

ЗАСНОВНИКИ

Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»
Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»
Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

Головний редактор журналу – Слабкий Г.О.

Заступники головного редактора – Дзюба О.М., Ждан В.М., Смоланка В.І.

Відповідальний редактор – Ситенко О.Р.

Дизайн і верстка – Кривенко Є.М.

Секретаріат – Белікова І.В. (Полтава), Бутенко І.В. (Київ), Погоріляк Р.Ю. (Ужгород)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Голова редакційної колегії Лехан В.М.

Болдижар О.О.
Вороненко Ю.В.
Гойда Н.Г.
Голованова І.А.
Голубчиков М.В.
Грузєва Т.С.
Децик О.З.

Ковальова О.М.
Котуза А.С.
Лисак В.П.
Любінець О.В.
Мельник П.С.
Нагорна А.М.
Рогач І.М.

Сайдакова Н.О.
Урбаніак Моніка
Фера О.В.
Чепелєвська Л.А.
Черемухіна О.М.
Чопей І.В.
Шатило В.Й.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Голова редакційної ради Запорожан В.М. (Одеса)

Авраменко О.І. (Київ)
Бояр І. (Польща)
Горбенко О.В. (Велика
Британія)
Дудіна О.О. (Київ)
Дудник С.В. (Київ)

Жилка Н.Я. (Київ)
Клименко В.І. (Запоріжжя)
Коваленко О.С. (Київ)
Кудренко М.В. (Київ)
Лашкул З.В. (Запоріжжя)

Лобас В.М. (Красний
Лиман)
Майоров О.Ю. (Харків)
Матюха Л.Ф. (Київ)
Медведовська Н.В. (Київ)

Миронюк І.С. (Ужгород)
Моїсеєнко Р.О. (Київ)
Овоц А. (Польща)
Огнев В.А. (Харків)
Рудень В.В. (Львів)

Ситенко О.Р. (Київ)
Станчак Я. (Словаччина)
Степаненко А.В. (Київ)
Толстанов О.К. (Київ)
Ярош Н.П. (Київ)
Ященко Ю.Б. (Київ)

Журнал включено до Переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук (наказ Міністерства освіти і науки України від 12.05.2015 р. № 528).
Видання індексується Google Scholar та «Україніка наукова».

Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
Протокол № 3 від 27.03.2019 р.

Адреса редакції: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна
Тел./факс: +380 44 576-41-19; 576-41-09

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 21116-10916ПР від 24.12.2014 р.
Підписано до друку 28 березня 2019 р. Загальний наклад 100 прим. Зам. № 4125

Видавець:

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»
Адреса: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна

Видавник:

«СПД ФО «Коломизин В.Ю.»
Свідоцтво про державну реєстрацію В02 № 257914 від 09.12.2002 р.

Надруковано у МВЦ «Медінформ»
03179, м. Київ, вул. Котельникова, 95, тел./факс (044) 501-35-69
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавців,
виготвіників і розповсюджувачів видавничої продукції ДК № 1194 від 15.01.2003 р.

Усі статті рецензовані. 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.

FOUNDERS

Public Establishment "Ukrainian Institute of Scientific Research of Ministry of Health of Ukraine"
Higher State Educational Establishment of Ukraine "Ukrainian Medical Dental Academy"
State University "Uzhhorod National University"

Chief Editor – Slabkiy G.O.

Deputy Chief Editors – Dziuba O.M., Zhdan V.M., Smolanka V.I.

Executive Editor – Sytenko O.R.

Design and layout – Kryvenko Ye.M.

Secretariat – Belikova I.V. (Poltava), Butenko I.V. (Kyiv), Pohorilyak R.Yu. (Uzhhorod)

EDITORIAL COLLEGIUM

Chairman of the Editorial Collegium Lekhan V.M.

Boldyzhar O.O.
Voronenko Yu.V.
Hoida N.G.
Golovanova I.A.
Golubchikov M.V.
Gruzieva T.S.
Detsyk O.Z.

Kovaliova O.M.
Kotuzha A.S.
Lysak V.P.
Liubinets O.V.
Melnyk P.S.
Nahorna A.M.
Rogach I.M.

Saidakova N.O.
Urbaniak Monika
Fera O.V.
Chepelevska L.A.
Cheremukhina O.M.
Chopey I.V.
Shatylo V.Y.

EDITORIAL BOARD

Chairman of the Editorial Board Zaporozhan V.M. (Odesa)

| | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Avramenko O.I. (Kyiv) | Zhylka N.Ya. (Kyiv) | Lobas V.M. (Krasniy Lyman) | Moiseenko R.O. (Kyiv) | Stanchak J. (Slovakia) |
| Boyar I. (Poland) | Klymenko V.I. (Zaporizhzhya) | Maiorov O.Yu. (Kharkiv) | Ovoc A. (Poland) | Stepanenko A.V. (Kyiv) |
| Gorbenko O.V. (Great Britain) | Kovalenko O.S. (Kyiv) | Matiukha L.F. (Kyiv) | Ohniev V.A. (Kharkiv) | Tolstanov O.K. (Kyiv) |
| Dudina O.O. (Kyiv) | Kudrenko M.V. (Kyiv) | Medvedovska N.V. (Kyiv) | Ruden V.V. (Lviv) | Yarosh N.P. (Kyiv) |
| Dudnyk S.V. (Kyiv) | Lashkul Z.V. (Zaporizhzhya) | Myronyuk I.S. (Uzhhorod) | Sytenko O.R. (Kyiv) | Yashchenko Yu.B. (Kyiv) |

The journal is included in the list of scientific professional publications of Ukraine, where the results of the theses for scientific degrees of doctor and candidate of Sciences can be published (Decree of the Ministry of education and science of Ukraine from 12.05.2015, № 528).

The publication is indexed by Google Scholar and "Ukrainika scientific".

It is recommended for print by the Academic Council of the PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine".
Protocol № 3 of 27.03.2019.

Address of the Publisher: lane Volgo-Donskiy, 3, Kyiv, 02099, Ukraine
Tel./fax: +380 44 576-41-19; 576-41-09

Certificate of State registration KB № 21116-10916PR from 24.12.2014

Signed for publication on March 28, 2019. The total circulation is 100 copies. Order № 4125

Editor:

PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine"
Address: lane Volgo-Donskiy, 3, Kyiv, 02099, Ukraine

Publisher:

"SEA NP "Kolomitsyn V.Yu."
Certificate of State registration B02 № 257914 from 09.12.2002

Printed in MEC "Medinform"

03179, Kyiv, Kotelnikova str., 95, tel./fax: +380 44 501-35-69

Certificate of registering the subject of publishing in the State Register of publishers,
manufacturers and distributors of published products DK № 1194 from 15.01.2003

All the articles are peer-reviewed. The authors are responsible for the accuracy of the facts and other information in publications.
Full or partial reproduction in any way of the material published in this Edition, is possible only with the written permission of the Publisher.

ЗМІСТ

Здоров'я населення: тенденції та прогнози

Єрошкіна Т.В., Дерев'яно Д.В.
Основні показники стану здоров'я населення промислового регіону України за роки незалежності 7

Гавловський О.Д.
Рівні тривожності та депресії учасників антитерористичної операції 15

Самойленко А.В., Возна І.В.
Рівень та структура основних стоматологічних захворювань працівників заводу «Дніпроспецсталь» 19

Сливка Я.І., Савка Ю.М., Кентеш О.П., Бугір І.В., Райко О.Ю.
Дослідження психофізіологічного стану студентів з урахуванням ступеня напруження регуляторних систем 23

Бєлорус А.І., Ковальова О.М., Похилько В.І., Кузенкова Г.А.
Частота несприятливих подій, пов'язаних з безпекою новонароджених, та їх зв'язок з летальними випадками 29

Олексюк О.Б., Москвяк-Лєсняк Д.Є.
Оцінка динаміки запобіжної госпіталізації дітей 35

Організація медичної допомоги

Вороненко В.В., Тодуров І.М., Якимець В.М., Слабкий Г.О., Печиборц В.П., Йосипенко І.О., Лисун Д.М.
Потенційні джерела радіонуклідного забруднення та проблемні питання ліквідації медико-санітарних наслідків аварії на Чорнобильській АЕС 40

Назаренко І.І., Якимець В.М., Печиборц В.П., Слабкий Г.О., Іванов В.І., Поліщук А.О.
Проблемні питання психологічної реабілітації ветеранів учасників антитерористичної операції та військовослужбовців операції об'єднаних сил в Україні (аналітичний огляд літератури) 48

Знаменська М.А., Жданова О.В., Слабкий Г.О.
Роль комунікацій в розвитку та діяльності охорони здоров'я: аналітичний огляд міжнародних документів та публікацій 59

Бугро В.І.
Аналіз думки організаторів охорони здоров'я з питань перспектив реформування вторинної медичної допомоги в пілотних регіонах України 67

Лаишкул З.В., Ярова Л.Д.
Організаційно-управлінські аспекти реалізації публічної політики щодо психологічної реабілітації учасників Антитерористичної операції та Операції об'єднаних сил на регіональному рівні 73

Слабкий Г.О., Дудіна О.О., Дудник С.В.
Комплексна оцінка діяльності закладів перинатальної допомоги України 79

Сізінцева Ю.Ю.
Дотримання правових норм в частині збереження інформації про пацієнта при проведенні перевірок у медичному закладі фондом соціального страхування України 88

Таралло В.Л.
Фактори ризику: методика визначення, оцінка, використання в охороні здоров'я 92

Парій В.Д., Грищук С.М., Кукіна Г.О.
Підходи до оцінки медичних технологій на прикладі визначення економічної доцільності профілактики раку шийки матки в Україні шляхом вакцинації від папіломавірусної інфекції 100

Перепадя О.В.
Методичні підходи до експертизи якості діяльності сестринського персоналу закладу охорони здоров'я на підставі індикаторів оцінки якості 110

Чопчик В.Д., Орлова Н.М.
Аналіз стану стоматологічної допомоги населенню м. Києва у медичних закладах комунальної та державної форм власності 120

Щербінська О.С.
Характеристика забезпечення системи охорони здоров'я України лікарями загальної практики-сімейними лікарями 126

Питання демографічного розвитку

Рудень В.В., Ковальська І.М.
**Аналіз і прогноз показників смертності
з причини гострого інфаркту міокарда [I.21]
серед населення в Україні** 131

Наука – практиці охорони здоров'я

Леміш Н.Ю., Бобик Ю.Ю.
**Прогнозування ймовірності
розвитку гестаційного діабету** 140

Клітинська О.В., Зорівчак Т.І., Гасюк Н.В.
**Особливості лікування
гострого пульпіту тимчасових зубів
з урахуванням стадії їх розвитку** 145

Клітинська О.В., Шетеля В.В.
**Обґрунтування вибору пломбувального
матеріалу з урахуванням ступеня
карієсрезистентності емалі зубів у дітей** 150

Фейса С.В.

**Новий індекс оцінки важкості коморбідності
та його використання у пацієнтів із неалкогольною
жировою хворобою печінки, що розвинулася
на фоні порушень вуглеводного обміну,
та супутнім субклінічним гіпотиреозом** 154

Сміянов В.А., Дрига Н.О.

**Перспективи впровадження сучасних
інформаційно-комунікаційних систем
на рівні первинної медико-
санітарної допомоги** 159

Історія медицини

Рогач І.М., Данко Д.В., Ряшко В.І.

**Микола Георгійович Вітенбергер –
ювелір хірургічної справи.
До 110-річчя від дня народження** 167

CONTENT

Health of the population: tendencies and forecasts

Yeroshkina T.V., Derevyanko D.V.
The main indicators of the health of the population of industrial region of Ukraine for the years of independence 7

Gavlovsky A.D.
Levels of anxiety and depression of the participants of the antiterrorist operation 15

Samoilenko A.V., Vozna I.V.
The prevalence of major dental diseases among employees of "Dneprospetsstal" plant 19

Slyvka Ya.I., Savka Yu.M., Kentesh O.P., Buhir I.V., Rayko O.Yu.
Research of psychophysiological state of students using the degree of regulatory systems' tension 23

Bielorus A.I., Kovalova O.M., Pokhylko V.I., Kuzienkova H.A.
Frequency of adverse events related to neonatal safety and their association with lethal cases 29

Oleksiuk O.B., Moskviak-Lesniak D.Ye.
Evaluation of the dynamics of preventable hospitalization of children 35

Organization of health care

Voronenko V.V., Todurov I.M., Yakymets V.M., Dufynets V.A., Pechyborshch V.P., Yosypenko I.O., Lysun D.M.
Potential sources of radionuclide contamination and issues of the elimination of the health consequences of the Chernobyl nuclear disaster 40

Nazarenko I.I., Yakymets V.M., Pechyborshch V.P., Slabkiy G.O., Ivanov V.I., Polischuk A.O.
Problems of psychological rehabilitation of veterans of participants of anti-terrorist operation and military workers of the operation of joint forces in Ukraine (analytical review of literature) 48

Znamenska M.A., Zhdanova O.V., Slabkiy G.O.
The role of communication in development and activity of health care: analytical review of international documents and publications 59

Bugro V.I.
Analysis of the views of health care organizers on the prospects for secondary medical care reforming in the pilot regions of Ukraine 67

Lashkul Z.V., Iarova L.D.
Organizational and managerial aspects of the implementation of public policy for the rehabilitation of participants in the antiterrorist operation and the operation of the combined forces at the regional level 73

Slabkiy G.O., Dudina O.O., Dudnyk S.V.
Complex estimation of activities of perinatal care institutions in Ukraine 79

Sizintsova Yu.Yu.
Compliance with the legal regulations regarding the preservation of patient information when conducting inspections at medical institutions by the Foundation of the Social Insurance Fund of Ukraine 88

Tarallo V.L.
Risk factors: methods of determination, assessment, use in health care 92

Pariy V.D., Hryshchuk S.M., Kukina G.O.
Approaches to the evaluation of medical technologies on the example of determination of economic perception of cancer prevention in Ukraine by vaccination from papillomavirus infection 100

Perepadya O.V.
Methodological approaches to the examination of quality of activity nursing personnel of health care institutions on the basis of quality assessment indicators 110

Chopchik V.D., Orlova N.M.
Analysis of state of dental care to the population of Kyiv in medical institutions of communal and state property 120

Shcherbynska O.S.
Characteristic of health care system provision with general practitioners-family doctors in Ukraine 126

Issues of demographic development

Ruden' V.V., Kovalska I.M.
The analysis and prognosis of mortality indicators due to acute myocardial infarction [I.21] among the population in Ukraine 131

Science for health care practice

Lemish N.Y., Bobik Y.Y.

Prognostication of gestational diabetes development probability 140

Klitynska O.V., Zorivchak T.I., Gasyuk N.V.

The peculiarities of treatment of acute pulpitis of temporary teeth taking into account the stage of their development 145

Klitynska O.V., Shetelia V.V.

The substance of election of filling material with the consideration of the stage of the caries resistance of solid teeth tissues in children 150

Feysa S.V.

A new index for assessment the severity of comorbidity and its using in patients with non-alcoholic fatty liver disease at the background of carbohydrate metabolism disorders and concomitant subclinical hypothyroidism 154

Smiyanov V.A., Dryha N.O.

Perspectives of implementing modern information and communication systems at the primary medical health care level 159

History of medicine

Rogach I.M., Danko D.V., Riashko V.I.

Mikola G. Vityenberger – jeweler of surgery business. Dedicated to 110 anniversary of birth 167

УДК 614.2:314.143(477)

Т.В. Єрошкіна, Д.В. Дерев'янка

Основні показники стану здоров'я населення промислового регіону України за роки незалежності

Дніпровський національний університет ім. Олеся Гончара, м. Дніпро, Україна

Мета – виявлення закономірностей змін та тенденцій у демографічних процесах і соціально обумовленій захворюваності населення промислового регіону України, їх основних причин та можливостей покращення ситуації.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження стали вітчизняні та світові наукові джерела, щорічні збірники статистичних даних Дніпропетровської області та України в цілому з демографічного розвитку і захворюваності населення; щорічні доповіді керівництва країни та МОЗ із цих питань, інформації регіонального бюро ВОЗ; законодавчі документи.

Використано методи дослідження: бібліосемантичний, системного аналізу, ретроспективного аналізу здоров'я населення в динаміці за демографічними показниками (народжуваності, смертності, природного приросту, середньої очікуваної тривалості життя, дитячої смертності); захворюваністью за окремими класами хвороб, що призводять до найбільшої питомої ваги випадків смерті; медичної статистики: відносні величини, динамічні ряди, оцінка тенденцій демографічних показників, захворюваності, графічне зображення статистичних даних, комп'ютерні технології.

Результати. У статті висвітлено основні проблеми формування народонаселення Дніпропетровської області України: інтенсифікація смертності, надсмертність чоловіків, негативний природний приріст, зниження сумарного коефіцієнту народжуваності, високий рівень демографічної старості. Чисельність населення Дніпропетровської області зменшилась за роки незалежності на 16,9% (України – на 18,1%). Загальний коефіцієнт народжуваності знизився на 30,9%, загальний коефіцієнт смертності підвищився на 33,0%, що привело до негативного природного приросту і депопуляції. Основними причинами смерті у 2017 р. стали хвороби органів кровообігу – 67,8%; новоутворення – 14,6%; травми, отруєння та інші наслідки зовнішніх факторів – 5,7%. Незважаючи на зниження показника смертності дітей до 1 року у 2 рази, чисельність дитячого населення в області зменшилась більш ніж на 100 тис. осіб. Населення похилого віку збільшилося до 300%, що привело до регресивного типу вікової структури. Середня очікувана тривалість життя значно відстає (на 10 і більше років) від країн Західної Європи. Надані пропозиції щодо можливостей покращення демографічної ситуації і профілактики захворювань, що приводять до найбільшого числа смертей.

Висновки. Демографічні показники народонаселення України свідчать про глибоку демографічну кризу, внаслідок якої чисельність населення за роки незалежності зменшилась на 9,7 млн осіб, у Дніпропетровській області – на 667 тис. Є цілий ряд об'єктивних передумов для подальшої депопуляції, омолодження показників смертності від більшості хвороб, високого рівня демографічної старості тощо. Необхідно розробити нову довгострокову цільову комплексну міжгалузеву програму “Здоров'я нації”, основним розділом якої повинні стати заходи з подолання демографічної кризи, які б охоплювали не тільки питання простого відтворення населення, але і його розвитку у ширшому соціальному контексті. В цільову програму повинні бути включені цілі сталого розвитку ООН (ЦСР) і забезпечено контроль за їх виконанням на найвищому рівні.

Ключові слова: зниження народжуваності, зростання смертності, негативний природний приріст, демографічне старіння.

Вступ

Існує багато підходів до визначення поняття «здоров'я», але єдиного критерію оцінки громадського здоров'я немає. В світі використовують комплексний підхід до визначення здоров'я населення, який характеризується демографічними показниками: захворюваністю, фізичним розвитком, інвалідністю, донозологічними станами. В даній статті нами розкриті демографічні показники і захворюваність, що призводить до найвищих рівнів смертності.

Серед окремих індикаторів людського розвитку в Україні слід відзначити видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я у відсотках до ВВП, які протягом усіх

років незалежності не перевищували 4,8% і склали у 2017 році 3,4%. В останні роки вдалося підвищувати загальну суму видатків на охорону здоров'я переважно за рахунок місцевих бюджетів до 10–11%, у 2017 році – до 9,7% [5].

У другій половині ХХ ст., аж до початку 90-х років, чисельність населення України постійно зростала. Однак інтенсивність цього зростання почала знижуватися вже на початку 1970-х. Вперше смертність перевищила народжуваність у 1991 р. і країна вступила на новий етап розвитку – депопуляцію. Загальний коефіцієнт смертності українців з 12,9 на тисячу населення у 1991 році збільшився до 14,5 у 2017 р. Загальний коефіцієнт народжуваності, навпаки, знизився з 12,1 до 10,3‰ [4].

Реалізація Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» та комплексу регіональних і відомчих програм у сфері охорони й поліпшенні здоров'я населення сприяла суттєвому гальмуванню поглиблення медико-демографічної кризи, але не забезпечила її подолання [12].

Якщо у 1990 р. чисельність населення України становила понад 52 млн осіб, то на початок 2018 року в Україні проживало 42 216 766 осіб [4], що на 18,1% менше.

Секретаріат ООН опублікував чергову доповідь про світові демографічні тенденції. Незважаючи на збереження тенденції до зниження народжуваності в розвинених країнах, очікується приріст населення нашої планети у 2050 р. до 9 млрд осіб. Очікувана тривалість життя в Європі складає понад 79 років для жінок і 70,5 – для чоловіків. До 2050 р. 2 млрд жителів планети будуть старіше за 60 років [9]. Прогноз для України несприятливий: до зазначеного часу очікується скорочення її населення ще на 7,8 млн осіб [7, 12].

Стан репродуктивного здоров'я характеризують показники народжуваності і ті показники здоров'я жінок і дітей, інтегрованим відображенням яких є материнська і дитяча смертність. І хоча намітилася тенденція до їх зниження, рівень материнської смертності залишається одним з найвищих в Європі. Одним з визначальних чинників є аборти, які залишаються поширеним методом регуляції народжуваності українських жінок. Кількість абортів в 1–2 рази перевищує кількість пологів (у Франції та Німеччині цей показник дорівнює 0,25, в Японії – 0,06). Негативними наслідками абортів є також безпліддя, невиношуваність вагітності. У 5 випадках із 10 тис. абортів реєструється летальний результат [1].

Смертність за віковим складом померлих характеризується високим рівнем смерті немовлят і населення працездатного віку [17]. Особливість рівня смертності в Україні полягає не тільки в тому, що люди взагалі вмирають від серцево-судинних захворювань, а в тому, що серед померлих від цих хвороб надто багато осіб молодого віку, особливо чоловіків. Різкі відмінності від західного і східноєвропейського стандарту у чоловіків проявляються вже у віці 25–29 років і потім стрімко зростають – «зверхсмертність чоловіків» [8].

Проблема України полягає також у зниженні середніх вікових показників причин смертності від більшості хвороб: диференціація між причинами смерті і середнім віком смерті дуже висока (на відміну від країн ЄС). Найнижчий середній вік смерті серед українців реєструється по класу інфекційних хвороб (СНІД, туберкульоз).

Зменшилась очікувана тривалість життя українців, яка становить 71 рік (66 років – чоловіки, 75 – жінки). За цим показником Україна займає 52-ге місце серед країн світу.

Всесвітня організація охорони здоров'я в глобальному стратегічному документі для національних служб охорони здоров'я «Здоров'я для всіх у XXI столітті» визначила критерії, до яких повинні прагнути всі країни. Серед цих критеріїв – позитивний природний приріст населення і середня тривалість життя, яка повинна бути не менше ніж 75 років.

З огляду на те, що демографічна ситуація в Україні в даний час не відповідає зазначеним критеріям, проблема вивчення соціально-демографічних процесів є досить актуальною.

Мета роботи – виявлення закономірностей змін та тенденцій у демографічних процесах і соціально обумовленій захворюваності населення промислового регіону України, їх основних причин та можливостей покращення ситуації.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження стали вітчизняні та світові наукові джерела, щорічні збірники статистичних даних Дніпропетровської області та України в цілому з демографічного розвитку і захворюваності населення; щорічні доповіді керівництва країни та МОЗ із цих питань, інформації регіонального бюро ВООЗ; законодавчі документи.

Використано методи дослідження: бібліосемантичний, системного аналізу, ретроспективного аналізу здоров'я населення в динаміці за демографічними показниками (народжуваності, смертності, природного приросту, середньої очікуваної тривалості життя, дитячої смертності); захворюваністю за окремими класами хвороб, що призводять до найбільшої питомої ваги випадків смерті; медичної статистики: відносні величини, динамічні ряди, оцінка тенденцій демографічних показників, захворюваності, графічне зображення статистичних даних, комп'ютерні технології.

Результати дослідження та їх обговорення

Несприятлива соціально-демографічна ситуація склалася і в Дніпропетровській області, яка має самобутню історію, великий економічний, виробничий, кадровий потенціал, багаті природні ресурси, вигідне економічне положення. Все це сприяло бурхливому промислому, економічному та соціальному розвитку регіону, починаючи з кінця XIX ст. і до теперішнього часу. Однак інтенсивний розвиток промисловості створює в області напружену екологічну та демографічну ситуацію, що ставить поряд з іншими, завдання вдосконалення медико-санітарної допомоги та соціального обслуговування населення.

Станом на 1 січня 2018 року загальна чисельність наявного населення області становила 3232,8 тис. осіб, що на 16,9% менше, ніж на початок 1990 року. Найбільшу чисельність жителів регіону було досягнуто у 1993 році – 3936,4 тис., потім відзначено щорічне зменшення на близько 30,3 тис. осіб. Населення, яке постійно проживає, склало 3227,8 тис. осіб (зменшилося за цей період також на 16,9%). Міське населення склало 83,8%, сільське – 16,2%, що незначно відрізняється від даних двадцятисемирічної давності (83,4% і 16,6% відповідно) і свідчить про стійку урбанізацію. Чисельність міського населення при цьому зменшилася на 16,4%, сільського – на 18% [16].

Співвідношення міського і сільського населення в Дніпропетровській області значно відрізняється від таких показників в Україні, де питома вага сільського населення стабільно становить 30–32% [14]. Чоловіче населення складає 45,7%, жіноче – 54,3% (у 1990 р. було 46,3 і 53,7% відповідно), тобто триває зменшення питомої ваги чоловіків, на 1000 жінок припадає 842 чоловіки (таблиця).

Чисельність населення м. Дніпро у травні 2017 р. знову перевищила 1 млн і на 1 червня склала 1 млн 2 тис. 636 осіб. В Україні м. Дніпро є четвертим за чисельністю населення після Києва, Харкова та Одеси [16].

Гендерна структура населення обумовлена, перш за все, різними рівнями смертності серед чоловіків і жінок, сформованими під впливом як біологічних, так і соціальних факторів. На великих популяціях співвідношення числа народжень стабільне: на 100 дівчаток народжується 104–105 хлопчиків; тому серед дітей переважають хлопчики. У молодому і середньому віці чисельність чоловіків і жінок приблизно однакова, в літньому віці питома вага жінок стає більшою, ніж чоловіків через більш високу смертність останніх [12].

Для вікової структури населення області, як і в цілому по Україні, характерна тенденція старіння населення. Так, за віком найбільша питома вага із загальної чисельності населення Дніпропетровської області припадає на групу 70 років і старше (11,9% в містах, 14,5% в сільській місцевості); 8,3% – 25–29 років; по 7,8% на – 20–24 і 50–54 роки; по 7,5% – на 30–34 і 45–49 років [18]. Діти до 1 року становлять 1%, серед дорослих найменшу питому вагу займає група 65–69 років (3,8%). Особи молодшого непрацездатного віку (до 15 років включно) склали 15,3%, працездатного (16–59 років) – 62,6%, старше працездатного (60 і більше років) – 22,1%. У 1990 р. це співвідношення було 24%; 54%; 22%, тобто питома вага осіб молодшого віку перевищувала старші вікові групи, що характерно для прогресивного типу вікової структури. В даний час для області, як і в цілому

для країни, характерний регресивний тип вікової структури. В середньому, по Дніпропетровській області на 1000 осіб населення припадає понад 300 пенсіонерів [10].

