищенаведені дані засвідчили вкрай високу частоту розвитку супутньої патології у хворих на морбідне ожиріння (відсутність супутніх захворювань констатовано лише у 2 (1 %) пацієнтів молодого віку), системність та, в більшості випадків, мультифокальність органних уражень.

У структурі супутніх захворювань пацієнтів, які були включені в дослідження, переважала патологія серцево-судинної системи в 135 (65,8 %) хворих, порушення вуглеводного – у 135 (65,8 %) пацієнтів та ліпідного обміну – в 161 (78,5 %) хворого, що є основними маркерами метаболічного синдрому. Захворювання дихальної системи діагностовано у 63 (30,7 %) хворих та системи травлення – у 130 (63,4 %) пацієнтів. Діагноз метаболічного синдрому встановлено у 135 (65,8 %) хворих, включених у дослідження. Про тяжкість перебігу супутніх захворювань свідчить той факт, що у 102 (49,7 %) хворих, включених у дослідження, констатовано стійку втрату працездатності (інвалідність 2 та 3 груп) у зв'язку з патологією, пов'язаною із ожирінням. При цьому, при оформленні інвалідності, ожиріння як основний діагноз не встановлено у жодного з пацієнтів (воно, іноді, фігурувало лише як супутнє захворювання).

Тривалість консервативного лікування ожиріння та супутніх захворювань у всіх хворих, включених у дослідження, становила від 3 до 15 років. Проте консервативні програми корекції надмірної маси тіла попри їх комплексність та тривалість не продемонстрували достатньої та стійкої клінічної ефективності. У більшості хворих короточасне зменшення надмірної маси тіла перебувало в діапазоні значень 3–7 % з наступною рецидивною прибавкою ваги протягом 8–26 місяців після завершення основної програми лікування. Така динаміка маси тіла вочевидь не дозволила досягти адекватного контролю супутніх захворювань, асоційованих з ожирінням.

Варто зауважити, що морбідне ожиріння та пов'язані з ним супутні захворювання стали причиною критично низької якості життя пацієнтів із середніми значеннями індексу якості життя за Mooghead–Ardelt II (-1,6±0,6) бала. Якісна оцінка числового рівня вищезначеного показника перебувала у діапазоні значень «дуже погано» та

Таблиця 1. Супутні захворювання у пацієнтів на морбідне ожиріння до виконання бариатричного оперативного втручання

Супутнє захворювання	Абсолютна кількість, п	Частота, %
Артеріальна гіпертензія	135	65,8
Ішемічна хвороба серця	42	20,5
Цукровий діабет 2 типу	59	28,8
Порушення толерантності до глюкози	74	36,1
Дисліпідемія	161	78,5
Хронічна лімфовенозна недостатність нижніх кінцівок	45	22,0
Синдром сонного апное	25	12,2
Бронхіальна астма/Хронічні обструктивні захворювання легень	38	18,5
Жовчнокам'яна хвороба	40	19,5
Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба	75	36,5
Хронічна виразкова хвороба дванадцятипалої кишки	18	8,7
Хронічний ерозивний гастродуоденіт	42	20,5
Грижа передньої черевної стінки	19	9,3
Репродуктивна дисфункція	30	14,6
Захворювання опорно-рухового апарату	37	18,0
Стресове нетримання сечі	13	6,3
Інша патологія	10	4,9
Загальна кількість хворих із супутніми захворюваннями*	203	99,0

Примітка: * у одного пацієнта могло бути одне чи декілька супутніх захворювань.

«погано» у 174 (84,8 %) хворих, включених у дослідження. При цьому в жодного з пацієнтів бальна оцінка індексу якості життя в передопераційному періоді не досягла рівня «добре».

Дані, отримані в процесі дослідження (з урахуванням світового досвіду), дозволяють стверджувати, що морбідне ожиріння, з точки зору сучасної медицини, є мультидисциплінарною проблемою. Адаже широкий спектр і тяжкість асоційованих із ним супутніх захворювань та метаболічних порушень диктують необхідність залучення до діагностично-лікувального процесу фахівців різних профілів, об'єднаних у спеціалізовані команди. Саме такий підхід дозволяє оптимізувати стратегію лікування кожного конкретного хворого з урахуванням його індивідуальних особливостей. З огляду на низьку ефективність консервативних програм лікування морбідного ожиріння та супутніх захворювань, пов'язаних із ним, доцільне більш широке впровадження бариатричної хірургії в Україні. При цьому робота багатопрофільних команд має базуватись на чіткому розумінні причинно-наслідкового

зв'язку між надмірним накопиченням жирової тканини в організмі та розвитком супутньої патології. Усвідомлення цього беззаперечного факту сприятиме суттєвому підвищенню ефективності лікування за рахунок концентрації зусиль лікарів не на малоперспективній терапії множинних розладів здоров'я, а на зниженні зайвої маси тіла, що, в свою чергу, дозволить компенсувати і асоційовані з ожирінням захворювання.

Висновки

Характерною особливістю хворих на морбідне ожиріння є висока частота, системність та, в більшості випадків, мультифокальність органних уражень, що вимагає системної реалізації мультидисциплінарного підходу для покращення результатів лікування означеної категорії пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень. Вивчення можливостей та перспективи використання міні-інвазивних бариатричних операцій у хворих із морбідним ожирінням потребують проведення рандомізованих мультицентрових клінічних досліджень.

Список літератури

1. Ожиріння – неінфекційна пандемія в світі [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/ – Назва з екрана.
2. *Bariatric surgery in class I obesity: A position statement from the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO)* / L. Busetto, J. Dixon, M. de Luca [et al.] // *Obes. Surg.* – 2014 – Vol. 24. – P. 487–519.
3. *Economic costs of overweight and obesity* / T. Lehnert, D. Sonntag, A. Konnopka [et al.] // *Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab.* – 2013 – Vol. 27 (2). – P. 105–115.
4. *Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013* / M. Ng, T. Fleming, M. Robinson [et al.] // *Lancet.* – 2014. – Vol. 384. – P. 766–781.

5. Kang J. H. Effectiveness of bariatric surgical procedures: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials / J. H. Kang, Q. A. Le // *Medicine*. – 2017. – Vol. 96 (46). – P. e8632.
6. Rubio M. A. Pharmacological treatment of obesity in Europe: waiting for the arrival of the white blackbird / M. A. Rubio // *Endocrinol. Nutr.* – 2014. – Vol. 61 (10). – P. 501–514.
7. Seidell J. C. The global burden of obesity and the challenges of prevention / J. C. Seidell, J. Halberstadt // *Ann. Nutr. Metab.* – 2015 – Vol. 66, Suppl. 2. – P. 7–12.
8. Update on pharmacology of obesity: Benefits and risks / L. Cabrerizo-Garcna, A. Ramos-Levn, C. Moreno-Lopera, M. A. RubioHerrera // *Nutr. Hosp.* – 2013. – Vol. 28, Suppl. 5. – P. 121–127.
9. Yanovski S. Z. Long-term drug treatment for obesity: A systematic and clinical review / S. Z. Yanovski, J. A. Yanovski // *JAMA*. – 2014. – Vol. 311. – P. 74–86.

References

1. Ozhyrinnia – neinfektsiina pandemiia v sviti [Obesity – non-infectious pandemic in the world]. [Elektronnyi resurs]. – Retrieved from: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/ – Nazva z ekranu.
2. Busetto, L., Dixon, J., & de Luca, M. (2014). Bariatric surgery in class I obesity: A position statement from the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) *Obes. Surg.*, 24, 487-519.
3. Lehnert, T., Sonntag, D., & Konnopka, A. (2013). Economic costs of overweight and obesity. *Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab.*, 27 (2), 105-115.
4. Ng, M., Fleming, T., & Robinson, M. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 384, 766-781.
5. Kang, J.H. & Le, Q.A. (2017). Effectiveness of bariatric surgical procedures: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine*, 96 (46), 8632.
6. Rubio, M.A. (2014). Pharmacological treatment of obesity in Europe: waiting for the arrival of the white blackbird. *Endocrinol. Nutr.*, 61 (10), 501-514.
7. Seidell, J.C. & Halberstadt J. (2015). The global burden of obesity and the challenges of prevention. *Ann. Nutr. Metab.*, 66 (2), 7-12.
8. Cabrerizo-Garcna, L., Ramos-Levn, A., Moreno-Lopera, C., & RubioHerrera, M.A. (2013). Update on pharmacology of obesity: Benefits and risks. *Nutr. Hosp.*, 28 (5), 121-127.
9. Yanovski, S.Z. & Yanovski, J.A. (2014). Long-term drug treatment for obesity: A systematic and clinical review. *JAMA*, 311, 74-86.

СОСТОЯНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

И.М. Тодуров, А.В. Перехрестенко, А.А. Калашников, С.В. Косюхно, В.Н. Якимец, А.И. Плегуща, А.А. Потапов
ГНУ «Центр инновационных медицинских технологий НАН Украины», г. Киев, Украина

Цель: улучшить результаты лечения больных с морбидным ожирением путем оценки частоты развития и особенностей сопутствующей патологии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты предоперационного клинико-лабораторного и инструментального обследования 205 больных с морбидным ожирением.

Результаты. Сопутствующие заболевания диагностированы у 203 (99 %) больных с морбидным ожирением, включенных в исследование. В структуре сопутствующей патологии преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы у 135 (65,8 %) больных, нарушения углеводного – в 135 (65,8 %) пациентов и липидного обмена – у 161 (78,5 %) больного, отражающие патогенетическую сущность метаболического синдрома и существенно повышающие риск преждевременной смерти. Заболевания дыхательной системы диагностированы у 63 (30,7 %) больных, системы пищеварения – у 130 (63,4 %) пациентов.

Выводы. Характерной особенностью больных с морбидным ожирением является высокая частота, системность и, в большинстве случаев, мультифокальность органов поражения, что требует системной реализации мультидисциплинарного подхода для улучшения результатов лечения указанной категории пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: морбидное ожирение; коморбидная патология.

THE STATE OF COMORBID PATHOLOGY IN PATIENTS WITH MORBID OBESITY

И.М. Тодуров, О.В. Перехрестенко, О.О. Калашников, С.В. Косюхно, В.М. Якимец, О.И. Плегуща, О.А. Потапов
Center for Innovative Medical Technologies of NAS of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Purpose: to improve the results of treatment of morbidly obese patients by assessing frequency and characteristics of comorbidity.

Materials and Methods. The results of a preoperative clinical, laboratory, instrumental examination of 205 patients with morbid obesity were analyzed.

Results. Concomitant diseases were diagnosed in 203 (99 %) morbidly obese patients included in the study. In the structure of concomitant pathology cardiovascular diseases prevailed – 135 (65.8 %) patients, carbohydrate

metabolism disorders – 135 (65.8 %) patients and lipid metabolism disorders – 161 (78.5 %) patients, reflecting the pathogenesis of the metabolic syndrome and significantly increasing the risk of premature death. Diseases of the respiratory system were diagnosed in 63 (30.7%) patients and digestive system – in 130 (63.4 %) patients.

Conclusions. Peculiarities of morbidly obese patients are high frequency, systemic and, in the most cases, multifocality of organ lesions that requires a systemic implementation of a multidisciplinary approach to improve the results of treatment of this category of patients.

KEY WORDS: **morbid obesity; comorbid pathology.**

Рукопис надійшов до редакції 12.07.2018 р.

Відомості про авторів:

Тодуров Іван Михайлович – доктор медичних наук, професор, директор ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», лауреат Державної премії України; тел.: +38(044) 272-22-66.

Перехрестенко Олександр Васильович – кандидат медичних наук, заступник директора з наукової роботи ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», провідний науковий співробітник відділу ендокринної та метаболічної хірургії; тел.: +38(097) 759-22-44.

Калашніков Олександр Олександрович – кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу малоінвазивної хірургії ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України»; тел.: +38(050) 334-68-30; +38(044) 272-22-66.

Косюхно Сергій Вікторович – кандидат медичних наук, завідувач відділу малоінвазивної хірургії ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України»; тел.: +38(044) 272-22-66.

Якимець Володимир Миколайович – доктор медичних наук, професор, заступник директора з науково-організаційної роботи ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України»; тел.: +38(044) 272-22-66.

Плегуца Олександр Іларійович – старший науковий співробітник відділу ендокринної та метаболічної хірургії ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України»; тел.: +38(044) 272-22-66; +38(093) 763-97-43.

Потапов Олексій Андрійович – учений секретар, науковий співробітник відділу малоінвазивної хірургії ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України»; тел.: +38(044) 272-22-66.

УДК 616.98.:578.828 ВІЛ–085:612017:615.281.8
DOI

О.В. ШЕВЕЛЬОВА, Л.Р. ШОСТАКОВИЧ-КОРЕЦЬКА, К.Ю. ЛИТВИН

ВПЛИВ ВІРУСНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ВІРУСОМ ІМУНОДЕФІЦИТУ ЛЮДИНИ НА ВИЖИВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ ПРОТЯГОМ 5 РОКІВ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

Мета: на основі 5-річного спостереження ВІЛ-інфікованих хворих, яким було призначено ВААРТ, оцінити вплив вірусного навантаження ВІЛ РНК та CD4⁺ на початку високоактивної антиретровірусної терапії на смертність пацієнтів.

Матеріали і методи. Аналіз хворих проводили з урахуванням клінічних і лабораторних показників. Використовували описову статистику кількісних даних у групах; кореляційний аналіз.

Результати. Всі хворі отримували високоактивну антиретровірусну терапію не менше 5 років. Імунофенотипування периферійної крові показало такі результати: медіана (Ме, 25–75 процентиля) рівня CD4⁺ склала 186 (90–262) копій/мл, вірусне навантаження – 75,358 (19,091–326,273) ВІЛ РНК копій/мл. За 5 років спостереження померли 63 пацієнти. Найбільший відсоток хворих на ВІЛ-інфекцію померли у перші 12 місяців лікування і склали 58,73 %. Протягом наступних двох років проведення лікування щорічно померли 11,11 та 14,28 % відповідно. На четвертому році після початку ВААРТ померли 11,11 % хворих. За 5 рік проведення ВААРТ померли 4,76 % хворих.

Висновки. У ВІЛ-інфікованих хворих, яким було призначено ВААРТ, визначено зв'язок між кількістю Т-лімфоцитів-хелперів та вірусним навантаженням ($rs=-0,821$; $p=0,000$) у період 5-річного спостереження. Найбільший накопичений ризик смерті – 0,1, виявлено у групах пацієнтів із більшим ступенем імуносупресії.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ВІЛ-інфекція; ВААРТ; CD4⁺ Т-лімфоцити; вірусне навантаження.

Відповідно до даних Глобальної статистики 2017 р. ЮНЕЙДС та ВООЗ з початку епідемії в світі інфікувались вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) 76,1 млн людей, близько 35 млн – померли від захворювань, пов'язаних із ВІЛ, та ще близько 37 млн людей станом на початок 2018 р. живуть з ВІЛ. Складною залишається епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекцією в Україні, де, за оціночними даними, на початок 2018 р. проживало 241 тис. людей з ВІЛ усіх вікових категорій. Рівень поширеності ВІЛ у віковій групі 15–49 років становив 0,98 %. За оперативними даними ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» за період 1987–2017 рр. у країні офіційно зареєстровано 315 618 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 102 205 випадків захворювання на СНІД та 45 074 випадки смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. Станом на 01.01.2018 р. під медичним наглядом перебувало 141 371 ВІЛ-інфікована особа, серед яких кожен третій – з діагнозом СНІД. Означена ситуація потребує всебічного вивчення проблемних питань ВІЛ-інфекції, включно пошуки можливостей прогнозування її перебігу та ефективності лікування.

У свою чергу, раціональне планування ВААРТ полягає в тому, щоб швидко і якомога на довгий час досягти вірусологічної, імунологічної, клінічної та протиепідемічної мети [1, 3, 5, 6]. Відомо, що вірусоспецифічна Т-клітинна імунна відповідь

відіграє ключову роль у розвитку інфекції, викликаній вірусом імунодефіциту людини. При розвитку ВІЛ-інфекції поряд зі зниженням кількості Т-лімфоцитів-хелперів порушується активація, проліферація і диференціювання клітин. Рівень вірусного навантаження (ВН) у крові визначає прогресування захворювання і розвиток опортуністичних інфекцій, дозволяє передбачити швидкість зниження кількості лімфоцитів. Передача ВІЛ при будь-якому виді контакту залежить від ВН [4, 5].

Дослідження ВІЛ-інфікованих показали, що для успішного пригнічення репродукції ВІЛ дотримання медичних приписів (тривалості курсу, доз препаратів, їх комбінації, часу приймання) повинно бути виконаним не менш ніж на 95 %. При недотриманні правил лікування початкова ефективність ВААРТ знижується, вірус знову активується, і посилюється здатність збудника до численних мутацій, через що розвивається стійкість до одного АРВ-препарату, а надалі нерідко перехресна стійкість до інших препаратів [7].

Перший важливий період оцінки ефективності ВААРТ, зокрема вірусологічної, визначено терміном 6 місяців після початку лікування. Відповідно до клінічного протоколу [4], при продовженні визначення РНК ВІЛ у хворого через 24 тижні лікування (вірусне навантаження вище 50 копій/мл), необхідно встановити можливі причини невдачі лікування для вибору тактики подальшого

© О.В. Шевельова, Л.Р. Шостакович-Корецька, К.Ю. Литвин, 2018

ведення пацієнта. У разі встановленої вірусологічної невдачі лікування постає ключове питання: наскільки небезпечним є продовження цієї схеми ВААРТ і чи необхідна заміна схеми. Вірусологічна неефективність може бути пов'язана як з лікарською стійкістю ВІЛ, так і з відсутністю прихильності та з іншими факторами. Тобто саме в цей час дуже важливо оцінити прихильність для вибору подальшої тактики ведення хворого [2, 8].

Мета дослідження: на основі 5-річного спостереження ВІЛ-інфікованих хворих, яким було призначено ВААРТ, оцінити вплив вірусного навантаження ВІЛ РНК та CD4⁺ на початку ВААРТ на смертність пацієнтів.

Матеріали і методи. Під нашим наглядом перебувало 450 хворих, яким було призначено АРТ у 2010 р. Спостереження проводили протягом 5 років у Дніпропетровському обласному центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом. Результати моніторингових візитів було взято з амбулаторних карток хворих. Аналіз хворих проводили з урахуванням соціально-демографічних, клінічних і лабораторних показників. Поряд із рутинними методами лабораторного обстеження (загальний аналіз крові, біохімічне дослідження крові та ін.) використовували методи імуноферментного аналізу для діагностики опортуністичних інфекцій, оцінку CD4⁺ Т-лімфоцитів методом проточної цитофлюорометрії, контроль вірусного

навантаження РНК ВІЛ-методом полімеразної ланцюгової реакції.

Використовували такі математико-статистичні методи: описова статистика кількісних даних у групах; нормальність розподілу кількісних ознак у вибірці за допомогою критерію Шапіро–Уїлка; кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції – R) двох ознак непараметричним методом Спірмена для оцінки напрямку, сили, статистичної значущості кореляційного зв'язку між ознаками. Для оцінки виживання хворих на ВІЛ-інфекцію, які отримували ВААРТ, використовували метод Каплана–Мейєра. При аналізі враховували смерть пацієнта від будь-яких причин за період спостереження (загальна летальність).

Результати дослідження та їх обговорення. 450 хворих на ВІЛ-інфекцію, які отримували ВААРТ не менше ніж 5 років та перебували під наглядом у Дніпропетровському обласному центрі СНІДу, поділено на 4 групи за кількістю первинних CD4⁺ Т-лімфоцитів із ранговим кроком 100 клітин/мл: до 1 групи увійшли 123 пацієнти із кількістю CD4⁺ Т-лімфоцитів – від 0 до 100 клітин/мл, до 2 групи – 114 пацієнтів із кількістю CD4⁺ Т-лімфоцитів від 101 до 200 клітин/мл, до 3 та 4 груп – 142 та 71 пацієнт з показниками CD4⁺ Т-лімфоцитів, відповідно, 201–300 клітин/мл та 301 і більше клітин/мл. Загальну характеристику груп наведено у таблиці 1.

Таблиця 1. Характеристика груп хворих на ВІЛ, які отримують ВААРТ

Назва	Група 1 (n=123)	Група 2 (n=114)	Група 3 (n=142)	Група 4 (n=71)
Вік, роки (Me, 25–75 %)	35 (31–43)	35 (29–43)	34 (28–39)	30 (26–35)
Стать (n) чол. (%) жін. (%)	71 (57,72 %) 52 (42,28 %)	48 (42,11 %) 66(57,89 %)	47 (33,10 %) 95 (66,90 %)	28 (39,44 %) 43 (60,56 %)
Парентеральний шлях передачі ВІЛ (n), %	59 (47,97 %)	59 (51,75 %)	57 (40,14 %)	32 (45,07 %)
Статевий шлях передачі ВІЛ (n), %	64 (52,03 %)	55 (48,25 %)	85 (59,86 %)	39 (54,93 %)
CD4 ⁺ Т-лімфоцити (Me, 25–75 %), клітин/мл	41 (19–72)	152 (124–171)	245 (223–265)	344 (321–360)
Вірусне навантаження (Me, 25–75 %), ВІЛ РНК, копій/мл	236,824 (56,110–626,570)	97,421 (23,069–372,308)	45,074 (10,898–165,440)	28,987 (10,401–107,520)
HVC (n), %	39 (31,71 %)	45 (39,47 %)	39 (27,46 %)	20 (28,17 %)
Орофарингеальний кандидоз (n), %	67 (54,47 %)	67 (54,47 %)	55 (38,73 %)	29 (40,85 %)
Токсоплазмоз (n), %	44 (35,77 %)	38 (33,33 %)	44 (30,99 %)	16 (22,54 %)
Летальність (n), %	29 (23,58 %)	21 (18,42 %)	10 (7,04 %)	3 (4,23 %)

Середній вік хворих склав 34 (29–41) роки. Всі пацієнти отримували АРТ не менше ніж 5 років. Імунофенотипування периферійної крові показало такі результати: медіана (25–75 процентиль) кількості Т-лімфоцитів-хелперів (CD4⁺) для

1 групи склала 41 (19–72) клітин/мл, для 2 групи – 152 (124–171) клітин/мл, для 3 і 4 груп, відповідно, 245 (223–265) і 344 (321–360) клітин/мл. Одночасно, вірусне навантаження (медіана, 25–75 процентиль) для 1 групи склало

236,824 (56,110–626,570) ВІЛ РНК копій/мл, для 2 – 97,421 (23,069–372,308) копій/мл, для 3 групи – 45,074 (10,898–165,440) та 28,987 (10,401–107,520) копій/мл для 4 групи пацієнтів.

За результатами кореляційного аналізу між основними характеристиками імунної системи та вірусним навантаженням встановлено такі закономірності: для всіх чотирьох груп визначено статистично значущий зв'язок кількості Т-лімфоцитів-хелперів із вірусним навантаженням: для 1 групи ($r_s = -0,821$; $p = 0,000$), для 2 групи ($r_s = -0,866$; $p = 0,000$), для 3 групи ($r_s = -0,801$; $p = 0,000$) та для 4 групи ($r_s = -0,754$; $p = 0,000$).

Зв'язок між зменшенням кількості CD4⁺ Т-лімфоцитів та показником ВН може бути пов'язаний з безпосередньою загибеллю клітин у результаті дії вірусу, з розвитком ВІЛ-індукованого апоптозу [4]. Високе вірусне навантаження погіршує імунологічний стан ВІЛ-інфікованих. Виявлені зміни показників клітинного імунітету призводять до прогресії захворювання і збільшують ризик передачі вірусу.

При аналізі виживання за методом Каплана–Мейєра, у хворих на ВІЛ-інфекцію, які отримували ВААРТ, враховували смерть пацієнта від будь-яких причин за період спостереження (загальна летальність).