Нами поглиблено вивчено стан природного руху населення – зміни його чисельності та якісного складу внаслідок основних демографічних явищ: народжуваності і смертності. Загальний коефіцієнт народжуваності в 2017 р. склав по області 8,5‰, що на 30,9 % нижче 1990 р. (12,3). Найнижчим коефіцієнт народжуваності був у 2000–2002 рр. (7,1; 7,2; 7,7‰), потім поступово йшло зростання показника, досягнувши в 2012 р. 11,2‰ (рис.).

Загальний коефіцієнт смертності склав у 2017 р. 15,7‰, що на 33,0% вище, ніж у 1990 р. (11,8). Найвищим коефіцієнт смертності був у період 2005–2008 рр. (від 17,0 до 17,7‰).

Природний приріст населення, що становив у 1990 р. 0,5‰, з 1992 р. став негативним, змінюючись від (-9,2) в 2000 р. до (-4,3) в 2012 р. [8]. У 2017 р. природне скорочення склало -7,3‰ [16].

У порівнянні з 1990 р. (1,7) сумарний коефіцієнт народжуваності знизився до 1,3 (на 25%). На 1000 жінок відповідної вікової групи за ці роки відбулося, поряд зі зниження, зміщення найвищого коефіцієнту народжуваності з 20–24 років на 25–29 років [3].

За роки незалежності чисельність дитячого населення в області зменшилася більш, ніж на 100 тис. осіб. Зростає чисельність дітей, народжених поза шлюбом або в неповних сім'ях. Серед молоді поширюються неформальні сімейні стосунки, що також негативно впливає на розвиток демографічних процесів. Питома вага дітей, народжених жінками, які не перебувають у зареєстрованому шлюбі, збільшилася в 1,7 рази і склала по області в 2017 р. 27,6%. Кількість зареєстрованих шлюбів зменшилася на 32,3% (з 9,6 до 6,5 на 1000 населення). Найменше шлюбів було укладено в 2000 р. (5,2‰) Кількість зареєстрованих розлучень також зменшилася (з 4,5 до 3,9) [15].

Таблиця

Динаміка чисельності наявного і постійного населення Дніпропетровської області за 1990–2018 рр. (станом на 1 січня, тис. осіб) (побудовано за даними [16])

| Рік | Загальна чисельність | Чисельність постійного населення | | | | | | | | |
|-------------------------|----------------------|----------------------------------|--------|------|----------|------|----------|------|--------|------|
| | | Всього | Міське | % | Сільське | % | Чоловіки | % | Жінки | % |
| 1990 | 3899,4 | 3883,1 | 3238,2 | 83,4 | 644,9 | 16,6 | 1796,3 | 46,3 | 2086,8 | 53,7 |
| 1995 | 3888,8 | 3846,3 | 3207,5 | 83,4 | 638,8 | 16,6 | 1782,1 | 46,3 | 2064,2 | 53,7 |
| 2000 | 3662,6 | 3640,8 | 3021,4 | 83,0 | 619,4 | 17,0 | 1679,5 | 46,1 | 1961,3 | 53,9 |
| 2005 | 3476,2 | 3472,9 | 2887,5 | 83,1 | 585,4 | 16,9 | 1592,4 | 45,9 | 1880,5 | 54,1 |
| 2010 | 3555,5 | 3352,2 | 2795,3 | 83,4 | 556,9 | 16,6 | 1530,1 | 45,6 | 1822,1 | 54,4 |
| 2014 | 3292,4 | 3289,1 | 2749,8 | 83,6 | 539,3 | 16,4 | 1503,3 | 45,7 | 1785,8 | 54,3 |
| 2015 | 3276,6 | 3273,3 | 2734,0 | 83,6 | 536,6 | 16,4 | 1496,2 | 45,7 | 1777,1 | 54,3 |
| 2017 | 3230,4 | 3227,1 | 2697,8 | 83,6 | 529,3 | 16,4 | 1475,6 | 45,7 | 1751,5 | 54,3 |
| 2018 | 3232,8 | 3227,8 | 2703,6 | 83,8 | 524,2 | 16,2 | 1474,3 | 45,7 | 1753,6 | 54,3 |
| Темп приросту 2018/1990 | -16,9% | -16,9% | -16,4% | + | -18% | - | -17,9% | - | -16% | + |

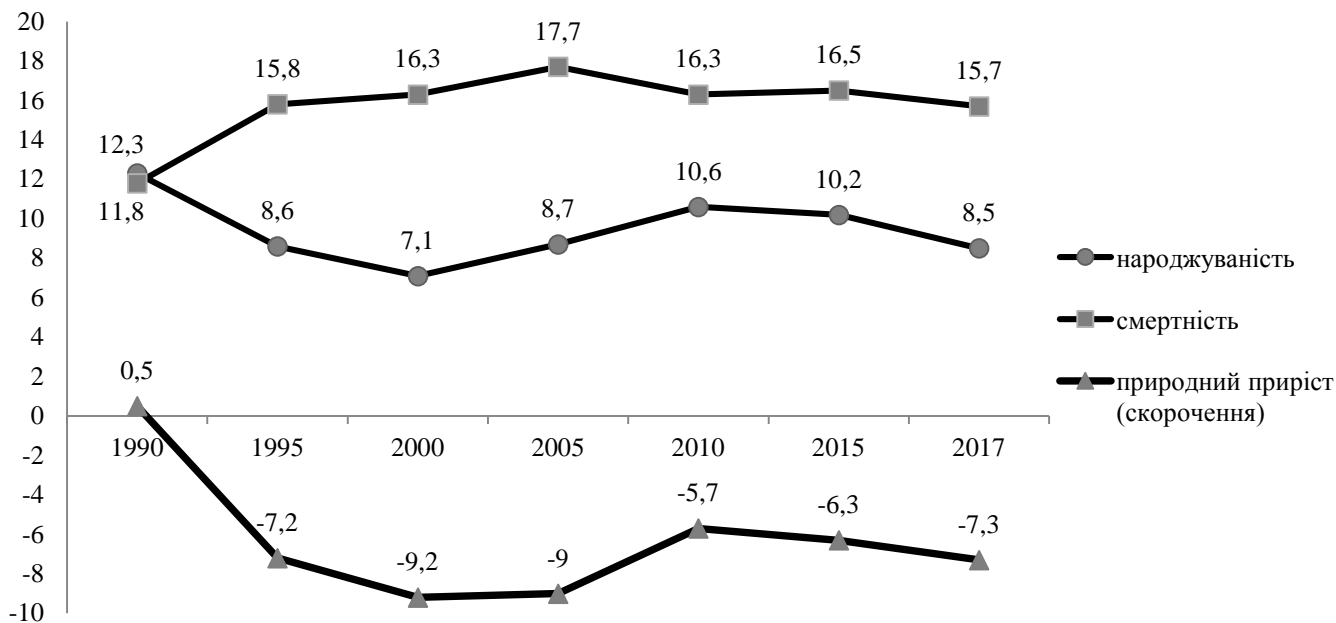


Рис. Коефіцієнти народжуваності, смертності та природного приросту населення Дніпропетровської області у 1990–2017 рр. на 1000 осіб (побудовано за даними [16])

За даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств, яких в області налічується 1314,7 тис., 84,1% знаходяться в міських поселеннях (дві третини – у великих містах). Середня кількість людей в сім'ї – 2,39 осіб. 35,6% всіх сімей складається з двох осіб, 24,4% – з трьох, 15,8% – з чотирьох і більше, 24,2% – з однієї людини. Більше третини домогосподарств мають дітей до 18 років. У більшості з них (77,7%) – тільки одна дитина, в 19,7% сімей – дві дитини, більше двох дітей – в 2,6% сімей [10]. В результаті розлучень щороку опиняються в неповних сім'ях більше 5 тис. дітей. Найбільше розлучень відбувається через 1-4 роки перебування в шлюбі (30,3%) і 5-9 років (24,2%). Слід зазначити все ж, що на тлі триваючого збільшення кількості розлучень в цілому по країні в Дніпропетровській області намітилася тенденція до поліпшення цього показника. Крім того, в 3,2 рази зменшилася кількість абортів у жінок фертильного віку, знизився коефіцієнт відношення абортів до пологів з 1,71 до 0,46 (в 3,7 рази) [11, 16].

Одним з важливих демографічних показників громадського здоров'я населення є смертність, яка характеризує поширеність найбільш важкої і небезпечної для життя патології. Коефіцієнти смертності населення області за віком знизилися по 5 вікових групах до 24 років, в той же час відзначено їхній значний ріст по 9 вікових групах від 25 до 69 років. За вікової групи 70 років і старше, починаючи з 2007 р., відзначено зниження коефіцієнта смертності, що пов'язано, в основному, з сучасними досягненнями гериатричної медицини. На кожну тисячу чоловіків помирає 18 осіб за рік, на 1000 жінок – 15 [15, 16].

Основними причинами смерті в 2017 році стали: I рангове місце – хвороби органів кровообігу – 67,8% (34106 осіб) з тенденцією до незначного зниження, II місце – новоутворення – 14,6% (7418 осіб), III місце –

травми, отруєння та інші наслідки зовнішніх факторів – 5,7% (2899 осіб), IV місце – хвороби органів травлення – 4,5% (2284 особи) з тенденцією до зростання, V місце – деякі інфекційні та паразитарні хвороби – 2,9% (1467 осіб) з тенденцією до зростання, VI місце – хвороби органів дихання – 1,8% (898 осіб) з тенденцією до зниження. До 2007 року включно хвороби органів дихання посідали п'яте рангове місце, як і в цілому по Україні, проте з 2008 р. в Дніпропетровській області це місце посіли деякі інфекційні хвороби: СНІД склав 65,4%, туберкульоз – 28,2% від усіх випадків смерті в цьому класі. Зазначені 6 класів хвороб призвели до смерті в 2017 р. 96,5% від усіх померлих осіб. На інші причини смерті припадає лише 3,5% [2, 16].

У Дніпропетровській області простежується тенденція зниження показника смертності дітей до 1 року (за роки незалежності – в 2 рази), в 2017 році він склав 7,6‰, що свідчить як про поліпшення медичного спостереження за вагітними жінками, так і про підвищення ефективності диспансеризації новонароджених, зокрема створення перинатальних центрів. У структурі малюкової смертності перше місце посідають патологічні стани, що виникають у перинатальному періоді, друге – вроджені дефекти розвитку, деформації та хромосомні аномалії, третє – хвороби нервової системи, четверте – органів дихання, п'яте – нещасні випадки та інші зовнішні причини смерті [6, 16].

Одним з демографічних показників, які використовуються в світовій практиці для інтегральної оцінки стану здоров'я населення, є середня очікувана тривалість життя. Аналіз цього показника з 1990 р. свідчить про те, що він скорочувався до 1995–1997 рр., потім почав збільшуватися, досягнувши вихідних цифр (70,2 роки), хоча все ж продовжує значно відставати (на 10 і більше років) від країн Західної Європи і на 2% – від середнього рівня по Україні. Крім того, залишається

великим розрив у рівнях чоловічої і жіночої тривалості життя – 10,35 років [2].

З позитивного можна відзначити, що виробничий травматизм в області знизився за роки незалежності в 5 разів; в т.ч. зі смертельними наслідками – в 2 рази; первинний вихід на інвалідність – в 1,3 рази. Збільшилася кількість місць в будинках-інтернатах для інвалідів і громадян похилого віку. Відкрито 50 територіальних центрів, що надають побутову і медико-соціальну допомогу непрацездатним особам з мінімальними доходами, проводилося усиновлення дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування [6].

У питаннях сімейної політики та народжуваності основною метою є формування системи особистих і суспільних цінностей, орієнтованих на створення сім'ї з двома-трьома дітьми, зміцнення та підвищення її виховного потенціалу як основного осередку відтворення населення. Об'єктами безпосередньої уваги держави повинні бути молоді сім'ї та сім'ї з дітьми.

У сфері поліпшення здоров'я, зниження смертності та підвищення тривалості життя населення необхідні заходи з покращення якості життя, профілактики шкідливих і небезпечних виробничих чинників, поліпшення санітарно-епідемічної та екологічної ситуації, стимулювання позитивних зрушень у поведінці та способі життя людей [10].

Протягом багатьох років спостерігається найвищий рівень смертності від хвороб системи кровообігу в структурі причин смерті, що потребує, зокрема, створення не тільки в обласних центрах, а і в більшості міст кардіохірургічних закладів, для доведення кількості кардіохірургічних втручань типу стентування, шунтування до рівня світових стандартів. Це допоможе суттєво знизити кількість інсультів, інфарктів міокарду та інших судинних патологій.

Необхідно значно розширити систему первинної профілактики виникнення хвороб системи кровообігу. Стратегія боротьби зі смертністю від цих хвороб повинна відрізнятися для осіб різного віку. У молодих чоловіків високий рівень смертності від серцево-судинних захворювань дуже часто асоціюється з курінням, зловживанням алкоголем, іншими наркотичними речовинами і взагалі тісніше пов'язаний зі способом життя, ніж коли йдеться про людей похилого віку, в яких головний внесок у розвиток хвороби роблять природні вікові зміни [8, 9].

Численні світові дослідження даних щодо регулярного проходження періодичних профілактичних оглядів безсимптомними особами у віці до 65 років не знижують смертність. Доведено, що цільовий профілактичний скринінг на конкретні захворювання з урахуванням статі, віку, факторів ризику дає значно більш ефективні результати до зниження цих захворювань. Зокрема у 2016 р. надані Європейські рекомендації з профілактики хвороб системи кровообігу щодо звуження вікового інтервалу для проведення скринінгу [13, 19].

З 1 січня 2016 р. набрала чинності стратегія ООН, в якій поставлені цілі сталого розвитку (ЦСР). Це 17 цілей і 1693 задачі, які держави-члени ООН погодилися досягти до 2030 р. Всі ЦСР безпосередньо пов'язані зі здоров'ям

або впливають на політику охорони здоров'я: ЦСР-3 закликає “забезпечити здоровий спосіб життя і сприяти благополуччю всіх у будь-якому віці”; ЦСР-3.4 передбачає скорочення передчасної смертності від неінфекційних захворювань (НІЗ) на одну третину до 2030 р. [20].

Демографічні проблеми потребують розробки сучасної ідеології демографічного розвитку України, підвищення якості наукових розробок у галузі демографічних досліджень, їх фінансову підтримку. Це має бути основним змістом демографічної стратегії держави сьогодні.

Висновки

Демографічні показники населення України свідчать про глибоку демографічну кризу, внаслідок якої чисельність населення за роки незалежності зменшилася на 9,7 млн осіб, у Дніпропетровській області – на 667 тис. Є цілий ряд об'єктивних передумов для подальшої депопуляції, омолодження показників смертності від більшості хвороб, високого рівня демографічної старості тощо.

У Дніпропетровській області існують аналогічні проблеми, які посилюються надсмертністю чоловіків, зниженням сумарного коефіцієнта народжуваності, зменшенням кількості зареєстрованих шлюбів, зростанням числа дітей-сиріт та дітей, батьки яких позбавлені батьківських прав. Зареєстровані високі рівні наркоманії та токсикоманії, ВІЛ/СНІДу, суїцидів, психічних і венеричних захворювань.

Для відновлення режиму відтворення населення і підвищення тривалості активного життя поряд із впровадженням сучасних медичних технологій лікування захворювань необхідні посилення профілактичної спрямованості системи охорони здоров'я, а також орієнтація всіх сфер життєдіяльності на оздоровлення умов праці побуту, відмову від шкідливих звичок з метою створення суспільного середовища, сприятливого для вибору і засвоєння моделі поведінки, спрямованої на здоровий спосіб життя. Практична реалізація заходів державної політики у сфері охорони здоров'я населення стане можливою завдяки масштабним цільовим програмам, дотацій з бюджету і місцевих ресурсів.

Необхідно розробити нову довгострокову цільову комплексну міжгалузеву програму “Здоров'я нації”, основним розділом якої повинні стати заходи з подолання демографічної кризи, які б охоплювали не тільки питання простого відтворення населення, але і його розвитку у широкому соціальному контексті. В цільову програму повинні бути включені цілі сталого розвитку ООН і забезпечено контроль за їх виконанням на найвищому рівні.

Перспективи подальших досліджень

У подальших дослідженнях необхідно продовжувати соціально-гігієнічний моніторинг за станом здоров'я населення і надати пропозиції щодо участі у розробці цільової програми “Здоров'я нації” на рівні регіону.

Література

1. *Афанасьєва Ю.В.* Аналіз чинників репродуктивної дисфункції сучасної української родини / Ю.В. Афанасьєва // Актуальні проблеми державного управління. – 2014. – №1. – С. 309-316.
2. *Грушка В.В.* Зміни демографічної ситуації Дніпропетровського регіону в сучасних екологічних умовах / В.В. Грушка, О.В. Ткаченко // Регіональні проблеми України: Географічний аналіз та пошук шляхів вирішення: Зб. наук. праць. – Херсон, 2013 // dspace.univer.kharkov.ua
3. *Демографічний* прогноз до 2030 року для Дніпропетровської області. – Дніпропетровськ: Проект РЕОП, 2013. – 40 с.
4. *Демографическая* ситуація в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.unian.net>.
5. *Заклади* охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 р.: статистичний збірник / За ред. О. Кармазіної. – К.: Держслужба статистики України, 2018 // Веб-сайт: www.ukrstat.gov.ua.
6. *Захист* дітей, які потребують особливої уваги суспільства: Статистичний збірник. – К.: Державна служба статистики України, 2014. – 79 с.
7. *Либанова Э.М.* Демографические сдвиги в контексте социального развития / Э.М. Либанова // Демографія та соціальна економіка. – 2014. – № 1. – С. 9-29.
8. *Маркович І. І.* Вплив медико-демографічних показників на реформування медичної галузі як складової системи безпеки України / І. І. Маркович // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 4 (28). – С. 29-34.
9. *Мировые демографические* тенденции. – Женева: Экономический и Социальный Совет ООН, 2011. – 35 с.
10. *Палієнко О. А.* Демографічна криза в Україні: шляхи її подолання / О. А. Палієнко // Young Scientist. – 2017. – С. 133-136.
11. *Пересічна* родина Дніпропетровщини: яка вона? (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств): Прес-випуск № 08-09/2117 від 07.08.2014. – Дніпропетровськ: Головне управління статистики Дніпропетровської області, 2014. – 1 с.
12. *Позняк О.В.* Демографічні перспективи України до 2060 року / О.В. Позняк, П.Є. Шевчук // Демографія та соціальна економіка. – 2014. – № 1. – С. 72-84.
13. *Порівняльний* аналіз підходів до профілактики в Європі та Україні / В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, О.П. Максименко [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3 (44). – С. 159-165.
14. *Профіль* Дніпропетровської області: демографія, економіка, екологія, бюджет / Н. Ходько, О. Жолудь, О. Алієва, О. Романюк. – Дніпропетровськ: Проект РЕОП, 2013. – 74 с.
15. *Соціальний* захист населення Дніпропетровської області у 2017 році. – Дніпро, 2018. – 90 с.
16. *Статистична* інформація Головного управління статистики у Дніпропетровській області за 2017 рік // www.dnprstat.gov.ua.
17. *Чепелевська Л.А.* Тенденції медико-демографічних показників України у ХХІ столітті / Л.А. Чепелевська // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 1 (47). – С. 48-52.
18. *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.
19. *European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice.* 2016 / M. F. Piepoli, A. W. Hoes, S. Agewall [et al.] // European Heart Journal. – 2016. – № 37 (29). – P. 2315-2381.
20. *Poston D.L., L.F. Bouvier* (2017). Population and society: an introduction to demography. 2nd edition. New York: Cambridge University Press.

Дата надходження рукопису до редакції: 14.02.2019 р.

Основные показатели состояния здоровья населения промышленного региона Украины за годы независимости

Т.В. Ерошкина, Д.В. Деревянко
Днепропетровский национальный университет
им. Олесь Гончара, г. Днепр, Украина

Цель – выявление закономерностей изменений и тенденций в демографических процессах и социально обусловленной заболеваемости населения промышленного региона Украины, их основных причин и возможностей улучшения ситуации.

Материалы и методы. Материалами исследования стали отечественные и мировые научные источники, ежегодные сборники статистических данных Днепропетровской области и Украины в целом по демографическому развитию и заболеваемости населения; ежегодные доклады руководства страны и Минздрава по этим вопросам, информации регионального бюро ВОЗ; законодательные документы.

Использованы методы исследования: библиосемантический, системного анализа, ретроспективного анализа здоровья населения в динамике по демографическим показателям (рождаемости, смертности, естественного прироста, средней ожидаемой продолжительности жизни, детской смертности) заболеваемостью по отдельным классам болезней, приводящих к наибольшему удельному весу случаев смерти; медицинской статистики: относительные величины, динамические ряды, оценка тенденций демографических показателей, заболеваемости, графическое изображение статистических данных, компьютерные технологии.

Результаты. В статье освещены основные проблемы формирования народонаселения Днепропетровской области Украины: интенсификация смертности, смертность мужчин, отрицательный естественный прирост, снижение суммарного коэффициента рождаемости, высокий уровень демографической старости. Численность населения Днепропетровской области уменьшилась за годы независимости на 16,9% (Украины – на 18,1%). Общий коэффициент рождаемости снизился на 30,9%, общий коэффициент смертности повысился на 33,0%, что привело к негативному естественному приросту и депопуляции. Основными причинами смерти в 2017 г. стали болезни органов кровообращения – 67,8%; новообразования – 14,6%; травмы, отравления и другие последствия внешних факторов – 5,7%. Несмотря на снижение показателя смертности детей до 1 года в 2 раза, численность детского населения в области уменьшилась более чем на 100 тыс. человек. Население пожилого возраста увеличилось до 300%, что привело к регрессивному типу возрастной структуры. Средняя ожидаемая продолжительность жизни значительно отстает (на 10 и более лет) от стран Западной Европы. Представлены предложения о возможностях улучшения демографической ситуации и профилактики заболеваний, приводящих к наибольшему числу смертей.

Выводы. Демографические показатели народонаселения Украины свидетельствуют о глубоком демографическом кризисе, в результате которого численность населения за годы независимости уменьшилась на 9,7 млн человек, в Днепропетровской области – на 667 тыс. Есть целый ряд объективных предпосылок для дальнейшей депопуляции, омоложения показателей смертности от большинства болезней, высокого уровня демографической старости и т.д. Необходимо разработать новую долгосрочную целевую комплексную межотраслевую программу "Здоровье нации", основным разделом которой должны стать меры по преодолению демографического кризиса, которые бы охватывали не только вопросы простого воспроизводства населения, но и его развития в широком социальном контексте. В целевую программу должны быть включены цели устойчивого развития ООН (ЦУР) и обеспечен контроль за их выполнением на высшем уровне.

Ключевые слова: снижение рождаемости, рост смертности, отрицательный естественный прирост, демографическое старение.

The main indicators of the health of the population of industrial region of Ukraine for the years of independence

T.V. Yeroshkina, D.V. Derevyanko
Dnipro National University Olesya Gonchara,
Dnipro, Ukraine

Purpose – to identify patterns of changes and trends in demographic processes and socially determined morbidity of the population of the industrial region of Ukraine, their main causes and opportunities to improve the situation.

Materials and methods. The materials of the study were domestic and world scientific sources, annual collections of statistical data of the Dnipropetrovsk region and Ukraine as a whole from the demographic development and morbidity of the population; annual reports of the country's leadership and the Ministry of Health on these issues, information from the WHO Regional Office; legislative documents.

Methods were used: bibliosemantic, system analysis, retrospective analysis of public health over demographic indicators (fertility, mortality, natural increase, average life expectancy, child mortality) morbidity for individual classes of diseases leading to the largest share of deaths; medical statistics: relative values, time series, assessment of trends in demographic indicators, morbidity, graphic representation of statistical data, computer technologies.

Results. The article highlights the main problems of the formation of the population of the Dnipropetrovsk region of Ukraine: the intensification of mortality, male mortality, negative natural growth, a decrease in the total fertility rate, high levels of demographic aging. The population of the Dnipropetrovsk region has decreased over the years of independence by 16.9% (Ukraine – by 18.1%). The overall fertility rate decreased by 30.9%, the overall mortality rate

increased by 33.0%, which resulted in negative natural growth and depopulation. The main causes of death in 2017 were diseases of the circulatory system – 67.8%; neoplasms – 14.6%; injuries, poisoning and other consequences of external factors – 5.7%. Despite the decrease in the death rate of children under 1 year by 2 times, the number of children in the region has decreased by more than 100 thousand. people. The elderly population increased to 300 ppm, which led to a regressive type of age structure. Average life expectancy lags far behind (by 10 or more years) from the countries of Western Europe. Proposals are presented on how to improve the demographic situation and prevent diseases leading to the greatest number of deaths.

Conclusions. Demographic indicators of the population of Ukraine indicate a deep demographic crisis, as a result of

which the population has decreased by 9,7mln. people over the years of independence, in the Dnipropetrovsk region – by 667 thousand. There are a number of objective prerequisites for further depopulation, rejuvenation of death rates from most diseases, high levels demographic old age etc. It is necessary to develop a new long-term targeted comprehensive intersectoral program "Health of the Nation", the main section of which should be measures to overcome the demographic crisis, which would cover not only the issues of simple reproduction of the population, but also its development in a broad social context. The target program should include the UN Sustainable Development Goals (SDGs) and monitor their implementation at the highest level.

Key words: decrease in birth rate, increase in mortality, negative natural increase, demographic aging.

Відомості про авторів

Єрошкіна Тетяна Василівна – д.мед.н., проф., професор кафедри сучасних технологій діагностично-лікувального процесу Дніпровського національного університету імені Олеся Гончара; пр. Д. Яворницького, 35, 4-й кор., м. Дніпро, 49000, Україна.

Дерев'янка Дар'я Володимирівна – аспірантка кафедри сучасних технологій діагностично-лікувального процесу Дніпровського національного університету імені Олеся Гончара; пр. Д. Яворницького, 35, 4-й кор., м. Дніпро, 49000, Україна.

УДК 616.89-008.454./616.891.6-057.36-058.65

О.Д. Гавловський

Рівні тривожності та депресії учасників антитерористичної операції

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Мета – визначити рівні тривожності та депресії учасників антитерористичної операції відповідно їх стану мобілізації.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося на базі Полтавського обласного клінічного госпіталю для інвалідів війни та Кременчуцького обласного госпіталю для ветеранів війни. В дослідженні брали участь 189 пацієнтів учасників антитерористичної операції.

Результати дослідження. За результатами опитувальника шкали Спілбергера-Ханіна було встановлено, що високу тривожність мають 63 (33,5%), помірну – 73 (38,8%), низьку – 52 (27,7%).

Висновки. Встановлені значущі відмінності між рівнем депресії та тривоги у добровольців і мобілізованих за Міссісіпською шкалою: у добровольців рівень посттравматичного стресового розладу $73,81 \pm 5,5$ проти мобілізованих $62,52 \pm 2,9$ ($p=0,050$).

Визначено, що за Міссісіпською шкалою у бійців, які проживають одні рівень посттравматичного стресового розладу $72,87 \pm 5,3$ проти тих, які проживають з родиною $62,32 \pm 2,5$ ($p=0,049$). За шкалою депресії Бека, у тих хто проживає один $11,57 \pm 2,0$ проти тих, хто живе з родиною $6,71 \pm 0,8$ ($p=0,010$). За шкалою Спілбергера-Ханіна самооцінки ситуативної тривожності різниця полягає наступним чином: $41,63 \pm 1,6$ у самотніх проти $36,29 \pm 1,1$ у тих хто проживає з родиною ($p=0,012$), щодо особистісної тривожності, то різниця виглядає так: $50,72 \pm 1,2$ у самотніх проти $45,25 \pm 0,9$ у людей, які живуть з родиною ($p=0,002$).