Ретроспективний аналіз виживання 450 пацієнтів із ВІЛ-інфекцією Дніпропетровського обласного центру профілактики і боротьби зі СНІДом, які отримували ВААРТ протягом 5 років, починаючи з 2010 р., показав загальний кумулятивний ризик летальності 14 %. За 5 років спостереження померли 63 пацієнти. Якщо враховувати щорічну летальність, найбільша кількість померлих хворих спостерігалась у перші 12 місяців лікування і

склала 58,73 %. Більшість цих пацієнтів померла внаслідок розвитку синдрому відновлення імунної системи і активації опортуністичних інфекцій. Протягом наступних двох років (2–3 років) проведення лікування, щорічний відсоток померлих склав 11,11 та 14,28 % відповідно. На четвертому році після початку ВААРТ померли 11,11 % хворих та за 5 рік від початку терапії померли 4,76 % хворих.

На рисунках 1–4 наведено кумулятивний ризик летальності у чотирьох групах спостереження залежно від рівня вірусного навантаження при якому було призначено ВААРТ.

На рисунку 1 можна побачити, що хворі з рівнем CD4⁺ лімфоцитів до 100 клітин мають найбільший рівень ризику смерті хворих, який складає 0,1 у перший рік призначення ВААРТ.

На рисунку 2 видно, що у хворих з рівнем CD4⁺ лімфоцитів 152 (124–171) накопичений ризик смерті складає 0,1 вже на початку 2 року приймання ВААРТ незалежно від кількості ВІЛ РНК у крові.

У 3 групі (рис. 3) спостерігають зв'язок ризику смерті з показником вірусного навантаження. Так у хворих, які мають ВН більше 100,000 РНК копій/мл, накопичений ризик смерті у перший рік приймання ВААРТ складає 0,04, у той час, як у хворих із рівнем ВІЛ РНК у крові менше 100,000 копій/мл накопичений ризик смерті на першому році лікування склав 0,00.

Для хворих із рівнем CD4⁺ лімфоцитів більше 300 клітин та які мають рівень вірусного навантаження більше 100,000 РНК копій/мл (рис. 4) накопичений ризик становить 0,06 та тримається весь час, що дозволяє припустити, що летальність у цієї групи хворих залежить від інших, частіше зовнішніх факторів.

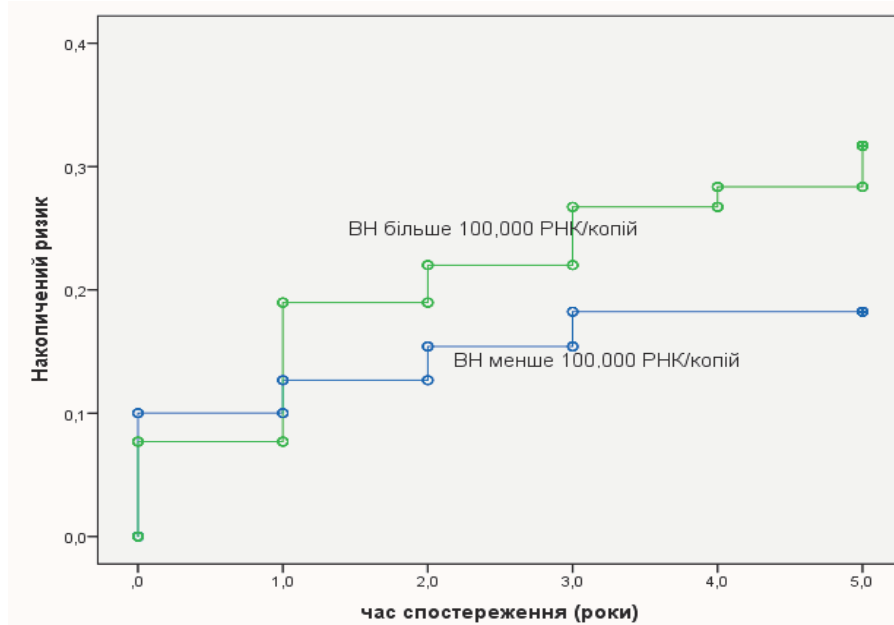


Рис. 1. Накопичений ризик летальності у 1 групі спостереження.

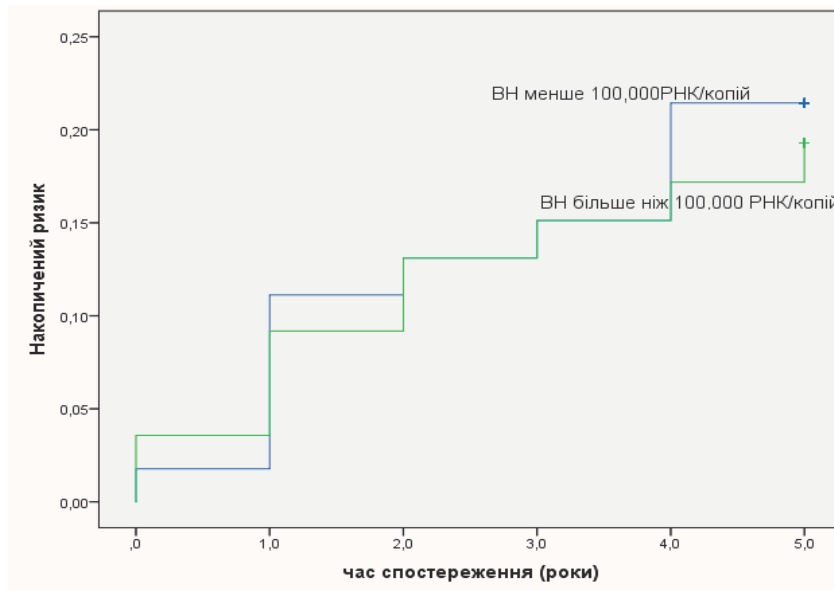


Рис. 2. Накопичений ризик летальності у 2 групі спостереження.

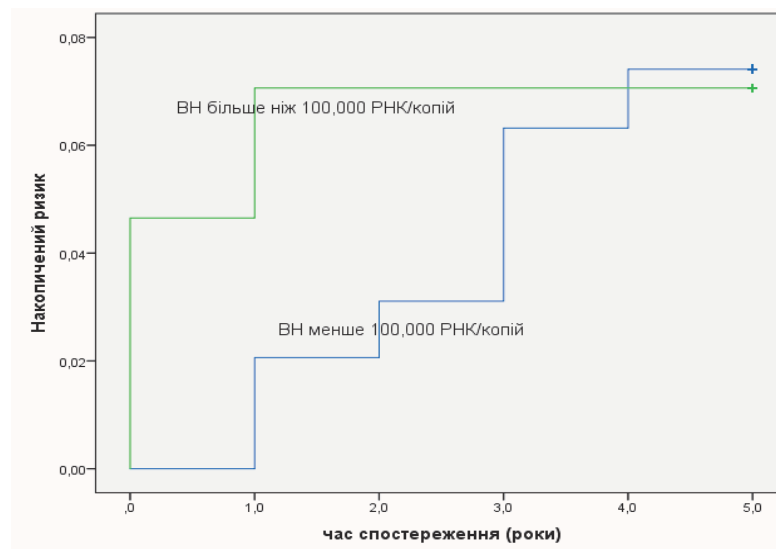


Рис. 3. Накопичений ризик летальності у 3 групі спостереження.

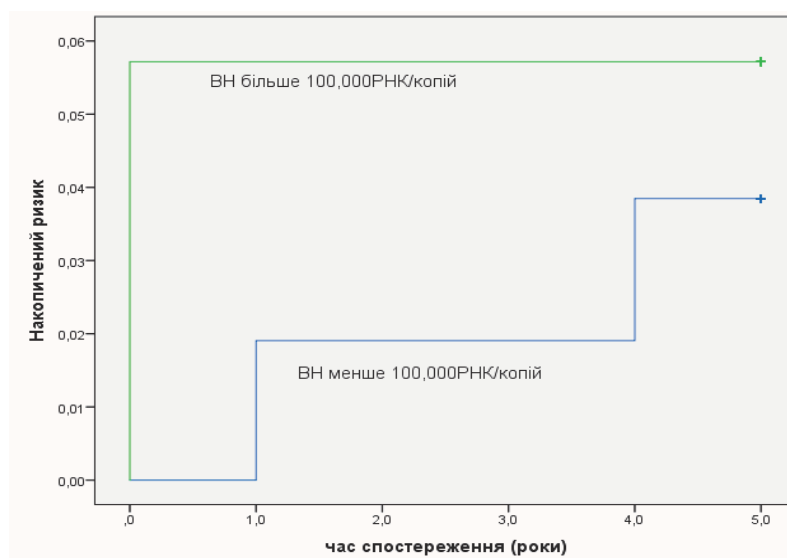


Рис. 4. Накопичений ризик летальності у 4 групі спостереження.

Таким чином, проведений аналіз дозволив визначити взаємозв'язок між рівнем CD4⁺ лімфоцитів та кількістю вірусного навантаження при призначенні антиретровірусної терапії.

Висновки

1. У ВІЛ-інфікованих хворих, яким було призначено ВААРТ у період 5-річного спостереження, визначено зв'язок між кількістю Т-лімфоцитів-хелперів та вірусним навантаженням ($rs=-0,821$; $p=0,000$).

2. Найбільший накопичений ризик смерті – 0,1, виявлено у групах хворих із більшим ступенем

імуносупресії – кількістю CD4⁺ 200 клітин/мл та менше (1 та 2 групи), у той час, як у пацієнтів, які мали кількість CD4⁺ більше 200 клітин/мл (3–4 групи) аналогічний показник був меншим за той же період та склав 0,02.

3. У хворих, в яких на момент призначення терапії вірусне навантаження ВІЛ РНК склало менше 100,000 копій/мл, а рівень CD4⁺ лімфоцитів становив більше 300 клітин/мл, накопичений ризик летальності не мав впливу з боку цих факторів, що потребує подальшого вивчення цього питання.

Список літератури

1. *Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків / затверджений наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. № 551.* – К. : МОЗ України, 2010. – 164 с.
2. *Покровская А. В.* Факторы, влияющие на течение ВИЧ-инфекции / А. В. Покровская // *Эпидемиология и инфекционные болезни.* – 2010. – № 3. – С. 60–63.
3. *A systematic review of the impact of alcohol use disorders on HIV treatment outcomes, adherence to antiretroviral therapy and health care utilization / M. M. Azar, S. A. Springer, J. P. Meyer, F. L. Altice // Drug Alcohol. Depend.* – 2010. – Vol. 112, No. 3. – P. 178–193.
4. *Atkinson M. J.* An evidence-based review of treatment-related determinants of patients' nonadherence to HIV medications / M. J. Atkinson, J. J. Petrozzino // *AIDS Patient Care STDS.* – 2009. – Vol. 23, No. 11. – P. 903–914.
5. *Boulware D. R.* Clinical features and serum biomarkers in HIV immune reconstitution inflammatory syndromy cryptococcal meningitis: a prospective cohort study / D. R. Boulware, D. B. Meya, T. L. Bergemann // *PLoS Med.* – 2010. – Vol. 7, No. 12. – P. 380–384.
6. *Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy: overview of published literature / A. Ammassari, M. P. Trotta, R. Murri [et al.] // J. Acquir. Immune. Defic. Syndr.* – 2002. – Vol. 31, No. 3. – P. 123–127.
7. *Trinchieri G.* Interleukin-10 production by effector T cells: Th1 cells show self control / G. Trinchieri // *J. Exp. Med.* – 2007. – Vol. 204, No. 2. – P. 239–243.
8. *Wojcicki J. M.* Socioeconomic status as a risk factor for HIV infection in women in East, Central and Southern Africa: a systematic review / J. M. Wojcicki // *J. Biosoc. Sci.* – 2005. – Vol. 37, No. 1. – P. 1–36.

References

1. *Nakaz MOZ Ukrainy № 551 vid 12.07.2010 r. "Pro zatverdzhennia klinichnoho protokolu antiretrovirusnoi terapii VIL-infektsii u doroslykh ta pidlitkiv"* [Order of the Ministry of Health of Ukraine dated July No 551 of 12.07.2010. "About the solidification of the clinical protocol of antiretroviral therapy VIL-infectious diseases in the elderly and adolescents"]. [in Ukrainian].
2. *Pokrovskaya A.V.*(2010). Faktory, vliyayushchie na techenie VICH-infektsii [Factors influencing the course of HIV infection]. *Epidemiologiya i infeksionnye bolezni – Epidemiology and Infectious Diseases*, 3, 60-63 [in Russian].
3. *Azar, M. M., Springer, S. A., Meyer, J. P., & Altice F. L.* (2010). A systematic review of the impact of alcohol use disorders on HIV treatment outcomes, adherence to antiretroviral therapy and health care utilization. *Drug Alcohol. Depend.*, 112 (3), 178-193.
4. *Atkinson, M. J. & Petrozzino J. J.* (2009). An evidence-based review of treatment-related determinants of patients' nonadherence to HIV medications. *II AIDS Patient Care STDS*, 23 (11), 903-914.
5. *Boulware, D. R., Meya, D. B. & Bergemann, T. L.* (2010). Clinical features and serum biomarkers in HIV immune reconstitution inflammatory syndromy cryptococcal meningitis: a prospective cohort study. *PLoS Med.* 7, (12), 380-384.
6. *Ammassari, A., Trotta, M. P., Murri, R. & et al.* (2002). Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy: overview of published literature. *J. Acquir. Immune. Defic. Syndr.*, 31 (3), 123-127.
7. *Trinchieri G.* (2007). Interleukin-10 production by effector T cells: Th1 cells show self-control. *J. Exp. Med.* 204 (2), 239-243.
8. *Wojcicki J. M.* (2005). Socioeconomic status as a risk factor for HIV infection in women in East, Central and Southern Africa: a systematic review. *J. Biosoc. Sci.* 37 (1), 1-36.

ВЛИЯНИЕ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ

Е.В. Шевелева, Л.Р. Шостакович-Корецкая, Е.Ю. Литвин

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепр, Украина

Цель: на основании 5-летнего наблюдения ВИЧ-инфицированных больных, которым была назначена ВААРТ, оценить влияние вирусной нагрузки РНК ВИЧ и CD4⁺ на смертность пациентов.

Материалы и методы. Анализ больных проводили с учетом клинических и лабораторных показателей. Использовали методы описательной статистики количественных данных в группах; корреляционный анализ.

Результати. Все больные получали высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ) не менее 5 лет. Иммунофенотипирования периферической крови показало следующие результаты: медиана (Ме, 25–75 процентиль) уровня CD4⁺ составила 186 (90–262) копий/мл, вирусная нагрузка – 75,358 (19,091–326,273) РНК ВИЧ копий/мл. За 5 лет наблюдения умерли 63 пациента. Если учитывать ежегодную летальность, большой процент больных ВИЧ-инфекцией умерли в первые 12 месяцев лечения и составили 58,73 %. В течение следующих двух лет проведение лечения ежегодно умерли 11,11 и 14,28 % соответственно. На четвертом году после начала ВААРТ умерли 11,11 % больных. За 5 год проведения ВААРТ умерли 4,76 % больных.

Выводы. У ВИЧ-инфицированных больных, которым была назначена ВААРТ, определенная связь между количеством Т-лимфоцитов-хелперов и вирусной нагрузкой ($r_s = -0,821$; $p = 0,000$) в период 5-летнего наблюдения. Наибольший накопленный риск смерти – 0,1, выявлен в группах пациентов с большей степенью иммуносупрессии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ВИЧ-инфекция; ВААРТ; CD4⁺ Т-лимфоциты; вирусная нагрузка.

THE IMPACT OF HIV VIRAL LOAD ON THE SURVIVAL OF PATIENTS WITH HIV INFECTION DURING A 5-YEAR FOLLOW-UP

O.V. Shevelova, K.Yu. Lytvyn, L.R. Shostakovych-Koretskaya

Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine, Dnipro, Ukraine

Purpose: based on a 5-year follow-up of a cohort of HIV-infected patients who were assigned highly active antiretroviral therapy, to assess the impact of viral load of HIV and CD4 RNA on the beginning of highly active antiretroviral therapy on mortality.

Materials and Methods. The analysis of patients was carried out taking into account clinical and laboratory parameters. Mathematical and statistical methods were used: descriptive statistics of quantitative data in groups; correlation analysis (correlation coefficient – r_s).

Results. All patients received highly active antiretroviral therapy (HAART) for at least 5 years. Immunophenotyping of peripheral blood showed the following results: median (IU, 25–75 percentile) CD4 + level was 186 (90–262) copies / ml, viral load-75.358 (19.091–326.273) RNA HIV copies/ml. Over five years of follow-up, 63 patients died. If we take into account the annual mortality, a large percentage of HIV patients died in the first 12 months of treatment and amounted to 58.73%. Over the next two years, 11.11 % and 14.28 % died annually, respectively. In the fourth year after the start of highly active antiretroviral therapy, 11.11 % of patients died. For the 5th year of the HAART died 4.76 % of patients.

Conclusions. In HIV-infected patients, who were assigned HAART to, there is a certain relationship between the number of T-lymphocytes-helpers and viral load ($r_s = -0.821$; $p = 0.000$) during the 5-year follow-up. The highest accumulated risk of death – 0.1, was found in groups of patients with a greater degree of immunosuppression.

KEY WORDS: HIV; HAART; CD4⁺ T-lymphocytes; viral load.

Рукопис надійшов до редакції 22.06.2018 р.

Відомості про авторів:

Шевельова Олена Володимирівна – асистент кафедри інфекційних хвороб ДЗ «ДМА МОЗ України»;

тел.: +38(056) 726-44-71.

Шостакович-Корецька Людмила Романівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри інфекційних хвороб ДЗ «ДМА МОЗ України»; тел.: +38(056) 726-44-71.

Литвин Катерина Юрїївна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри інфекційних хвороб ДЗ «ДМА МОЗ України»; тел.: +38(056) 726-44-71.

О.В. ЛЕВЧЕНКО, В.Л. СМІРНОВА, А.О. ГОЛЯЧЕНКО

СКІЛЬКИ МАЮТЬ ТА ХОЧУТЬ МАТИ ДІТЕЙ ЖІНКИ ДІТОРОДНОГО ВІКУ В УКРАЇНІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
м. Тернопіль, Україна**Мета:** вивчити та проаналізувати народжуваність дітей жінками дітородного віку.**Матеріали і методи.** Використано дані галузевої статистики щодо народжуваності населення, дані соціологічного опитування жінок Хмельницької області.**Результати.** Вивчення причин зниження народжуваності дітей в сучасних умовах показує, що цьому сприяють багато таких чинників, як зниження життєвого рівня населення, зумовлене соціально-економічною кризою, трудова еміграція жінок, державні виплати грошової допомоги при народженні дитини та субсидії, які далеко не компенсують витрати на дитину.**Висновки.** Отримані результати підтвердили те, що при сприятливих соціально-економічних умовах жінки дітородного віку мали б 2,02 дитини пересічно на одну жінку, що відповідає б стаціонарному типу відтворення населення.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: народжуваність; відтворення; вікові групи.

З 1991 р. в Україні спостерігається зменшення чисельності населення, яке на сьогодні складає більше 7 млн осіб. Зменшення населення з роками підсилюється, що є результатом дії багатьох соціальних, соціально-демографічних, медичних та інших чинників [1–3, 5, 6]. Нас особливо цікавить питання, що буде з народжуваністю в Україні в перспективі. А це залежить передусім від процесу народження дітей жінками дітородного віку. Більш як половина українських сімей не має дітей! При цьому найчастіше українці наважуються на одну дитину, а кількість охочих утримувати двох і більше неухильно скорочується [4, 7]. Зокрема, в 2017 р. у країні зареєстровано 63,5 % бездітних сімей. Для порівняння: у 2007 р. – 59,2 %, у 1999 р. – 55,8 %. З сімей із дітьми одну дитину мали 70,7 % батьків, порівняно з 68,1 % у 2007, і 60 % – у 1999 р. До того ж, кожна четверта сім'я утримувала двох дітей – 25,5 % (в 2007 р. – 27,9 %, у 1999 р. – 34,3 %, а троє і більше – 3,8 % (в 2007 р. – 4 %, у 1999 р. – 5,7 %). Фахівці з демографії б'ють тривогу: такими темпами українців скоро буде зовсім мало! А через кілька сотень років невідомо, чи залишаться вони взагалі. Найбільше сімей із дітьми до 18 років припадає на Закарпатську, Чернівецьку, Волинську, Рівненську, Івано-Франківську, Тернопільську та Львівську області [3, 5, 7].

Мета роботи: вивчити та проаналізувати народжуваність дітей жінками дітородного віку.**Матеріали і методи.** Використано дані галузевої статистики щодо народжуваності населення,

дані соціологічного опитування жінок Хмельницької області.

Результати дослідження та їх обговорення. Ми провели анкетування 282 жінок дітородного віку, в яких з'ясували, скільки вони хочуть мати дітей. Дослідження проводили протягом 2016–2017 рр. З'ясовано, що у найбільш дітородних вікових групах 20–24 роки та 25–29 років, жінки мають, відповідно, 0,24 та 0,47 дітей в середньому на одну жінку, а хотіли б мати дітей, відповідно, 2,01 та 2,02. Тобто мав би бути стаціонарний тип відтворення населення.

Результати дослідження наведено в таблиці 1.

Загалом опитано 282 жінки, з них у віці 20–24 роки – 76 (27,0 %), 25–29 років – 88 (31,2 %), 30 і старше – 118 (41,8 %).

Як видно з таблиці 1, загалом мали одну дитину (34,5±2,8) %, двоє дітей – (12,4±1,9) %, троє дітей – (1,4±0,7) %, четверо і більше – (0,3±0,3) %.

Не мали дітей (51,4±2,4) %, тобто більше половини жінок так і не виконали свою дітородну функцію.

Всього жінками було народжено 185 дітей, що складало 0,66 дітей на одну жінку.

Тепер стосовно їх бажання мати дітей: одну дитину хотіли б мати (6,2±1,4) %, двох дітей – (61,0±2,9) %, трьох дітей – (14,5±2,1) %, чотирьох і більше – (1,1±0,6) %. Не відповіли на це питання (14,8±2,8) %.

Таким чином, число бажаних дітей склало 517, що пересічно становить 1,78 дитини на одну жінку. Значно кращою є демографічна картина у жінок основного дітородного віку 20–24 та

Таблиця 1. Скільки мають і хочуть мати дітей жінки дітородного віку

Вік жінок	20–24		25–29		30 і старше		Всього	
Число обстежених	76		88		118		282	
Показники	Число жінок	Діти	Число жінок	Діти	Число жінок	Діти	Число жінок	Діти
Мали:								
1 дитину	6	7,9±2,9	36	40,9±5,2	58	49,2±4,6	100	34,5±2,8
2 дитини	4	5,3±2,6	4	4,5±2,2	28	23,7±3,9	36	12,4±1,9
3 дитини	–	–	1	1,1±1,1	3	2,5±1,4	4	1,4±0,7
4 дитини	1	1,3±1,3	–	–	–	–	1	0,3±0,3
Не мали дітей	65	85,5±4,0	47	53,4±5,3	29	24,6±4,0	141	51,4±2,9
Число народжених дітей		18		41		126		185
Число народжених дітей пересічно на одну жінку		0,24		0,47		1,07		0,66
Хотіли б мати:								
1 дитину	9	11,8±3,9	3	3,4±1,9	6	5,1±2,0	18	6,2±1,4
2 дитини	48	63,2±5,5	62	70,5±4,9	63	53,4±4,6	173	61,0±2,9
3 дитини	13	17,1±4,3	14	15,9±3,9	15	12,7±3,1	42	14,5±2,1
4 дитини	1	1,3±1,3	1	1,1±1,1	1	0,8±0,8	3	1,0±0,6
5 дітей	1	1,3±1,3	1	1,1±1,1	1	0,8±0,8	3	1,0±0,6
Не відповіли на питання	4	5,2±2,5	7	8,0±2,9	32	12,1±4,1	43	14,8±2,1
Число бажаних дітей		153		178		186		517
Число бажаних дітей пересічно на одну жінку		2,01		2,02		1,58		1,78

25–29 років. У жінок у віці 20–24 роки мали одну дитину (7,9±2,9) %, двоє дітей – (5,3±7,6) %, троє дітей – (1,3±1,3) %, четверо і більше – не мали. Не мали дітей 65 жінок, тобто (85,5±4,0) %. Число народжених дітей склало 18, що пересічно становить 0,24 на одну жінку.