Ключові слова: тривожність, депресія, посттравматичний стресовий розлад, шкала, учасники антитерористичної операції.

Вступ

Аналізи досліджень дозволяють стверджувати, що учасники бойових дій і особливо інваліди відчувають стійку ситуаційну соціально-психологічну дезадаптованість. Це зумовлено наявністю у них травматичних та посттравматичних стресових розладів. Їх основними проявами є:

- симптоматичні повторення (нав'язливі спогади трагедії, що повторюються; сновидіння, що повторюються; відтворення переживань у формі ілюзій, галюцинацій, флешбек-епізодів);

- симптоми уникнення (намагання втекти від розмов, думок, почуттів, місць, людей – всього, що може нагадувати про трагедію; блокування пам'яті; відсторонення від близьких);

- симптоми збудження (труднощі у засипанні; роздратованість; підвищена пильність; необґрунтовані вибухи злості) [1].

Мета – визначити рівні тривожності та депресії учасників антитерористичної операції (АТО) відповідно їх стану мобілізації.

Матеріали та методи

Дослідження проводилося на базі Полтавського обласного клінічного госпіталю для інвалідів війни та Кременчуцького обласного госпіталю для ветеранів війни. В дослідженні брали участь 189 пацієнтів учасників АТО.

Дані збиралися безпосередньо при контакті з пацієнтами з використанням структурованого

опитувальника та історій хвороб пацієнтів. Депресія та рівень тривожності діагностувалися та вимірювалися за допомогою декількох опитувальників:

Міссісіпська шкала (МШ) була розроблена для оцінки ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій. На сьогодні вона є одним із широко використовуваних інструментів для вимірювання ознак посттравматичних стресових розладів (ПТСР). Шкала містить 35 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Ліккерта. Оцінка результатів здійснюється сумуванням балів, підсумковий показник дозволяє виявити ступінь впливу перенесеного індивідом травматичного досвіду. Результати: 35–96 – хороший рівень адаптації; 97–111 – порушення адаптації; 112 і вище – ПТСР [4].

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI) запропонована американським психіатром Аароном Т. Беком у 1961 році. Перероблений варіант BDI-1 був опублікований в 1978, остання версія BDI-II датується 1996 роком. Методика розроблена на основі клінічних спостережень, дозволяє виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії і найбільш часто пред'явленими пацієнтами скарг. Результати: 0–9 – відсутність депресивних синдромів; 10–15 – легка депресія; 16–19 – помірна депресія; 20–29 – виражена депресія; 30–63 – важка депресія [2].

Шкала особистісної та ситуативної тривожності Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна. Дана методика дозволяє зробити перші й істотні уточнення про якість інтегральної самооцінки особистості: чи є нестабільність цієї самооцінки ситуативної або постійної, тобто особистісної.

Особистісна тривожність розглядається авторами як відносно стійка індивідуальна якість особистості, яка характеризує ступінь її занепокоєння, турботи, емоційної напруги внаслідок дії стресових факторів. Ситуативна тривожність – це стан спеціаліста, який характеризує ступінь його занепокоєння, турботи, емоційної напруги та розвивається за конкретною стресовою ситуацією. Якщо особистісна тривожність є стійкою індивідуальною характеристикою, то стан ситуативної тривожності може бути достатньо динамічним і за часом, і за ступенем вираженості. До 30 балів – низька тривожність; 31–45 балів – середня тривожність; 46 балів і більше – висока тривожність [3].

Оцінку достовірності різниці результатів дослідження в мобілізованих та добровольців за шкалами проводили непараметричним методом Манна-Уїтні.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами опитувальника шкали Спілбергера-Ханіна було встановлено, що високу тривожність мають 63 (33,5%), помірну – 73 (38,8%), низьку – 52 (27,7%).

Результати шкали депресії Бека показали, що у 10 (5,3%) присутня важка та виражена депресія, 12 (6,4%) мають помірну депресію, у 23 (12,2%) – наявна легка депресія, а у більшості 133 (70,7%) відсутні депресивні розлади.

Рівень посттравматичних реакцій за Міссісіпською шкалою склався наступним чином: у 158 (84,0%) пацієнтів хороший рівень адаптації, 18 (9,6%) мають порушення адаптації, а в 12 (6,4%) учасників бойових дій виявлено посттравматичний стресовий розлад.

Таблиця 1

Рівень ситуативної та особистісної тривожності в учасників АТО за Спілбергером-Ханіном

| | Шкала самооцінки тривожності Спілбергера-Ханіна, абс. (%) | |
|---------------------|---|-------------|
| | Ситуативна | Особистісна |
| Висока тривожність | 63 (33,5) | 121 (64,4) |
| Помірна тривожність | 73 (38,8) | 58 (30,9) |
| Низька тривожність | 52 (27,7) | 9 (4,8) |

Таблиця 2

Рівень шкали депресії в учасників АТО за Беком

| Шкала депресії Бека, абс. (%) | |
|----------------------------------|------------|
| Важка депресія | 10 (5,3) |
| Виражена депресія | 10 (5,3) |
| Помірна депресія | 12 (6,4) |
| Легка депресія | 23 (12,2) |
| Відсутність депресивних розладів | 133 (70,7) |

При визначенні відмінностей між рівнем депресії та тривоги у добровольців та мобілізованих встановили, що за Міссісіпською шкалою у добровольців рівень ПТСР $73,81 \pm 5,5$ проти мобілізованих $62,52 \pm 2,9$ ($p=0,050$). За визначенням рівня шкали обидва показники попадають в ступінь впливу перенесеного індивідом травматичного досвіду – порушення адаптації. Але, як показали результати нашого дослідження у добровольців більша тенденція до ПТСР, що можна пояснити їхньою

Таблиця 3

Рівень посттравматичних реакцій за Міссісіпською шкалою

| Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій, абс. (%) | |
|--|------------|
| ПТСР | 12 (6,4) |
| Порушення адаптації | 18 (9,6) |
| Хороший рівень адаптації | 158 (84,0) |

неготовністю до військових подій (табл. 4). За шкалою депресії Бека у добровольців рівень депресії $11,45 \pm 2,1$ проти $7,11 \pm 0,9$ у мобілізованих ($p=0,032$). Обидва показники знаходяться в межах визначення легкої депресії, але у добровольців вона значно вища, що також трактується неочікуваними враженнями від бойової обстановки.

Значимих відмінностей за Міссісіпською шкалою, шкалою депресії Бека та шкалою самооцінки Спілбергера-Ханіна не виявили.

Таблиця 4

Рівень депресії, тривожності та ПТСР у добровольців і мобілізованих учасників АТО

| Шкала | Доброволець, $M \pm m$ | Мобілізований, $M \pm m$ | p |
|--|------------------------|--------------------------|-------|
| Міссісіпська шкала | $73,81 \pm 5,5$ | $62,52 \pm 2,9$ | 0,050 |
| Шкала депресії Бека | $11,45 \pm 2,1$ | $7,11 \pm 0,9$ | 0,032 |
| Шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна ситуативної тривожності | $40,30 \pm 2,0$ | $36,89 \pm 1,2$ | 0,137 |
| Шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна особистісної тривожності | $45,17 \pm 2,1$ | $47,22 \pm 1,0$ | 0,323 |

Таблиця 5

Рівень депресії, тривожності та ПТСР у військових з досвідом та без досвіду бойових дій (БД) (M±m)

| Шкала | Військовий з досвідом БД | Військовий без досвіду БД | p |
|--|--------------------------|---------------------------|-------|
| Міссісіпська шкала | 60,84±4,8 | 68,61±4,7 | 0,265 |
| Шкала депресії Бека | 6,21±1,8 | 5,83±1,5 | 0,874 |
| Шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна ситуативної тривожності | 38,47±2,2 | 36,04±2,6 | 0,497 |
| Шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна особистісної тривожності | 45,74±1,8 | 44,39±3,3 | 0,738 |

За Міссісіпською шкалою у бійців, які проживають одні рівень ПТСР 72,87±53 проти тих, які проживають з родиною 62,32±2,5 (p=0,049). За шкалою депресії Бека, у тих хто проживає один 11,57±2,0 проти тих, хто живе з родиною 6,71±0,8 (p=0,010). За шкалою Спілбергера-Ханіна самооцінки ситуативної тривожності різниця

полягає наступним чином: 41,63±1,6 у самотніх проти 36,29±1,1 у тих хто проживає з родиною (p=0,012), щодо особистісної тривожності, то різниця виглядає так: 50,72±1,2 у самотніх проти 45,25±0,9 у людей, які живуть з родиною (p=0,002).

Таблиця 6

Рівень депресії, тривожності та ПТСР в учасників АТО, які проживають одні або з родиною (M±m)

| Шкала | Проживає один | Проживає з родиною | p |
|--|---------------|--------------------|-------|
| Міссісіпська шкала | 72,87±53 | 62,32±2,5 | 0,049 |
| Шкала депресії Бека | 11,57±2,0 | 6,71±0,8 | 0,010 |
| Шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна ситуативної тривожності | 41,63±1,6 | 36,29±1,1 | 0,012 |
| Шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна особистісної тривожності | 50,72±1,2 | 45,25±0,9 | 0,002 |

Комплексне дослідження психічного стану учасників АТО за різними шкалами, дозволило стратифікувати респондентів по групам: доброволець і мобілізований; військовий з бойовим досвідом і без нього та тих які мають різний сімейний статус. За Міссісіпською шкалою, яка була застосована для оцінки ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій відмітили, що більш він виражений у добровольців, в рівній мірі як і депресія за шкалою Бека. Очевидно, уявлення добровольців про бойові дії не збігаються з реальністю і останні переживають виражений стрес з цього приводу. Значимої різниці між показниками за всіма шкалами у тих які мають досвід бойових дій і ті які його не мають не виявили. Насамперед це свідчить про несподівані враження учасників АТО, саме безпосередньо на місці події, незалежно від їхнього досвіду [5]. З приводу сімейного положення, а саме проживання самому або з родиною, виявилися значущі відмінності за всіма шкалами. За Міссісіпською шкалою і самотні і ті, які проживають з родиною, за результатами відповідей попадають в результат 35–96, що відповідає хорошему рівню адаптації, тоді як за шкалою Бека результати самотніх відповідають стану легкої депресії, а інші – відсутність депресивних синдромів [7]. Щодо ситуативної тривожності – обидві ці категорії належать до стану, який визначається як низька тривожність, а що стосується особистісної тривожності, то відповіді самотніх оцінюються як висока тривожність (46 балів і вище) проти тих які проживають з родиною – середня тривожність. Особистісна тривожність розглядається як вузлового моменту, надає великий вплив

на «потрапляння» людини в самотність і на його переживання [6]. Напевно відчуття власної належності до своєї родини створює відчуття безпеки у бійців, і знижує рівень особистісної тривожності, тоді як ситуація в якій вони знаходяться піднімає рівень ситуативної тривожності в обох категоріях.

Висновки

1. Встановлені значущі відмінності між рівнем депресії та тривоги у добровольців і мобілізованих за Міссісіпською шкалою у добровольців рівень ПТСР 73,81±5,5 проти мобілізованих 62,52±2,9 (p=0,050).

2. Визначено, що за Міссісіпською шкалою у бійців, які проживають одні рівень ПТСР 72,87±53 проти тих, які проживають з родиною 62,32±2,5 (p=0,049). За шкалою депресії Бека, у тих хто проживає один 11,57±2,0 проти тих, хто живе з родиною 6,71±0,8 (p=0,010). За шкалою Спілбергера-Ханіна самооцінки ситуативної тривожності різниця полягає наступним чином: 41,63±1,6 у самотніх проти 36,29±1,1 у тих хто проживає з родиною (p=0,012), щодо особистісної тривожності, то різниця виглядає так: 50,72±1,2 у самотніх проти 45,25±0,9 у людей, які живуть з родиною (p=0,002).

Перспективи подальших досліджень. Порівняти стан депресії за шкалами Міссісіпською та Бека та стан ситуативної тривожності особистості за шкалою Спілбергера-Ханіна в учасників бойових дій та цивільного населення.

Література

1. Мутьована Л.І. Методи психологічної допомоги учасникам АТО / Молодий вчений. – 2014. – № 10 (13). – С. 114–116.
2. Allen J.P. Becks Cognitive Theory of Depression Features Underlying Dysfunctional Beliefs / Retrieved. – 2004.
3. Ciaramella A., Spiegel D. Neurobiology of Psychiatric Disorders / Handbook of Clinical Neurology. – 2012. – 760 p.
4. Foa E.B., Yadin E. Assessment and Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder / Psychiatric Times. – July 1, 2011.
5. Maruta N.A., Yavdak I.A. Neurotrophic Treatment of Depressions: Opportunities and Prospects / International neurological journal. – 2014. – No 4.66.
6. Smarr K.L. Measures of Depression and Depressive Symptoms / Measures of psychological status and well-being. – Vol. 49, No. 5S, October 15, 2003, P. 134–146.
7. Steel J.L. Measuring depression and PTSD after trauma: Common scales and checklists / Dunlavy A.C., Stillman J., Pape H.C. // HHS Public Access. – 2011 Mar. – 42 (3). – P. 288–300.

Дата надходження рукопису до редакції: 16.01.2019 р.

Уровни тревожности и депрессии участников антитеррористической операции

А.Д. Гавловский

Украинская медицинская стоматологическая академия

Цель. Определить уровни тревожности и депрессии участников антитеррористической операции в соответствии их состояния мобилизации.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Полтавского областного клинического госпиталя для инвалидов войны и Кременчугского областного госпиталя для ветеранов войны. В исследовании участвовали 189 пациентов участников антитеррористической операции.

Результаты. По результатам опросника шкалы Спилбергера-Ханина было установлено, что высокую тревожность имеют 63 (33,5%), умеренную – 73 (38,8%), низкую – 52 (27,7%).

Выводы. Установлены значимые различия между уровнем депрессии и тревоги у добровольцев и мобилизованных по Миссисипской шкале: у добровольцев уровень посттравматического стрессового расстройства $73,81 \pm 5,5$ против мобилизованных $62,52 \pm 2,9$ ($p=0,050$).

Определено, что за миссисипской шкале у бойцов, которые проживают одни уровень посттравматического стрессового расстройства $72,87 \pm 5,3$ против тех, которые проживают с семьей $62,32 \pm 2,5$ ($p=0,049$). По шкале депрессии Бека, у тех, кто проживает один $11,57 \pm 2,0$ против тех, кто живет с семьей $6,71 \pm 0,8$ ($p=0,010$). По шкале Спилбергера-Ханина самооценки ситуативной тревожности разница заключается следующим образом: $41,63 \pm 1,6$ у одиноких против $36,29 \pm 1,1$ у тех, кто проживает с семьей ($p=0,012$), по личностной тревожности разница выглядит так: $50,72 \pm 1,2$ у одиноких против $45,25 \pm 0,9$ людей, живущих с семьей ($p=0,002$).

Ключевые слова: тревожность, депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство, шкала, участники антитеррористической операции.

Levels of anxiety and depression of the participants of the antiterrorist operation

A.D. Gavlovsky

Ukrainian Medical Stomatological Academy

Purpose. To determine the levels of anxiety and depression of participants in the antiterrorist operation in accordance with their state of mobilization.

Materials and methods. The study was conducted on the basis of the Poltava Regional Clinical Hospital for the Disabled of the War and the Kremenchug Regional Hospital for veterans of the war. The study involved 189 patients who participated in the antiterrorist operation.

Results. According to the results of Spielberger-Khanin's questionnaire, 63 (33.5%), 73 (38.8%) and 52 (27.7%) were moderate.

Conclusions. Significant differences were found between the level of depression and anxiety among volunteers mobilized on the Mississippi scale: volunteers had a post-traumatic stress disorder of 73.81 ± 5.5 versus mobilized 62.52 ± 2.9 ($p=0.050$).

It is determined that, at the Mississippi scale, soldiers who live at the same level of post-traumatic stress disorder are 72.87 ± 5.3 versus those who live with the family 62.32 ± 2.5 ($p=0.049$). According to Beka's depression scale, those who live alone are 11.57 ± 2.0 versus those who live with the family 6.71 ± 0.8 ($p=0.01$).

According to the Spielberger-Khanin scale of self-esteem of situational anxiety, the difference is as follows: 41.63 ± 1.6 for lone against 36.29 ± 1.1 for those who live with the family ($p=0.012$), according to personal anxiety, the difference is as follows: 50.72 ± 1.2 in single versus 45.25 ± 0.9 people living with the family ($p=0.002$).

Key words: anxiety, depression, posttraumatic stress disorder, scale, participants in the antiterrorist operation.

Відомості про автора

Гавловський Олександр Данилович – докторант кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою Української медичної стоматологічної академії; вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011, Україна.

УДК 616.314:669.013-057

А.В. Самойленко, І.В. Возна

Рівень та структура основних стоматологічних захворювань працівників заводу «Дніпроспецсталь»

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Запорізький державний медичний університет

Мета дослідження. Оцінка стоматологічного статусу працівників заводу «Дніпроспецсталь».

Матеріал та методи. Було оглянуто 913 працівників 73,9% чоловіків та 26,1% жінок. Всі обстежені були розподілені на чотири вікові та стажеві групи.

Результати. У працівників зі стажем роботи 31–40 років індекс КПВ складає $17,14 \pm 0,35$. Значення індексу гігієни коливаються від $2,79 \pm 0,55$ зі стажем роботи 0–10 років до $2,99 \pm 0,47$ зі стажем роботи більше 31 року. Значення індексу РМА у працівників зі стажем роботи 31–40 років складає $61,61 \pm 0,16$. Індекс СРІТН становить $2,97 \pm 0,84$ у працівників зі стажем роботи до 40 років. Максимальне значення підвищенні стертості зубів було виявлено у працівників зі стажем 11–20 років $37,5 \pm 2,55$. Кератоз порожнини рота ми виявили у 23,99%. Захворювання тканин пародонту відмічено у 870 обстежених (95,3%).

Висновки. Стаж роботи впливає на порушення пародонтального комплексу, зростання патології твердих тканин зубів і захворювань слизової оболонки порожнини рота.

Ключові слова: розповсюдженість, стоматологічні захворювання, шкідливі умови.

Вступ

Дослідження стоматологів української школи значно розширили та поглибили уявлення про патогенетичні механізми розвитку основних стоматологічних захворювань. Останнім часом з'явилися роботи, в яких обґрунтовано доведений вплив шкідливих виробничих чинників як на загальний стан здоров'я працівників підприємств, так і на стоматологічне здоров'я [2, 3, 8].

Дані багатьох досліджень підтверджують, що комплекс професійно-виробничих факторів сприяє розвитку хронічних захворювань порожнини рота, таких як запальні захворювання слизової оболонки порожнини рота, тканин пародонту, каріозні і некаріозні ураження твердих тканин зубів [4, 5, 7].

Некаріозні ураження зубів відносяться до поширених видів патології твердих тканин зубів, їх частота за останні 20 років зросла до 82% (Макеєва І.М., 2011). Підвищена стертість зубів розглядається як поліетіологічний прогресуючий процес без можливості регенерації, який супроводжується цілою низкою морфологічних, естетичних та функціональних порушень і здатен значно знижувати якість життя хворих [1, 4].

Металургійне виробництво відноситься до галузі промисловості з найбільш важкими, небезпечними і шкідливими умовами праці і займає одне з провідних місць за рівнем професійної захворюваності та тимчасової непрацездатності робітників. Неприятливі екологічні та виробничі фактори такого виробництва здійснюють прямий вплив на функціональні системи, змінюють гомеостаз організму, що тягне за собою зміну нервогуморальної регуляції та, як наслідок, патологічні зміни в порожнині рота [1, 2, 6].

Основними шкідливими факторами на цих підприємствах є виробничий шум, вібрації, несприятливі параметри мікроклімату, забруднення повітря робочої зони шкідливими речовинами і тяжкість праці. Особливо гостро стоїть питання впливу шкідливих виробничих чинників на стоматологічне здоров'я працівників заводу «Дніпроспецсталь» м. Запоріжжя.

Для розробки та оцінки ефективності лікувально-профілактичних заходів необхідно враховувати характер стоматологічної захворюваності серед працівників виробництва зі шкідливими умовами.

Індексна оцінка дозволяє лаконічно і зручно відобразити статичний стан тканин пародонта в кількісному вираженні. З їхньою допомогою можна одержати представлення про поширеність, ступінь важкості, перебіг запально-деструктивного і дистрофічного процесу, оцінити ефективність проведеного лікування та якість диспансерної роботи у конкретного хворого або диспансерній групі.

Мета дослідження – оцінка стоматологічного статусу працівників заводу «Дніпроспецсталь» для розробки програм профілактики основних стоматологічних захворювань.

Матеріал та методи

Для комплексної характеристики стоматологічного здоров'я працівників заводу «Дніпроспецсталь» міста Запоріжжя нами було оглянуто 913 працівників: 675 (73,9%) чоловіків та 238 (26,1%) жінок. Обстежені були розподілені на чотири вікові групи: 1-а (21-30 років) – 143; 2-а (31-40 років) – 271; 3-я (41-50 років) – 278; 4-а (51-60 років) – 221 робітників; та на чотири групи за стажем роботи: 1-а (0–10 років) – 400; 2-а (11–20 років) – 321; 3-я (21–30 років) – 132; 4-а (31–40 років) – 60 працівників.

Організація роботи ґрунтувалася на положеннях декларації Гельсінкі. Усі пацієнти були детально інформовані про мету, методи дослідження і дали згоду на участь.

Оцінку стоматологічного статусу проводили з використанням стандартної схеми обстеження, розробленою з урахуванням рекомендацій ВООЗ. На кожного пацієнта була оформлена амбулаторна карта (форма № 043/о) зі збором анамнезу та оглядом порожнини рота, що включає зубну формулу, гігієнічні індекси, каріозні і некаріозних поразки твердих тканин зубів, стан тканин пародонта, аномалії та деформації зубощелепної системи, стан слизової оболонки порожнини рота.

Оцінку стану твердих тканин зубів проводили за допомогою індексів КПУз, КПУп, КПУв. Міру запалення ясен визначали за допомогою індексу РМА в модифікації С. Рагма (1960). Пародонтальний індекс СРІТН (Community Periodontal Index of Treatment Needs) – індекс потреби в лікуванні захворювань пародонту, рекомендований ВООЗ (1978) при епідеміологічних обстеженнях. Гігієнічний стан порожнини рота визначали

за індексом J.C. Green та J.R. Vermillion (ОHI-S, 1964). Постановку діагнозу проводили згідно класифікації захворювань пародонта М.Ф. Данилевського (1994).

Для статистичної обробки отриманих результатів використовували пакети застосованих програм Microsoft Excel і Statistica 6.0 в середовищі MS Windows.

Результати дослідження та їх обговорення

Вважаючи на те, що в структурі стоматологічної захворюваності важливе місце займає карієс зубів, тому, на нашу думку, доцільно вивчити інтенсивність ураження зубів карієсом що виражається у вигляді середнього числа уражених зубів на одну людину. Загальна сума зубів, уражених карієсом і його ускладненнями (К), запломбовані (П) та видалені (В) зуби визначалися як індекс КПВ.

В табл. 1 приведені результати дослідження стану тканин пародонту, твердих тканин зубів і рівня гігієни порожнини рота працівників заводу «Дніпроспецсталь» різного віку та стажу роботи в шкідливих умовах виробництва.

Таблиця 1

Клінічні показники працівників сталепромиислового підприємства в залежності від віку

| Індекс | Вік (років) | | | |
|--------|-------------|------------|------------|------------|
| | 21–30 | 31–40 | 41–50 | 51–60 |
| КПВ | 6,97±0,15 | 10,27±0,24 | 13,59±0,06 | 17,22±0,22 |
| ГІ | 2,24±0,50 | 2,37±0,53 | 2,45±0,35 | 2,49±0,70 |
| РМА | 39,54±0,16 | 43,63±0,09 | 48,92±0,11 | 52,8±0,14 |
| СРІТН | 2,18±0,54 | 2,51±0,69 | 2,94±0,76 | 2,98±0,85 |

На підставі отриманих даних ми виявили зростання індексу КПВ з віком від 6,97±0,15 в 21–30 років до 17,22±0,22 в 51–60 років. Такі значення індексу трактуються як високі показники інтенсивності каріозного процесу. Також ми помітили динаміку індексу КПВ залежно від стажу роботи на підприємстві. У працівників зі стажем роботи до десяти років індекс складає 11,06±0,26 і поступово зростає та досягає значень 17,14±0,35 у групі зі стажем роботи 31–40 років (табл. 2).

Гігієнічний індекс (ГІ) у працівників різних вікових груп перевищує значення 2,2 бали, що свідчить про відсутність ругулярного догляду за порожниною рота і поганий рівень гігієни. У віковій групі 21–30 років цей показник складає 2,24±0,50, коливається та максимальних значень досягає у віці 51–60 років і відповідає 2,49±0,70.

Ми помітили вплив стажу роботи на зростання показників цього індексу. Значення індексу коливаються від 2,79±0,55 зі стажем роботи 0–10 років до 2,99±0,47 зі стажем роботи більше 31 року.

Індекс РМА в групі 51–60 років збільшується відносно показника групи 21–30 років в 1,3 рази. Значення індексу у віці 21–30 років складає 39,54±0,16 та досягає максимальних значень у віці 51–60 років 52,8±0,14. Цей показник між чоловіками і жінками не відрізнявся. Ми помітили залежність показників індексу від стажу роботи працівників на підприємстві. Так показник індексу у працівників зі стажем роботи 31–40 років виріс в 1,4 разу по відношенню до стажової групи до 10 років та склав 61,61±0,16.

Таблиця 2

Клінічні показники працівників сталепромиислового підприємства в залежності від стажу роботи

| Індекс | Стаж роботи (років) | | | |
|--------|---------------------|-------------|------------|------------|
| | 0–10 | 11–20 | 21–30 | 31–40 |
| КПВ | 11,06±0,26 | 14,91±0,13 | 16,83±0,15 | 17,14±0,35 |
| ГІ | 2,79±0,55 | 2,87±0,51 | 2,94±0,69 | 2,99±0,47 |
| РМА | 44,28±0,09 | 49,74 ±0,11 | 54,28±0,12 | 61,61±0,16 |
| СРІТН | 2,37±0,75 | 2,59±0,74 | 2,96±0,62 | 2,97±0,84 |

Така ж тенденція показника індексу потреби в лікуванні СРІТН відзначалася у працівників заводу «Дніпроспецсталь». У віковій групі 21–30 років індекс склав $2,18 \pm 0,54$, відповідно в групі 51–60 років – $2,98 \pm 0,85$. В залежності від стажу роботи цей показник поступово зростав від $2,37 \pm 0,79$ у групі 0–10 років до $2,97 \pm 0,84$ у працівників зі стажем роботи 31–40 років.

При аналізі ми помітили, що в цілому, значення індексів КПУ і СРІТН у жінок були вищі, ніж у чоловіків. Зворотну залежність ми побачили при аналізі індексів РМА і ГІ, це говорить про те, що жінки з більшою відповідальністю дотримуються правил гігієни порожнини рота ($p < 0,05$).

Некаріозна патологія твердих тканин зубів у працівників заводу проявлялася у вигляді клиноподібних дефектів та підвищеною стертістю зубів.

Аналізуючи розповсюдженість підвищеної стертості зубів, ми помітили, що з віком розповсюдженість цієї патології збільшується з $23,4 \pm 1,66$ до $48,6 \pm 2,76$ (максимальне значення) у віковій групі 51–60 років. На цей показник впливає і стаж роботи. Максимальне значення підвищенні стертості зубів було виявлено у працівників зі стажем 11–20 років $37,5 \pm 2,55$. В подальшому, показник знижується, досягаючи мінімальних значень $25,7 \pm 1,18$ у працівників зі стажем роботи 31–40 років. Цю тенденцію ми можемо пояснити впливом шкідливих факторів виробництва на кількість залишившихся зубів та наявністю зубних протезів. У чоловіків ця патологія зустрічалася майже у 3 рази частіше ніж у жінок ($p < 0,05$).

Патологію слизової оболонки порожнини рота у вигляді кератозу ми виявили у 23,99% обстежених, серед жінок 15,12%, у чоловіків 27,11%. Ми помітили значний вплив стажу роботи працівників сталепромислового підприємства на розповсюдженість кератозу. Це ми

можемо пояснити впливом шкідливих чинників виробництва на слизову оболонку порожнини рота, палінням тютюну та відсутністю профілактичних засобів на підприємстві.

Захворювання тканин пародонту відмічено у 870 обстежених (95,3%). З них поширеність гінгівіту склала 138 осіб (15,9%), пародонтиту 701 осіб (80,6%). Дистрофічні зміни у вигляді пародонтозу діагностовано лише у 31 обстежених (3,5%). Хронічний генералізований пародонтит діагностовано у 548 чоловіків (78,2%), та 153 жінок (21,8%), переважно I та II ступенів тяжкості, який характеризувався хронічним та загостреним перебігом. У решти осіб, 43 працівника (4,7%), зміни в тканинах пародонта відсутні.

Висновки

Аналіз результатів епідеміологічного обстеження працівників сталепромислового підприємства «Дніпроспецсталь» м. Запоріжжя показує, що зі збільшенням стажу роботи в шкідливих умовах виробництва стали відзначатися розвиток порушень пародонтального комплексу, спостерігається постійне зростання ознак патології твердих тканин зубів, некаріозних поразок і захворювань слизової оболонки порожнини рота.

Комплексне клінічне обстеження показало, що запальні та дистрофічно-запальні процеси в тканинах пародонту мають місце вже в перші роки роботи в сталепромисловому заводі.

Перспективи подальших досліджень будуть направлені на вдосконалення методів діагностики і своєчасної профілактики основних стоматологічних захворювань, що враховують постійну дію шкідливих чинників виробництва.

Література

1. Груздева А. А. Вплив виробничих факторів залізорудного виробництва на тканини пародонту / А. А. Груздева // Вісник стоматології. – 2015. – № 1. – С. 39–41.
2. Деньга О. В. Стоматологічний статус робітників металургійного виробництва / О. В. Деньга, А. В. Гавришук // Інновації в стоматології. – 2014. – № 2. – С. 92–95.
3. Глазунов О. А. Оценка стоматологического статуса и резистентности организма у работников горнорудной промышленности Кривого Рога / О. А. Глазунов, С. Н. Иконников // Український стоматологічний альманах. – 2012. – № 4. – С. 25–29.
4. Ткаченко І. М. Визначення фізіологічних розмірів коронкової частини зубів як одного з головних параметрів при встановленні діагнозу підвищена стертість твердих тканин зубів / І. М. Ткаченко // Питання експериментальної та клінічної стоматології. – 2016. – Випуск № 2. – С. 390–396.
5. Глазунов О. А. Влияние профессиональных заболеваний и длительности работы на стоматологический статус рабочих горнорудного производства / О. А. Глазунов, К. М. Косенко, О. В. Деньга, Е. М. Деньга // Вісник стоматології. – 2013. – № 1. – С. 36–40.
6. Назарян Р. С. Комплексне оцінювання стоматологічного статусу пацієнтів завдяки диференційованому підходу до вибору тактики професійної гігієни / Р. С. Назарян, Л. С. Кривенко // Український стоматологічний альманах. – 2013. – № 3. – С. 33–35.
7. Деньга О. В. Комплексная профилактика и лечение основных стоматологических заболеваний у работников химического производства / О. В. Деньга, Е. В. Ефремова, Э. М. Деньга // Вісник стоматології. – 2014. – № 4. – С. 14–17.
8. Батіг В. М. Обгрунтування методів профілактики та лікування захворювань пародонту у працівників хімічних підприємств / В. М. Батіг // Современная стоматология. – 2013. – № 5. – С. 40–43.

Дата надходження рукопису до редакції: 25.01.2019 р.

Распространенность основных стоматологических заболеваний у работников завода «Днепроспецсталь»

А.В. Самойленко, И.В. Возная

Днепропетровская медицинская академия
Запорожский государственный медицинский университет

Цель исследования. Изучить стоматологический статус работников завода «Днепроспецсталь».

Материалы и методы. Проведено обследование 913 работников, 73,9% мужчин и 26,1% женщин. Осмотренные были распределены на четыре возрастные группы и четыре группы в зависимости от стажа работы.

Результаты исследования. У работников со стажем работы 31–40 лет индекс КПУ составляет $17,14 \pm 0,35$. Значения индекса гигиены варьируют от $2,79 \pm 0,55$ со стажем работы 0–10 лет до $2,99 \pm 0,47$ со стажем работы больше 31 года. Значение индекса РМА у работников со стажем работы 31–40 лет составляет $61,61 \pm 0,16$. Индекс CPITN – $2,97 \pm 0,84$ у работников со стажем работы до 40 лет. Максимальное значение повышенной стираемости зубов нами выявлено у работников со стажем 11–20 лет – $37,5 \pm 2,55$. Кератоз полости рта диагностирован у 23,99% человек. Заболевания тканей пародонта мы отметили у 870 обследованных (95,3%).

Выводы. Стаж работы влияет на распространенность признаков пародонтального комплекса, патологии твердых тканей зубов и слизистой оболочки полости рта.

Ключевые слова: распространенность, стоматологические заболевания, вредные условия.

The prevalence of major dental diseases among employees of “Dneprospsstal” plant

A.V. Samoilenko, I.V. Vozna

Dnipropetrovsk Medical Academy
Zaporizhzhya State Medical University

Purpose of the study. To study the dental status of the "Dneprospsstal" plant's staff.

Material that methods. A survey of 913 workers, 73,9% of men and 26,1% of women was carried out. The surveyed were divided into four age groups and four groups depending on the length of service.

The results of the study. At workers with 31–40 years length of service the index of the CFR makes $17,14 \pm 0,35$. The values of the hygiene index range from $2,79 \pm 0,55$ with work experience of 0–10 years to $2,99 \pm 0,47$ with work experience of more than 31 years. The value of the PMA index at workers with work experience of 31–40 years is $61,61 \pm 0,16$. CPITN index is $2,97 \pm 0,84$ at the workers with work experience up to 40 years. The maximum value of the increased abrasion of teeth we found in workers with the experience of 11–20 years – $37,5 \pm 2,55$. Oral keratosis was diagnosed in 23,99% of people. We noted periodontal tissue diseases in 870 patients (95,3%).

Conclusions. Work experience affects the prevalence of the periodontal complex signs, the pathology of hard tissues of the teeth and mucous membrane of the oral cavity.

Key words: prevalence, dental diseases, harmful conditions.

Відомості про авторів

Самойленко Андрій Валерійович – д.мед.н., професор, завідувач кафедри терапевтичної стоматології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського 9, 49000.

Возна Ірина Володимирівна – к.мед.н., доцент кафедри пропедевтичної та хірургічної стоматології Запорізького державного медичного університету, м. Запоріжжя, вул. Академіка Амосова 83, ННМЦ «Університетська клініка», 69000.

УДК 612.821:371.7]-057.875-07

Я.І. Сливка, Ю.М. Савка, О.П. Кентеш, І.В. Бугір, О.Ю. Райко

Дослідження психофізіологічного стану студентів з урахуванням ступеня напруження регуляторних систем

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет, м. Ужгород, Україна

Мета – визначити взаємозв'язок між психофізіологічними показниками та ступенем напруження регуляторних систем з урахуванням показника активності регуляторних систем.

Матеріали та методи. Обстежено 86 студентів другого та третього курсу віком від 18 до 20 років. Використано анкетні, інструментальні та статистичні методи дослідження.

Результати та висновки. У ході дослідження виявлено взаємозв'язок між психофізіологічним станом студентів та їх адаптаційними можливостями. В якості інтегрального показника ступеня функціонального напруження автономної нервової системи доцільно використовувати показник активності регуляторних систем, запропонований Р.М. Баєвським. Зростання значень показника активності регуляторних систем пов'язане з рядом змін у структурі варіабельності серцевого ритму, а саме, посиленням активності симпатичних впливів, зниження впливу дихальної періодики, зростанням активності центральних регуляторних впливів. Встановлено, що студенти з незадовільним рівнем адаптації та виснаженням регуляторних механізмів характеризуються достовірно вищим рівнем особистісної тривожності, низькою стресостійкістю, зростанням рівня психосоматичних проявів.

Ключові слова: показник активності регуляторних систем, варіабельність серцевого ритму, дезадаптація, психосоматичні прояви.

Вступ

Постійна інтенсифікація навчального процесу у вищому навчальному закладі – це складний та тривалий процес, який суттєво впливає на психофізіологічні параметри організму молодої людини. Особливу категорію серед студентської молоді становлять студенти-медики початкових курсів, які зазнають підвищеного психоемоційного впливу, пов'язаного зі зміною режиму праці та відпочинку, з необхідністю адаптації до умов навчальної діяльності, збільшенням та складністю навчального матеріалу.

Високий рівень психоемоційної та інтелектуальної напруги, підвищення вимог до якості знань, порушення рухового режиму негативно впливає на функціональні можливості організму студентів, що призводить до напруження механізмів центральної адаптації [1]. Внаслідок цього знижуються адаптаційні резерви організму, порушуються механізми регуляції автономних функцій, створюються передумови до психоемоційного напруження, виникнення психосоматичних проявів [6, 7].

Для діагностики функціонального стану автономної нервової системи (АНС) сьогодні активно використовується в практиці метод аналізу варіабельності серцевого ритму (ВСР) [3, 8, 9] та запропонований Р.М. Баєвським [2] інтегральний показник оцінки адаптаційних можливостей організму – показник активності регуляторних систем (ПАРС).

Останнім часом зростає інтерес до застосування ПАРС у клінічній та відновлювальній медицині [3, 4, 10], оскільки він дозволяє характеризувати не тільки ступінь напруження адаптаційних механізмів та вихідний

функціональний стан організму, а і його адаптаційні можливості при зміні умов навколишнього середовища та комплексно оцінити стресорний ефект подразнюючих факторів на організм людини.

Наразі недостатньо вивченим залишається питання оцінки адаптаційних можливостей АНС з урахуванням ПАРС та його взаємозв'язок з психофізіологічними показниками здоров'я студентів.

Мета – визначення взаємозв'язку між психофізіологічними показниками та ступенем напруження регуляторних систем з урахуванням ПАРС.

Матеріали та методи

У дослідженні приймали участь 86 студентів другого та третього курсу віком від 18 до 20 років, які не мали відхилень від норми за даними фізикального обстеження і професійно не займалися спортом. Дослідження проводили у міжсесійний період (жовтень-грудень), не пов'язаний із складанням заліків та іспитів.

Оцінка функціонального стану АНС проводили методом кардіоінтервалографії (КІГ) з аналізом спектральних показників ВСР за допомогою апаратно-програмного комплексу «Кардіолаб» (рис. 1).

Методика реєстрації та комп'ютерного аналізу ВСР виконувалась у відповідності з прийнятими міжнародними стандартами аналізу варіабельності серцевого ритму [8, 9], а також за Р.М. Баєвським [2]. Визначались спектральні показники ВСР: ТР, мс² (Total power) – загальна потужність спектру ВСР; VLF% (Very Low Frequency) – активність вищих надсегментарних центрів автономної регуляції та гуморально-метаболических впливів; LF% (Low

Frequency) – активність симпатичних модуляторів; HF% (High Frequency) – пов'язаний з вагусними впливами; LF/HF – симпатовагальний баланс; IC – індекс централізації.

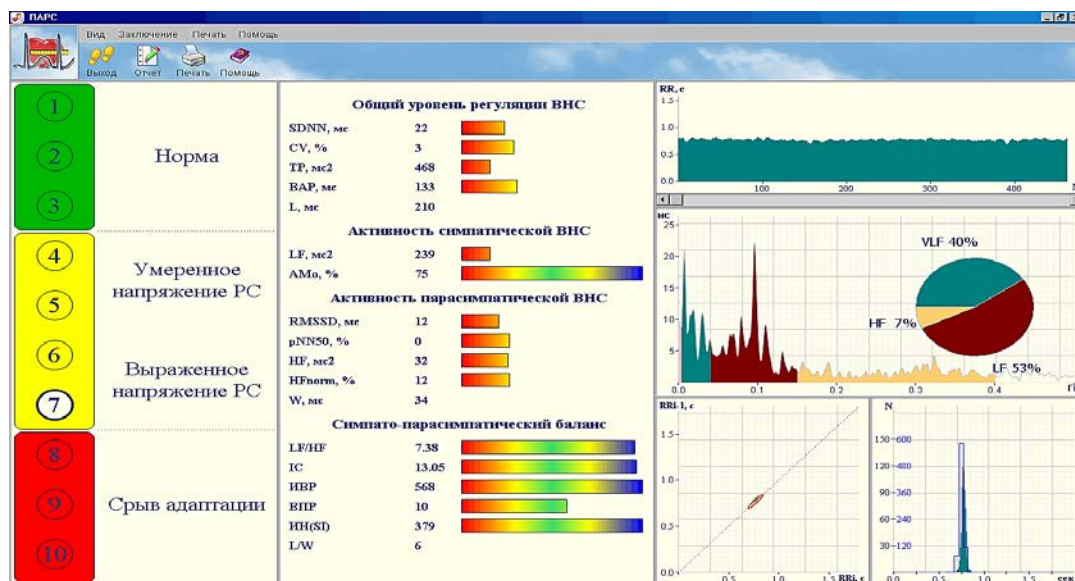


Рис. 1. Комп'ютерна обробка ритмокардіограми студента Б. за допомогою приладу «Кардіолаб»

Комплексна оцінка вегетативного гомеостазу проводилась за ПАРС, який розраховується за спеціальним алгоритмом [2].

Так, на основі ПАРС, виділяють три функціональні стани здоров'я, які ще називають системою «Світлофор»: зелена зона – стан норми або стан задовільної адаптації; жовта зона – напруження чи перенапруження механізмів адаптації та червона зона – зрив адаптації.

Оцінка психофізіологічного стану студентів включала: визначення рівня ситуативної та особистісної тривожності за тестовою методикою Спілбергера-Ханіна; оцінка рівня стресостійкості [5]; дослідження психосоматичної обумовленості соматичних недомогань за Гісенівським опитувальником (Giesener Beshwedebogen – GBV) [5]. Гісенівський опитувальник – анкета, що призначена для виявлення суб'єктивної картини фізичних недомогань. Оцінювались чотири основні та одна додаткова шкала:

Шкала 1. «Виснаження» (В) – характеризує неспецифічний фактор виснаження, що вказує на загальну втрату життєвої енергії, потребу в допомозі.

Шкала 2. «Шлункові скарги» (Ш) – відображає синдром нервових (психосоматичних) шлункових недомогань.

Шкала 3. «Ревматичний характер» (Р) – відображає суб'єктивні страждання пацієнта, що мають спастичний характер.

Шкала 4. «Серцеві скарги» (С) – вказує на те, що пацієнт локалізує свої недомогання здебільшого в серцево-судинній сфері.

Шкала 5. «Інтенсивність скарг» або «Тиск» (Т) – характеризує загальну інтенсивність скарг.

У всіх обстежуваних вимірювалися частота дихання (ЧД), частота серцевих скорочень (ЧСС) та артеріальний тиск (АТ).

Результати дослідження та їх обговорення

Результати дослідження показали, що серед обстежуваного контингенту у 45% студентів виявлено стан задовільної адаптації, у 43% – стан функціонального напруження і незадовільна адаптація виявлена у 12% студентів (рис. 2).

На наступному етапі дослідження проведено порівняльний аналіз показників ВСР у студентів з урахуванням ПАРС (табл. 1).

Оцінка показників дозволила встановити, що із збільшенням ступеню напруження регуляторних систем від задовільної до незадовільної адаптації спостерігається достовірне зменшення показників VLF, %, HF, % та зростання показників LF, мс², LF, %, LF/HF. Збільшення потужності спектру низькочастотного компоненту та зниження потужності високочастотного компоненту ВСР вказує на зростання рівня активності вазомоторного центру та підвищення активності симпатичної ланки регуляції серцево-судинної системи.

На наступному етапі дослідження у студентів з різними адаптаційними можливостями проведено оцінку ряду психофізіологічних параметрів (табл. 2).

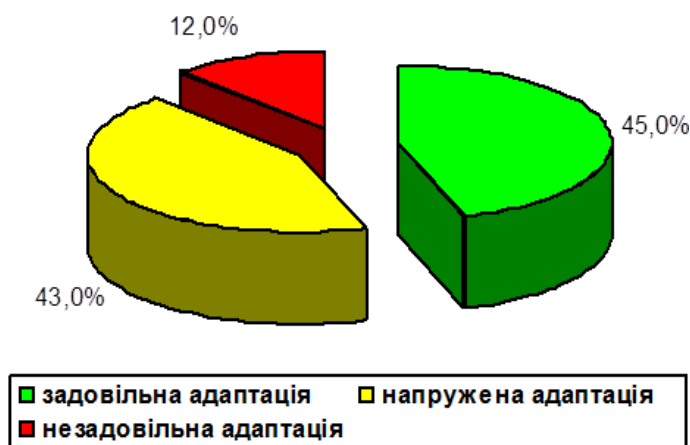


Рис. 2. Розподіл студентів за ПАРС

Таблиця 1
Характеристика спектральних показників ВСР з урахуванням функціонального стану регуляторних систем студентів (M±m)

| Показник | Задовільна адаптація (45%) 1 (зелена зона) | Напружена адаптація (43%) 2 (жовта зона) | P1-2 | Незадовільна адаптація (12%) 3 (червона зона) | P1-3 |
|----------------------|---|---|-------|--|-------|
| TP, мс ² | 3557,7±315,2 | 3963,9±474,1 | - | 4727,9±746,9 | - |
| VLF, мс ² | 990,9±131,1 | 961,8±140,3 | - | 870,4±80,8 | - |
| VLF, % | 27,8±2,0 | 24,3±2,3 | - | 18,5±2,5 | <0,01 |
| LF, мс ² | 1415,6±170,5 | 1941,9±311,8 | - | 2740,2±454,5 | <0,05 |
| LF, % | 39,8±2,5 | 48,6±2,9 | <0,05 | 57,8±4,2 | <0,01 |
| HF, мс ² | 1138,3±73,3 | 1073±55,8 | - | 1134,2±63,8 | - |
| HF, % | 32,1±1,6 | 27,1±1,3 | <0,05 | 24±1,3 | <0,01 |
| LF/HF | 1,4±0,1 | 1,8±0,2 | <0,05 | 2,6±0,3 | <0,01 |
| IC | 2,7±0,3 | 2,8±0,6 | - | 3,4±0,9 | - |

Примітки: P1-2 – вірогідність різниці показників в групах 1 та 2; P1-3 – вірогідність різниці показників в групах 1 та 3.

Таблиця 2
Психофізіологічні параметри з урахуванням функціонального стану регуляторних систем студентів (M±m)

| Показник | Задовільна адаптація (45%) 1 (зелена зона) | Напружена адаптація (43%) 2 (жовта зона) | Незадовільна адаптація (12%) 3 (червона зона) |
|-------------------------|---|---|--|
| ЧСС, за хв. | 74±2,3 | 83±3,1 | 95±6,5** |
| САТ, мм рт.ст. | 119,5±3,3 | 125±4,3 | 134±5,3* |
| ДАТ, мм рт.ст. | 72,7±1,4 | 79,4±2,5 | 84,3±4,5* |
| ЧД, за хв. | 15,2±0,7 | 17,2±0,9 | 19,7±1,9* |
| Особистісна тривожність | 31,7±4,4 | 46,1±4,2 | 52,7±5,3** |
| Стресостійкість | 18±3,7 | 32±4,3 | 47±4,8** |

Примітки (тут і далі): * – вірогідність різниці показників в групах 1 та 3, p<0,05; ** – вірогідність різниці показників в групах 1 та 3, p<0,01.

Встановлено, що у студентів із незадовільним рівнем адаптації та виснаженням регуляторних механізмів спостерігаються більш високі показники ЧСС, систолічного, діастолічного тиску, ЧД порівняно із станом

задовільної та напруженої адаптації. У студентів із незадовільним рівнем адаптаційних можливостей відмічено вищий рівень особистісної тривожності та низький рівень стресостійкості в порівнянні з групою

задовільної адаптації. Особистісна тривожність розглядається як стійка індивідуальна особливість людини, що характеризує її тенденцію сприймати певний діапазон індивідуальних ситуацій як загрозованих, небезпечних для самооцінки і самоповаги. Високотривожні особистості схильні сприймати загрозу самооцінці і життєдіяльності та реагувати вираженим станом тривоги. Підвищена тривога є основним механізмом неадаптивної поведінки, однак, певний рівень тривожності – природна й обов'язкова особливість

продуктивної активності людини. Самоконтроль і самооцінка цього стану є істотним компонентом адаптивної саморегуляції, позаяк підвищений рівень тривоги є провідним «облігатним механізмом» дезадаптивних розладів.

Аналіз результатів інтенсивності психосоматичних недомогань за Гісенівським опитувальником (табл. 3) показав, що достовірно вищі середні величини психосоматичних недомогань за всіма шкалами були виявлені у групі студентів з незадовільною адаптацією.

Таблиця 3

Інтенсивність психосоматичних скарг у студентів з урахуванням функціонального стану регуляторних систем (M±m)

| Показник | Задовільна адаптація (45%) | Напружена адаптація (43%) | Незадовільна адаптація (12%) |
|------------|----------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Виснаження | 5,3±0,6 | 8,8±2,1 | 12,5±2,5** |
| Шлункові | 1,8±0,3 | 2,7±1,3 | 4,7±1,3* |
| Ревматичні | 4,4±1,4 | 5,5±1,5 | 8,7±3,5* |
| Серцеві | 2,4±0,7 | 2,9±0,9 | 5,5±1,9* |
| Тиск | 11,7±3,4 | 21,1±4,2 | 32,2±4,3** |

Отримані результати дослідження дають підстави стверджувати, що середні показники інтенсивності психосоматичних скарг мають достовірні відмінності у групах із різним ступенем напруження регуляторних механізмів. Так, у осіб з незадовільною адаптацією за всіма без винятку шкалами середні величини психосоматичних скарг були достовірно вищими і становили $p < 0,05$ за шкалами «Шлункові», «Ревматичні», «Серцеві» та $p < 0,01$ за шкалами «Виснаження» та «Тиск».

Висновки

1. У результаті дослідження показників ВСР в умовах звичайного навчального навантаження серед студентів виявлено різні функціональні стани за інтегрованим показником активності регуляторних систем. Залежно від функціональних резервів регуляторні системи працюють із різним ступенем напруження від

оптимального до перенапруження. Показано, що при збільшенні напруження механізмів адаптації посилюється активність симпатичних впливів, знижується вплив дихальної періоди.

2. Встановлено, що студенти з незадовільним рівнем адаптації та виснаженням регуляторних механізмів характеризуються достовірно вищим рівнем особистісної тривожності, низькою стресостійкістю.

3. Встановлено взаємозв'язок між наростанням рівня психосоматичних проявів та зниженням функціональних резервів механізмів адаптації.

Перспективи подальших досліджень

Отримані у ході дослідження результати можуть бути використані для виявлення осіб з напруженими механізмами регуляції з метою розробки профілактичних заходів для попередження розвитку дезадаптивних станів.

Література

1. Антонец К.В. Влияние учебной нагрузки на некоторые параметры гемодинамики и эмоциональное состояние студентов / Антонец К.В., Чурукова Н.М. // Международный студенческий научный вестник. – 2017. – № 2 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=16912>.
2. Баевский Р. М. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения / Р. М. Баевский, Г. Г. Иванов. – М. : Медицина, 2000. – 295 с.
3. Горст Н.А. Показатель активности регуляторных систем в структуре анализа вариабельности сердечного ритма / Горст Н.А., Лычагина С.Н., Горст В.Р., Горячкина Л.В. и др. // Естественные науки. Физиология. – 2016. – № 1 (54). – С. 28–33.
4. Литвинець Л.Я. Вариабельність серцевого ритму як індикатор адаптивних можливостей у дітей з бронхіальною астмою / Л.Я. Литвинець // Семейная медицина. – 2013. – № 3. – С. 131–134.
5. Малкина-Пих И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо. – 2005. – 992 с.
6. Третяк Т.О. Психофізіологічний профіль студентів першого курсу у процесі адаптації до освітньої діяльності / Третяк Т.О., Севериновська О.В. // Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету ім. Володимира Гнатюка. Серія: Біологія. – 2016. – № 2 (66). – С. 90–103.

7. Федотова Г.Г. Оценка функционального состояния организма студентов на основе анализа вариабельности сердечного ритма / Федотова Г.Г., Пожарова Г.В., Гераськина М.А. // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=22587>.
8. Яблучанский Н.И. Исследуем регуляторные процессы / Н. И. Яблучанский, А. В. Мартыненко, А. С. Исаева и др. – Донецк : ЧП Бутасова. – 2005. – 196 с.
9. Heart rate variability: Standards of measurement, physiological interpretation and clinical use. Task Force of European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology // Circulation. – 1996. – Vol. 93, № 5. – P. 1043–1065.
10. Lebedenko A.A. The spectral analysis of heart rate variability – a new view on the problem of autonomic dysfunction in children with asthma / A.A. Lebedenko, T.D. Tarakanova, T.B. Kozyreva, M.S. Kasian, E.V. Nosova, S.V. Maltsev, E.B. Turina, O.E. Semernik // Medical Herald of the South of Russia. – 2013. – № 1. – P. 37–41.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.03.2019 р.

Исследование психофизиологического состояния студентов с учетом степени напряжения регуляторных систем

Я.И. Сливка, Ю.М. Савка,
О.П. Кентеш, И.В. Бугир., О.Ю. Райко
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Цель исследования – определить взаимосвязь между психофизиологическими показателями и степенью напряжения регуляторных систем с учетом показателя активности регуляторных систем.

Материалы и методы. Обследовано 86 студентов второго и третьего курса возрастом от 18 до 20 лет. Использованы анкетные, инструментальные и статистические методы исследования.

Результаты и выводы. В ходе исследования установлено взаимосвязь между психофизиологическим состоянием студентов и их адаптационными возможностями. В качестве интегрального показателя степени функционального напряжения автономной нервной системы целесообразно использовать показатель активности регуляторных систем, предложенный, Р.М. Баевским. Возрастание значений показателя активности регуляторных систем связано с рядом изменений в структуре вариабельности сердечного ритма, а именно, усилением активности симпатических влияний, снижением влияния дыхательной периодики, возрастанием активности центральных регуляторных влияний. Установлено, что студенты с неудовлетворительным уровнем адаптации истощением регуляторных механизмов характеризуются достоверно высшим уровнем личностной тревожности, низкой стрессоустойчивостью, возрастанием уровня психосоматических проявлений.