Хотіли б мати дітей у віці 20–24 роки: одну дитину – (11,8±3,9) %, двох дітей – (63,2±5,5) %, трьох дітей – (17,1±4,3) %, чотирьох – (1,3±1,3) %, п'ять – (1,3±1,3) %. Не відповіли на це питання (5,2±2,5) %.

Таким чином, число бажаних дітей в цій віковій групі склало 153, що пересічно становить 2,01 дитини на одну жінку.

Аналогічні показники ми маємо в жінок у віковій групі 25–29 років, одну дитину мали (40,9±5,2) %, двоє дітей – (4,5±2,2) %, троє – (1,1±1,1) %, четверо і більше – не мали. Не мали дітей 47 жінок, тобто (53,4±5,3) %. Число народжених дітей склало 41, що пересічно становить 0,47 на одну жінку.

Варто відзначити, що частка жінок у віковій групі 25–29 років, які б бажали мати лише одну дитину знизилась, порівняно з попередньою віковою групою до (3,4±1,8) %, а число бажаних двох дітей збільшилась до (70,5±4,9) %. Загалом жінки цієї вікової групи хотіли б мати 188 дітей,

що пересічно складає 2,02 дитини на одну жінку, що майже відповідає показнику в групі жінок 20–24 роки.

Основними причинами, які стримували народження дітей в опитаних жінок подані у порядку зростання: нестача дошкільних закладів (1,7±0,7) %, прагнення жінки до професійного зростання (4,9±1,2) %, складність виховання дітей (5,4±1,2) %, страх перед пологами (5,7±1,2) %, погані житлові умови (7,4±1,4) %, незадовільний стан здоров'я жінки (12,9±1,8) %, великі грошові витрати на дитину (22,9±2,2) %, інші причини (9,7±1,6) %, не відповіли (29,4±2,4) %.

Таким чином, ці дві основні дітородні групи жінок мають майже однакові показники бажаного дітонородження, це б сприяло забезпеченню хоча б стаціонарного відтворення населення. Але для цього потрібно подолати багато причин.

Висновки

Отримані результати підтвердили те, що при сприятливих соціально-економічних умовах жінки дітородного віку мали б 2,02 дитини пересічно на одну жінку, що відповідало б стаціонарному типу відтворення населення.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні причин зниження рівня народжуваності в Україні.

Список літератури

1. Голяченко О. М. Актуальні проблеми здоров'я української людності / О. М. Голяченко, А. О. Голяченко, А. Г. Шульгай. – Тернопіль : Лілея, 2012. – 116 с.
2. Демографічні перспективи України до 2026 року. – К., 1999. – 55 с.
3. Демографічні перспективи України: 2000–2075 роки / Е. М. Лібанова, О. В. Макарова, О. В. Позняк [та ін.] // Зайнятість та ринок праці : міжвід. наук. зб. – К. : РВПС України НАН України, 1999. – Вип. 11. – С. 126–141.
4. Курило И. Рождаемость и родительство в социально-демографическом измерении / И. Курило. – К., 2018. – 124 с.

5. Лібанова Е. Прогноз демографічного розвитку України на період до 2050 року / Е. Лібанова // Світогляд. – 2008. – № 3. – С. 48–51.
6. Про демографічний прогноз розвитку України до 2050 року : Постанова від 21.11.2007 р. № 313 Національної академії наук України (НАН).
7. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. – К., 2018. – 450 с.

References

1. Holiachenko, A.A., & Shulhai, A.H. (2012). *Aktualni problemy zdorovia ukrainskoi liudnosti [Actual problems of the health of the Ukrainian people]*. Ternopil: Lileia [in Ukrainian].
2. *Demografichni perspektivy Ukrainy do 2026 roku [Demographic perspectives of Ukraine till 2026]*. (1999). Kyiv [in Ukrainian].
3. Libanova, E.M., Makarova, O.V., & Pozniak, O.V. (1999). *Demografichni perspektivy Ukrainy: 2000–2075 roky [Demographic perspectives of Ukraine: 2000-2075 years]*. *Zainiatist ta rynek pratsi – Employment and Labor Market*. Kyiv: RVPS of Ukraine of the National Academy of Sciences of Ukraine [in Ukrainian].
4. Kurilo, I. (2018). *Rozhdayemost i roditelstvo v sotsialno-demograficheskom izmerenii [Fertility and parenthood in the socio-demographic dimension]*. Kiev [in Russian].
5. Libanova, E. (2008). *Prohnoz demografichnoho rozvytku Ukrainy na period do 2050 roku [The forecast of demographic development of Ukraine for the period up to 2050]*. *Svitohliad – Worldview*, 3, 48-51 [in Ukrainian].
6. *Pro demografichniy prohnoz rozvytku Ukrainy do 2050 roku [On the demographic forecast of Ukraine's development by 2050]*. *Postanova № 313 vid 21. 11. 2007 Natsionalnoi akademii nauk Ukrainy (NAN) – Regulation No. 313 of 21. 11. 2007 of the National Academy of Sciences of Ukraine (NAS)* [in Ukrainian].
7. *Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naseleennia, sanitarno-epidemiolohichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorovia Ukrainy [Annual report on the health status of the population, sanitary and epidemiological situation and the results of the health care system of Ukraine]*. (2018). Kyiv [in Ukrainian].

СКОЛЬКО ИМЕЮТ И ХОТЯТ ИМЕТЬ ДЕТЕЙ ЖЕНЩИНЫ ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА В УКРАИНЕ

О.В. Левченко, В.Л. Смирнова, А.А. Голяченко

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины», г. Тернополь, Украина

Цель: изучить и проанализировать рождаемость детей женщинами детородного возраста.

Материалы и методы. Использованы данные отраслевой статистики по рождаемости населения, данные социологического опроса женщин Хмельницкой области.

Результаты. Изучение причин снижения рождаемости детей в современных условиях показывает, что этому способствуют многие такие факторы, как снижение жизненного уровня населения, обусловленное социально-экономическим кризисом, трудовая эмиграция женщин, государственные выплаты денежной помощи при рождении ребенка и субсидии, которые далеко не компенсируют расходы на ребенка.

Выводы. Полученные результаты подтвердили, что при благоприятных социально-экономических условиях женщины детородного возраста имели бы 2,02 ребенка в среднем на одну женщину, что соответствовало бы стационарному типу воспроизводства населения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: рождаемость; воспроизведение; возрастные группы.

HOW MANY CHILDREN DO WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE HAVE AND WANT TO HAVE IN UKRAINE

O.V. Levchenko, V.L. Smirnova, A.O. Holyachenko

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

Purpose: to study and analyze number of children born by women of childbearing age.

Materials and Methods. Statistical data on birth rate of population, data from sociological surveys of women in the Khmelnytskyi region were used.

Results. Study of causes of decline in birth rate of children in modern conditions shows that many factors contribute to this: decrease in living standard of the population due to socioeconomic crisis, labor emigration of women, state child support payments and subsidies that come short of covering child-rearing expenses. Due to low living standards, unemployment and other social and economic problems caused by crisis in all spheres of life, Ukrainian families do not have the opportunity now to ensure the appropriate level of spending on children, which is becoming one of the main reasons why birth rate has plummeted. Furthermore, a modern woman wishes more and more to have time to self-actualize in career growth and not only in her role as a mother, and wants to be just a housewife less and less. The spread of choosing not to have children or give birth to only one child among a large number of women is facilitated by the fact that women have to earn money and raise children, and the state does not support much.

Conclusion. The results we have obtained confirm that, under favorable socioeconomic conditions, women of childbearing age would have 2.02 children on average per woman, which would correspond to a stationary type of reproduction of the population.

KEYWORDS: fertility; reproduction; age groups.

Рукопис надійшов до редакції 11.06.2018 р.

Відомості про авторів:

Левченко Ольга Володимирівна – лікар-інтерн ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»; тел.: +38(0352) 52-72-33.

Смірнова Валентина Леонідівна – доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»; тел.: +38(0352) 52-72-33.

Голяченко Андрій Олександрович – доктор медичних наук, професор кафедри медичної реабілітації ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»; тел.: +38(0352) 25-45-77.

УДК 314.424.2:001.8 (477)
DOI

Г.О. СЛАБКИЙ¹, Н.С. ЗАЩИК²

АНАЛІЗ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ВНАСЛІДОК НАВМИСНОГО САМОУШКОДЖЕННЯ

¹ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»,
м. Київ, Україна

Мета: вивчити і проаналізувати дані про смертність населення в регіональному аспекті внаслідок навмисного самоушкодження за місцем проживання, статтю і способом позбавлення життя.

Матеріали і методи. Під час виконання цього дослідження використано дані Державного комітету статистики України за 2014 р. Методом дослідження є статистичний метод.

Результати. Показники смертності населення внаслідок навмисного самоушкодження в розрахунку на 100 000 населення складають серед всього населення України – 18,403, серед міських жителів – 13,621, серед сільських жителів – 27,459, серед чоловіків – 31,985, серед жінок – 23,385. Показники мають достовірні відмінності по регіонах країни.

Висновки. Високий рівень смертності населення внаслідок навмисного самоушкодження потребує розробки в рамках системи громадського здоров'я, міжсекторальної програми її профілактики.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: смертність; навмисне самоушкодження; місце проживання; стать; показники.

Психічне, фізичне та соціальне здоров'я є важливою складовою життя, які тісно пов'язані між собою та залежать один від одного. Їх взаємозв'язок свідчить, що психічне здоров'я є надзвичайно важливим для загального благополуччя як окремих осіб, так і громад та країни в цілому [8].

Психічні та поведінкові розлади є надзвичайно поширеними і уражають до 25 % всіх людей в певні періоди їх життя. Відповідно до показника DALI [7], до 2020 р. тягар розладів психіки та поведінки сягне 15 % від усіх хвороб [3].

В Україні показники захворюваності населення на розлади психіки та поведінки є високими [5, 6] і при зростанні рівня саморуйнівної поведінки [2], який є одним із найвищих в Європейському регіоні [1], виступають важливою медико-соціальною проблемою.

При цьому навмисне самоушкодження є розповсюдженою причиною смертності населення. Щороку в світі у результаті навмисного самоушкодження помирає понад 800 000 людей. Це є другою за частотою причиною смерті у віці від 15 до 29 років [4, 10]. Існують дані, які вказують, що серед дорослого населення на кожного загиблого в результаті навмисного самоушкодження припадає понад 20 осіб, які скоїли суїцидальну спробу [13].

Варто відзначити, що реєстрація самогубств є складною багаторівневою процедурою, яка включає медичні та юридичні аспекти і задіює ряд офіційних державних органів [9, 11, 12].

Мета роботи: вивчити та проаналізувати дані про смертність населення в регіональному аспекті внаслідок навмисного самоушкодження

за місцем проживання, статтю і способом позбавлення життя.

Матеріали і методи. Під час виконання цього дослідження використано дані Державного комітету статистики України за 2014 р. Методом дослідження є статистичний метод.

Результати дослідження та їх обговорення. На початку дослідження було вивчено та проаналізовано абсолютні дані про спосіб позбавлення життя населенням України залежно від місця проживання (місто, сільська місцевість) та статі (чоловіки, жінки).

Отримані дані наведено в таблиці 1 без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції.

Аналіз та статистична обробка наведених у таблиці 1 даних вказує на те, що найчастішим способом позбавлення життя є такі навмисні самоушкодження: шляхом повішення, удавлення та задушення – 5963 (88,89 %), шляхом стрибка з висоти – 175 (2,6 %), гострим предметом – 156 (2,3 %), пострілом із гвинтівки, дробовика та великокаліберної вогнепальної зброї – 96 (1,4 %), шляхом занурення у воду та утоплення – 48 (0,7 %).

Вивчено показники смертності населення внаслідок навмисного самоушкодження з розрахунку на 100 000 населення. Отримані такі дані:

- серед всього населення України – 18,403;
- серед міських жителів – 13,621;
- серед сільських жителів – 27,459;
- серед чоловіків – 31,985;
- серед жінок – 23,385.

Таблиця 1. Дані про смертність населення України залежно від способу позбавлення життя та місця проживання і статі померлих, 2014 р. (абс.)

Спосіб навмисного самоушкодження	Всього	Місце проживання		Стать	
		місто	село	чоловіча	жіноча
Всього	6708	3249	3459	5416	1292
Навмисне самоотруєння та дія ненаркотичних анальгезивних, жарознижувальних та протиревматичних лікарських засобів	3	2	1	1	2
Навмисне самоотруєння та дія протисудомних, седативних, снодійних, протипаркінсонічних та психотропних засобів, не класифіковані в інших рубриках	10	9	1	4	6
Навмисне самоотруєння і дія наркотиків та психодислептиків (галюциногенів), не класифіковані в інших рубриках	2	2	–	2	–
Навмисне самоотруєння та дія інших лікарських засобів, що впливають на вегетативну нервову систему	3	3	–	2	1
Навмисне самоотруєння і дія інших та неуточнених лікарських засобів, медикаментів та біологічних субстанцій	28	16	12	10	18
Навмисне самоотруєння та дія алкоголю	3	3	–	3	–
Навмисне самоотруєння і дія органічних розчинників, галогеновмісних вуглеводнів та їх випарів	2	2	–	2	–
Навмисне самоотруєння і дія інших газів та випарів	7	6	1	6	1
Навмисне самоотруєння та дія пестицидів	13	1	12	8	17
Навмисне самоотруєння і дія інших та неуточнених хімічних і отруйних речовин	39	21	18	22	17
Навмисне самоушкодження шляхом повішення, удавлення та задушення	5963	2759	3204	4864	1099
Навмисне самоушкодження шляхом занурення у воду та утоплення	48	21	27	18	30
Навмисне самоушкодження пострілом із ручної вогнепальної зброї	37	24	13	36	1
Навмисне самоушкодження пострілом із гвинтівки, дробовика та великокаліберної вогнепальної зброї	96	43	53	94	2
Навмисне самоушкодження пострілом з іншої та неуточненої вогнепальної зброї	39	25	14	38	1
Навмисне самоушкодження шляхом використання вибухових речовин та підривних пристроїв	3	3	–	3	–
Навмисне самоушкодження від диму, вогню та полум'я	30	16	14	17	30
Навмисне самоушкодження парою, гарячими випарами та предметами	–	–	–	–	–
Навмисне самоушкодження гострим предметом	156	101	55	134	22
Навмисне самоушкодження тупим предметом	2	2	–	2	–
Навмисне самоушкодження шляхом стрибка з висоти	175	158	17	111	64
Навмисне самоушкодження кидком під об'єкт, що рухається, або лежачи на шляху його руху	16	10	6	10	6
Навмисне самоушкодження шляхом аварії моторного транспортного засобу	4	4	–	3	1
Навмисне самоушкодження іншими уточненими засобами	22	13	9	20	2
Навмисне самоушкодження неуточненими засобами	7	5	2	6	1

Отримані дані вказують, що рівень смертності населення в результаті навмисного самоушкодження в 2,02 раза вищий серед сільського населення, ніж міського, та серед чоловіків у 1,37 раза вищий, ніж серед жінок.

Вивчено дані про смертність населення з визначенням місця та статі в результаті навмисного самоушкодження по регіонах. Отримані дані наведено в таблиці 2.

Аналіз наведених у таблиці 2 даних вказує на достовірні відмінності по регіонах України як у кількості померлих осіб внаслідок навмисного самоушкодження, так і в співвідношенні померлих залежно від місця проживання (місто, сільська місцевість) та статі (чоловіки, жінки).

Таблиця 2. Дані про смертність населення України по регіонах залежно від місця проживання і статі померлих, 2014 р. (абс.)

Регіон	Всього	Місце проживання		Стать	
		місто	село	чоловіча	жіноча
Вінницька	383	102	281	306	77
Волинська	157	56	101	132	25
Дніпропетровська	749	552	197	594	155
Житомирська	273	119	154	238	35
Закарпатська	167	43	124	129	38
Запорізька	455	297	158	362	93
Івано-Франківська	174	61	113	144	30
Київська	357	152	205	290	67
Кіровоградська	290	132	158	230	60
Львівська	170	75	95	149	21
Миколаївська	299	159	140	242	57
Одеська	583	295	288	478	105
Полтавська	380	181	199	301	79
Рівненська	156	46	110	134	22
Сумська	316	155	161	248	68
Тернопільська	116	29	87	98	18
Харківська	254	128	126	204	50
Херсонська	305	154	151	238	67
Хмельницька	288	88	200	233	55
Черкаська	323	131	192	253	70
Чернігівська	266	115	151	226	40
Чернівецька	104	36	68	80	24
м. Київ	143	143	–	107	36

Висновки

Поглиблений аналіз смертності населення України внаслідок навмисного самоушкодження вказав, що рівень цього показника з розрахунку на 100 000 населення складає серед всього населення України – 18,403, серед міських жителів – 13,621, серед сільських жителів – 27,459, серед чоловіків – 31,985, серед жінок – 23,385. Встановлено, що рівень смертності населення в результаті навмисного самоушкодження в 2,02 раза вищий серед сільського населення, ніж міського,

та серед чоловіків у 1,37 раза вищий, ніж серед жінок. Показники мають достовірні відмінності по регіонах країни.

Високий рівень смертності населення внаслідок навмисного самоушкодження потребує розробки в рамках системи громадського здоров'я, міжсекторальної програми її профілактики.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням вікової характеристики загиблих внаслідок навмисного самоушкодження.

Список літератури

1. *Европейская база данных «Здоровье для всех»* [Электронный ресурс]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014. – Режим доступа : http://data.euro.who.int/hfad/shell_ru.html.
2. *Загородній С. М.* Характеристика саморуйнівної поведінки населення України / С. М. Загородній, В. М. Якимець // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 2. – С. 35–39.
3. *Здоровье и системы здравоохранения: [доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г.]*. – Женева : ВОЗ, 2009. – 178 с.
4. *Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг.* Женева : Всемирная организация здравоохранения [Электронный документ], 2013. – Режим доступа : (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-ru.pdf?ua=1 (по состоянию на 20 августа 2014 г.)). – Название с экрана.
5. *Кульчицька Т. К.* Особливості стану здоров'я різних груп населення / Т. К. Кульчицька, Н. О. Кульчицька, Г. В. Лізунова // Матеріали X з'їзду ВУЛТ. – К., 2009. – С. 316–317.
6. *Мировая статистика здравоохранения, 2009 г.* – Женева : ВОЗ, 2009. – С. 100–104.

7. Нуллер Ю. Л. Структура психических расстройств / Ю. Л. Нуллер. – К., 2008. – 139 с.
8. Юрьев Е. Системы психиатрической помощи: возможные модели управления и реформирования / Е. Юрьев // Вестник ассоциации психиатров Украины. – 2003. – № 1–2. – С. 124–138.
9. Forty years of increasing suicide mortality in Poland: undercounting amidst a hanging epidemic? / P. I. Hofer, I. R. Rockett, P. Varnik [et al.] // BMC Public Health. – 2012. – Vol. 11 (12). – P. 644.
10. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. <http://www.euro.who.int/ PubRequest?language=Russian>.
11. Massive increase in injury deaths of undetermined intent in ex USSR Baltic and Slavic countries: Hidden suicides? / P. Varnik, M. Sisask, A. Varnik [et al.] // Scand. J. Public Health. – 2010. – Vol. 38 (4). – P. 395–403.
12. Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark / P. Varnik, M. Sisask, A. Varnik [et al.] // Inj. Prev. – 2012. – Vol. 18 (5). – P. 321–325.
13. WHO mortality database documentation: 1 May 2013 update. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/ healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/, accessed 19 May 2014).

References

1. Yevropeyskaya baza dannykh "Zdorovye dlya vsyekh" [European Health for All database]. (2014). Copenhagen, WHO European regional bureau — Copenhagen, WHO Regional Office for Europe – Retrieved from: http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html. [in Russian].
2. Zahorodniy, S.M. & Yakymets V.M. (2010). Kharakterystyka samoruivnoi povedinky naselennia Ukrainy [Characteristic of self-destructive behavior of the population of Ukraine] *Ukraina. Zdorovia natsii – Ukraine. The Health of the Nation*, 2, 35-39 [in Ukrainian].
3. *Zdorovye i sistemy zdravookhraneniya: [doklad o sostoyanii zdravookhraneniya v Yevrope, 2009] [Health and health systems: [State of health report in Europe, 2009]*. (2009). Geneva: WHO [in Russian].
4. (2013). *Kompleksnyy plan deystviy v oblasti psikhicheskogo zdorovya na 2013–2020 [Comprehensive Mental Health Action Plan for 2013-2020]*. Geneva: WHO. – Retrieved from: (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8.pdf?ua=1, for August 20, 2014) [in Russian].
5. Kulchytska, T.K., Kulchytska, N.O., & Lizunova, H.V. (2009). Osoblyvosti stanu zdorovia riznykh hrup naselennia [Peculiarities of the health of different groups of the population]. *Materialy X zizdu VULT – Materials of the X Congress of VULT*. Kyiv [in Ukrainian].
6. (2009). *Mirovaya statistika zdravookhraneniya, 2009 [World health statistics, 2009]*. Geneva: WHO [in Russian].
7. Nuller, Yu.L. (2008). Struktura psikhicheskikh rasstroystv [Structure of mental disorders]. Kyiv [in Russian].
8. Yuriev, Ye. (2003). Sistemy psichiatricheskoy pomoshchi: vozmozhnyye modeli upravleniya i reformirovaniya [Systems of psychiatric care: possible models of management and reforming]. *Vestn. Assotsiatsii psichiatrov Ukrainy – Journal of Association of Psychiatrists of Ukraine*, 1-2, 124-138 [in Russian].
9. Hofer, P.I., Rockett, I.R., Varnik, P., Etzersdorfer, E., & Kapusta, N.D. (2012). Forty years of increasing suicide mortality in Poland: undercounting amidst a hanging epidemic? *BMC Public Health*, 11 (12), 644.
10. Preventing suicide: a global imperative. (2014). Geneva: World Health Organization. – Retrieved from: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.
11. Varnik, P., Sisask, M., Varnik, A., Yur'Yev, A., Kolves, K., & Leppik, L. (2010). Massive increase in injury deaths of undetermined intent in ex USSR Baltic and Slavic countries: Hidden suicides? *Scand J. Public Health*, 38 (4), 395-403.
12. Varnik, P., Sisask, M., Varnik, A., Arensman, E., Van Audenhove, C., & van der Feltz-Cornelis, C.M. (2012). Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark. *Inj. Prev.*, 18 (5), 321-325.
13. (2013). *WHO mortality database documentation: 1 May 2013 update*. Geneva: World Health Organization. – Retrieved from: (http://www.who.int/ healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/, accessed 19 May 2014).

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ ВСЛЕДСТВИЕ УМЫШЛЕННОГО САМОПОВРЕЖДЕНИЯ

Г.А. Слабкий¹, Н.С. Зацук²

¹ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород, Украина

²ГУ «Украинский институт стратегических исследований Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина

Цель: выучить и проанализировать данные о смертности населения в региональном аспекте вследствие умышленного самоповреждения по месту жительства, статью и способом лишения жизни.

Материалы и методы. Во время выполнения данного исследования были использованы данные Государственного комитета статистики Украины за 2014 г. Методом исследования стал статистический метод.

Результаты. Показатели смертности населения вследствие умышленного самоповреждения в расчете на 100 000 населения складывают среди всего населения Украины – 18,403, среди городских жителей – 13,621, среди сельских жителей – 27,459, среди мужчин – 31,985, среди женщин – 23,385. Показатели имеют достоверные отличия по регионам страны.

Выводы. Высокий уровень смертности населения вследствие умышленного самоповреждения требует разработки в рамках системы общественного здоровья, межсекторальной программы и ее профилактики.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: смертность; умышленное самоповреждение; местожительство; пол; показатели.