Ключевые слова: показатель активности регуляторных систем, вариабельность сердечного ритма, дезадаптация, психосоматические проявления.

Research of psychophysiological state of students using the degree of regulatory systems' tension

Ya.I. Sliyka, Yu.M. Savka,
O.P. Kentesh, I.V. Buhir, O.Yu. Rayko
SHEE “Uzhhorod National University”,
medical faculty, Uzhhorod

The aim of the study was to determine the relationship between the psychophysiological state of students and the degree level of regulatory systems' tension using regulatory systems activity index (RSAI).

Materials and methods. 86 students of second and third course from 18 to 20 years old were evaluated. Questionnaire, instrumental and statistical methods of research were used.

Results and conclusions. The study revealed the relationship between the psychophysiological state of students and their adaptive capabilities. RSAI, proposed by RM Bayevsky, can be used as an integral measure of the functional stress of the autonomic nervous system. The increasing of RSAI level is associated with a number of changes in the structure of heart rate variability, such as increased activity of sympathetic nervous system, reduced respiratory periodicity, high index of centralization. It has been established that students with an unsatisfactory level of adaptation and depletion of regulatory mechanisms are characterized by a significantly higher level of personal anxiety, low stress stability, increased psychosomatic manifestations.

Key words: regulatory systems activity index, heart rate variability, disadaptation, psychosomatic manifestations.

Відомості про авторів

Сливка Ярослава Іванівна – к.мед.наук, доцент кафедри фізіології та патофізіології медичного факультету ДВНЗ «УжНУ», площа Народна, 3, Ужгород, 88000, Україна.

Савка Юліанна Михайлівна – к.мед.наук, доцент, завідувач кафедри фізіології та патофізіології медичного факультету ДВНЗ «УжНУ», площа Народна, 3, Ужгород, 88000, Україна.

Кентеш Оксана Павлівна – асистент кафедри фізіології та патофізіології медичного факультету ДВНЗ «УжНУ», площа Народна, 3, Ужгород, 88000, Україна.

Бугір Ірина Василівна – асистент кафедри фізіології та патофізіології медичного факультету ДВНЗ «УжНУ», площа Народна, 3, Ужгород, 88000, Україна.

Райко Олена Юріївна – к.біол.наук, доцент, доцент кафедри фізіології та патофізіології медичного факультету ДВНЗ «УжНУ». Площа Народна, 3, Ужгород, 88000, Україна.

УДК 616-053.31:616-035.7-06:614.8:616-036.88

А.І. Белорус, О.М. Ковальова, В.І. Похилько, Г.А. Кузенкова

Частота несприятливих подій, пов'язаних з безпекою новонароджених, та їх зв'язок з летальними випадками

Перинатальний центр КУ «Полтавська обласна клінічна лікарня імені М.В.Скляфосовського Полтавської обласної ради»
КНП «Міський перинатальний центр» Харківської міської ради
Українська медична стоматологічна академія

Дані досліджень, проведених у різних країнах, показують, що від 2,9% до 16,6% пацієнтів під час надання їм медичної допомоги зазнають дії НП.

Мета. З'ясувати частоту несприятливих подій, пов'язаних з безпекою новонароджених та довести їх вплив на виникнення летальних випадків.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективне дослідження за видом «випадок-контроль» серед 354 новонароджених.

Результати. У групі пацієнтів, які померли, порівняно з групою пацієнтів, які вижили, достовірно частіше виникали внутрішньо-шлуночкові крововиливи III-IV ст. (25,8% проти 4,02%, $p=0,000$) та події, що асоціюються з безпекою пацієнтів: легенева кровотеча (29,03% проти 1,86%, $p=0,000$), пневмоторакс (29,03% проти 4,95%, $p=0,000$), повторна госпіталізація у ВІТН (16,1% проти 3,1%, $p=0,001$), які достовірно асоціюються з летальними випадками, відповідні, скореговані на гестаційний вік, ВШ (6,2; 19,9; 7,4, 4,1).

Висновки. В групі немовлят, які померли, порівняно з групою пацієнтів, які вижили, достовірно частіше виникали хвороби та події, що асоціюються з безпекою пацієнтів та летальними випадками.

Ключові слова: безпека пацієнтів, несприятливі події, новонароджені, відділення інтенсивної терапії новонароджених.

Вступ

Несприятлива подія (НП), за визначенням Інституту Медицини США, – це ненавмисна шкода, завдана пацієнтам діями або бездіяльністю персоналу, а не хворобами чи вихідним станом пацієнтів [12], яка може бути відвратною, якщо спричинена медичними помилками, та невідвратною, якщо з ними не пов'язана. Дані досліджень, проведених у різних країнах, показують, що від 2,9 до 16,6% пацієнтів під час надання їм медичної допомоги зазнають дії несприятливих подій (НП) [23], які не тільки завдають шкоди пацієнту, але й збільшують тривалість його перебування в стаціонарі та витрати на лікування [10]. Дослідження демонструють, що від 1% до 4% пологів ускладнюються НП, з яких до 2/3 можна вважати відвотними [19]. Події, що завдають шкоди пацієнтам, регулярно виявляють у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН) [24], при цьому 59–76% пацієнтів цих відділень стикаються принаймні з однією НП під час лікування [26].

В Україні проводилися лише поодинокі дослідження з вивчення загальних питань безпеки пацієнтів (БП) у перинатальних центрах [1–3], не з'ясованими залишаються питання щодо частоти подій, пов'язаних з БП, та їхнього впливу на летальність. Отже з'ясування ролі НП у виникненні летальних випадків дозволить покращити БП під час лікувально-діагностичного процесу, а також медичні наслідки за

рахунок зменшення кількості відвотних летальних випадків і тривалих функціональних обмежень дітей.

Мета – з'ясувати частоту несприятливих подій, пов'язаних з безпекою новонароджених, та довести їх вплив на виникнення летальних випадків.

Матеріали та методи

Для досягнення мети проведено ретроспективне дослідження за типом «випадок-контроль», в яке включено 323 немовлят, які народились з ГВ ≥ 27 тижнів та масою ≥ 800 г і вижили (перша група), та 31 дитина, які народились з такою ж масою та ГВ, але померли (друга група). Визначали частоту виникнення подій, пов'язаних із безпекою пацієнтів (пневмоторакс, легенева кровотеча, повторні курси штучної вентиляції легень (ШВЛ), повторна госпіталізація у ВІТН), а також частоту хвороб, які є індикаторами якості та безпеки надання медичної допомоги: тяжку ретинопатію, ВШК III-IV ст. та бронхолегеневу дисплазію.

Статистичну обробку одержаних результатів виконано за допомогою пакета прикладної програми STATA (США). За нормального розподілу даних використовували середнє значення (М), стандартну похибку середнього значення (m). Гіпотези щодо рівності генеральних середніх перевіряли з використанням двостороннього t-критерію Стьюдента. За ненормального розподілу використовували медіану (Me) і квартилі (Q₁–Q₃). Відносні величини порівнювали за допомогою

критерію χ^2 (хі-квадрат). Для визначення зв'язків між окремими показниками та встановлення достовірних факторів ризику використовували простий та множинний логістичний регресійний аналіз, обчислювали відношення шансів (ВШ) та їх 95% довірчі інтервали (ДІ). Значення $p < 0,05$ розглядалось як достовірне.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами дослідження медіанне значення показника доби смерті немовлят у ВІТН становило 5,0 (2,9–8,0) діб, при цьому 75 % новонароджених, включених у дослідження, померли упродовж перших 8 діб життя, що співпадає з даними інших авторів [9].

Маса тіла та гестаційний вік (ГВ) при народженні у дітей 2-ї групи були достовірно меншими, ніж у дітей 1-ї групи (табл. 1) і, відповідно, ці демографічні показники достовірно асоціювалися з розвитком летальних випадків при простому регресійному аналізі, про що свідчать також інші автори [16]. Розподіл дітей за статтю в обох групах достовірно не відрізнявся.

Аналіз ключових чинників перинатального анамнезу, які найбільше впливають на стан дитини, показав, що наявність у матері діабету, преєклампсії, відшарування плаценти, багатоплідної вагітності, передчасного розриву плодових оболонок, а також тривалість безводного періоду не асоціюються з розвитком летальних випадків (табл. 2).

Таблиця 1

Асоціації між демографічними показниками та летальними випадками пацієнтів ВІТН при простому регресійному аналізі

| Демографічний показник | Перша група, n=323 | Друга група, n=31 | p | ВШ (95% ДІ) | p |
|------------------------------|--------------------|-------------------|--------|----------------------|-------|
| Стать чоловіча, n (%) | 179 (55,4) | 19 (61,3) | 0,529 | 1,27 (0,59-2,7) | 0,530 |
| Гестаційний вік (тижн.); M±m | 31,9±0,15 | 30,3±0,76 | 0,0035 | 0,81 (0,69-0,93) | 0,004 |
| Маса (г); M±m | 1786±32,6 | 1509,4±146,2 | 0,0161 | 0,9991 (0,998-0,999) | 0,018 |

Таблиця 2

Асоціації між летальними випадками та перинатальними факторами ризику у пацієнтів ВІТН при простому та множинному логістичному регресійному аналізі

| Фактор ризику | Перша група, n=323 | Друга група, n=31 | p | Простий регресійний аналіз | | Множинний регресійний аналіз (скореговані за гестаційним віком) | |
|--|--------------------|-------------------|-------|----------------------------|-------|---|-------|
| | | | | ВШ (95% ДІ) | p | ВШ (95% ДІ) | p |
| Діабет, (n/%) | 17 (5,26) | 2 (6,45) | 0,510 | 1,24 (0,27-5,61) | 0,780 | 1,36 (0,289-6,40) | 0,696 |
| Преєклампсія, (n/%) | 47 (14,5) | 4 (12,9) | 0,529 | 0,87 (0,29-2,6) | 0,803 | 0,82 (0,27-2,49) | 0,773 |
| Відшарування плаценти, (n/%) | 43 (13,31) | 3 (9,68) | 0,405 | 0,69 (0,20-2,39) | 0,567 | 0,59 (0,17-2,06) | 0,413 |
| Багатоплідна вагітність, (n/%) | 162 (50,2) | 19 (61,3) | 0,236 | 1,57 (0,74-3,35) | 0,239 | 1,49 (0,69-3,2) | 0,304 |
| Передчасний розрив плідних оболонок, (n/%) | 310 (34,1) | 15 (48,4) | 0,111 | 1,81 (0,86-3,81) | 0,115 | 1,75 (0,82-3,72) | 0,144 |
| Тривалість безводного періоду (год.) M±m | 67,4±31,02 | 11,3±9,54 | 0,562 | 0,99 (0,98-1,008) | 0,523 | 0,99 (0,98-1,00) | 0,393 |
| Кесарів розтин, (n/%) | 218 (67,5) | 13 (41,94) | 0,004 | 0,35 (0,16-0,74) | 0,006 | 0,33 (0,16-0,72) | 0,005 |
| Затримка розвитку плода, (n/%) | 146 (45,2) | 19 (61,29) | 0,086 | 1,91 (0,90-4,08) | 0,091 | 1,61 (0,74-3,49) | 0,228 |

Тобто слід вважати, що існують інші чинники, які потенційно можуть вплинути на виникнення летальних випадків у немовлят. Нами виявлено достовірний зворотній зв'язок між народженням дитини шляхом кесарського розтину та розвитком летальних випадків як при простому, так і при множинному аналізі після корекції на ГВ. Операція кесаревого розтину зменшує шанси дитини померти на 67%, що свідчить, на нашу думку, про внесок саме особливостей перебігу пологів у виникнення

летальних випадків серед обстежених немовлят. Проте дані щодо впливу кесаревого розтину на стан дитини в науковій літературі залишаються суперечливими [14, 17, 20]. Слід відмітити, що на межі статистичної значущості ми отримали зв'язок між затримкою розвитку плода та летальними випадками при простому регресійному аналізі ($p=0,09$), проте при множинному аналізі такий зв'язок уже був відсутній.

Для оцінювання роботи будь-якого перинатального центру з точки зору якості надання медичної допомоги та її безпеки застосовується аналіз частоти захворювань, які потенційно можуть стати причиною виникнення летальних випадків, а у разі виживання немовлят – причиною інвалідності. Тому нами проаналізовано частоту виникнення захворювань, які є індикаторами якості та безпеки надання медичної допомоги, і які слід визначати як індикаторні.

Як показало дослідження, ретинопатія не асоціюється з виникненням летальних випадків, що свідчить про ефективність сучасних оперативних

утручань, що застосовуються при даній патології. У той же час наявність у немовлят тяжких ВШК достовірно збільшує їх шанси померти як при простому (ВШ 8,29), так і множинному регресійному аналізі (ВШ 6,21) після корекції на ГВ (табл. 3).

На сьогодні вже доведено сукупність та наступність дії патогенетичних чинників та механізмів у розвитку важких ВШК в анте-/інтра- та постнатальному періодах. Тому частота даної патології може бути індикатором оцінювання командної мультидисциплінарної роботи. У більшості розвинених країн світу кожен випадок тяжкого ВШК аналізується такою командою [22].

Таблиця 3

Частота індикаторних захворювань та їх асоціації з летальними випадками у групах обстежених немовлят при простому та множинному логістичному регресійному аналізі

| Захворювання та НП | Перша група n=323 n (%) | Друга група n=31 n (%) | P | Простий регресійний аналіз | | Множинний регресійний аналіз (скореговані за ГВ) | |
|--------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------|----------------------------|-------|--|-------|
| | | | | ВШ (95% ДІ) | p | ВШ (95% ДІ) | p |
| Ретинопатія | 19 (5,88) | 0 | 0,165 | - | - | - | - |
| ВШК III-IV ст. | 13 (4,02) | 8 (25,8) | 0,000 | 8,29 (3,12-22,08) | 0,000 | 6,21 (2,24-17,21) | 0,000 |
| Бронхолегенева дисплазія | 33 (10,22) | 2 (6,45) | 0,502 | 0,61 (0,14-2,65) | 0,506 | 0,33 (0,73-1,52) | 0,157 |
| Легенева кровотеча | 6 (1,86) | 9 (29,03) | 0,000 | 21,61 (7,05-66,22) | 0,000 | 19,92 (6,14-64,65) | 0,000 |
| Пневмоторакс | 16 (4,95) | 9 (29,03) | 0,000 | 7,84 (3,11-19,77) | 0,000 | 7,41 (2,83-19,36) | 0,000 |
| Повторні курси ШВЛ | 21 (6,5) | 5 (16,13) | 0,050 | 2,77 (0,96-7,93) | 0,059 | 1,66 (0,54-5,11) | 0,370 |
| Повторна госпіталізація | 10 (3,1) | 5 (16,13) | 0,001 | 6,02 (1,91-18,93) | 0,002 | 4,06 (1,21-13,57) | 0,023 |

Що стосується бронхолегеневої дисплазії (БЛД), то нами не отримано достовірного зв'язку між даним захворюванням та розвитком летальних випадків. Сама по собі БЛД не є безпосередньою причиною смерті немовлят, хоча вона є індикатором комплексного оцінювання різних аспектів надання неонатальної допомоги, зокрема стратегій респіраторної підтримки, парентерального та ентерального харчування, попередження ВЛІ. Тому частоту її розвитку у пацієнтів ВІТН можна використати для оцінювання якості та безпеки надання медичної допомоги у різних закладах.

Важливим для встановлення причин виникнення летальних випадків є аналіз НП, які можуть бути ускладненням внаслідок природного перебігу захворювання, а можуть бути наслідком потенційних медичних помилок. У нашому дослідженні легенева кровотеча достовірно частіше виникала серед немовлят, які померли, ніж серед тих, які вижили, та достовірно підвищувала шанси дитини померти, навіть після корекції на ГВ.

У розвинених країнах пневмоторакс вважається НП, а його частота є індикаторним показником, що визначає рівень безпеки пацієнта у ВІТ [21]. За даними літератури пневмоторакс виникає внаслідок респіраторного дистрес синдрому, хоріоамніоніту у матері, катетеризації підключичної вени та неадекватної респіраторної підтримки, насамперед, вентиляції з позитивним тиском [4]. Виникнення цього стану призводить до збільшення

захворюваності та додаткового підвищення вартості лікування [6]. У нашому дослідженні у загальній когорті обстежених пацієнтів частота пневмотораксу становила 7,06%, хоча за даними літератури вказаний стан виникає у 2,6–4,0% пацієнтів ВІТ залежно від ГВ (частіше у більш незрілих дітей). Тобто частота виникнення пневмотораксу у немовлят, включених у наше дослідження, є більшою, ніж за даними розвинених країн світу [8]. Пневмоторакс виявився достовірним фактором ризику виникнення летальних випадків як при простому (ВШ 7,84), так і множинному логістичному регресійному аналізі (ВШ 7,41).

Повторні курси ШВЛ на сьогодні повинні також підлягати ретельному аналізу, оскільки це може бути зумовлено передчасним відлученням дитини від ШВЛ або незапланованою екстубацією [13]. Вчені вважають, що за таких умов треба виключати, насамперед, приєднання ВЛІ, яке на сьогодні є індикатором безпеки пацієнтів і вважається НП, пов'язаною з медичною помилкою [15]. За нашими даними частота повторних курсів ШВЛ у дітей, які померли, була достовірно більшою, ніж у немовлят, які вижили. При простому регресійному аналізі виявлено достовірний зв'язок між проведенням повторних курсів ШВЛ та виникненням летальних випадків у немовлят. Проте після корекції на ГВ нами не одержано достовірного зв'язку між вказаними показниками, що, на нашу думку, потребує подальшого аналізу.

Вищі ризики летальних випадків виникають у новонароджених при повторній госпіталізації у ВІТН, що може свідчити про передчасне переведення дитини внаслідок недооцінювання стану дитини, відсутності місць у ВІТН, присднання ВЛІ у неонатальному відділенні. Виявлено, що повторна госпіталізація у ВІТН спостерігалась у 16,13% немовлят, які померли та у 3,1% немовлят, які вижили, $p=0,001$. За даними множинного регресійного аналізу повторна госпіталізація майже у 4 рази підвищує шанси дитини померти.

Повторна госпіталізація визначена одним із 46 праймерів науки про безпеку пацієнтів [18]. У класичному дослідженні, проведеному Forster AJ показано, що близько 20% пацієнтів відчувають побічні ефекти протягом 3 тижнів після виписки, майже трьом четвертим з яких можна було б запобігти або пом'якшити [7]. Більшість цих подій зумовлена ВЛІ та процедурними ускладненнями. За даними канадських вчених до 59% випадків повторної госпіталізації є потенційно відворотними [5]. У розвинених країнах світу мінімізація НП після виписки стала

пріоритетом для системи охорони здоров'я [11]. Отже летальні наслідки пацієнтів достовірно асоціюються з тяжкими ВШК, легеневою кровотечею, пневмотораксом та повторною госпіталізацією. Розроблення заходів з їх попередження буде сприяти зменшенню кількості відворотних летальних випадків у ВІТН.

Висновки

З'ясовано, що в групі немовлят, які померли, порівняно з групою пацієнтів, які вижили, достовірно частіше виникали хвороби та події, що пов'язані з безпекою пацієнтів: внутрішньо-шлуночкові крововиливи III–IV ст., легенева кровотеча, пневмоторакс, повторна госпіталізація у ВІТН, які достовірно асоціюються з летальними випадками.

Перспективи подальших досліджень будуть полягати у з'ясуванні причин виникнення несприятливих подій у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених.

Література

1. Ковальова ОМ, Федосюк РМ. Система інцидент звітування і культура безпеки в медицині та перспективи їх запровадження в Україні за результатами соціологічного дослідження. Економіка і право охорони здоров'я. 2017; №2 (6):82-92.
2. Слабкий ГО, Федосюк РМ, Ковальова ОМ. Дизайн відділень інтенсивної терапії з точки зору безпеки пацієнтів: порівняльна характеристика європейських, американських та вітчизняних стандартів. Україна. Здоров'я нації. 2017;1 (42):53-61.
3. Фастовец МН, Белорус АИ, Лисак ВП, Зюзіна ЛС, Ковалева ЕМ. Частота виявлення нежелательних медичинських подій в отделении интенсивной терапии новорожденных с помощью глобального триггерного інструмента. Wiadomosci Lekarskie. 2017; tom LXX, (3) cz I:483-8.
4. Aly H, Massaro A, Acun C, Ozen M. Pneumothorax in the newborn: clinical presentation, risk factors and outcomes. J Matern Fetal Neonatal Med. 2014 Mar;27(4):402-6.
5. Canadian Institute for Health Information, All-cause readmission to acute care and return to the emergency department (Ottawa, ONT,;CIHI, 2012). 2018 [Internet]. Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/Readmission_to_acutecare_en.pdf.
6. Duong HH, Mirea L, Shah PS, Yang J, Lee SK, Sankaran K. Pneumothorax in neonates: Trends, predictors and outcomes. J Neonatal Perinatal Med. 2014;7(1):29-38.
7. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. Ann Intern Med. 2003 February 4;138(3):161-7.
8. Garcia-Munoz RF, Urquia ML, Galán HG, Rivero RS, Tejera CP, Molo AS, Cabrera VP, et al. Perinatal risk factors for pneumothorax and morbidity and mortality in very low birth weight infants. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017 Nov;30(22):2679-85.
9. Ge WJ, Lucia Mirea L, Yang L, Bassil KL, Lee ShL, Shah PS. Prediction of Neonatal Outcomes in Extremely Preterm Neonates. Pediatrics. 2013 Oct;132(4):876-85.
10. Hutton B, Kanji S, McDonald E, Yazdi F, Wolfe D, Thavorn K. Incidence, causes, and consequences of preventable adverse drug events: protocol for an overview of reviews. Syst Rev. 2016 Dec 5;5(1):209.
11. Joynt KE, Jha AK. A path forward on medicare readmissions. N Engl J Med. 2013 March 28;368(13):1175-7.
12. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. 312 p.
13. Martin M, Saura R, Cabre L, Ruiz J, Blanch L, Blanco J, Castillo F, et al. Quality indicators in critically ill patients. Crit Care. 2006;10(1):395.
14. Montoya-Williams D, Lemas DJ, Spiryda L, Patel K, Carney OO, Neu J, Carson TL. The Neonatal Microbiome and Its Partial Role in Mediating the Association between Birth by Cesarean Section and Adverse Pediatric Outcomes. Neonatology. 2018 May 22;114(2):103-11.
15. Morriss FH Adverse Medical Events in the NICU Epidemiology and Prevention. NeoReviews. 2008;9(1):8.

16. *Niese OW, Sennhauser FH, Frey B.* Critical incidents in paediatric critical care: who is at risk? *Eur J Pediatr.* 2011 Feb;170(2):193-8.
17. *Pallasmaa N, Alanen A, Ekblad U, Vahlberg T, Koivisto M, Raudaskoski T, Ulander VM, Uotila J.* Variation in cesarean section rates is not related to maternal and neonatal outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013 Oct;92(10):1168-74.
18. *Patient Safety Primers [Internet]. Patient Safety Primer. Never Events [cited 2018 Aug]. Available from: <http://psnet.ahrq.gov/primerHome.aspx>.*
19. *Pettker CM, Thung SF, Norwitz ER, Buhimschi CS, Raab CA, Copel JA, Kuczynski E.* Impact of a comprehensive patient safety strategy on obstetric adverse events. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200(5):492.e1-8.
20. *Riskin A, Gonen R, Kugelman A, Maroun E, Ekhilevitch G.* Does cesarean section before the scheduled date increase the risk of neonatal morbidity? *Isr Med Assoc J.* 2014 Sep;16(9):559-63.
21. *Sassoon CS, Light RW, O'Hara VS, Moritz TE.* Iatrogenic pneumothorax: etiology and morbidity. Results of a Department of Veterans Affairs Cooperative Study. *Respiration.* 1992;59:215-20.
22. *Schmid MB, Reister F, Mayer B, Hopfner RJ, Fuchs H, Hummler HD.* Prospective risk factor monitoring reduces intracranial hemorrhage rates in preterm infants. *Dtsch Arztebl Int.* 2013 Jul;110(29-30):489-96.
23. *Van Gaal BG, Schoonhoven L, Mintjes-de Groot JA, Defloor T, Habets H, Voss A, van Achterberg T, Koopmans RT.* Concurrent incidence of adverse events in hospitals and nursing homes. *J Nurs Scholarsh.* 2014 May;46(3):187-98.
24. *Verlaet CW, van der Starre C, Hazelzet JA, Tibboel D, van der Hoeven J, Lemson J, Marieke Zegers.* The occurrence of adverse events in low-risk non-survivors in pediatric intensive care patients: an exploratory study. *Eur J Pediatr.* 2018; 177(9): 1351-1358.
25. *Verlaet CW, Visser IH, Wubben N, Hazelzet JA, Lemson J, van Waardenburg D, van der Heide D, et al.* Factors Associated With Mortality in Low-Risk Pediatric Critical Care Patients in The Netherlands. *Pediatr Crit Care Med.* 2017 Apr;18(4):155-61.
26. *Vermeulen JM, van Dijk M, van der Starre C, Wösten-van Asperen RM, Argent AC* Patient safety in South Africa: PICU adverse event registration. *Pediatr Crit Care Med.* 2014;15(5):464-70.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.02.2019 р.

Частота нежелательных событий, связанных с безопасностью новорожденных, и их связь с летальным исходом

*А.И. Белорус, Е.М. Ковалева,
В.И. Похилько, А.А. Кузенкова*

Перинатальный центр КП «Полтавская областная клиническая больница имени М.В. Склифосовского Полтавского областного совета»
КНП «Городской перинатальный центр»
Харьковского городского совета

Украинская медицинская стоматологическая академия

Данные исследований, проведенных в разных странах, показывают, что от 2,9% до 16,6% пациентов при оказании им медицинской помощи испытывают действия нежелательных событий.

Цель. Выяснить частоту нежелательных событий, связанных с безопасностью новорожденных и довести их влияние на возникновение летальных случаев.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование за типом «случай-контроль» среди 354 новорожденных.

Результаты. В группе умерших пациентов, по сравнению с группой выживших пациентов, достоверно чаще возникали внутри-желудочковые кровоизлияния III-IV ст. (25,8% против 4,02%, $p=0,000$) и события, которые ассоциируются с безопасностью пациентов: легочное кровотечение (29,03% против 1,86%, $p=0,000$), пневмоторакс (29,03% против 4,95%, $p=0,000$), повторная госпитализация в ОИТН (16,1% против 3,1%, $p=0,001$), которые достоверно ассоциируются с летальным исходом, соответствующие ОШ, скорректированные на гестационный возраст, (6,2; 19,9; 7,4; 4,1).

Выводы. В группе умерших младенцев, по сравнению с группой выживших пациентов, достоверно чаще возникали болезни и события, которые ассоциируются с безопасностью пациентов и летальными случаями.

Ключевые слова: безопасность пациентов, нежелательное событие, новорожденные, отделение интенсивной терапии новорожденных.

Frequency of adverse events related to neonatal safety and their association with lethal cases

*A.I. Bielor, O.M. Kovalova,
V.I. Pokhylko, H.A. Kuzienkova*

Perinatal Center KF "Poltava Regional Clinical Hospital named after MV Sklifosovsky Poltava Regional Council" CNF "City Perinatal Center" of the Kharkiv City Council Ukrainian Medical Stomatological Academy

Data from studies, conducted in different countries, show that from 2.9% to 16.6% of patients undergo the action of adverse events during the provision of medical care.

The aim of the research is to find out the incidence of adverse events associated with patient safety and their impact on the occurrence of lethal cases.