ANALYSIS OF POPULATION MORTALITY RATE IN UKRAINE AS THE RESULT OF DELIBERATE SELF-HARM

G.O. Slabkiy¹, N.S. Zashchik²

¹Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

²Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Purpose: to study and analyze the data on population mortality as the result of deliberate self-harm in the place of their residence and sex and the way of the deprivation of life in the regional aspect.

Materials and Methods. The data of the State Committee of Statistics of Ukraine by the year 2014 were used in the course of research. Statistical method was applied in the course of study.

Results. Indices of mortality rate as the result of deliberate self-harm per 100 000 of population equals to 18.403 among the total population of Ukraine, to 13.621 among the city dwellers, to 27.459 among rural residents, to 31.985 among men and to 23.385 among women. Indicators have reliable differences in regions of the country.

Conclusions. The high mortality rate as a result of deliberate self-harm among the population requires the development of intersectoral program for its prevention within the framework of public health system.

KEY WORDS: **mortality; deliberate self-harm; place of residence; sex; indices.**

Рукопис надійшов до редакції 03.07.2018 р.

Відомості про авторів:

Слабкий Геннадій Олексійович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет».

Защик Наталія Сергіївна – пошукач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».

М.А. ЛУЧИНСЬКИЙ, Л.В. ПЯСЕЦЬКА

ТАКТИКА ВИБОРУ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ У ОСІБ ІЗ РІЗНИМИ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИМИ СТАНАМИ ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТАДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
м. Тернопіль, Україна

Мета: обґрунтувати вибір лікувально-профілактичних схем лікування захворювань тканин пародонта в осіб молодого віку залежно від психофізіологічного стану організму.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 48 осіб із запальними захворюваннями тканин пародонта та 52 пацієнти із запально-дистрофічними хворобами цього органа з різним психофізіологічним станом організму, які були поділені на різні лікувальні групи залежно від обраної тактики лікування.

Результати. В основних лікувальних групах були застосовані лікувально-профілактичні комплекси, що включали: гігієнічне навчання та виховання; індивідуальний вибір засобів догляду за порожниною рота з урахуванням індексу гігієни Гріна–Вермільйона, інтенсивності ураження тканин пародонта за індексом РМА, та здійснення професійної гігієни порожнини рота. Схема лікування пацієнтів контрольних лікувальних груп була передбачена діючими стандартами лікування захворювань тканин пародонта.

Висновки. При лікуванні захворювань пародонта у цих осіб важливим етапом є індивідуальна та диференційована розробка і впровадження місцевих та загальних лікувальних заходів з урахуванням клінічного та психосоматичного станів пацієнтів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: психофізіологія; дезадаптація; гінгівіт; пародонтит; молодий вік, лікування.

Епідеміологічні дослідження останніх років свідчать про високу розповсюдженість стоматологічних захворювань в різних статевих, вікових і соціальних групах населення, а також визначають фактори, що впливають на ріст і розвиток стоматологічної захворюваності [1, 5]. Поширеність основних стоматологічних захворювань серед дорослого населення останніми роками має тенденцію до зростання, незважаючи на стрімкий розвиток галузі, що передбачає запровадження у практику новітніх методик і технологій лікування [2].

За даними ВООЗ, захворювання тканин пародонта залишаються не вирішеними сучасною медициною, а їх актуальність визначається великим попитом населення на ефективне лікування цих захворювань, а найголовніше – профілактику виникнення [3, 4]. Роль психологічних характеристик особистості у розвитку та лікуванні стоматологічних захворювань обґрунтована рядом досліджень вітчизняних і закордонних вчених, в яких розглядалися особливості емоційно-особистісної сфери пацієнтів із різною стійкістю до захворювань твердих тканин зубів та пародонта [6–8].

Мета дослідження: обґрунтувати вибір лікувально-профілактичних схем лікування захворювань тканин пародонта в осіб молодого віку залежно від психофізіологічного стану організму.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 48 осіб із запальними захворюваннями

тканин пародонта (ЗЗТП) та 52 пацієнти із запально-дистрофічними захворюваннями тканин пародонта (ЗДЗТП) із різним психофізіологічним станом організму.

Основні лікувальні групи (ОЛГ) включали 27 досліджуваних із запальними захворюваннями тканин пародонта та 32 пацієнти із запально-дистрофічними ураженнями тканин пародонта, де лікування та профілактику захворювань тканин пародонта проводили відповідно до розроблених лікувально-профілактичних комплексів. До контрольних лікувальних груп (КЛГ) увійшли 21 пацієнт із ЗЗТП та 20 осіб з ЗДЗТП. Пацієнти КЛГ отримували лікування та профілактику відповідно до передбачених діючих стандартів лікування генералізованих захворювань тканин пародонта. Місцеві та загальні лікувальні заходи розробляли диференційовано з урахуванням клінічного та психосоматичного станів пацієнтів основних лікувальних груп. Поділ пацієнтів ОЛГ та КЛГ наведено у таблиці 1.

Результати дослідження та їх обговорення. В основних лікувальних групах були застосовані лікувально-профілактичні комплекси, доцільність використання яких була обґрунтована у результаті дослідження, що передбачало: гігієнічне навчання та виховання; індивідуальний вибір засобів догляду за порожниною рота з урахуванням індексу гігієни Гріна–Вермільйона, інтенсивності

Таблиця 1. Поділ пацієнтів на лікувальні групи із захворюваннями тканин пародонта та різним психофізіологічним станом організму

Захворювання пародонта	Групи дослідження	Типи психофізіологічних реакцій дезадаптації				
		Без РПД	РПД	САСК	ГНР	НРЗП
ЗЗТП (n=48)	I основна (ОЛГ) (n=27)	$\frac{6}{22,22\%}$	$\frac{11}{40,74\%}$	$\frac{6}{22,22\%}$	$\frac{2}{7,41\%}$	$\frac{2}{7,41\%}$
	I контрольна (КЛГ) (n=21)	$\frac{4}{19,05\%}$	$\frac{9}{42,86\%}$	$\frac{4}{19,05\%}$	$\frac{2}{9,52\%}$	$\frac{2}{9,52\%}$
ЗДЗТП (n=52)	II основна (ОЛГ) (n=32)	$\frac{5}{15,63\%}$	$\frac{9}{28,13\%}$	$\frac{4}{12,50\%}$	$\frac{8}{25,00\%}$	$\frac{6}{18,74\%}$
	II контрольна (КЛГ) (n=20)	$\frac{3}{15,0\%}$	$\frac{6}{30,0\%}$	$\frac{3}{15,0\%}$	$\frac{4}{20,0\%}$	$\frac{4}{20,0\%}$

Примітки: РПД – реакції психофізіологічної дезадаптації; САСК – соматогенний астеничний симптомокомплекс; ГНР – гострі невротичні розлади; НРЗП – невротичні розлади із затяжним перебігом.

ураження тканин пародонта за індексом РМА, та здійснення професійної гігієни порожнини рота.

Місцеві лікувально-профілактичні заходи в осіб молодого віку із ЗЗТП включали:

- антисептичну обробку порожнини рота за допомогою ополіскувачів, що містять хлоргексидин біглюконат («Perio-AID 0,12 %», «Meridol Med CHX – 0,2 %», «Curaprox Curasept 0,12 %», «Eludril 0,10 %»);

- аплікації на ясна гелю «Perio-AID» у хворих із ЗЗТП проводили:

- 3 процедури щодня; з домашнім використанням упродовж 4 дів при РПД та в осіб без РПД;
- 3–5 процедур щодня; з домашнім використанням упродовж 5 дів при САСК;
- 5–7 процедур щодня; з домашнім використанням упродовж 7 дів при ГНР та НРЗП.

Загальна терапія в осіб молодого віку з ЗЗТП включала:

- для покращення мікроциркуляції тканин пародонта та попередження проникності капілярів – препарат «Аскорутин» призначали:

- по 1 таблетці (0,5 г) 1 раз на добу впродовж 2 тижнів при РПД, САСК та в осіб без РПД;

- по 1 таблетці 2 рази на добу впродовж 1 місяця при ГНР та НРЗП;

- для загального зміцнення організму – препарат «Аевіт» призначали по 1 таблетці (0,5 г) 2 рази на добу:

- протягом 1 місяця при РПД, САСК та в осіб без РПД;

- протягом 3 місяців при ГНР та НРЗП;

- для покращення ремоделювання кісткової тканини призначали препарат «Кальцемін»:

- по 1 таблетці на добу протягом 1 місяця при РПД, САСК та в осіб без РПД;

- по 2 таблетки на добу протягом 1 місяця, з повторним курсом кожні 3 місяця при ГНР та НРЗП.

У пацієнтів із ЗДЗТП місцево, для антисептичної обробки порожнини рота застосовували хлоргексидинмісні ополіскувачі, після чого проводили фотодинамічну терапію (ФДТ) за допомогою апарату для озонотерапії «Ozonumed»:

- по 5 процедур через добу в осіб із РПД та без РПД;

- по 5–6 процедур щодня у хворих із САСК;

- по 6–8 процедур щодня у хворих із ГНР та НРЗП.

Усім особам молодого віку, незалежно від психосоматичного стану організму, рекомендували застосовувати аплікації з гелем «Perio-AID» у домашніх умовах.

У хворих із ЗЗТП загальні лікувальні заходи включали:

- для покращення мембранопротекторних, антигіпоксичних явищ, стимуляції симпатoadреналової системи – препарат «Мілдронат» призначали:

- по 1 капсулі (250 г) 1 раз на добу впродовж 4 тижнів хворим без РПД та з РПД;

- по 1 капсулі 1 раз на добу впродовж 5 тижнів із САСК;

- по 2 капсули 2 рази на добу впродовж 6 тижнів пацієнтам із ГНР та НРЗП;

- для покращення роботи дихальної, серцево-судинної, імунної систем, енергетичного обміну, роботи головного мозку – препарати «Бурштинова кислота» та «Коензим Q10» (дія останнього є більш вираженою) застосовували:

- по 1 таблетці «Бурштинова кислота» 3 рази на добу впродовж 1 місяця в осіб без РПД та з РПД;

- по 1 капсулі «Коензим Q10» 2 рази на добу впродовж 1 місяця у хворих із САСК, ГНР, НРЗП;

- для покращення ремоделювання кісткової тканини – препарат «Остеогенон» призначали:

- по 1 таблетці 2 рази на добу протягом 1 місяця з повторними курсами кожні 6 місяців при РПД та без РПД;

- по 2 таблетки 2 рази на добу протягом 1 місяця з повторними курсами кожні 4 місяці.

Призначення препаратів загальної дії у хворих ОЛГ проводили при консультативній допомозі та під наглядом лікарів-терапевтів.

Пацієнти контрольних лікувальних груп отримували лікувальний комплекс, передбачений діючими стандартами лікування захворювань тканин пародонта (наказ МОЗ від 28.12.2004 № 502).

Схема лікування КЛГ включала: професійну гігієну ротової порожнини, призначення місцево антисептиків, нестероїдних протизапальних препаратів залежно від ступеня тяжкості захворювань тканин пародонта, санацію ротової порожнини, ортодонтичне і хірургічне лікування (за показаннями). За стандартами проводили гігієнічне навчання індивідуальному догляду за порожниною рота, призначали лікувально-профілактичні зубні пасти, що містять антисептики, екстракти лікарських трав, макро- і мікроелементи (у разі наявності рентгенологічних змін у тканинах пародонта), ополіскувачі, що містять антисептики.

Висновки

При лікуванні захворювань пародонта у цих осіб важливим етапом є індивідуальна та диференційована розробка і впровадження місцевих та загальних лікувальних заходів з урахуванням клінічного та психосоматичного станів пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень будуть спрямовані на оцінку результатів застосування розроблених та впроваджених лікувально-профілактичних комплексів у пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта з різним психофізіологічним станом організму в найближчі та віддалені терміни лікування.

Список літератури

1. Григорова А. О. Психофізіологічні реакції у пацієнтів із запальними захворюваннями та з пошкодженнями щелепно-лицьової ділянки: взаємозв'язок з індикаторами функціонального стоматологічного статусу / А. О. Григорова // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2015. – Вип. 2, № 2. – С. 53–59.
2. Дурягіна Л. Х. Ефективність комплексної терапії і профілактики захворювань пародонта у віддалені терміни спостереження за даними психологічного обстеження пацієнтів / Л. Х. Дурягіна, К. М. Косенко, В. А. Вербенко // Вісник стоматології. – 2013. – № 3. – С. 24–29.
3. Кутельмах О. І. Метод лікування генералізованого пародонтиту із застосуванням нанорозмірної композиції Метроксан і гелю Холісал / О. І. Кутельмах // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2013. – Вип. 17, № 1. – С. 176–179.
4. Литовченко І. Ю. Роль психологічного тестування в прогнозуванні захворювань тканин пародонта / І. Ю. Литовченко, Т. О. Петрушанко // Вісник проблем біології і медицини. – 2017. – Вип. 4 (2). – С. 223–225.
5. Психологічні характеристики людини в прогнозуванні хвороб тканин пародонта / Т. О. Петрушанко, І. Ю. Литовченко, М. О. Артюх [та ін.] // Український стоматологічний альманах. – 2014. – № 5–6. – С. 32–34.
6. Череда В. В. Гендерні індивідуально-психологічні характеристики осіб молодого віку залежно від стоматологічного статусу / В. В. Череда // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. – 2014. – № 2 (46). – С. 114–116.
7. Череда В. В. Застосування нових діагностичних методів у прогнозуванні ризику виникнення запальних захворювань пародонта / В. В. Череда, Т. О. Петрушанко // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. – 2015. – Т. 15, Вип. 2. – С. 75–79.
8. Череда В. В. Оцінка ризику розвитку запальних захворювань пародонта в осіб молодого віку із різним стоматологічним статусом / В. В. Череда // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. – 2013. – № 3 (43). – С. 74–77.

References

1. Hryhorova, A.O. (2015). Psykhofiziologichni reaktsii u patsientiv iz zapalnymy zakhvoriuvanniamy ta z poskodzhenniamy shchelepno-lytsovoi dilianky: vzaïmozv'iazok z indykatoramy funktsionalnoho stomatolohichnoho statusu [Psychophysiological reactions among patients with inflammatory diseases and damage to the maxillofacial region: relationship with functional indicators dental status]. *Psykhiatrïia, nevrolohïia ta medychna psykholohïia – Psychiatry, Neurology and Medical Psychology*, 2(2), 53-59 [in Ukrainian].
2. Duriagina, L.Kh., Kosenko, K.M. & Verbenko, V.A. (2013). Efektyvnist kompleksnoi terapii i profilaktyky zakhvoriuvan parodonta u viddaleni termyny sposterezhennia za danymy psykhologichnoho obstezhennia patsientiv [The effectiveness of complex therapy and prophylaxis of periodontal diseases in the long-term observation of the data of psychological examination of patients]. *Visnyk stomatolohii – Herald of Stomatology*, (3), 24-29 [in Ukrainian].
3. Kutelmakh, O.I. (2013). Metod likuvannia heneralizovanoho parodontytu iz zastosuvanniam nanorozmirnoi kompozytsii Metroksan i heliu Kholisal [Treatment of generalized periodontitis with the use of nanosized composition Metroxane and Kholisal gel]. *Visnyk Vinnytskoho natsionalnoho medychnoho universytetu – Journal of Vinnytsia National Medical University*, 17 (1), 176-179 [in Ukrainian].
4. Lytovchenko, I.Yu., & Petrushanko, T.O. (2017). Rol psykhologichnoho testuvannia v prohnozuvanni khvorob tkanyn parodonta [The role of psychological testing in the prognosis of periodontal tissues diseases]. *Visnyk problem biolohii i medytsyny – Bulletin of Problems in Biology and Medicine*, 2 (4), 223-225 [in Ukrainian].
5. Petrushanko, T.O., Lytovchenko, I.Yu., Artiukh, M.O., Chechotina, S.Yu., & Kotelevska, N.V. (2014). Psykhologichni kharakterystyky liudyny v prohnozuvanni khvorob tkanyn parodonta [Psychological characteristics of human in prognosing of parodontium tissues diseases]. *Ukrainskyi stomatoloichnyi almanakh – Ukrainian Dental Almanac*, 5-6, 32-34 [in Ukrainian].
6. Chereda, V. V. (2014). Henderni individualno-psykhologichni kharakterystyky osib molodoho viku zalezno vid stomatolohichnoho statusu [Gender-related individual and psychological characteristics of young adults depending on their oral status]. *Aktualni problemy suchasnoi medytsyny: Ukrainskyi medychnyi stomatolohichnyi akademii – Actual Problems of Modern Medicine: Journal of Ukrainian Medical Stomatological Academy*, 14 (2 (46)), 114-116 [in Ukrainian].

7. Chereda, V.V., & Petrushanko, T.A. (2015) Zastosuvannia novykh diahnostychnykh metodiv u prohnozuvanni ryzyku vynykennia zapalnykh zakhvoriuvan parodonta [New diagnostic techniques to assess risk of inflammatory periodontal diseases]. *Aktualni problemy suchasnoi medytsyny: Visnyk Ukrainської medychnoi stomatolohichnoi akademii – Actual Problems of Modern Medicine: Journal of Ukrainian Medical Stomatological Academy*, 15 (2), 75-79 [in Ukrainian].
8. Chereda, V.V. (2013). Otsinka ryzyku rozvytku zapalnykh zakhvoriuvan parodonta v osib molodoho viku iz riznym stomatolohichnym statusom [The influence of dental status on the risk of inflammatory periodontal diseases in adolescents]. *Aktualni problemy suchasnoi medytsyny: Visnyk Ukrainської medychnoi stomatolohichnoi akademii – Actual Problems of Modern Medicine: Journal of Ukrainian Medical Stomatological Academy*, 3 (43), 74-77 [in Ukrainian].

ТАКТИКА ВЫБОРА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

М.А. Лучинский, Л.В. Пясецкая

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины», г. Тернополь, Украина

Цель: обосновать выбор лечебно-профилактических схем лечения заболеваний тканей пародонта у лиц молодого возраста в зависимости от психофизиологического состояния организма.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 48 человек с воспалительными заболеваниями тканей пародонта и 52 пациента с воспалительно-дистрофическими болезнями этого органа с различным психофизиологическим состоянием организма, которые были разделены на различные лечебные группы в зависимости от выбранной тактики лечения.

Результаты. В основных лечебных группах были применены лечебно-профилактические комплексы, которые включали: гигиеническое обучение; индивидуальный выбор средств по уходу за полостью рта с учетом индекса гигиены Грина–Вермилльона, интенсивности поражения тканей пародонта по индексу РМА, и осуществление профессиональной гигиены полости рта. Схема лечения пациентов контрольных лечебных групп была предусмотрена действующими стандартами лечения заболеваний тканей пародонта.

Выводы. При лечении заболеваний пародонта в этих лиц важным этапом является индивидуальная и дифференцированная разработка и внедрение местных и общих лечебных мероприятий с учетом клинического и психосоматического состояний пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: психофизиология; дезадаптация; гингивит; пародонтит; молодой возраст; лечение.

THE TACTICS SELECTION OF TREATMENT AND PREVENTIONAL MEASURES OF PERIODONTAL DISEASES OF PERSONS WITH DIFFERENT PSYCHOPHYSIOLOGICAL STATES

М.А. Luchynskiy, L.V. Pyasetska

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ternopil, Ukraine

Purpose: to substantiate the choice of treatment and prophylactic schemes for the treatment of periodontal diseases in young age people depending on the psychophysiological state of the organism.

Materials and Methods. The study involved 48 people with inflammatory diseases of periodontal tissues and 52 persons with inflammatory-dystrophic periodontal tissue diseases with different psychophysiological state of the organism, which were divided into four treatment groups depending on the chosen treatment tactics.

Results and Discussion. The result of undertaken studies was that in the main therapeutic groups, therapeutic and prophylactic complexes included: hygiene education and upbringing; an individualized choice of oral care products based on the Green-Vermillion's index of hygiene, the intensity of lesions of periodontal tissues by the PMA index, and the implementation of professional oral hygiene. The treatment scheme for patients of control treatment groups was provided for by the effective standards for the treatment of periodontal tissue diseases.

Conclusions. In the treatment of periodontal diseases in this cohort, an important step is the individual and differentiated development and implementation of local and general therapeutic measures, taking into account the clinical and psychosomatic state of patients.

KEY WORDS: psychophysiology; disadaptation; gingivitis; periodontitis; young age; treatment.

Рукопис надійшов до редакції 22.06.2018 р.

Відомості про авторів:

Лучинський Михайло Антонович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри терапевтичної стоматології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»; тел.: +38(067) 415-60-87.

Пясецька Людмила Василівна – асистент кафедри ортопедичної стоматології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»; тел.: +38(097) 662-59-62.

УДК 614.2:338.2.3(477)
DOI

О.Н. ЛИТВИНОВА, Ю.М. ПЕТРАШИК, К.Є. ЮРІЇВ, Н.О. ТЕРЕНДА, Л.В. ЛИШТАБА,
Н.Я. ПАНЧИШИН

ІННОВАЦІЇ В ДЕРЖАВНІЙ ПОЛІТИЦІ ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
м. Тернопіль, Україна

Мета: визначення інноваційної складової у державному фінансовому гарантуванні медичної допомоги для прогнозу стратегічної рентабельності даної інновації.

Матеріали і методи. Використовуючи бібліосемантичний метод та метод системного аналізу, проаналізовано низку законодавчо-нормативних актів України, спрямованих на реформування системи охорони здоров'я.

Результати. Вивчали особливості інноваційного запровадження в реформу системи охорони здоров'я нової моделі фінансування та державних фінансових гарантій медичної допомоги населенню. Проаналізовано ризики, які можуть виникнути при запровадженні тих чи інших інновацій в систему фінансування медичної допомоги в Україні.

Висновки. Отримані результати можуть бути використані при подальшій розробці стратегічних планів розвитку системи медичної допомоги.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: державні фінансові гарантії; надавачі медичних послуг; уповноважений орган; заклади охорони здоров'я.

В основі реформування системи охорони здоров'я (СОЗ) України лежить реформа системи фінансування даної галузі. 27 грудня 2017 р. Президент України підписав закон «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» (№ 6327) [3]. Отож старт зміни фінансових взаємовідносин у СОЗ даний. Відповідно до цього передбачаються суттєві відмінності у взаємовідносинах усіх суб'єктів СОЗ в Україні.

Мета дослідження: визначення інноваційної складової у державному фінансовому гарантуванні медичної допомоги для прогнозу стратегічної рентабельності даної інновації.

Матеріали і методи. Використовуючи бібліосемантичний метод та метод системного аналізу, проаналізовано низку законодавчо-нормативних актів України, спрямованих на реформування СОЗ.

Результати дослідження та їх обговорення. На сьогодні реакцію на запровадження інновацій в охороні здоров'я можна сміливо розцінювати як єдність і боротьбу протилежностей. Зміни, запропоновані Урядом, зачіпатимуть інтереси як лікаря, так і пацієнта та фондотримачів, виводячи їх усіх на початковому етапі із так званої зони комфорту.

В основу реформи лікувальної ланки СОЗ покладено зміну фінансово-економічної моделі розрахунків. Однак у сьогоднішній ситуації запровадження даних інновацій існують певні ризики, які

можуть спровокувати деякі ускладнення запровадження даних змін, що в кінцевому результаті призведе до погіршення здоров'я людей, що є вельми небажаним наслідком.

Першим реальним кроком у напрямку реформування галузі було ухвалення у квітні 2017 р. Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» (№ 2002-VIII) [6]. Він передбачає впровадження ряду заходів щодо створення мережі державних та комунальних медичних закладів із достатнім рівнем самостійності для ефективного та своєчасного медичного забезпечення населення. Зокрема, законом задекларовано їх фінансову та управлінську автономію, а також встановлено спрощений порядок реорганізації закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) – державних та комунальних установ – у державні підприємства та комунальні некомерційні підприємства. Водночас закон закріплює гарантію того, що кошти, не використані ЗОЗ (крім державних та комунальних установ) у поточному році, не вилучатимуться в них і можуть бути використані на фінансування діяльності закладу (зокрема на оновлення матеріально-технічної бази).