Materials and methods. A retrospective study was conducted by the "case-control" type among 354 newborns.

Results. In the group of patients who died, as compared with the group of surviving patients, intra-ventricular hemorrhages of III-IV grades were significantly more frequent. (25.8% vs. 4.02%, $p=0.000$) as well as events related to patient safety: pulmonary haemorrhage (29.03% vs. 1.86%, $p=0.000$), pneumothorax (29.03% vs. 4.95%, $p=0.000$), re-hospitalization at neonatal intensive care unit (16.1% vs. 3.1%, $p=0.001$), which are reliably associated with fatal cases, and corresponding odds ratio, corrected for gestational age (6.2; 19.9; 7.4; 4.1).

Conclusions. In the group of infants who died, as compared with the group of surviving patients, diseases and events that are associated with patient safety were significantly more frequent. These events are also associated with lethal cases.

Key words :patient safety, adverse events, newborns, neonatal intensive care unit.

Відомості про авторів

Белорус Андрій Іванович – к.мед.н., завідувач неонатальним стаціонаром Перинатального центру КУ «Полтавська обласна клінічна лікарня імені М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради», вул. Шевченка, 23, Полтава, 36000, Україна.

Ковальова Олена Михайлівна – д.мед.н., проф., професор кафедри педіатрії № 1 з пропедевтикою та неонатологією Української медичної стоматологічної академії, вул. Шевченко, 23, Полтава, 36024, Україна.

Похилько Валерій Іванович – д.мед.н., проф., професор кафедри педіатрії № 1 з пропедевтикою та неонатологією Української медичної стоматологічної академії, вул. Шевченко, 23, Полтава, 36024, Україна.

Кузенкова Ганна Аркадіївна – лікар-неонатолог КНП "Міський перинатальний центр" Харківської міської ради, Салтівське шосе, 264, Харків, 61176, Україна.

УДК 616-082-053.003.12

О.Б. Олексюк, Д.Є. Москвяк-Лесняк

Оцінка динаміки запобіжної госпіталізації дітей

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна

Мета – аналіз запобіжної госпіталізації дітей Львівської області за 2006–2017 рр., та прогноз її рівнів у короткотривалій перспективі.

Матеріал і методи. Показники госпіталізації дітей області було проаналізовано з приводу п'яти запобіжних причин (кишкові інфекції, пневмонії, бронхіальна астма, гострий середній отит та інфекції нирок), вибраних експертами та приведених у звітах закладів охорони здоров'я Львівської області про діяльність (ф. №20). Прогнозування рівнів госпіталізації було проведено за допомогою експоненціального згладжування за двопараметричним методом Хольта.

Результати. Порівняння середніх рівнів запобіжної госпіталізації дітей області за два шестирічні періоди (2006–2011 та 2012–2017 рр.) виявило їх ріст з приводу кишкових інфекцій (з $66,74 \pm 6,52$ ‰ до $104,5 \pm 7,45$ ‰, $p < 0,01$) та зниження у зв'язку із гострим середнім отитом (з $18,5 \pm 0,36$ ‰ до $15,9 \pm 0,94$ ‰, $p < 0,05$) та бронхіальною астмою (з $43,8 \pm 0,69$ ‰ до $39,5 \pm 1,57$ ‰, $p < 0,05$). Зменшилась середня тривалість одного випадку госпіталізації з приводу інфекцій нирок (з $38,2 \pm 1,05$ до $34,3 \pm 1,50$ дня, $p < 0,01$), бронхіальної астми (з $10,75 \pm 0,21$ до $9,75 \pm 0,18$ дня, $p < 0,01$) та гострого середнього отиту ($9,02 \pm 0,16$ до $8,34 \pm 0,19$ дня, $p < 0,05$).

Висновки. Протягом п'яти наступних років в області прогнозується зростання рівнів запобіжної госпіталізації дітей з приводу кишкових інфекцій, зниження частоти госпіталізації у зв'язку із бронхіальною астмою і гострим середнім отитом та стабілізація частоти госпіталізації з приводу пневмоній.

Ключові слова: запобіжна госпіталізація, госпіталізація з приводу причин, які можна лікувати амбулаторно, діти, прогнозування.

Вступ

Програма ВООЗ для Європейського регіону «Здоров'я для всіх у 21-ому столітті» серед основних стратегічних напрямків поліпшення здоров'я населення відзначає необхідність забезпечення населення регіону відповідною мережею ПМСД, яка б підтримувалась гнучкою та чутливою системою стаціонарної допомоги. В економічно розвинених країнах з метою оцінки доступності та забезпеченості населення ПМСД аналізують рівні запобіжної госпіталізації (*Avoidable/preventable hospitalization, hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions*). Отже, запобіжна госпіталізація – випадки госпіталізації з приводу таких хвороб, при яких частина пацієнтів могла б не лікуватись у стаціонарі, якщо б вона своєчасно отримала ефективну медичну допомогу на первинному (амбулаторному) рівні [1–5].

Необхідність поліпшення якості та доступності медичної допомоги для дітей України, зміцнення ролі ПМСД, чіткого розмежування її із службами вторинної допомоги, раціонального використання наявного ліжкового фонду, розвитку стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги дітям і зумовила актуальність даного дослідження, визначила його мету і завдання.

Вибір причин для аналізу запобіжної госпіталізації проводиться експертним шляхом і адаптується до умов конкретної країни [6, 7].

Для аналізу запобіжної госпіталізації дітей Львівської області група експертів вибрала 16 запобіжних причин, серед яких тільки п'ять (кишкові інфекції, пневмонії, бронхіальна астма, гострий середній отит та

інфекції нирок) приведені у статистичній звітності МОЗ України (ф. №20) [8].

Мета роботи – проаналізувати тенденції запобіжної госпіталізації дітей віком 0–17 років, які проживають у Львівській області України, за доступними офіційними даними МОЗ України протягом 2006–2017 рр., та спрогнозувати її рівні запобіжної у короткотривалій перспективі.

Матеріали та методи

Відносні та середні показники запобіжної госпіталізації дітей (віком 0–17 років) області було обчислено на основі даних «Звітів лікувально-профілактичного закладу за рік» (ф. №20). Значущість різниці між середніми показниками вимірювались за допомогою t-тесту, а відносними величинами – тесту Фішера із Metropolis алгоритмом.

Із метою оцінки динаміки рівнів запобіжної госпіталізації дітей у найближчій перспективі було проведено прогнозування за допомогою експоненціального згладжування за двопараметричним методом Хольта (Holt) [2]. Математичні розрахунки ми провели із використанням програми Statistica 6.0, при цьому визначення коефіцієнтів "α" та "γ" здійснювали таким чином, щоб показники рівнів ряду від 2006 до 2016 років змогли якомога точніше спрогнозувати показники 2017 р., який нам був уже заздалегідь відомим. Для подальшого аналізу приймали ту модель, у якій було найбільше зіставлення умовно прогнозованих і фактичних даних, були відсутніма автокореляційні зв'язки та були найменші середні значення квадратів абсолютних залишків.

Результати дослідження та їх обговорення

Протягом 2006–2017 років рівень госпіталізації дітей Львівської області з приводу всіх причин значуще виріс на 19,2% (з 1759,5 в 2006 р. до 2097,6 в 2017 р. на 10 тис. дітей, $p < 0,001$). Середнє число днів перебування хворої дитини на ліжку скоротилось на 20,0% (з 10,90 до 8,72 дня відповідно), а лікарняна летальність значуще не змінилась (зниження на 2,4%, з 0,25 до 0,24 на 100 вибулих хворих, $p > 0,05$).

З 2006 до 2017 року рівні запобіжної госпіталізації дітей значуще ($p < 0,001$) зросли лише з приводу кишкових інфекцій (на 184,6%, з $45,4^{0/000}$ у 2006 р. до $129,1^{0/000}$ у 2017 р.) та знизилась у зв'язку із іншими запобіжними причинами. Так, частота госпіталізації з приводу інфекцій нирок знизилась на 31,5% (з 42,2 до $28,9^{0/000}$), бронхіальної астми – на 24,1% (з 44,2 до $33,5^{0/000}$), гострого середнього отиту – на 24,0% (з 17,9 до $13,6^{0/000}$), пневмоній – на 8,3% (з 65,7 до $60,2^{0/000}$) (табл. 1).

Найвищий середній рівень госпіталізації за період 2006–2017 рр. серед п'яти вибраних запобіжних причин,

був зареєстрований з приводу кишкових інфекцій ($85,6 \pm 7,39$ на 10 тис. дітей), а найдовша середня тривалість одного випадку стаціонарного лікування – при пневмоніях ($12,6 \pm 0,23$ дня). Діти вмирали у стаціонарах від пневмоній та кишкових інфекцій. Середні показники летальності у зв'язку із пневмоніями та кишковими інфекціями за даний період були однаковими і становили $0,1 \pm 0,02\%$.

За два порівнювані шестирічні періоди середні показники запобіжної госпіталізації дітей значуще ($p < 0,01$) зросли з приводу кишкових інфекцій (з $66,74 \pm 6,52^{0/000}$ до $104,5 \pm 7,45^{0/000}$) та значуще ($p < 0,05$) знизилась у зв'язку із гострим середнім отитом (з $18,5 \pm 0,36^{0/000}$ до $15,9 \pm 0,94^{0/000}$) та бронхіальною астмою (з $43,8 \pm 0,69^{0/000}$ до $39,5 \pm 1,57^{0/000}$). Значуще знизилась середня тривалість одного випадку госпіталізації з приводу інфекцій нирок (з $38,2 \pm 1,05$ до $34,3 \pm 1,50$ дня, $p < 0,01$), бронхіальної астми (з $10,75 \pm 0,21$ до $9,75 \pm 0,18$ дня, $p < 0,01$) та гострого середнього отиту ($9,02 \pm 0,16$ до $8,34 \pm 0,19$ дня, $p < 0,05$) (табл. 1). Зниження середньої тривалості одного випадку госпіталізації у зв'язку із пневмоніями та кишковими інфекціями було незначущим.

Таблиця 1

Середні показники запобіжної госпіталізації дітей Львівської області у 2006–2011 рр. та 2012–2017 рр. та їх приріст за період 2006–2017 рр.

| Показник госпіталізації | Середні показники за: | | P | Приріст 2006–2011 рр. (%) |
|--|-----------------------|------------------|--------|---------------------------|
| | 2006–2011 рр. | 2012–2017 рр. | | |
| Кишкові інфекції | | | | |
| Рівень госпіталізації ($^{0/000}$) | 66,7 \pm 6,52 | 104,5 \pm 7,45 | <0,01 | 184,6 |
| Середнє перебування хворого на ліжку (дні) | 8,47 \pm 0,24 | 8,20 \pm 0,08 | >0,05 | -11,2 |
| Летальність (%) | 0,10 \pm 0,02 | 0,04 \pm 0,01 | <0,05 | -86,8 |
| Гострий середній отит | | | | |
| Рівень госпіталізації ($^{0/000}$) | 18,5 \pm 0,36 | 15,9 \pm 0,94 | <0,05 | -24,0 |
| Середнє перебування хворого на ліжку (дні) | 9,02 \pm 0,16 | 8,34 \pm 0,19 | <0,05 | -16,7 |
| Летальність (%) | 0,0 | 0,0 | - | - |
| Пневмонії | | | | |
| Рівень госпіталізації ($^{0/000}$) | 70,3 \pm 3,27 | 69,6 \pm 2,88 | >0,05 | -8,3 |
| Середнє перебування хворого на ліжку (дні) | 12,97 \pm 0,34 | 12,26 \pm 0,26 | >0,05 | -19,6 |
| Летальність (%) | 0,15 \pm 0,03 | 0,12 \pm 0,02 | >0,05 | -26,3 |
| Бронхіальна астма | | | | |
| Рівень госпіталізації ($^{0/000}$) | 43,8 \pm 0,69 | 39,5 \pm 1,57 | <0,05 | -24,1 |
| Середнє перебування хворого на ліжку (дні) | 10,75 \pm 0,21 | 9,75 \pm 0,18 | <0,01 | -19,6 |
| Летальність (%) | 0,0 | 0,0 | - | - |
| Інфекції нирок | | | | |
| Рівень госпіталізації ($^{0/000}$) | 38,2 \pm 1,05 | 34,3 \pm 1,50 | >0,05 | -31,5 |
| Середнє перебування хворого на ліжку (дні) | 11,92 \pm 0,11 | 10,76 \pm 0,20 | <0,001 | -16,9 |
| Летальність (%) | 0,0 | 0,0 | - | - |

Як свідчать дані таблиці 2, проведене прогнозування за допомогою експоненціального згладжування за двопараметричним методом Хольта (Holt) показало, що при інших незмінних умовах, у короткотривалій перспективі (через 5 років) рівні госпіталізації дітей з приводу кишкових інфекцій зростуть на 28,4% (з 123,1⁰/₀₀₀ у 2017 р. до 158,0⁰/₀₀₀ у 2022 р.). Знизиться частота госпіталізації дітей у зв'язку із

бронхіальною астмою (на 20,1%, відповідно з 37,8⁰/₀₀₀ до 30,2⁰/₀₀₀) та гострим середнім отитом (на 14,1%, з 13,5⁰/₀₀₀ у 2017 р. до 11,6⁰/₀₀₀ у 2022 р.). Водночас, показники частоти госпіталізації дітей з приводу пневмоній стабілізуються на рівні 69,3⁰/₀₀₀. На жаль, результати прогнозування рівнів госпіталізації дітей у зв'язку з інфекціями нирок були статистично недостовірними.

Таблиця 2

Фактичні та згладжені показники рівнів запобіжної госпіталізації дітей Львівської області в 2006–2017 рр. (на 10 тис. дітей) та їх прогноз на 2018–2022 рр.

| Рік | Кишкові інфекції | | Гострий середній отит | | Пневмонії | | Бронхіальна астма | |
|------|------------------|----------------|-----------------------|----------------|-----------|----------------|-------------------|----------------|
| | Фактичні | Згладжені дані | Фактичні | Згладжені дані | Фактичні | Згладжені дані | Фактичні | Згладжені дані |
| 2006 | 45,4 | 49,2 | 17,9 | 17,7 | 65,7 | 65,4 | 44,2 | 43,7 |
| 2007 | 56,3 | 56,1 | 19,0 | 17,4 | 76,4 | 65,0 | 44,1 | 43,0 |
| 2008 | 66,5 | 63,6 | 19,7 | 18,0 | 56,4 | 66,8 | 43,1 | 42,8 |
| 2009 | 63,0 | 71,6 | 17,5 | 18,7 | 74,8 | 64,4 | 41,1 | 42,0 |
| 2010 | 79,5 | 77,6 | 17,7 | 17,5 | 71,6 | 66,1 | 46,3 | 40,4 |
| 2011 | 89,8 | 85,2 | 18,9 | 17,2 | 77,1 | 66,9 | 44,2 | 43,3 |
| 2012 | 77,9 | 93,4 | 18,8 | 18,0 | 63,2 | 68,9 | 45,4 | 42,9 |
| 2013 | 92,9 | 98,0 | 17,7 | 18,1 | 70,4 | 67,7 | 41,0 | 43,6 |
| 2014 | 99,2 | 104,0 | 16,1 | 17,4 | 79,0 | 68,2 | 39,3 | 40,9 |
| 2015 | 112,3 | 109,8 | 16,6 | 16,2 | 75,2 | 70,4 | 38,4 | 38,9 |
| 2016 | 115,8 | 116,7 | 12,8 | 16,1 | 69,5 | 71,5 | 39,4 | 37,6 |
| 2017 | 129,1 | 123,1 | 13,6 | 13,5 | 60,2 | 71,4 | 33,5 | 37,8 |
| 2018 | | 130,8 | | 13,2 | | 69,3 | | 34,0 |
| 2019 | | 137,6 | | 12,8 | | 69,3 | | 33,1 |
| 2020 | | 144,4 | | 12,4 | | 69,3 | | 32,1 |
| 2021 | | 151,2 | | 12,0 | | 69,3 | | 31,1 |
| 2022 | | 158,0 | | 11,6 | | 69,3 | | 30,2 |

Висновки

1. Протягом 2006–2017 рр. на фоні зростання загального рівня госпіталізації дітей Львівської області на 19,2% значно виріс рівень госпіталізації у зв'язку з кишковими інфекціями (на 184,6%), знизилась частота госпіталізації з приводу: інфекцій нирок (на 31,5%), бронхіальної астми (на 24,1%), гострого середнього отиту (на 24,0%) та пневмоній (на 8,3%).

2. Порівняння середніх рівнів запобіжної госпіталізації за два шестирічні періоди (2006–2011 та 2012–2017 рр.) виявило їх значущий ($p < 0,01$) ріст з приводу кишкових інфекцій (з $66,74 \pm 6,52^{0/000}$ до $104,5 \pm 7,45^{0/000}$) та значуще ($p < 0,05$) зниження у зв'язку із гострим середнім отитом (з $18,5 \pm 0,36^{0/000}$ до $15,9 \pm 0,94^{0/000}$) та бронхіальною астмою (з $43,8 \pm 0,69^{0/000}$ до $39,5 \pm 1,57^{0/000}$).

3. У короткотривалій перспективі (протягом 5 наступних років) прогнозується зростання рівнів запобіжної госпіталізації з приводу кишкових інфекцій, зниження частоти госпіталізації у зв'язку із бронхіальною астмою і гострим середнім отитом та стабілізація частоти госпіталізації з приводу пневмоній.

4. З метою управління якістю ПМСД дітям, яке передбачає моніторинг доступності та забезпеченості їх меддопомогою на первинному рівні (дільниці педіатричній або сімейного лікаря), пропонується розширити перелік запобіжних причин госпіталізації в офіційній статистичній звітності МОЗ України.

Перспективи подальших досліджень спрямовані на виявлення причин зростання рівнів запобіжної госпіталізації дітей області з приводу кишкових інфекцій.

Література

1. Agency for Health Care Research and Quality. The Pediatric Quality Indicators; [Electronic resource]. – Access mode : http://www.qualityindicators.ahrq.gov/pdi_download.htm.
2. Rosano A, Lauria L, Viola G et al. Hospitalization for ambulatory care sensitive conditions and the role of primary care in Italian regions. Italian Journal of Public Health 2011 N8 (1): 77-88. – Access mode: <https://ijphjournal.it/article/view/5648>.
3. Lavoie JG, Wong ST, Ibrahim N. et al. Underutilized and undertheorized: the use of hospitalization for ambulatory care sensitive conditions for assessing the extent to which primary healthcare services are meeting needs in British Columbia First Nation communities. BMC Health Serv Res. 2019 Jan 18;19(1):50. doi: 10.1186/s12913-018-3850-y.
4. Rosano A, Loha CA, Falvo R et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. Eur J Public Health. 2013 Jun;23(3):356-60. doi: 10.1093/eurpub/cks053. Epub 2012 May 29.
5. Rubinstein A, López A, Caporale J et al. Avoidable hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions as an indicator of primary health care effectiveness in Argentina. J Ambul Care Manage. 2014 Jan-Mar; 37(1):69-81. doi: 10.1097/JAC.0000000000000008.
6. Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. JAMA. 1992 Nov 4; 268 (17): 2388-94.
7. Purdy S, Griffin T, Salisbury C, Sharp D. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. Public Health. 2009 Feb; 123(2):169-73. doi: 10.1016/j.puhe.2008.11.001. Epub 2009 Jan 13. – Access mode: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19144363>.
8. Олексюк О. Б. Запобіжна госпіталізація дітей Львівської області / О. Б. Олексюк // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2009. – № 2. – С. 44–51.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.02.2019 р.

Оценка динамики предотвратимой госпитализация детей

О.Б. Олексюк, Д.Е. Москвяк-Лесняк

Львовский национальный медицинский университет
имени Данила Галицкого, Львов, Украина

Цель – анализ предотвратимой госпитализация детей Львовской области за 2006–2017 гг. и прогноз ее уровней в краткосрочной перспективе.

Материал и методы. Показатели госпитализации детей области были проанализированы по поводу пяти предотвратимых причин (кишечные инфекции, пневмонии, бронхиальная астма, острый средний отит и инфекции почек), выбранных экспертами и приведенными в отчетах учреждений здравоохранения Львовской области (Украина) об их деятельности (ф. №20). Прогнозирование уровней госпитализации было проведено экспоненциальным сглаживанием с помощью двухпараметрического метода Хольта.

Результаты. Сравнение средних уровней предотвратимой госпитализация детей области по двум

шестилетним периодам (2006–2011 и 2012–2017 гг.) показало их рост по поводу кишечных инфекций (с $66,74 \pm 6,52^{0/000}$ до $104,5 \pm 7,45^{0/000}$, $p < 0,01$) и снижение в связи с острым средним отитом (с $18,5 \pm 0,36^{0/000}$ до $15,9 \pm 0,94^{0/000}$, $p < 0,05$) и бронхиальной астмой (с $43,8 \pm 0,69^{0/000}$ до $39,5 \pm 1,57^{0/000}$, $p < 0,05$). Уменьшилась средняя продолжительность одного случая госпитализации по поводу инфекций почек (с $38,2 \pm 1,05$ до $34,3 \pm 1,50$ дня, $p < 0,01$), бронхиальной астмы (с $10,75 \pm 0,21$ до $9,75 \pm 0,18$ дня, $p < 0,01$) и острого среднего отита ($9,02 \pm 0,16$ до $8,34 \pm 0,19$ дня, $p < 0,05$).

Выводы. В течение пяти следующих лет в области прогнозируется рост уровней предотвратимой госпитализации детей по поводу кишечных инфекций, снижение частоты госпитализации в связи с бронхиальной астмой и острым средним отитом и стабилизация частоты госпитализации по поводу пневмоний.

Ключевые слова: предотвратимая госпитализация, госпитализация по поводу заболеваний, которые можно лечить амбулаторно, дети, прогнозирование.

Evaluation of the dynamics of preventable hospitalization of children

O.B. Oleksiuk, D.Ye. Moskviak-Lesniak
Danylo Halytsky Lviv National Medical University,
Lviv, Ukraine

Purpose – to analyze the preventable hospitalization of children in Lviv region (Ukraine) during 2006–2017, and to predict its rates in the short-term perspective.

Materials and methods. Hospitalization indices of children of the region were analyzed for five ambulatory care-sensitive conditions (intestinal infections, pneumonia, bronchial asthma, acute otitis media and kidney infections), chosen by experts and mentioned separately in reports of health care institutions of Lviv region (Ukraine) on their activities.

Predictions of hospitalization rates were performed using the exponential smoothing method of Holt for two parameters.

Results. Comparison of the average rates of preventable hospitalization of children in the region during the two six-year periods (2006–2011 and 2012–2017) revealed their increase due to intestinal infections (from $66.74 \pm 6.52^{0/000}$ to $104.5 \pm 7.45^{0/000}$, $p < 0.01$) and decrease due to acute otitis media (from $18.5 \pm 0.36^{0/000}$ to $15.9 \pm 0.94^{0/000}$, $p < 0.05$) and bronchial asthma (from $43.8 \pm 0.69^{0/000}$ to $39.5 \pm 1.57^{0/000}$, $p < 0.05$). The average duration of one hospitalization case had decreased for kidney infections (from 38.2 ± 1.05 to 34.3 ± 1.50 days, $p < 0.01$), bronchial asthma (from 10.75 ± 0.21 to 9.75 ± 0.18 days, $p < 0.01$) and acute otitis media (9.02 ± 0.16 to 8.34 ± 0.19 days, $p < 0.05$).

Conclusions. During the next five years the preventable hospitalization rates in children are forecasted to increase for intestinal infections, decrease for bronchial asthma and acute otitis media and stabilize for pneumonia.

Відомості про авторів

Олексюк Ольга Богданівна – к.мед.н., асистент кафедри громадського здоров'я факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Пекарська 69-б, м. Львів, 79010, Україна.

Москвяк-Лесняк Дзвенислава Євгенівна – к.мед.н., асистент кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Пекарська 69-б, м. Львів, 79010, Україна.

УДК 355.5

В.В. Вороненко¹, І.М. Тодуров², В.М. Якимець², В.А. Дуфинець⁴, В.П. Печиборци³, І.О. Йосипенко³, Д.М. Лисун³

Потенційні джерела радіонуклідного забруднення та проблемні питання ліквідації медико-санітарних наслідків аварії на Чорнобильській АЕС

¹ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України» м. Київ, Україна

²ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій Національної академії наук України», м. Київ, Україна

³ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», м. Київ, Україна

⁴ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Мета дослідження – вивчити потенційні джерела радіонуклідного забруднення на території України та медико-соціальні наслідки дії Чорнобильської аварії для ліквідаторів наслідків і населення, шляхи їх подолання.

Матеріали та методи. У дослідженні використані нормативно-правові документи, звіти, наукові публікації, матеріали науково-практичних конференцій з питань організації медичного забезпечення ліквідації наслідків радіаційних аварій. Методи дослідження: Аналітичний, історичний, логічний, системного підходу.

Результати та висновки. У статті проведено аналіз медико-санітарних наслідків великих радіаційних аварій починаючи з 1 вересня 1944 року в США до теперішнього часу. Існуючі потенційні загрози виникнення техногенних ядерних аварій, актів ядерного та радіаційного тероризму на атомних електростанціях та підприємствах, які в своїй повсякденній діяльності використовують джерела радіоактивних випромінювань, саме вони є потенційними джерелами радіонуклідного забруднення територій та проживаючого населення в санітарно-захисних зонах, змушує ще раз переглянути проблемні питання медичного захисту в процесі ліквідації медико-санітарних наслідків аварії на Чорнобильській АЕС. Незважаючи на те, що досвід ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС засвідчує, що було виявлено цілий рід суттєвих недоліків, ситуація, яка на даний час існує серед населення та особового складу військ дислокованих в 30 та 100 кілометрових зонах санітарно-захисних зон 4-х АЕС свідчить про відсутність адекватної уваги зі сторони керівництва нашої держави до організаційних аспектів планування та виділення коштів для виконання заходів, спрямованих на недопущення повторення цих недоліків. Встановлено, що в розвинених країнах, в тому числі і в країнах пострадянського простору на державному, регіональних та територіальних рівнях завдяки проведеним заходам планування на випадки ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій техногенного характеру на АЕС та відповідних підприємствах, створені передумови для найбільш оптимального і ефективного використання всіх наявних сил і засобів, спроможних забезпечити надання екстреної медичної допомоги на високому організаційному та методичному рівні, що відповідає вимогам сьогодення та світових стандартів.

Ключові слова: потенційні джерела радіонуклідного забруднення, проблемні питання, ліквідація медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій.

Вступ

Вважається, що вибух четвертого реактора Чорнобильської атомної електростанції (ЧАЕС) призвів до радіоактивного забруднення в Європі більше, ніж усі ядерні випробування разом узяті з 1945 року. Такий вибух спричинив розвиток гострої променевої хвороби у 187 осіб і смерть 31 працівника станції.

За оцінками незалежних експертів, кількість смертей унаслідок Чорнобильської катастрофи склала 32 тисячі. На думку міжнародної спілки «Чорнобиль», це число сягнуло 40 тисяч. У листопаді 1995 р. ВООЗ підрахувала, що 5 млн осіб опромінені «значними викидами радіоактивних нуклідів».