Також закон урегулює окремі питання, пов'язані з договорами про медичне обслуговування населення, які укладатимуться відповідно до

спеціального порядку, затвердженого Кабінетом Міністрів України. Однак, якщо, з одного боку, ЗОЗ отримали певну свободу, то з іншого – існує низка невизначеностей, які стримують її реалізацію. Зокрема, відповідно до згаданого Закону, державні та комунальні ЗОЗ не підлягають приватизації, водночас за організаційно-правовою формою заклади державної власності можуть утворюватися та функціонувати як казенні підприємства або державні установи, як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи [6]. З цього твердження мала б слідувати впевненість у тому, що ЗОЗ буде збережено в тому вигляді, як вони існують. Однак тут же допускається можливість їх репрофілювання.

Наступне протиріччя. У згаданому законі міститься положення про те, що медична допомога надається безоплатно (за рахунок бюджетних коштів) у ЗОЗ та фізичними особами-підприємцями, які отримали відповідну ліцензію [6]. І тут же уточнюється: лише з тими, з ким головний розпорядник бюджетних коштів уклав договори про медичне обслуговування населення. Далі наведено й певні фінансові обмеження: такі договори укладаються лише у межах бюджетних коштів, передбачених на охорону здоров'я на відповідний бюджетний період, на підставі вартості та обсягу послуг із медичного обслуговування, замовником яких є держава або органи місцевого самоврядування. Отож, за умов дефіциту таких коштів, обсяги гарантованої медичної допомоги буде обмежено і скорочено – відповідно до «меж» бюджету. З виключно економічної точки зору – це раціональний і логічний підхід, однак із позицій медицини – це значний ризик. Адже враховуючи неможливість точно спрогнозувати перебіг хвороби пацієнта, прогнози його одужання тощо, запровадження механізмів нормованого розподілу витрат і нормування медичних втручань приховує небезпеку невизначеності. Навіть жорстке запровадження протоколів лікування і нормативне фінансування на їх підставі, можуть значно обмежити здатність лікаря приймати гнучкі рішення щодо лікування пацієнта, і перетворить його з логічно мислячого фахівця на суто технічного виконавця. Такий підхід не лише негативно відіб'ється на оздоровчих показниках діяльності лікувальних закладів, а й спричинить ряд конфліктних ситуацій між пацієнтами та медичними працівниками.

Запропоновані зміни передбачають, що фінансове забезпечення державних та комунальних ЗОЗ (бюджетних установ) здійснюється відповідно до бюджетного законодавства. Отож, аби змінити систему оплати праці медичних працівників, а також усю схему фінансових потоків у галузі (через пропонувану Національну службу здоров'я України), доведеться спочатку внести зміни в бюджетне законодавство.

У згаданому законі йдеться й про те, що вартість медичної послуги розраховується з урахуванням структури витрат, необхідних для надання такої послуги відповідно до галузевих стандартів, а методика її розрахунку затверджується Кабінетом Міністрів України [5]. І тут важливо наголосити на необхідності запровадження єдиної методики ціноутворення в системі медичних послуг або ж розробки єдиних тарифів на них не лише на основі структури витрат. Адже витрати на одну і ту ж послугу будуть різними – залежно від вартості використовуваного обладнання, рівня амортизаційних відрахувань, вартості комунальних платежів, які відрізняються у регіонах тощо. Для прикладу наведу тарифи, розраховані в одному із закладів охорони здоров'я м. Кропивницького [7]. Особливу увагу привертає розбіжність вартості гінекологічного огляду акушеркою (21 грн 88 коп.) і звичайного медичного огляду лікаря-хірурга (5 грн 34 коп.) при тому, що сам бланк медичної довідки коштує 4 грн 14 коп. Якщо такий «розмах» у межах одного закладу, можна уявити варіабельність цін на медичні послуги по всій території країни!

Не менше питань виникає і стосовно того, де брати кошти. Адже поряд із заявами про безкоштовне обслуговування населення в ЗОЗ, їх запевняють у можливості використовувати кошти, отримані від юридичних та фізичних осіб. В Основах законодавства України про охорону здоров'я у ст. 18 йдеться про те, що «Заклади охорони здоров'я встановлюють плату за послуги з медичного обслуговування, що надаються поза договорами про медичне обслуговування населення, укладеними з головними розпорядниками бюджетних коштів, у порядку, встановленому законом» [4]. Таке твердження потребує дуже великих засторог. Вітчизняна галузь вже стикалася з подібною ситуацією до 1996 р., доки Конституційний Суд України заборонив надавати платні послуги у лікувальних закладах комунальної та державної форм власності. Враховуючи високий рівень невизначеності у вітчизняній медицині, послуг, що надаватимуться поза договорами, ставатиме дедалі більше – кожного разу, як тільки ЗОЗ відчує потребу в додатковому фінансуванні (а це відбуватиметься доволі часто), можна буде розширювати «платний перелік».

Відповідно до законопроекту № 6327 «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг і лікарських препаратів», ухваленого Верховною Радою України у другому читанні, держава гарантує громадянам повну оплату необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, передбачених програмою медичних гарантій (згідно з тарифом, за рахунок коштів Державного бюджету України) [1]. І тут слід розвіяти ілюзії щодо безоплатності медичної допомоги

для громадян. Адже такою вона буде виключно в межах програми медичних гарантій. Медичні послуги та лікарські засоби, що не входять до неї, можуть покриватися хіба що за рахунок коштів Держбюджету, передбачених на реалізацію відповідних державних програм та заходів, а також місцевих бюджетів, медичного страхування, юридичних і фізичних осіб та з інших джерел, не заборонених законодавством. Аналогічно допускається, що органи місцевого самоврядування можуть фінансувати регіональні програми розвитку та підтримки комунальних ЗОЗ (зокрема щодо оновлення їх матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників), а також місцеві програми надання медичних послуг населенню, громадського здоров'я та інші програми, але лише в межах компетенції органів самоврядування.

Обсяг коштів Державного бюджету України, що спрямовуються на реалізацію програми медичних гарантій, щорічно визначатиметься у законі про Державний бюджет України як частка ВВП, але не менше 5 %. Упродовж останніх років на охорону здоров'я в Україні виділялось 3–3,5 % від ВВП [8]. Тож усі розуміють, що матеріальна база галузі нині доведена до кризового стану і збільшення обсягів її катастрофічного недофінансування навіть не в 2 рази не призведе до суттєвого поліпшення ситуації. Наприклад, якщо пацієнт, який звертається в травмпункт із побутовою травмою і потребує невідкладного хірургічного втручання, вимушений витратити понад 5 тис. грн (станом на січень 2018 р.) виключно на медичні засоби та антибіотики, чи може він сподіватися на безкоштовне надання такої допомоги, якщо держава виділятиме на одного пацієнта задекларовані 370 грн (чи 450 грн)? Чи може держава сподіватися на те, що кількість невідкладних звернень настільки поменшає, що вона зможе покрити їх лікування у повному обсязі з цими мізерними коштами? Реалістам же потрібно готуватися до того, що програма гарантованого забезпечення буде дуже обмеженою і пацієнтам доведеться доплачувати за «решту» з власної кишені. А питання чи є у них на це кошти, при найменших зарплатах у Європі, в ракурсі сучасної медичної реформи не вивчається.

Вищенаведені застереги повинна буде вирішувати Національна служба здоров'я України, яку МОЗ створила як центральний орган виконавчої влади, що забезпечуватиме рівний та якісний медичний захист громадян України в межах гарантованого державою пакета медичної допомоги. Аргументуючи необхідність створення такого органу, МОЗ виходить з того, що «чим більше страхових внесків об'єднано в один нефрагментований бюджет (тобто в єдиний пул, з якого оплачуються страхові випадки), тим ймовірніше,

що страховик зможе профінансувати кожний випадок хвороби, не банкрутуючи» [5]. Очевидно, що страховими внесками МОЗ називає частину податків, виділених на систему охорони здоров'я. Та, оскільки, за даними Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України, у 2016 р. на 100 тис. населення країни припадало 172 692,9 хвороб говорити про те, що будемо лікувати хворих за рахунок здорових наразі не доводиться [9].

На думку представників МОЗ, принцип «гроші йдуть за інфраструктурою», а не «за пацієнтом» не створює стимулів для покращення якості медичної допомоги на рівні закладів, і є причиною неефективності існуючої мережі (більшість закладів недостатньо навантажені, основні фонди зношені, медичне обладнання застаріле) [2]. Однак, принцип «гроші йдуть за пацієнтом» також не стане таким стимулом, адже медична послуга за своєю суттю має негативний (або вимушений) попит (хто ж мріє про відвідування лікаря і отримує задоволення від цього процесу?). Тому згаданий принцип стимулюватиме лише приналежності пацієнтів: гарним сервісом, вмовляннями тощо. Медичні заклади всіма силами намагатимуться залучити клієнта, що певною мірою виглядає абсурдно.

У деяких базових аргументах МОЗ щодо створення Національної служби здоров'я також приховані певні ризики. Зокрема, коли йдеться про необхідність консолідувати кошти «для закупівлі послуг на такому рівні, який забезпечить замовнику (розпоряднику бюджетних коштів) достатню ринкову силу, щоб домогтися найкращої ціни за послуги та медикаменти» [5]. Насправді ж це є ознакою монополістичного впливу на ринок медичних послуг. Можливо Національна служба здоров'я України й матиме достатню ринкову силу для того, аби змусити виробників (лікарів та фармацевтів) продавати свої послуги за «найкращими» для служби цінами, але як у цій ситуації почуватимуться самі виробники, скільки вони протримаються на такому ринку і чи вціліє пацієнт між двома вогнями?

Також МОЗ обіцяє, що організація закупівлі медичних послуг буде організована таким чином, щоб їх замовник «був зацікавлений діяти в найкращих інтересах пацієнта, а не в найкращих інтересах постачальника (закладів, лікарів)» [5]. Застереження аналогічні до попереднього пункту. Національна служба здоров'я мала б організувати цей процес так, аби сам постачальник був зацікавлений діяти «в найкращих інтересах пацієнта». А для цього йому потрібно платити не за надану послугу, а за профілактику!

Сумнівним є й намір МОЗ організувати закупівлі медичних послуг у такий спосіб, при якому їх замовник «не мав би фінансового інтересу відмовляти застрахованим особам у виплаті» [5]. Адже, коли організатор цих закупівель (Національна

служба здоров'я) виходитиме виключно із тих обсягів коштів, якими володітиме, тож і закуповуватиме послуги саме на чітко визначену суму. А обсяг послуг визначатиме Уряд, знову ж таки, виходячи з інтересів бюджету, а не потреб пацієнтів.

Обіцянки забезпечити пацієнтам вільний вибір закладів, а постачальникам – конкуренцію, яка мотивуватиме їх до надання більш якісних послуг та впровадження науково обґрунтованих і економічно ефективних методів роботи впирається в іншу перешкоду. Справа в тому, що вільний вибір пацієнтів обмежений специфікою закладу, рівнем надання допомоги в ньому, територіальною доступністю, а в багатьох випадках і завантаженістю того чи іншого закладу тощо. Якість як мотиваційний критерій також дуже відносно поняття, оскільки вона по-різному оцінюється з точки зору пацієнта, лікаря і держави.

Модель використання бюджетних коштів, яка базуватиметься на принципі стратегічних закупівель через єдиного національного страховика дуже схожа на фінансування системи охорони здоров'я за принципом системи Семашка. Адже там також був єдиний централізований бюджет, панував плановий розподіл за чітко визначеними показниками (з тією лише різницею, що тоді це були ліжка). Так само виплати для лікування окремої людини не «прив'язувались» до розміру її індивідуальних внесків. Однак тоді це забезпечувало універсальність та рівність доступу до медичної допомоги, лікар не був зацікавлений ні у кількості пацієнтів, ні у їх захворюванні.

МОЗ України декларує принцип розмежування функцій замовника і постачальника медичних послуг, коли «єдиний національний замовник не володітиме закладами охорони здоров'я та не керуватиме ними» [5].

Якщо єдиний національний замовник оплачує послуги за фактом, відповідно до затрат виробника, тоді логічно, що постачальник буде зацікавлений надавати високотехнологічні та високо-вартісні медичні послуги, бо це збільшуватиме його доходи. Як зробити їх саме такими? Можна проаналізувати досвід Російської Федерації, яка запроваджувала клініко-статистичні групи і оплачувала їх за витратами.

Із проекту Постанови Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України» [5] не зрозуміло, чи входить у вартість медичної послуги утримання закладу охорони здоров'я. Якщо взяти до уваги рекомендацію, що вартість визначатиметься за структурою витрат – тоді входить.

Висновки

Слід застерегти, що коли СОЗ перевести у русло винятково ринкової економіки, вона поводитиметься відповідно до пануючих там ринкових законів і намагатиметься працювати за принципом: «чим більше послуг – тим більше доходів!» Чи ж зможемо тоді назвати наше суспільство гуманним, і чи досягнемо задекларованої мети – здоров'я нації?

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому аналізі та вивченні ринку медичних послуг України.

Список літератури

1. Закон України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» (№ 6327) [Електронний документ]. – Режим доступу : http://ukrainepravo.com/law-making/bill_enacted_into_law/zakon-ukraini-pro-derzhavni-finansovi-garantii-medichnogo-obslugovuvannya-aselennya/ – Назва з екрана.
2. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/359629> Назва з екрана.
3. *Не реформувати* медицину неможливо – Президент підписав Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/news/ne-reformuvati-medicinu-nemozhливо-rezident-pidpisav-zakon-45286> – Назва з екрана.
4. *Основи законодавства України про охорону здоров'я* [Електронний документ]. – Режим доступу : http://protokol.com.ua/ua/osnovi_zakonodavstva_ukraini_pro_ohoronu_zdorov_ua_2/ – Назва з екрана.
5. *Повідомлення* про оприлюднення Проект Постанови Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України» [Електронний документ]. – Режим доступу : http://old.moz.gov.ua/ua/print/Pro_20161020_0.html – Назва з екрана.
6. *Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я (№ 2002-VIII)* [Електронний документ]. – Режим доступу : http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=57374w1.c1.rada.gov.ua/lz/zweb2/webproc34?id=&pf3511=57374&pf35401=419708 – Назва з екрана.
7. *У Кропивницькому* прописали тарифи на послуги для медогляду [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://persha.kr.ua/news/life/98068-u-kropyvnytskomu-propysaly-taryfy-na-poslugy-dlya-medoglyadu/> Назва з екрана.
8. *Частка* видатків місцевих бюджетів у ВВП за січень–березень 2016–2017 р. / бюджетний моніторинг: Аналіз виконання бюджету за січень–березень 2017 р. медогляду [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.ibser.org.ua/sites/default/files/kv_i_2017_monitoring_ukr_0.pdf Назва з екрана.
9. *Щорічна доповідь* про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2017. – 516 с.

References

1. Zakon Ukrainy "Pro derzhavni finansovi harantiyi nadannya medychnykh posluh ta likars'kykh zasobiv" (№ 6327) [The Law of Ukraine "On State Financial Guarantees for the Provision of Medical Services and Medicines" (No. 6327)]. – Retrieved from: http://ukrainepravo.com/law-making/bill_enacted_into_law/zakon-ukraini-pro-derzhavni-finansovi-garantii-medichnogo-obslugovuvannya-naselennya/ [in Ukrainian].
2. Kontsepsiia reformy finansuvannia systemy okhorony zdorovia Ukrainy [Concept of the reform of the financing of the health care system of Ukraine]. – Retrieved from: <http://www.apteka.ua/article/359629> [in Ukrainian].
3. Ne reformuvaty medytsynu nemozhlyvo – Prezydent pidpysav Zakon "Pro derzhavni finansovi harantii medychnoho obsluhovuvannia naselennia" [It is impossible to reform medicine. - The President signed the Law "On State Financial Guarantees of Public Health Services"]. – Retrieved from: <http://www.president.gov.ua/news/ne-reformuvati-medicinu-nemozhlyvo-prezident-pidpisav-zakon-45286> [in Ukrainian].
4. Osnovy zakonodavstva Ukrainy pro okhoronu zdorovia [Fundamentals of Ukrainian Health Protection Law]. – Retrieved from: http://protokol.com.ua/ua/osnovi_zakonodavstva_ukraini_pro_ohoronu_zdorov_ya_2/ [in Ukrainian].
5. Povidomlennia pro opryliudnennia Proekt postanovy Kabinetu Ministriv Ukrainy "Pro utvorennia Natsionalnoi sluzhby zdorovia Ukrainy" [Notification on Publication Draft Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine "On the Establishment of the National Health Service of Ukraine"]. – Retrieved from: http://old.moz.gov.ua/ua/print/Pro_20161020_0.html [in Ukrainian].
6. "Pro vnesennia zmin do deiakykh zakonodavchykh aktiv Ukrainy shchodo udoskonalennia zakonodavstva z pytan diialnosti zakladiv okhorony zdorovia" (№ 2002-VIII) ["On Amendments to Certain Legislative Acts of Ukraine on Improving Legislation on the Activities of Health Care Institutions" (No. 2002-VIII)]. – Retrieved from: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=57374w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc34?id=&pf3511=57374&pf35401=419708 [in Ukrainian].
7. U Kropyvnytskomu propysaly taryfy na posluhy dlia medohliadu [In Kropyvnytskyi, the tariffs for medical surveillance services were registered]. – Retrieved from: <http://persha.kr.ua/news/life/98068-u-kropyvnytskomu-propysaly-taryfy-na-poslugu-dlya-medoglyadu/> [in Ukrainian].
8. Chastka vydatkiv mistsevykh biudzhety u VVP Za sichen – berezen 2016–2017 rokiv /biudzhetni monitorynh: Analiz vykonannia biudzhetu za sichen – berezen 2017 roku medohliadu [Share of expenditures of local budgets in GDP January-March 2016-2017 / budget monitoring: Analysis of budget execution for January-March 2017 in the field of medical examination]. – Retrieved from: http://www.ibser.org.ua/sites/default/files/kv_i_2017_monitoring_ukr_0.pdf [in Ukrainian].
9. (2017). *Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naselennia, sanitarno-epidemichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorovia Ukrainy. 2016 rik* [Annual report on the state of health of the population, the sanitary and epidemiological situation and the results of the healthcare system of Ukraine. 2016]. MOZ Ukrainy, DU "UISD MOZ Ukrainy" [in Ukrainian].

ИННОВАЦИИ В ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ

О.Н. Литвинова, Ю.Н. Петрашик, Е.Е. Юриив, Н.А. Теренда, Л.В. Лиштаба, Н.Я. Панчишин
ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины»,
г. Тернополь, Украина

Цель: определение инновационной составляющей в государственном финансовом обеспечении медицинской помощи для прогноза стратегической рентабельности данной инновации.

Материалы и методы. Используя библиосемантический метод и метод системного анализа, проанализированы ряд законодательно-нормативных актов Украины, направленных на реформирование системы здравоохранения.

Результаты. Изучали особенности инновационного внедрения в реформу системы здравоохранения новой модели финансирования и государственных финансовых гарантий медицинской помощи населению. Проанализированы риски, которые могут возникнуть при внедрении тех или иных инноваций в систему финансирования медицинской помощи в Украине.

Выводы. Полученные результаты могут быть использованы в дальнейшей разработке стратегических планов развития системы медицинской помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: государственные финансовые гарантии; поставщики медицинских услуг; уполномоченный орган; учреждения здравоохранения.

INNOVATES IN THE STATE POLICY OF FINANCING MEDICAL AID IN UKRAINE

O.N. Lytvynova, Y.M. Petraschik, K.Y. Yuriiv, N.O. Terenda, L.V. Lishtaba, N.Y. Panchyshyn
I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

Purpose: to determine the innovative component in the state financial guarantee of medical care for the forecast of strategic profitability of this innovation.

Materials and Methods. Using the bibliosemantic method and method of system analysis, a number of legislative and normative acts of Ukraine aimed at reforming the health care system were analyzed.

Results. The peculiarities of innovative introduction of healthcare reform into a new model of financing and state financial guarantees of medical care to the population were studied. The risks that may arise when introducing certain innovations into the system of medical care financing of Ukraine are analyzed. The obtained results can be used for the further development of strategic plans for the development of the medical care system.

Conclusions. The obtained results can be used in further development of strategic plans for the development of the medical care system.

KEY WORDS: state financial guarantees; providers of medical services; providers of health services; reimbursement.

Рукопис надійшов до редакції 14.03.2018 р.

Відомості про авторів:

Литвинова Ольга Несторівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»; тел.: +38(0352) 52-72-33.

Петрашик Юрій Миколайович – кандидат філологічних наук, доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»; тел.: +38(0352) 52-72-33.

Юрїїв Катерина Євгенівна – кандидат медичних наук, старший викладач кафедри патологічної фізіології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»; тел.: +38(0352) 43-12-62.

Теренда Наталія Олександрівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»; тел.: +38(0352) 52-72-33.

Ліштаба Людмила Вікторівна – кандидат медичних наук, асистент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»; тел.: +38(0352) 52-72-33.

Панчишин Наталія Ярославівна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»; тел.: +38(0352) 52-72-33.

В.В. ФРАНЧУК

ЛІКАРСЬКА ПОМИЛКА: ІСТОРИЧНИЙ НАРИС

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна

Випадки судових позовів, пов'язаних із неналежним наданням медичної допомоги, стали помітною проблемою сучасної України.

Мета: встановлення особливостей лікарської помилки в різні історичні періоди.

Матеріали і методи. Ретроспективно розглянуто різноманітні історичні факти, пов'язані з лікарськими помилками.

Результати. Медичні помилки в різні історичні періоди були пов'язані з різним ступенем відповідальності лікарів. Зародки державного регулювання медичної діяльності спостерігались ще в Стародавньому Римі. В еру раннього християнства неналежне лікарювання було підставою для суворої відповідальності лікаря.

Висновки. Проблема професійних помилок супроводжувала медицину з часів її зародження.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **недоліки медичної допомоги; медичні помилки; історичний огляд.**

Однією з актуальних проблем сучасної медицини є несприятливі наслідки професійної медичної діяльності, серед яких прийнято виокремлювати нещасні випадки, лікарські помилки і професійні правопорушення (злочини) медичних працівників. Найчастіше у судово-медичній експертній практиці трапляються лікарські помилки, які являють собою дефект медичної допомоги, пов'язаний з неправильними діями медичного персоналу, але за умови сумлінного ставлення медика до своїх обов'язків, без ознак умислу, злочинної самовпевненості чи злочинного недбалства [5–7].

Кримінальні провадження проти лікарів відкривають зазвичай тоді, коли мала місце скарга пацієнта чи його близьких у правоохоронні органи з приводу неналежного виконання медичним працівником власних професійних обов'язків. Позивачі, як правило, висувають обвинувачення медичним працівникам у несвоєчасній і хибній діагностиці, неправильно обраній тактиці й методах лікування, технічних помилках під час операційних втручань, поганому догляді та незадовільному матеріально-технічному забезпеченні лікарень тощо. І хоча головним чинником подібних скарг є гостра психологічна реакція на несподівану втрату близької людини, яка сталась, наприклад, під час планової операції чи лікування з приводу нескладного захворювання, значна кількість цих скарг зумовлена деонтологічними причинами: неуважним і грубим ставленням, відсутністю співчутливості, поганою комунікацією між хворим й пацієнтом, хворим і його родичами [1, 3, 6, 7].

Великою мірою скарги на неналежну медичну допомогу слід пояснити зростаючою громадянською активністю, збільшенням можливостей

для спілкування у суспільстві внаслідок розвитку соціальних мереж, що позитивно впливає на обізнаність, та інформованість громадян стосовно захисту своїх охоронюваних законом прав на гарантоване отримання кваліфікованої медичної допомоги [6, 7]. З іншого боку, однією з причин виникнення «лікарських справ» є віра людей в чудодійну силу медицини, нерозуміння обмеженості її можливостей у лікуванні, діагностиці та профілактиці захворювань. Тому суспільство до лікарів часто висуває підвищені вимоги, а претензії нерідко бувають не обґрунтованими. Наприклад, у випадках травм, несумісних із життям, чи тяжких захворювань або критичних патологічних станів. Трапляються випадки скарг із боку психічно неврівноважених осіб, з психопатичними відхиленнями, які неадекватно реагують на дійсність, перебільшуючи чи спотворюючи певні факти або дії з боку медичного персоналу. Часто люди у білих халатах стають об'єктами прямих злочинних посягань під час безпосереднього виконання власних професійних обов'язків. Наприклад, внаслідок хуліганства, умисного заподіяння тілесних ушкоджень чи навіть вбивства. Так, за даними Олени Полупан, заступника начальника Управління екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України, загальна кількість зареєстрованих в Україні протиправних посягань на життя та здоров'я медичних працівників лише з системи екстреної і невідкладної медичної допомоги складала 543 випадки, п'ять з яких закінчились інвалідизацією або смертю лікаря або фельдшера [2].

Разом із тим, як вбачається з повсякденної експертної практики, медичні працівники не завжди виконують свої обов'язки професійно, а допускають різноманітні недоліки та дефекти, які згубно впливають на діагностику та лікування й іноді

можуть закінчуватись несприятливо. В цих випадках скарги на неналежну медичну допомогу стають цілком обґрунтованими, а судово-слідчими органами з метою з'ясування усіх обставин медичного інциденту в обов'язковому порядку відкривається кримінальне провадження.

Не зосереджуючись на особливостях лікарських помилок, про що вже було повідомлено раніше [8], з метою з'ясування природи цього несприятливого наслідку медичної діяльності, спробуємо зробити стислий історичний екскурс.

Матеріали і методи. Матеріалом для дослідження стали окремі історичні факти, а також спеціальні класичні та сучасні праці з судової медицини, присвячені проблемам лікарських помилок.

Результати дослідження та їх обговорення. Відповідальність лікарів за їх помилки та недоліки в різні історичні періоди була неоднаковою, суперечливою і залежала від рівня розвитку суспільства, релігійних поглядів, ступеня суспільної моралі, діючих на той час морально-етичних норм і досягнень самої медичної науки. В античні часи лікарювання прирівнювалось до дії надприродної сили. Існувала абсолютна відповідальність цілителя за смерть пацієнта. Намір чи необережність або недосконалість наукових знань ніхто особливо не розрізняв. У кодексі законів стародавнього Вавилонського правителя Хаммурапі була передбачена різна відповідальність лікарів, але залежно від суспільного положення чи кастової приналежності хворого. Так, якщо лікар невдало надавав медичну допомогу вельможі або рабовласнику, то такому лікарю могли відсікти руку чи навіть позбавити життя. Якщо ж невдалим було лікування раба, то медик був зобов'язаний відшкодувати вартість або надати іншого раба.

У Стародавньому Єгипті лікарі були зобов'язані суворо дотримуватись записів і правил «Священної книги». Лікаря звільняли від відповідальності навіть коли хворий вмирав, але за умови, що його лікарювання здійснювалось відповідно до цих правил. Якщо ж лікар порушував передбачені книгою правила, і внаслідок таких його дій виникали негативні наслідки для пацієнта, то такого лікаря могли покарати смертю. Однак, подібні закони могли існувати лише на початку розвитку людства, коли медичні знання обмежувались колом окремих правил.

В античній Греції авторитет лікаря був незаперечний, оскільки мистецтво лікарювання надзвичайно високо цінувалось у суспільстві. Лікування аристократів, багатих негоціантів, землевласників здійснювалось так званими мандруючими медиками, на підставі особистої домовленості або угоди. Раби та біднота були позбавлені будь-якої медичної допомоги. Лікар не міг бути покараним за помилку, якщо хворий помирав «проти волі медика».

У часи Римської імперії лікарська професія була престижною, нею володіли зазвичай жерці та іноземці. Якщо лікар допускав грубі недоліки у своїй діяльності, то відповідно до норм Римського права він отримував покарання, повертаючи, наприклад, гроші за смерть раба, якого неправильно лікував.

Відповідно до законів стародавньої Римської імперії поняття «лікарська помилка» існувало, однак трактувалось неоднозначно і досить фризовольно. Так, до лікарських помилок належали недосвідченість, ненадання медичної допомоги, необережне заподіяння шкоди здоров'ю. Римське право допускало можливість настання смерті пацієнта внаслідок певних об'єктивних причин, наприклад, невиліковності основного захворювання. Цікаво, що за скоєння вбивства, за здійснення штучного переривання вагітності чи кастрацію, за продаж отруйних речовин із метою умиртвіння медики відповідали перед законом так само, як і будь-хто інший. Іншими словами, в Стародавньому Римі вже спостерігали зародки державного регулювання медичної діяльності.

Щодо епохи раннього християнства, то невдале лікарювання в ті часи підлягало суворому покаранню. За ненадання медичної допомоги вільним людям у Палестині, для прикладу, передбачали ганебну кару для медика із конфіскацією усього належного йому майна. Якщо ж наслідком невдалих медичних дій під час операції для пацієнта наставало каліцтво, то лікарю відрубували руку.

Таким чином, положення передового римського права розмежовували навмисні та необережні дії лікаря і поступово стали знаходити власне відображення в кримінальних законах Західної Європи. В епоху Середньовіччя католицька церква внаслідок свого граничного догматизму затримувала розвиток науки та природознавства, особливого регресу на цьому етапі розвитку людства зазнали також гуманітарні дисципліни, насамперед – медицина і правознавство. Відповідальність лікарів за невдале медичне втручання розглядали виключно з позицій тодішньої теології.

З часом питання правової відповідальності лікарів більш прискіпливо почали вивчати як правознавці, так і самі лікарі, у зв'язку із чим, необхідність визнання помилки у діях лікаря поступово входить у судову практику європейських країн, з окремим розмежуванням умислу і лікарської помилки.

Напередодні буржуазної революції у Франції в 1789 р., паризький конвент визнав принцип «контрактної угоди» на медичну допомогу між лікарем та хворим, згідно з яким лікар не відповідав за власні помилки, оскільки пацієнт сам його обрав. Після цієї революції був проголошений інший принцип «відсутність злочину, якщо він не передбачений законом», відповідно до якого лікар міг нести відповідальність лише за

правопорушення, скоєні умисно. Цікаво, що саме тоді, у Французькій Республіці було передбачено матеріальне відшкодування з боку лікаря, який допускав грубі помилки.

Лікару Франції під час судового розгляду справ, пов'язаних із неналежним наданням медичної допомоги, мав суттєві привілеї. Він, наприклад, міг з'явитись у суд із своїми колегами, іншими лікарями, які виступали адвокатами, а під час подання цивільного позову, доводити правомірність цього позову мав сам позивач. З цього приводу один із фундаторів вивчення судово-медичних аспектів лікарської помилки, лєнінградський судовий медик Ю. С. Зальмунін повідомив про наступний історичний факт [1]. Прооперувавши хвору (події відносяться до 1900 р.), хірург через власну неухважність залишив в її черевній порожнині обкладальну серветку, яка була знайдена через 19 днів. Пацієнтка померла за 10 місяців після операції. Її батько звернувся із позовом, однак не зміг довести причинно-наслідковий зв'язок між залишенням у тілі хворої чужорідним тілом та її смертю. Суд залишив позов без задоволення та ще й постановив стягнути з позивача 1000 франків (значна для тих часів сума) на користь лікаря за спричинений йому репутаційний збиток.

В інших західноєвропейських державах у разі професійних правопорушень медичних працівників також спостерігали тенденцію до приватних відносин між хворим та лікарем. Зокрема як у Німеччині, так і в Австрійській імперії кримінальна відповідальність лікарів за неправомірні дії або майже повністю була відсутньою, або радше була виключенням, аніж звичайною судовою практикою. Натомість проти лікарів висували велику кількість цивільних позовів щодо відшкодування збитків, завданих неналежним лікарюванням. За цих обставин встановлення причинно-наслідкових зв'язків між помилкою лікаря і негативними наслідками було обов'язком не суду, а позивача. Цікаво, що за умови щонайменшої винуватості самого пацієнта у несприятливому кінці, відповідальність з лікаря знімали.

У допетровський період розвитку судової медицини України лікарювання прирівнювали до «волхвування та чародійства». За шкоду, заподіяну неналежним лікуванням, лікар ніс безумовну відповідальність.

Пізніше, у часи Російської імперії, законодавча політика царського уряду була спрямована

на укріплення приватної практики, основаної на комерційній угоді між хворим і лікарем, і не передбачала кримінальної відповідальності, а лише виховні міри адміністративного чи морального спрямування. В Уложенні про покарання (з 1885 р.), як повідомляє І. Ф. Огарков, лікарю було заборонено займатись медичною практикою, в разі доведення серйозних помилок, а за спричинення тяжкої шкоди для здоров'я передбачено церковне покаяння [3].

Відповідно до Уставу кримінального судочинства лікарські справи підлягали насамперед оцінці уже діючих на той час лікарських управ чи медичних рад.

Відомий громадський діяч Великої Британії, сестра милосердя, основоположниця першої в світі школи медсестер Флоренс Найтінгейл у 1865 р. вперше розпочала піднімати питання про захворювання, пов'язані безпосередньо з лікуванням [10]. А у 1910 р. відомий американський професор медицини Абрахам Флекснер, який займався проблемами реформування медицини, під час свого виступу на Конгресі приділив основну частину своєї доповіді проблемам низької якості надання медичної допомоги в лікувальних закладах США і запропонував конкретні заходи щодо покращення системи організації медичної допомоги [9].

Апогей інтересу до проблеми лікарських помилок стався в 1950–1960 рр. у США та країнах Європи, коли було проведено цілу низку фундаментальних досліджень, в тому числі й судових медиків, що виявило глибину і масштабність негативних і побічних явищ від неправильного чи помилкового лікування [4].

Висновки

Проблема професійних помилок лікарів супроводжувала медицину з часів її виникнення. Лікарі, які допускали помилки, зазвичай несли відповідальність, яка в різні історичні періоди була неоднаковою. Ще з античних часів у суспільстві існувало розуміння особливостей медичної діяльності, одна з яких полягала у допустимості професійної помилки.

Перспективи подальших досліджень пов'язані зі встановленням особливостей лікарських помилок у країнах ЄС, США та Азії порівняно з медично-правовою характеристикою неналежної медичної допомоги в Україні.

Список літератури

1. Зальмунін Ю. С. Врачебные ошибки и ответственность врачей (по материалам Ленинградской судебно-медицинской экспертизы) : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. мед. наук / Ю. С. Зальмунін. – Л., 1950. – 19 с.
2. Мартишин О. Захист медичних працівників під час виконання професійних обов'язків: від слова до діла / О. Мартишин // Український медичний часопис. – 2018. – Т. 1, № 1 (123). – С. 13–17.
3. Огарков И. Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них / И. Ф. Огарков. – Ленинград : Медицина, 1966. – 196 с.

4. Понкина А. А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов / А. А. Понкина. – М. : Консорциум специалистов по защите прав пациентов, 2012. – 200 с.
5. Сенюта І. Я. Дефекти надання медичної допомоги: поняття і види / І. Я. Сенюта // Медичне право. – 2017. – № 1. – С. 55–66.
6. Стеценко С. Г. Медичне право України : підручник / С. Г. Стеценко, В. Ю. Стеценко, І. Я. Сенюта ; за заг. ред. проф. С. Г. Стеценка. – К. : Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. – 507 с.
7. Судова медицина. Медичне законодавство : підручник : у 2 кн. / М. В. Банчук, В. Ф. Москаленко, Б. В. Михайличенко та ін. ; за ред. акад. НАМН України, проф. В. Ф. Москаленка, проф. Б. В. Михайличенка. – Кн. 2 : Медичне законодавство: Правова регламентація лікарської діяльності. – К. : ВСВ «Медицина», 2011. – 496 с.
8. Франчук В. В. Лікарська помилка: сучасний погляд на проблему з позиції судово-медичної експертної практики / В. В. Франчук // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2018. – № 2. – С. 17–21.
9. Ramos Domnguez B. N. Calidad de la atencin de salud. Error mdico y seguridad del paciente / B. N. Ramos Domnguez. – Retrieved from: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_3_05/spu10305.htm.
10. Ruffolo D. C. Florence Nightingale, Her Call to Care / D. C. Ruffolo // Retrieved from: http://www.luhs.org/feature/nursing/Images/Nurse_News%20vol1_issue%202.pdf.

References

1. Zalmunin, Yu.S. (1950). Vrachebnye oshybki i otvetstvennost vrachev (po materialam Leningradskoy sudebno-meditsinskoj ekspertizy) [Medical mistakes and responsibility of doctors (based on materials of the Leningrad forensic medical examination)]. *Extended abstract of Candidate's thesis*. Leningrad [in Russian].
1. Martyshyn, O. (2018). Zakhyst medychnykh pratsivnykiv pid chas vykonannya profesiinykh obov'язkiv: vid slova do dila [Protecting healthcare professionals while performing their professional duties: from word to business]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys – Ukrainian Medical Journal*, 1 (123), 13-17 [in Ukrainian].
2. Ogarkov, I.F. (1966). *Vrachebnye pravonarusheniya i ugovnaya otvestvennost za nikh* [Medical crimes and their criminal responsibility]. Leningrad: Meditsina [in Russian].
3. Ponkina, A.A. (2012). *Vrachebnaya oshybka v kontekste zashchity prav patsiyentov* [Medical error in the context of patient rights protection]. Moscow: Konsortsiy spetsialistov po zashchite prav patsyyentov [in Russian].
4. Seniuta, I.Ya. Defekty nadannia medychnoi dopomohy: poniattia i vydy [Defects of medical care provision: notions and types]. *Medychno pravo – Medical Law*, 1 (19), 55-66 [in Ukrainian].
5. Stetsenko, S.H., Stetsenko, V.Yu., & Seniuta, I.Ya. (2008). *Medychno pravo Ukrainy* [Medical Law of Ukraine]. Kyiv: "Pravova iednist".
6. Banchuk, M.V., Moskalenko, V.F., & Mykhailychenko B.V. (2011). *Sudova medytsyna. Medychno zakonodavstvo* [Forensic medicine. Medical legislation]. Kyiv: VSV "Medytsyna" [in Ukrainian].
7. Franchuk, V.V. (2018). Likarska pomylka: suchasnyi pohliad na problemu z pozytsii sudovo-medychnoi ekspertnoi praktyky [Medical error: Present day attitude regarding the issue from the angle of forensic medical practice]. *Zdobutky klinichnoi i eksperymentalnoi medytsyny – Achievements of Clinical and Experimental Medicine*, 2, 17-21 [in Ukrainian].
8. Ramos Domnguez, B.N. Calidad de la atencin de salud. Error mdico y seguridad del paciente. – Retrieved from: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_3_05/spu10305.htm.
9. Ruffolo, D.C. Florence Nightingale, Her Call to Care. – Retrieved from: http://www.luhs.org/feature/nursing/Images/Nurse_News%20vol1_issue%202.pdf.

ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА: ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК

V.V. Franchuk

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины», г. Тернополь, Украина

Случаи судебных исков, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, стали серьезной проблемой современной Украины.

Цель: установление исторических особенностей врачебной ошибки.

Материалы и методы. Ретроспективно исследованы различные исторические факты, связанные с врачебными ошибками.

Результаты. Медицинские ошибки в различные исторические периоды были сопряжены с различной степенью ответственности врачей. Зачатки государственного регулирования медицинской деятельности наблюдались уже в Древнем Риме. В эру раннего христианства неправильное врачевание было основанием для серьезной ответственности врача.

Выводы. Проблема профессиональных ошибок сопровождала медицину со времён её зарождения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: недостатки медицинской помощи; медицинские ошибки; исторический обзор.

MEDICAL ERROR: HISTORICAL REVIEW

V.V. Franchuk

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

Purpose: to evaluate a notion "medical error" retrospectively.

Materials and Methods. A retrospective review of some historical facts was performed.

Results and Discussion. A problem of medical error in different historical periods was associated with different responsibility of medical practitioners.

In ancient Rome, the germs of state regulation of medical activity have already been observed. Regarding the era of early Christianity, unsuccessful treatment in those days was subject to severe punishment.

Conclusions. The problem of professional medical mistakes has accompanied medicine since its inception.

KEY WORDS: **medical malpractice; medical errors; historical review.**

Рукопис надійшов до редакції 26.06.2018 р.

Відомості про автора:

Франчук Валентин Васильович – кандидат медичних наук, доцент кафедри патологічної анатомії з секційним курсом та судовою медициною ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», завідувач курсу судової медицини.

П.О. ТРЕГУБ

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ТА ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЯ

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: вивчити та охарактеризувати чинники, які зумовлюють якість надання медичної допомоги хворим на хронічний панкреатит та їх реабілітації.

Матеріали і методи. Проведено соціологічне опитування, за розробленими анкетами, 300 хворих на хронічний панкреатит та вкопіювання даних із медичної документації: статистичних карт хворих, які вибули зі стаціонару (форма № 066/о).

Результати. Встановлено, що пацієнтам, які хворіють на хронічний панкреатит, недостатньо проводять реабілітаційні заходи, так відсоток охоплення проведеного оздоровлення в санаторії склав лише (34,7±2,8) % хворих, недостатність знань із організації харчування, де лише (50,3±2,9) % у повному обсязі володіють необхідною інформацією, ранкову гімнастику виконують лише (64,0±2,8) %, фізіотерапевтичні методи застосовують тільки (62,7±2,8) %.

Висновки. Отримані дані підтверджують необхідність оптимізації системи надання медико-профілактичної допомоги хворим на хронічний панкреатит та їх реабілітації.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хронічний панкреатит; реабілітація; медико-санітарна допомога.

Організація та вдосконалення медико-санітарної допомоги хворим на хронічний панкреатит та їх реабілітація є актуальним завданням, оскільки забезпечує збереження, зміцнення, покращення стану здоров'я населення, призводить до зниження таких негативних показників, як показники захворюваності, смертності, інвалідності, що знаходить своє відображення в покращенні якості життя населення. Для досягнення завдання зі зміни пріоритету проведення насамперед профілактичних заходів, а не лікування хворих, в Україні у співпраці з Всесвітньою організацією охорони здоров'я було затверджено Концепцію Загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: український вимір». Також в Україні розпорядженням Кабінету Міністрів України від 26 липня 2018 р. № 530-р затверджено Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку.

Диспансеризація відіграє важливу роль в системі організації медичної допомоги хворим на хронічний панкреатит. Якісно організований диспансерний нагляд підвищує ефективність лікування, знижує частоту рецидивів захворювання. Оскільки у хворих спостерігають структурні зміни підшлункової залози, повного відновлення функцій цього органа не відбувається навіть у період після загострення, тому важливо дотримуватися спадкоємності лікарям стаціонару та поліклініки з подальшим проведенням диспансерного нагляду в амбулаторно-поліклінічних умовах та проведенням реабілітаційних заходів в умовах санаторію [1].

У літературі все частіше дослідники ставлять питання щодо необхідності надання психологічної допомоги хворим на хронічний панкреатит. До цього призводять неухильне зростання захворюваності й поширеності хронічного панкреатиту та розвиток загрозливих наслідків як для життя хворого, так і для нормального психосоціального функціонування [3].

Кількість несприятливих психічних розладів серед хворих зростає, у тому числі й серед пацієнтів із хронічним панкреатитом, серед них провідне місце займають розлади тривожно-депресивного спектра, та астено-невротичною симптоматикою, що призводять до виникнення депресивного світосприйняття, що, в свою чергу, негативно впливає на результати лікування та проведення реабілітаційних заходів [4].

Проведення реабілітаційних заходів для хворих на хронічний панкреатит відіграє важливу роль в системі надання лікувально-профілактичної допомоги. У сучасних умовах медична реабілітація – це комплекс лікувальних заходів, що спрямовані на відновлення та розвиток фізіологічних функцій хворого з метою його адаптації до нових умов, що виникли внаслідок захворювання [2].

Мета дослідження: вивчити та охарактеризувати чинники, які зумовлюють якість надання медичної допомоги хворим на хронічний панкреатит та їх реабілітації.

Матеріали і методи. Проведено соціологічне опитування, за розробленими анкетами, 300 хворих на хронічний панкреатит та вкопіювання даних із медичної документації: статистичних карт хворих, які вибули зі стаціонару (форма № 066/о).

Результати дослідження та їх обговорення.

Основним завданням первинної ланки надання медичної допомоги є рання діагностика та лікування захворювання. Відомо, що вчасно та якісно надана первинна допомога дозволяє в разі покращити прогноз та знизити ймовірність розвитку ускладнень. За даними дослідження, на етапі надання первинної медичної допомоги хворим на хронічний панкреатит за останні 12 місяців кількість візитів через прояви цього захворювання здійснено до дільничного терапевта (сімейного лікаря) в середньому 3,6 рази, жодного разу (19,3±2,3) %, 1–3 рази (17,3±2,2) %, 4 рази та більше (63,0±2,8) %. При цьому для планового контролю захворювання в середньому 2 рази, жодного (20,3±2,3) %, 1–3 рази (70,3±2,6) %, 4 та більше (9,7±1,7) %.

До лікаря-гастроентеролога за останні 12 місяців кількість візитів через прояви захворювання на хронічний панкреатит здійснено в середньому 2,4 рази, жодного разу (22,0±2,4) %, 1–3 рази (53,0±2,9) %, 4 рази (25,0±2,5) %. Для планового контролю захворювання в середньому 1,3 рази, жодного разу (26,0±2,5) %, 1–3 рази (74,0±2,5) %.

Після встановлення діагнозу «хронічний панкреатит» хворого відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації необхідно направити до лікаря-гастроентеролога для підтвердження діагнозу. Було направлено (82,7±2,2) % опитаних, не направленими виявились (17,3±2,2) %.

Важливу роль в ефективності лікування хронічного панкреатиту відіграє якісний диспансерний облік. За отриманими результатами дослідження, диспансерному обліку підлягають (70,7±2,6) %, не підлягають (29,3±2,6) %. Серед тих, хто перебуває на диспансерному обліку в лікаря-гастроентеролога (64,2±3,3) %, а у дільничного терапевта (сімейного лікаря) (35,8±3,3) %.

Розробка та надання пацієнту письмових рекомендацій про те, як необхідно стежити за здоров'ям при хронічному панкреатиті має значення для позитивного результату лікування, відновлення та запобігання ускладнень. Так, (71,3±2,6) % вони наявні, не мають рекомендацій (28,7±2,6) %. З тих, хто має письмові рекомендації від лікаря-гастроентеролога (63,1±3,3) %, дільничного терапевта (сімейного лікаря) (35,0±3,3) %, лікаря стаціонару (1,4±0,8) % та лікаря-хірурга поліклініки (0,5±0,5) %. Необхідно відзначити, що про наявність усних рекомендацій відповіли позитивно (99,7±0,3) % опитаних.

Для успішного лікування важливим є те, який прогноз пацієнт має щодо свого захворювання. Отримані дані не дозволяють говорити про позитивність такого важливого показника, так що прогноз благонадійний визначили (15,7±2,1) %,

неблагонадійний – (29,7±2,6) %, не визначились – (54,7±2,9) %. Значно покращити наведені показники та, що більш важливо, змінити ставлення до цього важкого захворювання, що часто призводить до виникнення страху за життя, є робота зі психологом. За даними дослідження, було рекомендовано звернутися до психолога (13,0±1,9) %, при цьому (87,0±1,9) % опитаних такої рекомендації не отримали. До психолога звернулись (11,3±1,8) %, а (88,7±1,8) % залишилися без психологічної допомоги. Покращення свого психологічного стану після роботи зі психологом відзначили (85,3±2) % з тих, хто звернувся до нього. При цьому більшість з опитаних (52,7±2,9) % має бажання та необхідність в психологічній допомозі, відповідно, (47,3±2,9) % відзначили, що такої необхідності не мають.