Ця катастрофа не тільки викликала численні жертви, але й суттєво вплинула на якість життя населення України. Унаслідок аварії на ЧАЕС радіонуклідами забруднилися території 12 областей України. Що спричинило внутрішнє забруднення мешканців цих

областей. Екологічні, медичні й психологічні наслідки аварії, її вплив на соціальну, економічну та політичну сфери, а також на систему охорони здоров'я засвідчили, що ця аварія є глобальною радіоекологічною катастрофою. Такого висновку дійшло світове співтовариство, включаючи МАГАТЕ, ВООЗ, Науковий комітет із дії атомної радіації ООН, Міжнародну комісію з радіаційного захисту, Європейську комісію та інші.

На жаль медико-соціальні наслідки аварії на ЧАЕС, до кінця, ще не відомі. При цьому через 33 роки після аварії в суспільстві з'явилися тенденції до зняття їх з порядку денного як в Україні (зменшення державних видатків на медичну допомогу, наукове супроводження медичних проблем), так і на міжнародному рівні (форум у Відні 5–7 вересня 2005 р.) [1].

Все вище викладене вимагає звернути увагу на проблему, та більш детально її вивчити, зваживши на те, що на сьогоднішній день в Україні працюють 4 АЕС, функціонує велика кількість підприємств та установ, що в

своїй повсякденній діяльності використовують джерела радіоактивних випромінювань, які з тих чи інших причин призводять до виникнення техногенних аварій. З рахунків не можна знімати питання активізації на міжнародній арені актів ядерного та радіаційного тероризму (ЯРТ). Всі вище зазначені факти можуть стати джерелом радіонуклідних забруднень великих за площею територій, на яких проживають сотні тисяч і мільйони населення [2].

Завчасне планування заходів серед населення та ліквідаторів наслідків надзвичайної ситуації на АЕС чи підприємстві, спрямованих на попередження їх медико-санітарних наслідків спроможне забезпечити зведення цих втрат до нуля, і навпаки фіктивне планування та недобросовісне виконання цих заходів може призвести до великих втрат у ранньому та пізньому періодах після цих аварій або актів ядерного тероризму.

Як приклад, доцільно продемонструвати те, що під час таких аварій у викидах радіоактивних джерел можлива присутність радіонуклідів йоду, таких як: ^{131}I , ^{125}I , ^{123}I тощо, які є обов'язковим продуктом розпаду урану, і в перші години та дні вони можуть бути джерелом радіонуклідного забруднення територій та населення, яке на них мешкає.

Ігнорування проведенням заходів профілактики захворювань щитоподібної залози мають надзвичайно вагомий негативний наслідок, як для здоров'я населення так і ліквідаторів наслідків Чорнобильської аварії.

Актуальність дослідження обумовлюється наявністю проблемних питань безпеки у ядерній сфері України, що значною мірою можуть впливати на протирадіаційний захист як військовослужбовців так і населення, що мешкає на прилеглих територіях санітарно-захисних зон АЕС та промислових підприємств.

Мета дослідження – вивчити потенційні джерела радіонуклідного забруднення на території України та медико-соціальні наслідки дії Чорнобильської аварії на ліквідаторів наслідків і населення, шляхи їх подолання.

Матеріали та методи

У дослідженні використані нормативно-правові документи, звіти, наукові публікації, матеріали науково-практичних конференцій з питань організації медичного забезпечення ліквідації наслідків радіаційних аварій. Методи дослідження: аналітичний, історичний, логічний, системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

Історія практичного застосування найбільшого відкриття минулого століття – виявлення явищ радіоактивності, поділу ядер і подальше використання ядерної енергії характеризується дивовижною комбінацією використання цього, людського генія в абсолютно різних областях діяльності, в тому числі контрастних – мирних і військових. Починаючи з середини ХХ століття з бойового застосування ядерної зброї (вибухи в 1945 р. в Японських містах Хіросіма і Нагасакі) і наступним довготривалим періодом загрози

планетарного ядерного конфлікту, з 50–60-х років ХХ століття, стали реалізовуватись масштабні плани розвитку ядерної енергетики, які сулять суспільству, за одностороннім визнанням, виключно широкі можливості задоволення його зростаючих енергетичних потреб.

Найперші в історії великі радіаційні аварії сталися в ході напрацювання ядерних матеріалів для перших атомних бомб.

1. 1 вересня 1944 р. в США, штат Теннесі, в Ок-Ріджській національній лабораторії при спробі прочистити трубу в лабораторному пристрої зі збагачення урану стався вибух гексафториду урану, що призвело до утворення небезпечної речовини – гідрофтористі кислоти. П'ять чоловік, що знаходилися в цей час в лабораторії, постраждали від кислотних опіків і вдихання суміші радіоактивних та кислотних парів. Двоє з них загинули, а решта отримали серйозні травми.

2. В СРСР перша важка радіаційна аварія сталася 19 червня 1948 р., на наступний же день після виходу атомного реактора з напрацювання збройового плутонію (об'єкт «А» комбінату «Маяк» у Челябінській області) на проектну потужність. В результаті недостатнього охолодження декількох уранових блоків відбулося їх локальне сплавлення з навколишнім графітом, так званий «козел». Протягом дев'яти діб «закозлившийся» канал розчищався шляхом ручної розсверловки. У ході ліквідації аварії опроміненню піддався весь чоловічий персонал реактора, а також солдати будівельних батальйонів, залучені до ліквідації аварії.

3. В СРСР в Челябінській області 3 березня 1949 р. в результаті масового скидання комбінатом «Маяк» в річку Теча високоактивних рідких радіоактивних відходів опроміненню піддалися близько 124 тис. осіб в 41 населеному пункті. Найбільшу дозу опромінення отримали 28,1 тис. осіб, що проживали в прибережних населених пунктах по річці Теча (середня індивідуальна доза – 210 мЗв). У частини з них були зареєстровані випадки хронічної променевої хвороби.

4. В Канаді 12 грудня 1952 р. відбулася перша в світі серйозна аварія на атомній електростанції. Технічна помилка персоналу АЕС Чолк-Рівер (штат Онтаріо) призвела до перегріву і часткового розплавлення активної зони. Тисячі кюрі продуктів поділу потрапили в зовнішнє середовище, а близько 3800 м³ радіоактивно забрудненої води було скинуто прямо на землю, в дрібні траншеї неподалік від річки Оттави.

5. В США в штаті Айдахо 29 листопада 1955 р. «людський фактор» призвів до аварії американський експериментальний реактор EBR-1. У процесі експерименту з плутонієм, в результаті невірних дій оператора, реактор самозруйнувався, вигоріло 40% його активної зони.

6. В СРСР 29 вересня 1957 р. сталася аварія, що отримала назву «Киштимська». У сховищі радіоактивних відходів ПО «Маяк» у Челябінській області вибухнула ємність, що містила 20 мільйонів кюрі радіоактивності. Фахівці оцінили потужність вибуху в 70–100 тонн в тротиловому еквіваленті. Радіоактивна хмара від вибуху пройшла над Челябінською, Свердловською і

Тюменською областями, утворивши так званий Східно-Уральський радіоактивний слід площею понад 20 тис. км².

За оцінками фахівців, в перші години після вибуху, до евакуації з промислового майданчика комбінату, піддалися разовому опромінюванню до 100 рентген понад п'ять тисяч осіб.

У ліквідації наслідків аварії в період з 1957 по 1959 роки брали участь 25–30 тис. військовослужбовців. У радянський час катастрофа була засекречена.

7. У Великобританії в Віндскейлі 10 жовтня 1957 р. сталася велика аварія на одному з двох реакторів з напрацювання збройового плутонію. Внаслідок помилки, допущеної при експлуатації, температура палива в реакторі різко зросла, і в активній зоні виникла пожежа, що тривала протягом 4 діб. Отримали пошкодження 150 технологічних каналів, що спричинило за собою викид радіонуклідів. Всього згоріло близько 11 тонн урану.

Радіоактивні опади забруднили більшість регіонів Англії та Ірландії; радіоактивна хмара досягла Бельгії, Данії, Німеччини, Норвегії.

8. В СРСР у квітні 1967 р. стався черговий радіаційний інцидент в ПО «Маяк». Озеро «Управляющий», яке ПО «Маяк» використовувало для скидання рідких радіоактивних відходів, сильно обміліло; при цьому оголилося 2–3 гектари прибережної смуги і 2–3 гектари дна озера. В результаті вітрового підйому донних відкладень оголилися ділянки дна водойми, що призвело до винесення радіоактивного пилу близько 600 Ки активності. В результаті цього вітрового видування було забруднено територію в 1000 км², на якій проживало близько 40 тис. чоловік.

9. У Швейцарії у 1969 р. сталася аварія підземного ядерного реактора в Люценсе. Печеру, заражену радіоактивними викидами, де знаходився реактор, довелося назавжди замурувати.

10. У Франції у тому ж році сталася аварія: на АЕС «Святий Лаврентій» вибухнув запущений реактор потужністю 500 мВт. Виявилося, що під час нічної зміни оператор через неухважність неправильно завантажив паливний канал. У результаті частина елементів перегрілася і розплавилася, витекло близько 50 кг рідкого ядерного палива.

11. В СРСР 18 січня 1970 р. відбулася радіаційна катастрофа на заводі «Красное Сормово» м. Нижній Новгород. При будівництві атомного підводного човна К320 стався недозволений запуск реактора, який відпрацював на позамежній потужності близько 15 секунд. При цьому відбулося радіоактивне зараження зони цеху, в якому будувалося судно. У цеху знаходилося близько 1000 робітників. Радіоактивного зараження місцевості вдалося уникнути через закритість цеху. Того дня багато хто пішов додому, не отримавши необхідної дезактивації та медичної допомоги. Наслідки: шістьох постраждалих доставили в московську лікарню, троє з них померли через тиждень з діагнозом гостра променева хвороба, з решти взяли підписку про нерозголошення на 25 років.

Основні роботи з ліквідації аварії тривали до 24 квітня 1970 року. У них прийняло участь більше 1 тис. осіб. До січня 2005 р. в живих з них залишилося 380 осіб.

12. В США в штаті Алабама, семигодинна пожежа 22 березня 1975 р. на реакторі АЕС «Браунс Феррі» обійшовся в 10 млн доларів. Все сталося після того, як робітник із запаленою свічкою в руці поліз закласти протічку повітря в бетонній стіні. Вогонь був підхоплений протягом і поширився через кабельний канал. АЕС на рік була виведена з ладу.

13. Найсерйознішим інцидентом в атомній енергетиці США стала аварія на АЕС Тримайл-Айленд в штаті Пенсільванія, що відбулася 28 березня 1979 р. В результаті серії збоїв у роботі обладнання і грубих помилок операторів на другому енергоблоці АЕС сталося розплавлення 53% активної зони реактора. Відбувся викид в атмосферу інертних радіоактивних газів – ксенону і йоду. Крім того, в річку Сукуахана було скинуто 185 м³ слаборадіоактивної води. З району, що зазнали радіаційного впливу, було евакуйовано 200 тис. осіб.

14. В СРСР 26 квітня 1986 р. на четвертому блоці Чорнобильської АЕС сталася найбільша ядерна аварія у світі, з частковим руйнуванням активної зони реактора і виходом осколків розподілу за межі зони. За свідченням фахівців, аварія сталася через спробу виконати експеримент зі зняття додаткової енергії під час роботи основного атомного реактора. В атмосферу було викинуто 190 тонн радіоактивних речовин. 8 з 140 тонн радіоактивного палива реактора опинилися в повітрі. Інші небезпечні речовини продовжували покидати реактор в результаті пожежі, що тривала майже два тижні. Ліквідатори наслідків аварії та населення в Чорнобилі піддалися радіаційному опромінюванню в 90 разів більшому, ніж при падінні ядерної бомби на Хіросіму.

В результаті аварії сталося радіоактивне зараження в радіусі 30 км. Забруднена територія площею 160 тис. км². Постраждали північна частина України, Білорусь і захід Росії. Радіаційному забрудненню піддалися 19 російських регіонів з територією майже 60 тис. км² із населенням 2,6 млн осіб.

15. В Японії 30 вересня 1999 р. відбулася найбільша аварія в історії атомної енергетики. На заводі з виготовлення палива для АЕС в науковому містечку Токаймура (префектура Ібаракі) через помилку персоналу почалася некерована ланцюгова реакція, яка тривала протягом 17 годин. Опроміненню піддалися 439 осіб, 119 з них отримали дозу, що перевищує щорічно допустимий рівень. Троє робітників отримали критичні дози опромінення. Двоє з них померли.

16. В Японії 9 серпня 2004 р. сталася аварія на АЕС «Міхама», розташованої в 320 кілометрах на захід від Токіо на о. Хонсю. У турбіні третього реактора стався потужний викид пари температурою близько 200°C. Співробітники, що знаходилися поруч з АЕС отримали серйозні опіки. У момент аварії в будівлі, де розташований третій реактор, знаходилися близько 200 осіб. Витоку радіоактивних матеріалів у результаті аварії не виявлено. Четверо з них загинули, 18 – серйозно постраждали. Аварія стала найсерйознішою за кількістю жертв на АЕС в Японії.

17. Внаслідок найпотужнішого за всю історію Японії землетрусу 11 березня 2011 р., була зруйнована турбіна на АЕС «Онагава». Пожежа, що виникла була

швидко ліквідована. Набагато серйозніше склалася ситуація на АЕС «Фукусіма-1», де через відключення охолоджуючої системи розплавилася ядерне паливо в реакторі блоку № 1. У зв'язку з виявленим витоком, була проведена евакуація населення, що проживало у 10-ти км зоні навколо АЕС [3].

Таким чином протягом 75 років з часу створення атомної енергетики у світі було зареєстровано 17 радіаційних аварій, у т.ч. : в СРСР – 6, США – 4, Японія – 3, та по одній аварії в Канаді, Великобританії, Франції та Швейцарії. Водночас за цей період в світі зареєстрована велика кількість аварій на атомних підводних човнах та в процесі випробувань ядерної зброї.

Вивченню наслідків чорнобильської трагедії приділено десятки тисяч наукових досліджень, але аналіз цих досліджень свідчить про те, що досвід ліквідації наслідків найбільшої на земній кулі ядерної аварії в нашій країні хоч і вивчений але керівництвом держави враховується не в повному обсязі, як в процесі повсякденної діяльності так і на випадки радіаційних аварій на АЕС та промислових об'єктах.

Серед усіх трагедій, які пережило людство, Чорнобильська катастрофа, яка сталася 26 квітня 1986 р., переросла в катастрофу планетарного масштабу (Чорнобильський вибух дорівнює 500 атомним бомбам, скинутим на Хіросіму) і не має аналогів за масштабами, техногенними та медичними наслідками.

Найбільша екологічно-техногенна катастрофа сучасності (7 рівень за шкалою МАГАТЕ) уже впродовж 33 років впливає на здоров'я людей та довкілля не тільки на радіоактивно забруднених територіях, а й на території всієї України.

Тяжкий вплив Чорнобильської аварії на медичні та соціальні наслідки обумовлений комбінованою дією іонізуючого опромінення та інших факторів, таких як важкі метали, тощо, а також величезним психологічним і соціальним стресом.

Грінпіс і міжнародна організація «Лікарі проти ядерної війни» стверджують, що в результаті аварії лише серед ліквідаторів померли десятки тисяч чоловік, в Європі зафіксовано 10 тис. випадків вроджених патологій у новонароджених, 10 тис. випадків раку щитоподібної залози і очікується ще 50 тис. випадків. За даними організації Союз «Чорнобиль», з 600 тис. ліквідаторів 10% померло і 165 тис. стало інвалідами.

Міністерством охорони здоров'я України та Національною академією медичних наук України, а також підпорядкованими їм закладами та установами, після аварії на ЧАЕС приділялась значна увага стану здоров'я постраждалого населення України (обстеження, лікування, оздоровлення, реабілітація) та їх науковому супроводу. Результати цих досліджень свідчать про погіршення здоров'я всіх категорій постраждалих порівняно з контролем, у т.ч. і жителів радіоактивно забруднених територій. Тому мінімізація медичних наслідків аварії на ЧАЕС та підвищення ефективності медичної допомоги особам, які зазнали радіаційного впливу, не лише зберігають актуальність, а й залишаються пріоритетними на найближчі роки [8].

Епідеміологічними дослідженнями після аварії встановлено наявність в учасників ліквідації наслідків аварії зростання частоти та радіаційних ризиків ефектів опромінення – лейкемії, окремих форм солідних раків, не пухлинних захворювань. За результатами аналізу довгострокового моніторингу злоякісних новоутворень у групах постраждалого населення встановлено перевищення національних показників захворюваності на цю патологію тільки в учасників ліквідації наслідків аварії 1986–1987 років участі. Серед усіх форм відзначено найбільше зростання захворюваності на рак щитоподібної залози – у 5,6 разів. Захворюваність на рак молочної залози в учасників ліквідації наслідків аварії 1986–1987 років жіночої статі у 1,5 рази.

За офіційною статистикою ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» на території України, станом на 1 січня 2016 року в Україні налічувалось 1 961 904 особи, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, серед них: 210 247 учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС; 1 751 657 потерпілих від Чорнобильської катастрофи, у тому числі 418 777 потерпілих дітей.

Водночас доцільно наголосити, що станом на 1 січня 2018 р. людей, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС налічується майже на сотню тисяч менше. Означений факт пояснюється щорічним зменшенням кількості чорнобильців у яких виявляють нові захворювання, здебільшого – це онкологічні захворювання. Якщо впродовж минулих років у постраждалих від аварії на ЧАЕС розвивався рак щитоподібної залози, рак молочної залози та лейкемія, то зараз – через 33 роки після аварії – у чорнобильців очікують і розвиток онкологічних захворювань органів травлення, про це у своїх дослідженнях наголошують фахівці Національного наукового центру радіаційної медицини Національної академії медичних наук України (НАМН).

Представник від України в Науковому комітеті ООН щодо дії атомної радіації, генеральний директор Національного наукового центру радіаційної медицини НАМН України, академік НАМН України, д.мед.н., професор Д. Базика та його колеги в інтерв'ю Радіо Свобода 18 квітня 2016 р. відзначили, що Чорнобильська трагедія мала ранні наслідки, які були відразу після аварії, це стосувалося тих, хто отримав гостру променеву хворобу, перш за все ліквідаторів та всього практично населення України, Білорусі, частини районів Росії і навіть у Франції були випадки. Появою випадків виявлення радіоактивних елементів навіть на території Франції, можна констатувати факт, що це була всесвітня аварія, яка мала глобальні наслідки. З часу аварії минуло майже 33 роки – це той період, який характеризується віддаленими її наслідками.

На думку фахівців віддалені наслідки для здоров'я людини – це онкологічні захворювання і непухлинні захворювання, такі як серцево-судинні захворювання, такі як цереброваскулярні ураження судин серця, мозку, інші неспецифічні захворювання, які можуть бути наслідками не тільки дії радіації, а всіх факторів аварії на ЧАЕС. Наприклад, коли людина зазнала дії радіації, вона зазнала і певного психологічного стресу, якщо вона була

евакуйована – теж стресу, на це накладалася радіація і таким чином один ефект посилював інший.

За офіційною інформацією фахівців, у постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС впродовж попередніх років, розвивалися три так звані «ранні раки», які розвиваються від 2–5 до 30 і більше років після опромінення, – це рак щитоподібної залози, лейкемія, рак молочної залози. Крім того, світ не відразу визнав, що ці онкологічні захворювання пов'язані з Чорнобилем, потрібні були докази. Оця тріада і проявилася після Чорнобиля, правда, в різних групах.

Рак щитоподібної залози розвивався переважно у дітей і через чотири роки після опромінення. Цього не чекали, це треба чесно сказати, оскільки у японців рак щитоподібної залози розвивався дещо пізніше, а тут почався раніше. І в перших звітах Наукового комітету ООН з дії атомної радіації говорили, що немає доказів зв'язку з радіацією, оскільки дози на щитоподібну залозу в українських дітей були досить великі. І до того вважали, що такі великі дози призводять до так званого цитотоксичного ефекту або «випалювання» тканини щитоподібної залози, а не до онкологічних ефектів. Сталося так, що у дітей розвивався рак щитоподібної залози і його кількість щодня зростала. На кінець 2014 р. тільки в Україні було прооперовано 10 600 дітей – тих, хто був опромінений в дитячому або підлітковому віці.

Лейкемія теж почала з'являтися в перші роки після опромінення, переважно у ліквідаторів. Зараз кількість лейкемій, пов'язаних із дією радіації дещо знижується.

Рак молочної залози в Україні розвивається переважно у жінок-ліквідаторів, які отримали більші дози опромінення – таких жінок 8 тис.

На даний час підвищується частота інших раків у тих, хто постраждав від радіаційної аварії розвиваються інші онкологічні захворювання, їхня частота збільшується, і це може тривати ще 40 років.

Підвищується на 10–11% частота й інших раків, так для нинішнього періоду вже характерним є рак легенів, рак сечового міхура, інші форми раків. Як показує японський досвід, підвищення їх частоти може продовжуватися протягом 70 років після аварії.

Підтвердженням цьому є те, що в Інституті клінічної радіології Національного наукового центру радіаційної медицини НАМН України щороку фіксують 12–20 нововиявлених раків щороку у постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС. У більшості пацієнтів переважають пухлини передміхурової залози у чоловіків і молочної залози у жінок, є раки шкіри.

Психологічні розлади – важливий компонент будь-якої аварійної ситуації, в тому числі і Чорнобильської, які іноді потребують медикаментозного лікування, а іноді навіть призводять до тяжких захворювань.

Фахівці переконують, що наразі всі медичні наслідки аварії на ЧАЕС стосуються тих людей, які вже набрали свою дозу в минулому, і тільки лише тепер починається період віддалених ефектів опромінення [8].

Враховуючи досвід дослідження впливу на здоров'я японців ядерного бомбардування Хіросіми і Нагасакі 74-річної давності в Японії, саме через 33 роки, у

чорнобильців можуть розвиватися онкологічні захворювання кишкового тракту.

Але визначити, які захворювання з'явилися внаслідок аварії – надзвичайно складне завдання медицини і статистики, воно може тривати не одне десятиріччя. На думку фахівців НАМН щоб заволодіти науково підтвердженою достовірною інформацією над одним дослідженням можуть працювати десятки людей впродовж 10–15 років.

В Україні діє програма дозиметричної паспортизації, в якій було понад 2200 населених пунктів, де доза для населення перевищувала 1 мілізіверт на рік (за інформацією фахівців, – не можна сказати що це небезпечно, але це перевищує міжнародний норматив безпеки). Наданий час таких населених пунктів менше ніж 100. В основному – це Волинська, Рівненська і Чернігівська області, де є специфічні ґрунти. Чорнозем, якщо в нього попадає радіація, він вбирає її в себе і не відпускає її. На піщаних ґрунтах йде кругообіг радіонуклідів, спочатку вони опускається в ґрунт, коріння їх забирає в листя, звідти осипається в траву, з травною в молочні продукти (з ягодами, грибами) до організму людини. Іншими словами, на думку фахівців – це аномальні коефіцієнти переносу від одного виду до іншого. В цих областях через специфічні ґрунти донині дози перевищують 1 мілізіверт.

Водночас, необхідно констатувати, що фахівці переконані в тому, що зараз всі медичні наслідки Чорнобиля стосуються тих людей, які набрали свою дозу в минулому, а тепер лише починається період віддалених ефектів аварії на ЧАЕС [8].

Якщо проаналізувати, заходи на державному рівні щодо поліпшення організації медичним забезпеченням всіх категорій постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи, чи отримують необхідне лікування і частково чи повністю покриває держава витрати пов'язані зі станом їх здоров'я? З впровадженням реформи охорони здоров'я медичне обслуговування і лікарські засоби так само будуть безоплатними чи будуть надаватись на пільгових умовах?

Ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС та постраждалих, обслуговують у 300 закладах охорони здоров'я по всій країні – від районних поліклінік до клінік науково-дослідних інститутів. Крім того, діє 37 спеціалізованих медичних закладів, що забезпечують лікування постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи. До переліку цих закладів, які згідно з частиною другою статті 17 Закону України в редакції від 06.06. 1996 р. №230 «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи», затвердив Кабінет Міністрів України, входить «Національний центр радіаційної медицини НАМН України», майже усі обласні клінічні лікарні, «Спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення МОЗ України», та обласні спеціалізовані диспансери радіаційного захисту (Харківський, Рівненський, Сумський, Чернігівський) та Київський міський тощо [10–12].

Загалом система медичного нагляду постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи складається з

щорічної диспансеризації, амбулаторного, стаціонарного лікування і реабілітаційних заходів у санаторно-курортних умовах та реабілітаційних центрах.

МОЗ України тримає на постійному контролі питання наповнення Державного реєстру України людей, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи. Цей Реєстр був створений, щоб забезпечити довготривалий, автоматизований, персональний облік людей, які зазнали радіаційного впливу в результаті аварії на ЧАЕС, їх дітей і наступних поколінь, доз їх опромінення, оцінки стану їх здоров'я та його динаміки.

У зв'язку з цим, виникає цілий ряд питань, а чи люди, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, отримують необхідний обсяг медичної допомоги, лікування та реабілітацію, а чи повністю чи частково покриває держава пов'язані з цим витрати, включаючи ліки. У Держбюджеті на 2018 р. було передбачено 42 391,4 тис. грн для покриття цих витрат, а чи цього достатньо для повного задоволення потреб. Безперечним залишається й те, що курс керівництва нашої держави у 2019 р. спрямований на поліпшення в організації цих важливих питань, а чи буде це так?

Адже не треба забувати, що на теренах нашої держави протягом п'яти років існує збройний конфлікт, який має назву «гібридна війна» але це війна, яка щоденно приносить санітарні та безповоротні втрати як серед військових так серед мирного населення і яка потребує великих коштів спрямованих на розвиток, перш за все Збройних сил України та їх всебічне забезпечення на рівні стандартів НАТО. Згідно з внесеними змінами до Конституції України курс нашої держави спрямований на євроінтеграцію та вступ до військового блоку Євроатлантичного союзу країн (НАТО), все це вимагає проведення реформ в нашому суспільстві та виділення непосильних для держави державних коштів спрямованих на їх впровадження.

В цьому контексті, вимоги інтеграції України в Європейський Союз і НАТО декларують щоб у 2018 році в Україні розпочалася і в наступні роки продовжувала нарощування обертів реформа системи охорони здоров'я, яка передбачає внесення в неї докорінних змін. Згідно з вимогами цієї реформи, впроваджується нова модель фінансування, що передбачає чіткі та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, фінансовий захист громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл державних коштів та скорочення неформальних платежів.

Законом не передбачено стягнення з громадян жодної плати за надання необхідної їм медичну допомогу. Кожна медична послуга матиме визначений тариф, що буде оплачений закладом охорони здоров'я за лікування пацієнта державою. Однак обсяг послуг у рамках програми медичних гарантій залежить від обсягу фінансування системи охорони здоров'я і включатиме всі основні послуги, необхідні для якісного лікування[9].

Права та гарантії окремих категорій населення на безоплатне або пільгове медичне обслуговування, лікарські засоби чи вироби медичного призначення, що не входять до

програми медичних гарантій, реалізуються згідно з іншими законами, що регулюють такі відносини «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [4], «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи» [5], «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» [6], «Про охорону дитинства» [7] з внесеними до них змінами та доповненнями тощо, коштом відповідних джерел фінансування. Очікується, що в повному обсязі нова модель запрацює з 2020 року [9]. Але з неперевіраних джерел з'ясовано, що на сьогоднішній день Реєстру не існує.