Важливим при наданні медико-профілактичної допомоги населенню є підвищення рівня гігієнічної культури, залучення його широких верств до процесу зміцнення здоров'я шляхом формування здорового способу життя, що дозволяє в разі покращити результати надання допомоги населенню, у тому числі й хворим на хронічний панкреатит. Такі завдання виконують центри здоров'я. Так, (15±2,1) % зверталися до центрів здоров'я, відповідно, (85±2,1) % такої можливості не мали. З тих, хто звертався в цей заклад (97,8±2,2) % відзначають надання їм допомоги, допомоги не отримали (2,2±2,2) %. Але всі зазначають про виконання ними рекомендацій, отриманих у центрі здоров'я.

Бригадою швидкої медичної допомоги було доставлено (69,3±2,7) % опитаних, іншими шляхами – (30,7±2,7) %. Отримано дані щодо часу приїзду швидкої: 10–30 хв (96,7±1,2) %; 30–60 хв (2,9±1,2) %; більше 1 год (0,5±0,5) %. Першу допомогу надавав лікар швидкої (86,1±2,4) %, допомога не надавалася (13,9±2,4) % з тих, хто викликав швидку. Покращення свого стану відзначають (65,9±3,3) %, а відсутність покращення (34,1±3,3) % після надання допомоги лікарем швидкої.

Оскільки важливо вчасно надати допомогу з моменту погіршення стану та госпіталізувати при потребі хворого, можна відзначити, що (47,7±2,9) % були госпіталізовані через 5–10 год із моменту погіршення, (45,7±2,9) % до 5 год та (6,7±1,4) % після того, як пройшло 10 год та більше.

Необхідно навчити пацієнта самостійно попереджувати загострення захворювань, а особливо це стосується хронічного панкреатиту. З огляду на це, (70,3±2,6) % знають як це зробити, а (29,7±2,6) % – ні. При чому (91,7±1,6) % мають письмовий план приймання лікарських засобів у період загострення, а (8,3±1,6) % – не мають. При загостренні, що призвело до госпіталізації в стаціонар, письмовий план приймання лікар-

ських засобів мали при собі (76,7±2,4) %, не мали – (23,3±2,4) %.

Загострення, що призвело до госпіталізації хворого в стаціонар лікарні, розпочалося вдома у (72,3±2,6) %, на робочому місці в (17,7±2,2) %, на вулиці – (7,0±1,5) %, в іншому місці – (3,0±1,0) %. Залежно від часу це сталося зранку в (22,7±2,4) %, вдень – у (44,7±2,9) %, ввечері – у (21,7±2,4) %, вночі – у (11,0±1,8) %. Для зменшення симптомів хворі мають приймати ліки і (68,7±2,7) % опитаних ліки приймали, але покращення не настало, (14,0±2) % ліків із собою при загостренні не мали, (1,3±0,7) % відзначають, що в аптеці ліки були відсутні, а (6,7±1,4) % – не купили. У домашній аптечці є ліки, що необхідні при загостренні у (78,7±2,4) %, немає – у (21,3±2,4) % опитаних.

У стаціонар лікарні хворі на хронічний панкреатит були доставлені машиною швидкої медичної допомоги у (70,3±2,6) % випадках, самозвернення склало (24,3±2,5) %, за направленням дільничного терапевта (сімейного лікаря) (3,3±1,0) % та за направленням лікаря-гастроентеролога (2,0±0,8) %.

За останні 12 місяців кількість госпіталізацій з приводу захворювання на хронічний панкреатит, за результатами опитування, така: жодної – у (40,7±2,8) %, одна – у (21,0±2,4) %, 2 – у (36,7±2,8) %, 3 та більше – в (0,7±0,5) %.

У реабілітації пацієнтів із хронічним панкреатитом важливе місце займає санаторно-курортне відновлення. При цьому відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації санаторно-курортному лікуванню підлягають хворі на хронічний панкреатит у фазі ремісії або нестійкої ремісії. Так, (58,0±2,9) % було рекомендовано оздоровитися в санаторії, (42,0±2,9) % такої рекомендації не отримали. Реабілітацію в санаторії пройшли (34,7±2,8) % хворих, не проходили – (65,3±2,8) %. Серед тих, хто пройшов санаторно-курортне лікування, позитивний ефект для власного здоров'я отримали (98,1±1,3) %, відсутність такого – у (1,9±1,3) %.

Оскільки, крім санаторно-курортного лікування, хворим на хронічний панкреатит обов'язково необхідно стежити за харчуванням, (98,7±0,7) % дотримуються дієти, а (1,3±0,7) % – не дотримуються. При цьому (20,0±2,3) % вказують, що добре знають про наслідки, які будуть, якщо не лікуватися та не дотримуватися дієти, частково знають – (72,7±2,6) %, не знають – (4,7±1,2) % пацієнтів. Як правильно організувати прийом їжі відзначають, що знають в повному обсязі (50,3±2,9) %, частково знають – (47,7±2,9) %, не знають – (2,0±0,8) %.

Рекомендовану мінеральну воду вживають (90,0±1,7) %, не вживають – (10,0±1,7) %. Ранкову гімнастику виконують (64,0±2,8) %, не виконують – (36,0±2,8) %. Фізіотерапевтичні методи

застосовують (62,7±2,8) %, не застосовують – (37,3±2,8) % опитаних.

Довіра до лікаря, який надає медичну допомогу, відіграє важливу роль при лікуванні хворого, так (66,7±2,7) % повністю довіряють лікарю, який лікує, а (33,3±2,7) % – довіряють частково.

Питання задоволеності пацієнта, отриманою медичною допомогою, на різних етапах її надання вкрай актуальне. Так, при наданні допомоги вдома лікарями швидкої медичної допомоги були отримані такі дані: задоволеними були (22,6±2,9) %, частково задоволеними – (73,1±3,1) %, не задоволеними – (4,3±1,4) %. У приймальньому відділенні роботою лікаря цього відділення при госпіталізації задоволені (43,0±2,9) %, частково задоволені – (55,7±2,9) %, не задоволені – (1,33±0,7) %. Роботою лікаря стаціонару повністю задоволені (80,0±2,3) %, частково задоволені – (19,0±2,3) %, не задоволені – (1,0±0,6) %.

В опитуванні також було запропоновано оцінити за 10-бальною шкалою задоволеність організацією діагностичного процесу, лікувального процесу та санітарно-побутовими умовами перебування у стаціонарі. Щодо задоволеності організацією діагностичного процесу отримані такі дані: 3–5 балів надали (2,3±0,9) %, 6–8 балів – (28,7±2,6) %, 9–10 балів – (69±2,7) % опитаних. Задоволеність організацією лікувального процесу: 5–6 балів надали (2,0±0,8) %, 7–8 балів – (22,0±2,4) %, 9–10 балів – (76,0±2,5) %. Санітарно-побутові умови перебування в стаціонарі: 4–6 балів надали (29,7±2,6) %, 7–8 балів – (48,3±2,9) %, 9–10 балів – (22,0±2,4) %.

Лікування хронічного панкреатиту доволі затратне та створює відчутне фінансове навантаження як на пацієнта, так і на його родину. На жаль, лише (17,0±2,2) % вказують на те, що мають можливість придбати всі лікарські препарати, що необхідні для лікування. Відповідно (83,0±2,2) % у повному обсязі такої можливості не мають. Якщо аналізувати за відсотками, то 30 та менше відсотків ліків може купити (25,0±2,5) %, 30–50 – (41,0±2,8) %, 50 – (15,3±2,1) % та 75–100 – (18,7±2,3) % опитаних пацієнтів.

Інформаційна обізнаність пацієнта в питаннях приймання ліків, побічних ефектів від їх приймання, механізму їх дії, є важливою, оскільки дозволяє розуміти необхідність їх приймання. Серед опитаних (44,3±2,9) % повною мірою знають коли необхідно приймати ліки, частково знають – (53,0±2,9) %, не знають – (2,7±0,9) %. Про побічні ефекти від приймання ліків повністю знають (3,3±1,0) %, частково знають – (59,3±2,8) %, не знають – (37,3±2,8) %. Механізм дії ліків знають повністю (2,0±0,8) %, частково – (39,0±2,8) %, не знають – (59,0±2,8) % опитаних.

Для більш детального вивчення надання стаціонарної допомоги хворим на хронічний панкреатит

у ході цього дослідження було проаналізовано 358 статистичних карт хворих, які вибули зі стаціонару (форма № 066/о). За отриманими даними, екстрена госпіталізація була у (39,8±2,6) % випадках, планова – у (60,2±2,6) %. При цьому строки госпіталізації до 6 год у (6,3±1,4) %, 7–24 год – у (26,7±2,5) %, більше 24 год – у (67,0±2,6) % випадках госпіталізації. Вперше цього року по цьому захворюванню госпіталізовані (88,7±1,7) %, повторно – (11,3±1,7) % хворих. Шляхом самозвернення були госпіталізовані (82,7±2,0) % пацієнтів, бригадою швидкої медичної допомоги – (13,7±1,8) %, а за направленням інших медичних закладів – (3,6±1,0) %. Кількість проведених ліжко-днів: 1–5 днів – у (18,8±2,1) % випадках, 6–10 – у (35,0±2,5) %, 11–15 – у (27,5±2,4) %, 16–20 – у (13,7±1,8) %, більше 20 – (5,0±1,2) % випадках госпіталізації. Хірургічне втручання при цій госпіталізації було проведено у (8,1±1,4) %, не проводилося – у (91,9±1,4) %. За результатами лікування, відсоток виписаних здоровими (0,3±0,3) %, з поліпшенням стану – (90,1±1,6) %, без змін – (2,6±0,9) %, а з погіршенням стану – (0,6±0,4) %.

Висновки

1. Виявлено практично повне ігнорування психологічної допомоги хворим на хронічний панкреатит, де звернулися до психолога лише (11,3±1,8) % з опитаних, з них (85,3±2,0) % відзначають покращення після спілкування з психологом, а прогноз власного стану як неблагонадійного – (29,7±2,6) %. При цьому (52,7±2,9) % прагнуть такого спілкування, якби була така можливість.

2. Відзначено низький відсоток охоплення хворих на хронічний панкреатит диспансерним обліком, так лише (70,7±2,6) %, що є недостатнім рівнем динамічного спостереження за здоров'ям хворих. При цьому, в (28,7±2,6) % не

має розроблених рекомендацій про те, як ви повинні стежити за здоров'ям при хронічному панкреатиті.

3. Виявлено практично відсутність в організації медико-профілактичної допомоги хворим на хронічний панкреатит закладів, які забезпечують підвищення рівня гігієнічної культури, залучення його широких верств до процесу зміцнення здоров'я шляхом формування здорового способу життя, що дуже важливо проводити при хронічному панкреатиті, а саме центрів здоров'я. Так, лише (15±2,1) % опитаних звернулися в центр здоров'я.

4. Встановлено, що лікування хронічного панкреатиту несе відчутне фінансове навантаження на бюджет пацієнта та його родини. За отриманими даними, (83,0±2,2) % в повному обсязі не мають можливості придбати всі лікарські препарати, що необхідні для лікування, що, в свою чергу, значно знижує ефективність надання медико-профілактичної допомоги.

5. Встановлено, що пацієнтам, які хворіють на хронічний панкреатит, недостатньо проводять реабілітаційні заходи, так відсоток охоплення проведеного оздоровлення в санаторії склав лише (34,7±2,8) % хворих, відповідно, не проходили (65,3±2,8) %, недостатність знань із організації харчування, де лише (50,3±2,9) % в повному обсязі володіють необхідною інформацією, ранкову гімнастику виконують лише (64,0±2,8) %, фізіотерапевтичні методи застосовують тільки (62,7±2,8) %, що свідчить про необхідність удосконалення системи реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

Перспективи подальших досліджень. Отримані, в результаті проведеного дослідження, дані дають можливість оптимізувати систему надання медико-профілактичної допомоги хворим на хронічний панкреатит та їх реабілітації.

Список літератури

1. *Белякова С. В.* Оценка качества амбулаторного лечения / С. В. Белякова, Е. А. Белоусова // Медицинский совет. – 2014. – № 13. – С. 46–48.
2. *Бондаренко О. А.* Современные возможности медицинской реабилитации больных хроническим панкреатитом на фоне ожирения / О. А. Бондаренко, Ф. Ю. Мухарлямов // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. – 2013. – Т. 8, № 1. – С. 87–90.
3. *Удовлетворенность* медицинской помощью: как измерить и сравнить? / О. С. Кобякова, И. А. Деев, Д. С. Тюфиллин [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – Т. 49, № 3. – С. 1–14.
4. *Шевченко Ю. М.* Клініко-психопатологічні особливості неспсихотичних психічних розладів у хворих на хронічний панкреатит / Ю. М. Шевченко // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, Вип. 4. – С. 118–121.

References

1. Belyakova, S.V., & Belousova, E.A. (2014). Otsenka kachestva ambulatornogo lecheniya [Quality assessment of outpatient treatment]. *Meditsinskiy sovet – Medical Advice*, 13, 46-48 [in Russian].
2. Bondarenko, O.A., & Mugarlyamov, F.Yu. (2013). Sovremennye vozmozhnosti meditsinskoy reabilitatsii bolnykh khronicheskim pankreatitom na fone ozhireniya [Modern possibilities of medical rehabilitation of patients with chronic pancreatitis on the background of obesity]. *Vestnik Natsionalnogo mediko-khirurgicheskogo tsentra im. N. I. Pirogova – Journal of the National Medical and Surgical Center by N.I. Pirogov*, 8 (1), 87-90.

3. Kobyakova, O.S., Deev, I.A., & Tyufilin, D.S. (2016). Udovletvorennost meditsinskoj pomoshchy: kak izmerit i sravnit? [Satisfaction regarding medical aid: how to measure and compare?]. *Sotsialnyye aspekty zdorovyia naseleniya – Social Aspects of Health of Population*, 49 (3), 1-14 [in Russian].
4. Shevchenko, Yu.M. (2014). Kliniko-psykhopatolohichni osoblyvosti nepsykhotychnykh psykhychnykh rozladiv u khvorykh na khronichnyi pankreatyt [Clinical psychopathological non-psychotic psychic disorders in patients with chronic pancreatitis]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal of Psychoneurology*, 22 (4), 118-121 [in Ukrainian].

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ И ИХ РЕАБИЛИТАЦИЯ

П.О. Трегуб

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Цель: изучить и охарактеризовать факторы, которые обуславливают качество оказания медицинской помощи больным хроническим панкреатитом и их реабилитации.

Материалы и методы. Проведен социологический опрос, по разработанным анкетам, 300 больных хроническим панкреатитом и выкопировки данных из медицинской документации: статистических карт, выбывших из стационара (форма № 066/у).

Результаты. Установлено, что пациентам, страдающим хроническим панкреатитом, недостаточно проводят реабилитационные мероприятия, так процент охвата проведенного оздоровления в санатории составил лишь (34,7±2,8) % больных, недостаточность знаний по организации питания, где только (50,3±2,9) % в полном объеме владеют необходимой информацией, утреннюю гимнастику делают лишь (64,0±2,8) %, физиотерапевтические методы применяют только (62,7±2,8) %.

Выводы. Полученные данные подтверждают необходимость оптимизации системы оказания медико-профилактической помощи больным хроническим панкреатитом и их реабилитации.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хронический панкреатит; реабилитация; медико-санитарная помощь.

ORGANIZATION OF HEALTH CARE FOR PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS AND THEIR REHABILITATION

P.O. Trehub

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Purpose: to study and characterize the factors that determine the quality of medical care and rehabilitation of patients with chronic pancreatitis.

Materials and Methods. A sociological poll was conducted on the developed questionnaires of 300 patients with chronic pancreatitis and the copying of data from medical records: statistical cards left from the hospital (f. 066/o).

Results. It has been established that patients suffering from chronic pancreatitis are not adequately rehabilitated, so the percentage of coverage of the health improvement in the sanatorium was only (34.7±2.8) % of patients, insufficient knowledge of catering, where only (50.3±2.9) % volume own the necessary information, morning exercises are only (64.0±2.8) %, physiotherapy methods apply only (62.7±2.8) %.

Conclusions. The data obtained confirm the need to optimize the system of medical and preventive care and rehabilitation of patients with chronic pancreatitis.

KEY WORDS: chronic pancreatitis; rehabilitation; health care.

Рукопис надійшов до редакції 20.06.2018 р.

Відомості про автора:

Трегуб Павло Олегович – аспірант кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету; тел.: +38(096) 664-70-90.

УДК 616.12-008.331.1-06:616.721-018.74-002
DOI

С.І. СМІЯН, Б.О. КОШАК, А.В. БІЛУХА, Д.О. КОШАК

РОЛЬ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА АНКІЛОЗИВНИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
м. Тернопіль, Україна

Мета: встановити роль ендотеліальної дисфункції в розвитку артеріальної гіпертензії у хворих на анкілозивний спондилоартрит.

Матеріали і методи. Обстежено 110 пацієнтів з анкілозивним спондилоартритом, яким проводили оцінку стану ендотелію. До моменту включення в дослідження всі пацієнти отримували базисну антигіпертензивну терапію, котра не змінювалась під час обстеження.

Результати. Встановлено, що практично кожен третій пацієнт хворів на артеріальну гіпертензію, порушення функції ендотелію виявлено у 71,8 % хворих. Достатньо велика когорта обстежених демонструвала знижений рівень ЛПВЩ і підвищений рівень ЛПНЩ. Поряд із тим, виявлено суттєві відмінності за показниками активності захворювання (СРБ, ШОЕ, BASDAI) та функціонального статусу (BASFI) у пацієнтів з артеріальною гіпертензією та без.

Висновки. Можна припустити, що саме дисфункція ендотелію, котра виникає на фоні системного запального синдрому, ймовірно, є основною причиною розвитку артеріальної гіпертензії у пацієнтів з анкілозивним спондилоартритом, адже відмінностей за іншими класичними факторами ССР, окрім дисліпідемій, виявлено не було.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: анкілозивний спондилоартрит; артеріальна гіпертензія; ендотеліальна дисфункція.

Анкілозивний спондилоартрит (АС) – хронічне системне запальне захворювання з переважним ураженням осьового скелета (крижово-клубових, міжхребцевих, реберно-хребтових зчленувань) [1, 9], що належить до групи серонегативних спондилоартритів (СНА) [3, 19]. Відомо, що найпоширенішою патологією серед осіб з АС є серцево-судинна (81 %), котра і є основною причиною смертності даної когорти пацієнтів, що, в свою чергу, становить в 1,5 раза вище популяційного рівня [6].

У даний час підтверджений чіткий взаємозв'язок між наявністю хронічного запального процесу та розвитком дисфункції ендотелію. Дані про взаємозв'язок дисфункції ендотелію та артеріальної гіпертензії (АГ) досі залишаються суперечливими. З одного боку, не викликає сумнівів роль ендотелію в регуляції судинного тонуусу, що дозволяє припустити його участь у патогенезі гіпертензії, з іншого боку, АГ, потенціуючи розвиток оксидантного стресу, є однією з ланок патогенезу самої дисфункції ендотелію [7, 10].

Складність оцінки впливу артеріальної гіпертензії на функцію ендотелію полягає також і в тому, що в більшості випадків пацієнти з есенціальною гіпертензією мають ряд ССР, які самі по собі здатні впливати на стан ендотелію.

Мета роботи: встановити роль ендотеліальної дисфункції в розвитку артеріальної гіпертензії у хворих на анкілозивний спондилоартрит.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 110 пацієнтів. Критеріями включення в дослідження були: достовірний, відповідно до модифікованих Нью-Йоркських критеріїв [2], діагноз АС та аксіального і периферійного спондилоартриту [11, 13], інформована згода пацієнта на участь в дослідженні, вік понад 50 років, наявність псоріазу, хвороби Крона, неспецифічного виразкового коліту, ішемічної хвороби серця, периферійного атеросклерозу, клінічно значущих вад серця (уроджених або набутих), недостатності кровообігу будь-якого генезу, цукрового діабету, тяжкого ураження печінки (активного гепатиту, цирозу), нирок (амілоїдозу чи іншої патології з розвитком хронічної ниркової недостатності), інших хронічних захворювань у фазі загострення (виразкової хвороби, холециститу, пієлонефриту тощо).

Всім пацієнтам, які погодилися взяти участь у дослідженні, проводили загальноклінічне стандартне обстеження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, ЕКГ, рентгенографію та МРТ крижово-клубових зчленувань), біохімічний аналіз крові з ліпідограмою та визначенням гострофазових показників, виявлення HLA B-27, контроль АТ. Клінічну активність недуги визначали за допомогою індексу активності захворювання ASDAS, функціонального індексу BASFI, метрологічного індексу BASMI [2, 5, 13].

Діагноз АГ верифіковано згідно з рекомендаціями ESC/ESH від 2018 р. До моменту включення

в дослідження всі пацієнти отримували базисну антигіпертензивну терапію із застосуванням інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) (8 хворих (36,4 %)), блокаторів β-адренорецепторів (14 хворих (63,6 %)) із комбінованим включенням діуретиків (6 хворих (27,3 %)), що не змінювалась протягом усього дослідження.

З метою оцінки стану ендотелію було проведено оцінку ендотелійзалежної вазодилатації у відповідь на реактивну гіперемію (потокозалежна вазодилатація) за методом, який вперше описав D. Celermajer [4], з використанням ультразвукового комплексу, оснащеного лінійним датчиком. Виконували проби з реактивною гіперемією (ендотелійзалежний стимул) і нітрогліцерином (ендотелійнезалежний стимул) [8]. Ендотелійзалежну вазодилатацію (ЕЗВД) розраховували за формулою $EЗВД = (d60 - d0) \times 100 \% / d0$, де d60 – діаметр плечової артерії через 60 с після відновлення кровообігу, d0 – вихідний діаметр плечової артерії. Ендотелійнезалежну вазодилатацію (ЕНВД) на тлі приймання нітрогліцерину розраховували за формулою: $ЕНВД = (d5 - d0) \times 100 \% / d0$,

де d5 – діаметр плечової артерії через 5 хв після приймання нітрогліцерину, d0 – вихідний діаметр плечової артерії. Для оцінки співвідношення між ЕНВД і ЕЗВД розраховували індекс реактивності (IP) плечової артерії за формулою: $IP = ENVD / EZVD$.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили відомими методами варіаційної статистики у пакеті прикладних програм SPSS22 (©SPSS Inc.).

Результати дослідження та їх обговорення.

Серед пацієнтів, які взяли участь у дослідженні, було 93 (84,5 %) чоловіків (середній вік $34,5 \pm 3,4$) та 17 (15,5 %) жінок (середній вік $38,2 \pm 4,1$) з тривалістю недуги в середньому ($12,2 \pm 3,7$) року, причому I ступінь активності був констатований у 24 хворих (21,8 %), II – у 47 (42,7 %), III – 39 (35,5 %) відповідно (за ASDAS). Результати дослідження функції ендотелію у пацієнтів з АС показали, що знижену ЕЗВД (менше 10 %), що є ознакою дисфункції ендотелію, значно частіше спостерігали серед хворих з АС, і її виявлено у 79 обстежуваних (71,9 %), нормальну ЕЗВД (більше 10 %) виявлено лише у 31 хворого (28,1 %) (рис. 1).

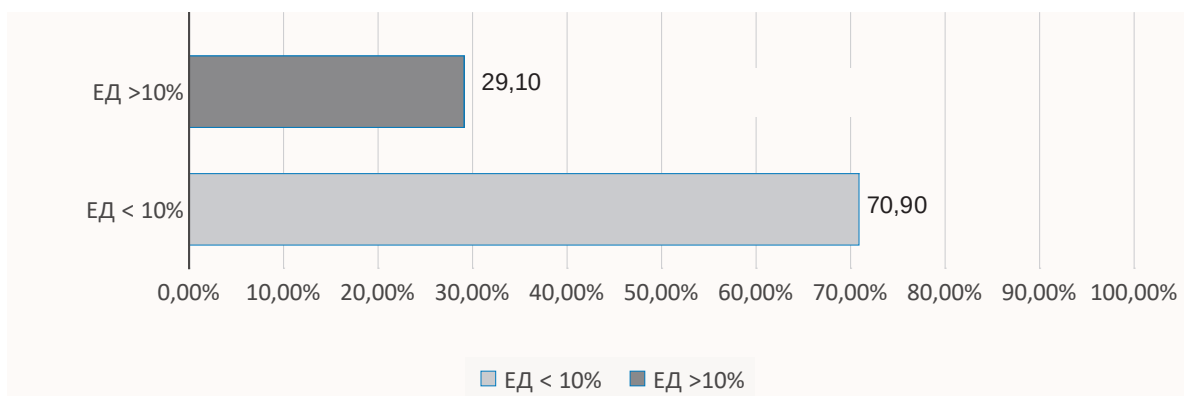


Рис. 1. Розподіл пацієнтів за вазорегулювальною здатністю ендотелію.

Встановлено, що практично кожен третій пацієнт (n=42 (38,2 %)) хворів на АГ, причому частота її реєстрації перевищує поширеність в загальній популяції (в міській – 29,3 %, у сільській розповсюдженість АГ – 36,3 %) [13]. Варто відзначити, що у всіх хворих на АГ (100 %), ЕЗВД становила менше 10 %.

I стадія АГ встановлена у 15 (13,6 %) хворих, II стадія – у 27 (24,6 %), 1 ступінь АГ – у 18 (16,4 %) пацієнтів, 2 ступінь – у 24 (21,8 %) хворих. Показник САТ у середньому становив ($145,78 \pm 17,3$) мм рт. ст., ДАТ – ($85,47 \pm 8,77$) мм рт. ст.

З метою пошуку ключових чинників ризику розвитку АГ (n=42) було проаналізовано різноманітні серцево-судинні фактори ризику та їх поширеність серед обстежених хворих (табл. 1).

Отримані дані демонструють порушення функції ендотелію у 71,8 % хворих. Потовщення комплексу інтима-медіа загальної сонної артерії >1 мм

виявлено в 20,9 % пацієнтів з АС. Висока частота куріння серед пацієнтів з АС може бути пояснена переважанням осіб чоловічої статі. Достатньо велика когорта обстежених демонструвала знижений рівень ЛПВЩ і підвищений рівень ЛПНЩ за умов наявності хворих із гіперхолестеринемією в значно меншій кількості. Класичні ж фактори ризику розвитку захворювань СС системи (надлишкова маса, куріння, сімейний анамнез розвитку захворювань) не перевищували поширеність таких же у загальній популяції.

З метою систематизації чинників ризику АГ у хворих на АС було проаналізовано клініко-лабораторні характеристики пацієнтів та основні СС фактори ризику в пацієнтів залежно від наявності гіпертензії (табл. 2).

Проаналізувавши отримані дані, встановлено, що у хворих на АГ та без, не було виявлено

Таблиця 1. Поширеність традиційних факторів серцево-судинного ризику серед пацієнтів з артеріальною гіпертензією

Ознака	n	%
ЕЗВД <10 %	79	71,8
ТІМ загальної сонної артерії >1 мм	23	20,9
Куріння	24	21,8
Гіперхолестеринемія (ЗХ>5,2 ммоль/л)	34	30,9
Знижений рівень ЛПВЩ (<1 ммоль/л для чоловіків та <1,2 ммоль/л для жінок)	44	40,0
Підвищений рівень ЛПНЩ (>3,0 ммоль/л)	51	46,4
Гіпертригліцеридемія (ТГ>1,7 ммоль/л)	16	14,5
Надлишкова маса тіла (ІМТ>25 кг/м ²)	10	9,9
Сімейний анамнез раннього розвитку серцево-судинних захворювань	15	13,6

Таблиця 2. Клініко-лабораторна характеристика та основні серцево-судинні фактори ризику в пацієнтів залежно від наявності артеріальної гіпертензії

Показник	АГ (-) (n=68)	АГ (+) (n=42)	p
Середній вік, роки	33,7±1,4	34,2±1,8	p=0,65
Тривалість захворювання, роки	7,17±1,1	14,2±2,3	p<0,001
Вік початку захворювання, роки	29,8±5,4	23,5±4,8	p=0,1
Індекс маси тіла, кг/м	22,4±3,5	22,9±3,1	p=0,1
Куріння (абс., %)	21 (30,8)	13 (30,9)	
Анамнез куріння, пачко-роки	8,2±2,1	9,4±1,9	p=0,4
Сімейний анамнез раннього розвитку серцево-судинних захворювань (абс., %)	9 (13,2)	6 (14,3)	
ЗХ, ммоль/л	4,15±0,41	5,51±0,29	p<0,001
ЛПВЩ, ммоль/л	1,21±0,13	0,91±0,08	p<0,001
ЛПНЩ, ммоль/л	2,42±0,14	3,31±0,35	p<0,001
ТГ, ммоль/л	1,18±0,24	1,31±0,38	p=0,4
ІА	2,44±0,23	5,05±0,19	p<0,001
ТІМ сонних артерій, мм	0,77±0,09	0,94±0,07	p<0,001
ЕЗВД, %	9,25±1,04	7,11±0,78	p<0,001
BASDAI, см	5,12±1,74	6,72±1,85	p=0,4
BASFI, см	5,15±0,41	7,42±0,52	p=0,018
С-реактивний білок, мг/л	7,75±0,58	15,24±0,75	p<0,001
ШОЕ, мм/год	14,32±1,24	28,81±4,46	p<0,001

відмінностей за класичними факторами ризику, окрім дисліпідемій та ТІМ, порівняно з пацієнтами без АГ. Поряд із тим, виявлено суттєві відмінності за показниками активності захворювання (СРБ, ШОЕ, BASDAI) та функціонального статусу (BASFI), аналогічні таким, що були виявлені при аналізі порушеної та нормальної ЕЗВД.

Висновки

Можна припустити, що саме дисфункція ендотелію, котра виникає на фоні системного запального синдрому, що було неодноразово

продемонстровано на багатьох клінічних моделях, зокрема ревматоїдному артриті [12], ймовірно, є основною причиною розвитку АГ у хворих на АС, адже відмінностей за іншими класичними факторами ССР, окрім дисліпідемій, виявлено не було.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшій розробці методів оптимізації лікування та діагностики проявів дисфункції ендотелію у хворих на АС з метою запобігання розвитку серцево-судинних захворювань.

Список літератури

1. Hydrogen sulfide and endothelial dysfunction: relationship with nitric oxide / Z. Altaany, F. Moccia, L. Munaron [et al.] // *Curr. Med. Chem.* – 2014. – Vol. 21 (32). – P. 3646–3661.
2. Braun J. Ankylosing spondylitis / J. Braun // *Lancet.* – 2007. – Vol. 369. – P. 1379–1390.
3. Busse R. Endothelium-derived bradykinin: implications for angiotensin-converting enzyme-inhibitor therapy / R. Busse, I. Fleming, M. Hecker // *J. Cardiovasc. Pharmacol.* – 1993. – Vol. 22. – P. 31–36.
4. Celermajer D. S. Non-invasive detection of endothelial dysfunction in children and adults at risk of atherosclerosis / D. S. Celermajer, K. E. Sorensen, V. M. Gooch [et al.] // *Lancet.* – 1992. – Vol. 340. – P. 1111–1115.
5. Chen H. A. Clinical, functional, and radiographic differences among juvenile-onset, adult-onset, and late-onset ankylosing spondylitis / H. A. Chen, C. H. Chen, H. T. Liao // *J. Rheumatol.* – 2012. – Vol. 39. – P. 3–8.
6. Donald J. A. The evolution of nitric oxide signalling in vertebrate blood vessels // J. A. Donald, L. G. Forgan, M. S. Cameron // *J. Comp. Physiol. B.* – 2015. – Vol. 185 (2). – P. 153–171.
7. Arterial stiffness is not increased in patients with short duration rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis / A. J. Dzieża-Grudnik, Sulicka, M. Strach [et al.] // *Blood Press.* – 2017. – Vol. 26 (2). – P. 115–121.
8. Heeneman S. Cardiovascular risks in spondyloarthritides / S. Heeneman, M. J. Daemen // *Curr. Opin. Rheumatol.* – 2017. – Vol. 19. – P. 358–362.
9. Korkmaz H. Early effects of treatment with nebivolol and quinapril on endothelial function in patients with hypertension / I. Karaca, M. Koç // *Endothelium.* – 2008. – Vol. 15 (3). – P. 149–155.
10. Enhancing vascular relaxing effects of nitric oxide-donor ruthenium complexes / M. Paulo, T. M. Banin, F. A. de Andrade, L. M. Bendhack // *Future Med. Chem.* – 2014. – Vol. 6 (7). – P. 825–838.
11. Smith J. A. Update on ankylosing spondylitis: current concepts in pathogenesis / J. A. Smith // *Curr. Allergy Asthma Rep.* – 2015. – Vol. 15 (1). – P. 489.
12. Sokka T. Mortality in rheumatoid arthritis: 2008 update / T. Sokka, B. Abelson, T. Pincus // *Clin. Exp. Rheumatol.* – 2008. – Vol. 26 (51). – P. 356–361.
13. 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis / D. Van der Heijde, S. Ramiro, R. Landewé [et al.] // *Ann. Rheum. Dis.* – 2017. – Vol. 76 (6). – P. 978–991.

Referens

1. Altaany, Z., Moccia, F. & Munaron L. (2014). Hydrogen sulfide and endothelial dysfunction: relationship with nitric oxide. *Curr. Med. Chem.*, 21 (32), 3646-3661.
2. Braun, J. (2007). Ankylosing spondylitis. *Lancet*, 369, 1379-1390.
3. Busse, R., Fleming, I., & Hecker, M. (1993). Endothelium-derived bradykinin: implications for angiotensin-converting enzyme-inhibitor therapy. *J. Cardiovasc. Pharmacol.*, 22, 31–36.
4. Celermajer, D.S., Sorensen, K.E., Gooch, V.M. (1992). Non-invasive detection of endothelial dysfunction in children and adults at risk of atherosclerosis. *Lancet*, 340, 1111-1115.
5. Chen, H.A., Chen, C.H., & Liao, H.T. (2012). Clinical, functional, and radiographic differences among juvenile-onset, adult-onset, and late-onset ankylosing spondylitis. *J. Rheumatol.*, 39, 3-8.
6. Donald, J.A., Forgan, L.G., & Cameron, M.S. (2015). The evolution of nitric oxide signalling in vertebrate blood vessels. *J. Comp. Physiol. B.*, 185 (2), 153-171.
7. Dzieża-Grudnik, A., Sulicka, J., & Strach, M. (2017). Arterial stiffness is not increased in patients with short duration rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Blood Press.*, 26 (2), 115-121.
8. Heeneman, S., & Daemen M.J. (2017). Cardiovascular risks in spondyloarthritides. *Curr. Opin. Rheumatol.*, 19, 358-362.
9. Korkmaz, H., & Koç, M. (2008). Early effects of treatment with nebivolol and quinapril on endothelial function in patients with hypertension. *Endothelium*, 15 (3), 149-155.
10. Paulo, M., Banin, T.M., de Andrade, F.A., & Bendhack, L.M. (2014). Enhancing vascular relaxing effects of nitric oxide-donor ruthenium complexes. *Future Med. Chem.*, 6 (7), 825-838.
11. Smith, J. A. (2015). Update on ankylosing spondylitis: current concepts in pathogenesis. *Curr. Allergy Asthma Rep.*, 15 (1), 489.
12. Sokka, T., Abelson, B., & Pincus, T. (2008). Mortality in rheumatoid arthritis: 2008 update. *Clin Exp Rheumatol.*, 26 (51), 356-361.
13. Van der Heijde, D., Ramiro, S., & Landewé, R. (2017). 2016 update of the ASAS -EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. *Ann. Rheum. Dis.*, 76 (6), 978-991.

РОЛЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

С.И. Смиян, Б.А. Кошак, А.В. Билуха, Д.А. Кошак

ГБУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины», г. Тернополь, Украина

Цель: установить роль эндотелиальной дисфункции в развитии артериальной гипертензии у больных анкилозирующим спондилоартритом.

Материалы и методы. Обследовано 110 пациентов с анкилозирующим спондилоартритом, которым проводили оценку функции эндотелия. К моменту включения в исследование все пациенты получали базисную антигипертензивную терапию, которая не изменялась в ходе исследования.

Результаты. Установлено, что практически каждый третий пациент болел артериальной гипертензией, нарушение функции эндотелия обнаружено в 71,8 % больных. Достаточно большая когорта обследованных демонстрировала пониженный уровень ЛПВП и повышенный уровень ЛПНП. Вместе с тем, выявлены существенные различия по показателям активности заболевания (СРБ, СОЭ, BASDAI) и функционального статуса (BASFI) у лиц с артериальной гипертензией и без.

Выводы. Можно предположить, что именно дисфункция эндотелия, которая возникает на фоне системного воспалительного синдрома, вероятно, является основной причиной развития артериальной гипертензии у пациентов с анкилозирующим спондилоартритом, ведь различий по другим классическим факторам ССР, кроме дислипидемий, обнаружено не было.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: анкилозирующий спондилоартрит; артериальная гипертензия; эндотелиальная дисфункция.

THE ROLE OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN THE DEVELOPMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLARTHROSIS

S.I. Smiyan, B.O. Koshak, A.V. Bilukha, D.O. Koshak

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

Purpose: to establish the role of endothelial dysfunction in the development of arterial hypertension in patients with ankylosing spondylarthritis.

Materials and Methods. A total of 110 patients with AS were examined with evaluation endothelium-dependent vasodilation (EDVD). All patients received antihypertensive therapy which did not change throughout all study.

Results. It was found that every third patient suffered from hypertension, endothelial function disorders were detected in 71.8 % of patients. A large cohort of patients showed low levels of HDL and elevated levels of LDL.

At the same time, significant differences in disease activity and functional status were found in the group with hypertension.

Conclusions. We must assume that endothelial dysfunction, which occurs on the background of systemic inflammatory syndrome, is probably the main reason for the development of hypertension in patients with AS.

KEY WORDS: ankylosing spondylitis; arterial hypertension; endothelial dysfunction.

Рукопис надійшов до редакції 27.06.2018 р.

Відомості про авторів:

Сміян Світлана Іванівна – заслужений діяч науки та техніки України, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 2 ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України».

Кошак Богдан Олександрович – асистент кафедри функціональної та лабораторної діагностики ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України».

Білуха Анастасія Вікторівна – лікар-інтерн Тернопільської університетської лікарні.

Кошак Денис Олександрович – старший лаборант кафедри травматології та ортопедії з військово-польовою хірургією ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України».

Журнал належить до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (розділ «Медичні науки») ДАК України.

Тематична спрямованість журналу: питання державної політики охорони здоров'я; теоретичні основи охорони здоров'я; концептуальні основи реформування галузі; питання профілактики в охороні здоров'я; медико-демографічні та медико-соціологічні дослідження; вивчення та прогнозування здоров'я населення, розробка моделей управління здоров'ям; медичні проблеми здорового способу життя; організація охорони здоров'я населення; питання управління охороною здоров'я; економіка охорони здоров'я, страхова медицина; нормативне, правове, кадрове, інформаційне, матеріально-технічне, фінансове забезпечення системи охорони здоров'я; сучасні медичні технології; проблеми підготовки медичних кадрів та організація післядипломної освіти; організація санітарно-епідеміологічної служби; комплексна інформація системи охорони здоров'я, її правове, інформаційне, програмне і технічне забезпечення; організація наукових досліджень у системі охорони здоров'я та впровадження нововведень; питання історії медицини, медичної етики та деонтології; проблеми організації наукової медичної інформації; організація охорони здоров'я та управління нею в екстремальних умовах; міжнародний досвід з організації охорони здоров'я; міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я тощо.

До редакції (за адресою: 02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3) подаються роботи, що раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал.

Правила подання матеріалу для опублікування

Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, у якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, експертним висновком (внутрішньою рецензією установи) та гарантійним листом про оплату. Якщо матеріал не має гарантійного листа, він не розглядається, автору не повертається, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості. Оплата за публікацію здійснюється установою або автором після рецензування статті згідно окремо надісланого платіжного повідомлення.

На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи усіх авторів, прізвище, ім'я та по батькові (повністю), посада, науковий ступінь, поштова та електронна адреси, номери телефонів (службовий, мобільний).

Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників українською мовою:

- тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, літератури, реферату, не більше ніж 8 с.; оглядів літератури, лекцій, проблемних статей – не більше ніж 12 с.; коротких повідомлень, рецензій – не більше ніж 7 с.);

- списку літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах – не більше ніж 50);

- таблиць;

- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

- рефератів російською, українською та англійською мовами обсягом не більше 175 слів. Текст реферату усіма мовами повинен обов'язково містити назву статті, авторів, установу, мету, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; **обсяг реферату становить не більше 175 слів** (включно з прізвищем автора та назвою статті і установи, у якій працює автор).

Статті набираються на комп'ютері, зберігаються у форматі rtf і подаються у роздрукованому вигляді та на електронному носії/електронною поштою (s.nauka@ukr.net або lisovska@tdmu.edu.ua).

На першій сторінці зазначаються: індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, місто в дужках, назва статті, назва установи, де працюють автори.

Список літератури подається відразу під текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опубліковані російською чи українською мовою, далі іноземних авторів, а також вітчизняних, опубліковані іноземною мовою. Всі джерела повинні бути пронумеровані та мати не більше ніж 5-річну давність. Посилання в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, мають відповідати нумерації у списку літератури. Оформлення бібліографії здійснюється за новим стандартом з бібліографічного опису ДСТУ 7.1:2006. Скорочення слів і їх поєднань наводять згідно з ДСТУ 3582-97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила». **Також автори повинні подати список літератури оформлений за міжнародним стандартом APA (American Psychological Association (APA) Style).**

Текст реферату слід друкувати шрифтом 12 пунктів з міжрядковим інтервалом – 1,5, додержуючись таких розмірів берегів (полів): верхній і нижній – 20 мм, лівий – 25 мм, правий – 10 мм.

Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають бути в чорно-білій гаммі, будуються в тих самих програмах, що і текстовий файл, та подаються разом із текстовим файлом. Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення усіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Нумери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули створюються у редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб Х перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (Х, ХІ). Назви фірм і апаратів слід наводити в оригінальній транскрипції. Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Абревіатура розшифровується після першого згадування і далі по тексту залишається незмінною.

Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

При проведенні досліджень та оформленні статей автори повинні дотримуватися правил біоетики. Статті повинні проходити перевірку на відсутність плагіату і мати відповідний експертний висновок.

Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні матеріалів може бути без пояснення причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

Придбати журнал Ви зможете за передплатою та в роздріб. З приводу придбання звертатися за тел.: (0352) 52-80-09.

Редакційна рада

Редакція журналу «Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України» інформує, що у зв'язку з прийняттям постанови президії Вищої атестаційної комісії України від 15.01.2003 р. № 7-05/1 «Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків ВАК України» до розгляду з приводу надрукування в журналі будуть прийматися тільки ті статті, які відповідають вимогам нижченаведеної постанови.

Бюлетень ВАК України, № 1, 2003
Атестаційний процес: нормативна база

ПРО ПІДВИЩЕННЯ ВИМОГ ДО ФАХОВИХ ВИДАНЬ,
ВНЕСЕНИХ ДО ПЕРЕЛІКІВ ВАК УКРАЇНИ
ПОСТАНОВА
ПРЕЗИДІЇ ВИЩОЇ АТЕСТАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ УКРАЇНИ
від 15.01.2003 р. № 7-05/1

Необхідною передумовою для внесення видань до переліку наукових фахових видань України є їх відповідність вимогам пункту 7 постанови президії ВАК України від 10.02.1999 р. № 1-02/3 «Про публікації результатів дисертацій на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук та їх апробацію». Однак окремі установи-засновники таких видань не дотримуються вимог до складу редакційної колегії видань, не організують належним чином рецензування та відбір статей до друку, не надсилають свої наукові видання до бібліотек, перелік яких затверджено постановою президії ВАК України від 22.05.1997 р. № 16/5, тим самим обмежуючи можливість наукової громадськості знайомитися із результатами дисертаційних досліджень. У зв'язку з цим президія Вищої атестаційної комісії України

ПОСТАНОВЛЯЄ:

1. Попередити установи-засновники наукових фахових видань, що у разі відсутності видань у фондах визначених ВАК бібліотек вони будуть вилучені з переліку наукових фахових видань України, в яких дозволяється друкувати результати дисертаційних досліджень.
2. Установам-засновникам фахових видань оновити склади редакційних колегій так, щоб більшість у них становили фахівці, основним місцем роботи яких є установа-засновник фахового видання.
3. Редакційним колегіям організувати належне рецензування та ретельний відбір статей до друку. Зобов'язати їх приймати до друку у виданнях, що виходитимуть у 2003 р. та у подальші роки, лише наукові статті, які мають такі необхідні елементи: постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями; аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття; формулювання цілей статті (постановка завдання); виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтування отриманих наукових результатів; висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.
4. Спеціалізованим ученим радам при прийомі до захисту дисертаційних робіт захищати статті, подані до друку, починаючи з 2003 р., як фахові лише за умови дотримання вимог до них, викладених у п.3 даної постанови.
5. Встановити обов'язковим подання до ВАК України разом із клопотанням про внесення видання до переліку фахових також копії свідоцтва про державну реєстрацію друкованого засобу у Державному комітеті інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України.
6. Зобов'язати установи, які є засновниками фахових видань, протягом 2003 р. надсилати до ВАК України один контрольний примірник видання із супровідним листом.
7. Експертним радам ВАК України провести до 1 січня 2004 р. аналіз наукового рівня публікацій у фахових виданнях і подати президії ВАК України пропозиції щодо внесення відповідних змін до переліку фахових видань.

Голова ВАК України
Вчений секретар ВАК України

В.В. Скопенко
Л.М. Артюшин

ДО ВІДОМА РЕКЛАМОДАВЦІВ

З 1999 р. видається журнал «Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України».

Тематика журналу:

- питання державної політики охорони здоров'я;
- концептуальні основи реформування галузі;
- дослідження та прогнозування здоров'я населення;
- питання управління, економіки та інформатизації системи охорони здоров'я;
- проблеми підготовки медичних кадрів;
- правове та інформаційне забезпечення галузі тощо.

Крім того, на сторінках журналу розміщуються різноманітні рекламні матеріали.

Періодичність випуску журналу – раз на квартал.

Слід зазначити, що журнал розрахований на керівників закладів охорони здоров'я усіх рівнів (головні лікарі районних, міських, обласних лікарень і санепідемстанцій), співробітників кафедр соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, кафедр і циклів медичної інформатики медичних закладів освіти, науковців-медиків та лікарів різних спеціальностей, студентів вищих медичних закладів освіти та курсантів закладів післядипломної освіти.

Розцінки на розміщення реклами:

кольорова на вклейці: двостороння – 300 у. о., одностороння – 170 у. о.

чорно-біла на аркушах формату А4 – 100 у. о.

рекламні статті – 150 у. о. за 1 авт. арк. (40 000 знаків).

З приводу розміщення Вашої реклами в журналі звертайтеся за телефоном: **(044) 576-41-09; 576-41-19.**

З надією на плідну співпрацю

Головний редактор

О.М. Дзюба

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.93 № 326 «Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики», рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.98 № 297 «Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду», у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного співставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, Український інститут громадського здоров'я МОЗ України (з 2008 р. – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України») пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи), вартість якого становить 120 грн.

Довідки та замовлення за телефонами: **(044) 576-41-19**.

Редактори: Ю.М. Пньова, В.В. Марченко
Художнє оформлення: І.В. Бутенко
Технічний редактор: С.Т. Демчишин
Комп'ютерна верстка: О.І. Пухальська

Підп. до друку 17.07.2018. Формат 60x84/8. Папір офсет.
Друк офсет. Ум. друк. арк. 7,20. Обл.-вид. арк. 7,79. Наклад 600. Зам. № 265