Висновки

Вивчення наслідків дії ядерного випромінювання та радіонуклідного забруднення організму людей та територій починається з бойового застосування ядерної зброї (вибухи в 1945 році в Японських містах Хіросіма і Нагасакі), і навіть протягом 73 років постійного моніторингу цих наслідків, можна з впевненістю сказати, що на сьогоднішній день людство володіє далеко не повною інформацією про медико-соціальні наслідки радіаційних аварій і чи спроможне належним чином протистояти цим викликам?

Аналіз захворюваності ліквідаторів наслідків та постраждалих від Чорнобильської катастрофи свідчить про те, що якщо впродовж минулих років у них розвивався рак щитоподібної залози, рак молочної залози та лейкемія, то зараз – через 33 роки після аварії – у чорнобильців очікують розвиток онкологічних захворювань органів травлення.

Віддалені наслідки для здоров'я цих категорій людей – це онкозахворювання, не пухлинні захворювання, такі як серцево-судинні захворювання, цереброваскулярні ураження судин серця, мозку, інші неспецифічні захворювання, які можуть бути наслідками не тільки дії радіації, а всіх факторів Чорнобильської аварії.

Аналіз стану забезпечення населення, що проживає в санітарно-захисних зонах АЕС препаратами калію йодиду засвідчує те, що висновків з уроків та досвіду ліквідації наслідків чорнобильської аварії на державному рівні в нашій державі не враховано, а наше суспільство не готове до ліквідації наслідків НС на цих потенційних джерелах радіонуклідного забруднення територій та живих організмів.

Безперечно при належному відношенні до організації медичного забезпечення ліквідаторів наслідків аварії на Чорнобильській АЕС та постраждалих як на державному рівні так і в процесі децентралізації на регіональному та місцевому рівнях є весь потенціал можливостей щодо суттєвого поліпшення показників стану їх здоров'я, захворюваності та смертності. Важливим фактором, який матиме суттєвий вплив на поліпшення стану медичного забезпечення постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи є і те, що на даний час є можливість всі ці заходи передбачити в державному бюджеті і врахувати в процесі реформи системи охорони здоров'я.

Література

1. *В.В. Вороненко, В.М. Якимець, В.П. Печиборщ, О.В. Печиборщ, В.В. Якимець, В.Д. Волошин, «Рак щитовидної залози в динаміці тридцятирічного спостереження після аварії н Чорнобильській АЕС», Науково-практичний журнал -Україна. Здоров'я нації, 2018 № 1 (47), ст. 7-17.*
2. *Печиборщ В.П. «До питання йодної профілактики під час ядерних аварій та радіаційного тероризму» Щоквартальний науково-практичний журнал МО України «Військова медицина України» том 13, 2.2013 р. ст. 67-72.*
3. *Найбільші радіаційні аварії та катастрофи у світі. Джерело: Rian.ru, 31 березня 2011.*
4. *Закон УСРС від 21.03.1991 №875-ХІІ «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», з відповідними внесеними змінами та доповненнями. Остання редакція від 20.01.2018. Внесення змін (закон від 19.12.2017 N 2249-VIII /2249-19.*
5. *Закон УРСР від 28.02. 1991 р. № 796-ХІІ «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи» з внесеними змінами та доповненнями.*
6. *Закон України від 22.10.1993 р. № 3551-ХІІ, «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» з внесеними змінами та доповненнями.*
7. *Закон України від 26.04.2001 р. № 2402-ІІІ «Про охорону дитинства» з внесеними змінами та доповненнями, остання редакція від 27.03.2018.*
8. *Дмитро Базика, Жанна Ярошенко, Анатолій Чумак, Наталія Гунько «Жертви Чорнобиля і медичні наслідки радіації» «Не треба думати, що радіація фатальна. Головне – якість медичної допомоги» Інтерв'ю Радіо Свобода 18.04.2016 р.*
9. *26 квітня – День пам'яті Чорнобильської трагедії. «Як лікують постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи і що зміниться з впровадженням реформи?». Міністерство охорони здоров'я України, опубліковано 26 квітня 2018 року о 12:19.*
10. *Постанова КМУ від 04.10.1996 р. №1218 «Про затвердження переліку спеціалізованих медичних закладів, що забезпечують лікування осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи».*
11. *Закон України в редакції від 06.06. 1996 р. №230 «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи» із внесеними змінами.*
12. *Наказ МОЗ України від 30.10.1996 р. № 335 «Про надання медичної допомоги постраждалому внаслідок Чорнобильської катастрофи населенню в спеціалізованих медичних закладах», із змінами, внесеними згідно з Наказом МОЗ України від 17.10.2000 № 257.*

Дата надходження рукопису до редакції: 13.02.2019 р.

Потенциальные источники радионуклеидного заражения и проблемные вопросы ликвидации медико-санитарных последствий аварии на Чернобыльской АЭС

*В.В. Вороненко, И.М. Тодуров,
В.Н. Якимець, В.А. Дуфинец,
В.П. Печиборщ, И.О. Иосипенко, Д.Н. Лисун*

Цель – изучить потенциальные источники радионуклеидного заражения на территории Украины и медико-социальные последствия Чернобыльской катастрофы для ликвидаторов последствий и населения, пути их преодоления.

Материалы и методы. В исследовании использованы нормативно-правовые документы, отчеты, научные публикации, материалы научно-практических конференций с питань організації медичного забезпечення ліквідації наслідків радіаційних аварій. Методи

дослідження: Аналітичний, історичний, логічний, системного підходу.

Результаты и выводы. В статье представлен анализ медико-санитарных последствий больших радиационных аварий. Показано, что не готово к ликвидации негативных последствий потенциальных источников радионуклеидного заражения.

Важным фактором, который будет иметь существенное влияние на улучшение состояние медицинского обеспечения пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы является возможность предусмотреть необходимые мероприятия в государственном бюджете и учитывать потребности в процессе реформы здравоохранения.

Ключевые слова: потенциальные источники радионуклеидного заражения, проблемные вопросы, ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций.

Potential sources of radionuclide contamination and issues of the elimination of the health consequences of the Chernobyl nuclear disaster

*V.V. Voronenko, I.M. Todurov,
V.M. Yakymets, V.A. Dufynets,
V.P. Pechyborshch, I.O. Yosypenko, D.M. Lysun*

Goal of research – to study the potential sources of radionuclide contamination on the territory of Ukraine, the health consequences for the Chernobyl disaster liquidators and population and the ways of their elimination.

Materials and methods. Normative legal documents, reports, scientific publications, materials of scientific-and-practical conferences on the issues of organization of the medical support for the elimination of radiation accidents consequences were used in the course of research.

Methods of research: analytical, historical, logical, of systemic approach.

Results and conclusions. The analysis of the health consequences of major radiation accidents was held in the article. It is shown, that our society is not ready to eliminate the negative consequences of potential sources of radionuclide contamination.

An important factor that will have a significant effect on the improvement of medical support of people affected by the Chernobyl disaster is that at the moment there exists the possibility of all the measures foreseen in the State budget and taken into account in the process of health care reforming.

Key words: potential sources of radionuclide contamination, issues, elimination of health consequences of the health consequences of emergency situations.

Відомості про авторів

Вороненко Володимир Васильович – Заслужений працівник охорони здоров'я України, д.мед.н., професор, заступник директора з загальних питань Державної установи «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії Міністерства охорони здоров'я України», вул. В. Чорновола, 28/1, м. Київ, 01135, Україна.

Якимець Володимир Миколайович – Заслужений лікар України, д.мед.н., професор, заступник директора з науково-організаційної та методичної роботи Державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій Національної академії наук України», вул. Володимирська, 54, м. Київ, 01030, Україна.

Дуфинець Василь Андрійович – Ужгородський національний університет, асистент кафедри громадського здоров'я, доктор медичних наук, пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Печиборщ В'ячеслав Петрович – Заслужений працівник охорони здоров'я України, д.мед.н., доцент, завідувач відділу наукового супроводу організації та управління медичною допомогою в надзвичайних ситуаціях Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», вул. Братиславська, 3, м. Київ, 02166, Україна.

Йосипенко Ірина Орестівна – науковий співробітник Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», вул. Братиславська, 3, м. Київ, 02166, Україна.

Лисун Дмитро Миколайович – науковий співробітник Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», вул. Братиславська, 3, м. Київ, 02166, Україна.

УДК 364.048.6:355.018(477)

І.І. Назаренко¹, В.М. Якимець², В.П. Печиборци¹, Г.О. Слабкий⁴, В.І. Іванов¹, А.О. Поліщук³

Проблемні питання психологічної реабілітації ветеранів учасників антитерористичної операції та військовослужбовців операції об'єднаних сил в Україні (аналітичний огляд літератури)

¹Державна установа «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», м. Київ, Україна

²Державна наукова установа «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ, Україна

³Національна академія внутрішніх справ, м. Київ, Україна

⁴Ужгородський національний університет

Діюча війна в Україні актуалізувала проблему виникнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у ветеранів учасників антитерористичної операції (АТО) (з 30.04.2018 р. – Операція об'єднаних сил (ООС)). Сьогодні вимагає заміни застарілих методів психологічної реабілітації бійців та затвердження національної програми по реабілітації ветеранів для проведення своєчасної і кваліфікованої психологічної реабілітації учасників АТО. Питання розробки та впровадження єдиної системи реабілітації та адаптації військових після повернення із зони конфлікту залишаються досі невирішеними.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, медико-психологічна реабілітація, учасники антитерористичної операції.

Вступ

Гібридна війна між Російською Федерацією та Україною триває вже четвертий рік і, на жаль, завершення даного політичного протистояння. Збройний конфлікт, який відбувається сьогодні на сході країни, став справжнім випробуванням здатності Збройних Сил України (ЗСУ) виконувати свої завдання щодо захисту держави та психологічної стійкості нашого війська [12]. За представленими матеріалами керівника офісу Уповноваженого Президента України з питань реабілітації учасників АТО за 2014–2018 рр., приблизно 8% ветеранів страждають на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), а його ознаки спостерігають у кожного четвертого учасника збройного конфлікту на Донбасі [27, 39].

Участь у бойових діях завжди має свою «ціну»: в Світі по статистиці в перші дні проведення бойових дій бойову психічну травму (БПТ) отримують 60–65% військовослужбовців. Тільки 25% із загальної кількості бійців адекватно реагують на бойову обстановку, у інших фіксують дезорганізацію психічної діяльності, а саме: 10–25% військових мають реактивні психологічні порушення, а у 35% спостерігаються стійкі порушення психіки, які залишаються на все життя. Через деякий час у 50–80% особистостей, які перенесли тяжкий стрес розвивається ПТСР. За даними статистики різних війн – психічні розлади, на театрі ведення бойових дій, нараховують від 6% до 12% чисельності особового складу і до 30% – від загальної кількості бойових втрат, які іноді супроводжуються частковою, або повною втратою боєздатності військ [7, 22]. Свого часу їх називали під час Другої світової війни (1939–1945 рр.), у військових

конфліктах у Південно-Східній Азії (1950-1975 рр.), Арабо-ізраїльській війні на Близькому Сході (війна «Судного дня», 1973р.), в Іраку (2003-2011 рр.) та локальних війнах, зокрема: у Афганістані (2001-2014 рр.), Чечні (1991-1996 рр.), Південній Кореї (1950-1953 рр.), В'єтнамі (1965-1973 рр.).

Так, психогенні втрати армії Сполучених Штатів Америки (США) під час Другої світової війни становили понад 17%, під час війни у Південній Кореї відмічалися у 24,2%, а у В'єтнамі мали місце у 30% військовослужбовців. Серед поранених та покалічених, які склали 42%, біля 100 тис. ветеранів у різний час наклали на себе руки, від 35 до 45 тис. учасників бойових дій й донині ведуть замкнутий спосіб життя. Після війни у В'єтнамі, США мали небойові втрати серед ветеранів значно більші, ніж під час бойових дій, а саме: через алкоголізм, наркоманію, самогубства, криміналізацію колишніх військових, що було доведено в роботах іноземних фахівців: Mc.Daniel E.G., 1988, Macleod A.D., 1991; O'Brien L.S. Hughes S.J., 1991; Solomon Z. et al., 1994 [3, 57, 59, 61]. На підставі узагальненого досвіду військових операцій в Іраку і Афганістані наведені данні вказують, що після бойових дій у 40% безпосередніх учасників боїв і у 25% загального контингенту військ діагностуються прояви БПТ. У військах Ізраїлю в 1973 р. під час ведення військових дій втрати внаслідок отримання психологічної травми становили – 25%, у армії Чеченської Республіки – 25% випадків [1, 14, 19, 56, 58].

Зазначені проблеми стимулювали в 1979 році затвердження Конгресом США національної програми по реабілітації ветеранів. Так, досвід країн учасників Альянсу (НАТО), які приймали участь у активних воєнних кампаніях показує, що застосування реабілітаційних

програм впливає на боекватність війська в цілому. З 2011 року в США була впроваджена система з психологічної або соціальної адаптації військових (PSC – Polytrauma System of Care; англ.). Представництва цієї організації, що складається із мережі більше 600 центрів, працюють майже у всіх великих містах країни, куди кожен військовослужбовець може звернутися за підтримкою психологів або соціальних робітників [60]. У США до початку будь-якої операції військові проходять курси бойової стійкості, або бойової філософії. Під час проведення військових дій спеціалізовані групи контролюють стан отриманого бойового стресу у військових. Вони виїжджають на місця з підрозділами і повертаються з ними на ротацию, де процес реабілітації є обов'язковою і формалізованою процедурою, на яку відводиться спеціальний час для реінтеграції й «психологічної декомпресії» військовослужбовця; обов'язковою процедурою є медогляд, інформативний брифінг, поглиблене тестування у психолога, які ініціюють окремі курси з повернення до цивільного життя (*Психологічна декомпресія за стандартами НАТО – форма психологічної реабілітації військовослужбовців, які перебували в екстремальних (бойових) умовах службово-бойової діяльності, яка складається із комплексу заходів фізичного і психологічного відновлення організму людини та проводиться з метою поступової реадaptaції військовослужбовців до звичайних умов життєдіяльності, запобігання розвитку у них психологічних травм*) [2, 23, 52].

В Україні, як підсумок – безліч бійців з надломленою психікою, які можуть стати новим «втраченим поколінням». Повертаючись додому після виконання своїх обов'язків в зоні АТО, майже 93% українських військових «можуть потребувати висококваліфікованої» психологічної допомоги продовж тривалого періоду часу. За офіційною статистикою, близько 500 ветеранів війни на Донбасі покінчили життя самогубством. З початку 2018 р. 33 українських військових покінчили з собою, більше за все – в зоні АТО [28, 30]. Проблема психологічної реабілітації стосується й вимушених переселенців зі сходу України, військових, задіяних в охоронних та спецопераціях, працівників прикордонної служби, а також волонтерів, які надають підтримку добровольчим батальйонам, мали експозицію до смерті чи загрози життю. Вони також переживають усі або окремі симптоми (болісні спогади про травматичні події, тривожні сни, повторне переживання болю і страху, підвищення агресивності, загострення почуття провини, значну збудливість та порушення когнітивних функцій), а отже, належать до групи ризику щодо ПТСР, що ґрунтується на неможливості подолання своїх особистих криз, які виникають тоді, коли сила психотравматичної події перевищує здатність людини справлятися з нею відомими їй досі способами [6].

Взагалі, протягом свого життя людина потрапляє в різні ситуації та зазнає впливу багатьох факторів, окремі з яких з огляду на свою загрозливість, інтенсивність та непередбачуваність є травматичними. Для того щоб відновитися після пережитого стресу та повернутися до продуктивного життя, людина має впоратися з емоційними переживаннями і разом з тим подолати

тривожні схеми світосприймання, адже пережиті загрози змушують очікувати на подібне і в майбутньому. На жаль, до травматичних належать і події, що торкаються не однієї чи кількох осіб, а охоплюють цілі спільноти, ставлять під загрозу та змінюють життя мешканців селищ, міст, регіонів, країн. До них належать стихійні лиха, терористичні акти і, звісно, воєнні дії. При чому, люди стають свідками смертей, втрачають житло, піддаються тортурам та стикаються з необхідністю переселитися на нові місця і починати життя спочатку. Саме такі події через раптовість виникнення, масштабність охоплення і наслідків, а також складність адаптації до нових умов становлять найбільший ризик з погляду розвитку, загострення та хронізації стресових розладів.

Лікарі не даремно б'ють на сполох: пережите в зоні АТО може боляче вдарити по всьому суспільству держави. Сьогодні вимагає проведення у загальнодержавному масштабі своєчасної і кваліфікованої психологічної реабілітації воїнів ООС. Ефективні реабілітаційні заходи повинні спрямовуватися не тільки на виведення людини з кризового стану, а й на розвиток нових життєво важливих умінь [5, 18].

Проте, наголосимо, що в результаті теоретичного вивчення зазначеної проблеми в нашій державі за висновками експертів визначено, що єдиної концепції реабілітації та адаптації військових з БПТ після повернення із зони конфлікту досі не існує [25, 28, 32, 39, 51].

Мета роботи – визначити проблемні питання організації психологічної реабілітації ветеранів учасників антитерористичної операції та військовослужбовців операції об'єднаних сил в Україні.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження слугували нормативно-правові документи та публікації із зазначеної теми. Методом дослідження був бібліосемантичний.

Результати дослідження та їх обговорення

Згідно з міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я 10-го перегляду (МКХ-10), основу клінічної діагностики БПТ складають наступні класи МКХ-10 [24]:

- F00-F09 Органічні, включаючи соматичні, психічні розлади;
- F30-F39 Розлади настрою (афективні розлади);
- F40-F48 Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади;
- F50-F59 Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями і фізичними факторами;
- F60-69 Розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих.

У розвитку БПТ виділяють:

- гостру реакцію на стрес (F43.0);
- посттравматичний стресовий розлад – ПТСР (F43.1);
- хронічну зміну особистості після переживання катастрофи (F62.0).

Гостра реакція на стрес (F43.0), як прояв БПТ зустрічається у значній кількості учасників бойових дій, має для постраждалих патологічні наслідки та вимагає застосування профілактичних, лікувальних і реабілітаційних медико-психологічних заходів.

ПТСР (Posttraumatic stress disorder – PTSD; англ.) в МКХ-10 розглядається як стан «повторного переживання травми» у вигляді нав'язливих спогадів, практично всі учасники бойових дій вказують потребу в психотерапевтичній допомозі.

Хронічні зміни особистості після переживання катастрофи (F62.0) є результатом патологічного загострення ПТСР і виявляються ригідними та дизадаптивними ознаками, які досить часто проявляються асоціальною поведінкою [14].

В перше почали використовувати комплексне дослідження бойового ПТСР – в Ізраїлі, де запропонували триступеневу медико-психологічну систему діагностики та лікування ПТСР, доцільність якої була підтверджена багаторічними дослідженнями [61]. На першій ступені – психологи проводили опитування командирів після завершення бойових дій, з метою визначення і подальшого обстеження військовослужбовців, які мали надмірно емоційне (активне, або пасивне) реагування. На другій ступені – проводили обстеження для виявлення латентного «визрівання» ПТСР, а при необхідності відправляли до лікувального закладу, з метою профілактики розвернутих форм ПТСР. Третій етап –

проведення лікування тих, кому не допомогла профілактика і тих, у кого ПТСР виник без надмірних первинних емоційно-стресових реакцій у боях і з безсимптомним перехідним (латентним) періодом [31, 61].

Важливою проблемою Українського суспільства є збереження фізичного та психологічного здоров'я і соціально-професійного статусу учасників АТО, що потребує термінового впровадження та активного застосування ефективних профілактичних і реабілітаційних заходів. Реабілітація, як процес відновлення фізичних, психічних та соціальних ресурсів військовослужбовця та учасника бойових дій, має носити інтегративний характер, та включати наступні заходи: психотерапевтичні, психодіагностичні, психокорекційні, профілактичні, профорієнтаційні, використовуючи як індивідуальні, так і групові форми психосоціальної реабілітації (консультування, групова корекція, аутотренінг, саморегуляція тощо) (рис. 1) [25, 51].

Медико-психологічна реабілітація являє собою комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів медико-психологічного характеру, спрямована на збереження здоров'я постраждалих військовослужбовців, зниження частоти та тяжкості наслідків перенесених бойових психічних травм у формі посттравматичних стресових синдромів та хронічних психопатологічних змін особистості ветерана, має превентивну, клінічну, функціональну та психологічну форми [25].

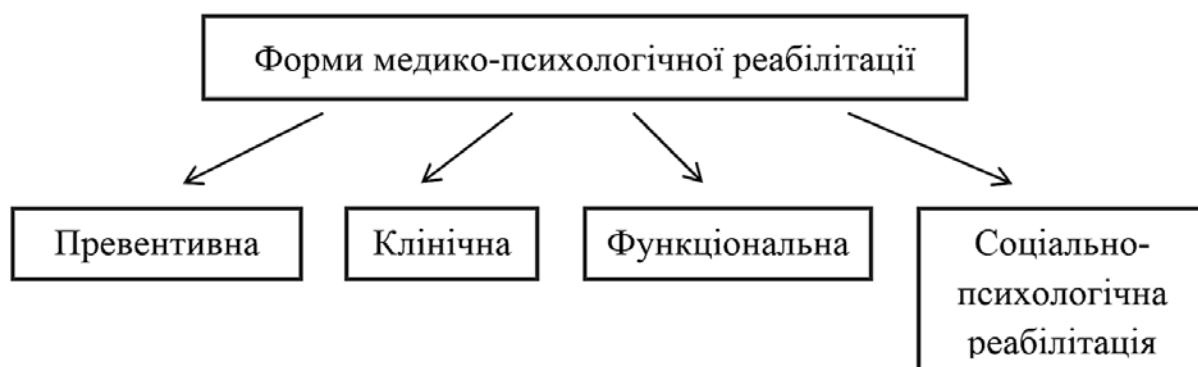


Рис. 1. Форми медико-психологічної реабілітації

Адже, медична реабілітація (відновлювальне лікування з метою запобігання інвалідності), яка спрямована на досягнення психічної, соціальної, економічної, професійної повноцінності людини, переслідує таку ж саме мету як і соціально-психологічна реабілітація – відновлення психічних і фізичних сил організму задля забезпечення соціальної інтеграції індивіда всуспільне середовище [51].

Система медико-психологічної реабілітації має бути послідовною і поетапною. Завдання реабілітації, її форми та методи змінюються в залежності від етапу проведення. На кожному етапі реабілітації передбачається проведення превентивних заходів.

Превентивна реабілітація проводиться медичною і психологічною службами та застосовується для

відновлення резервів здоров'я практично здорового військовослужбовця до “безпечного” рівня з використанням немедикаментозних засобів.

Клінічна (медична або лікувальна) реабілітація – комплекс лікувально-діагностичних і лікувально-профілактичних заходів, які спрямовані на своєчасну і точну діагностику, відновлення і розвиток фізіологічних функцій постраждалого, усунення патологічного процесу.

Функціональна (фізична) реабілітація є складовою клінічної реабілітації і використовується на всіх етапах її проведення, являє собою застосування фізичних вправ і природних чинників з профілактичною і лікувальною метою в комплексному процесі відновлення здоров'я, фізичного стану постраждалих ветеранів.

Соціально-психологічна реабілітація – частина загального реабілітаційного комплексу, знаходиться в тісному зв'язку з медичною реабілітацією, доповнює її, але не прирівнюється до неї. Спрямована на відновлення втрачених (порушених) психічних функцій, працездатності, соціальної активності.

Заходи медико-психологічної реабілітації проводять: психологи, медичні працівники, військові психологи зі складу позаштатних груп психологічного забезпечення, за необхідністю – представники громадських та волонтерських організацій, що спрямовані до проведення заходів із психологічної реабілітації та представники духовенства (рис. 2).



Рис. 2. Заходи медико-психологічної реабілітації

Заходи медико-психологічної реабілітації на етапі відновлення включають [25]:

- медичний огляд та сортування військовослужбовців, які постраждали, за регістрами порушення – непсихотичним та психотичним;
- психодіагностика поточних психофізіологічних станів військовослужбовців з метою виявлення осіб, які потребують психологічної та/або психіатричної допомоги;
- надання за необхідністю першої психологічної допомоги тим особам, які її потребують;
- проведення психокорекційних (за умови, якщо психічний розлад ще не сформувався) та психотерапевтичних (за наявності сформованого психічного розладу) заходів з виявленими особами;
- проведення індивідуального консультування військовослужбовців, надання психологічної допомоги для психосоціальної стабілізації, оптимізації психоемоційного стану;
- проведення заходів емоційного та психологічного розвантаження (прийоми саморегуляції, самокорекції, фізичні вправи, дихальні практики та аутогенне тренування, візуалізація, аутотренінги);
- оцінка ефективності проведених заходів психологічної реабілітації;
- направлення військовослужбовців на реабілітацію до лікувальних закладів за наявності відповідних показань.

До проведення заходів за психологічним напрямком реабілітації залучаються фахівці, які мають диплом про повну вищу освіту за освітньо-кваліфікаційним рівнем не нижче спеціаліста або магістра за спеціальністю: “психологія”, “практична психологія” або “медична психологія”, а також загальний досвід роботи за спеціальністю (фахом) “психологія”, “практична психологія” або “медична психологія” не менше 5 років.

На сьогоднішній день проблема з психологічною реабілітацією воїнів ООС важлива, як ніколи; зазначеному питанню приділяється достатня увага в засобах масової інформації, воно виноситься на порядок денний засідань урядових комітетів і громадських організацій [10]. Для того, щоб допомогти ветеранам війни повернути себе і своє життя в звичайний ритм потрібен, безперечно, контроль з боку держави. Це, як раз саме та проблема, яку не можна пустити на самоплив, вона потребує праці як органів влади, так і самих бійців, їх сімей. За даними юридичного відділу кадрового забезпечення Громадської організації «Юридична Сотня» на виконання службових обов'язків в зоні ООС за ознакою відношення до військової служби підпорядковано: особовий склад Міністерства оборони України (МО), Міністерства внутрішніх справ України (МВС), Служби безпеки України (СБУ) і Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) [36]. Одним з основних нормативно-правових актів стосовно психологічної реадaptaції військових на початку АТО залишався Наказ командувача внутрішніх військ МВС України від 30.11.2012 № 531 «Про подальший розвиток психологічної служби внутрішніх військ МВС України» [11]. Причому, літературні джерела свідчать про початок створення єдиної системної організації психологічної реабілітації воїнів АТО в Україні тільки з 2017 року.

За реалізацію програми відповідає Міністерство соціальної політики (Мінсоцполітики), при якому створено спеціальний орган – Державна служба України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції (ДСУ СВВУ АТО), яка працює з вересня 2014 року та має в своїй структурі «Відділ соціальної, професійної адаптації та психологічної реабілітації» [38, 43]. Міністерство має позитивний досвід співпраці з міжнародними організаціями у цій сфері. Так, у рамках співробітництва України з НАТО створено Трестовий

фонд НАТО з медичної реабілітації (протезування) військовослужбовців, поранених в АТО, проведено спільний Міжнародний проект «Повернення до життя». Також, спираючись на досвід США та Хорватії, проводиться організація спеціалізованих реабілітаційних центрів для ветеранів, а з досвіду Ізраїлю – запозичена модель національної мережі центрів забезпечення стресостійкості населення, в яких надається системна психосоціальна підтримка особам, які потребують невідкладної психологічної допомоги, а також психотерапії та психологічної реабілітації. Не менш важливий проект «Україна – Норвегія», де опрацьована програма «Перепідготовка і соціальна адаптація військовослужбовців та членів їх сімей в Україні», який фінансується Міністерством закордонних справ Королівства Норвегія [41]. Відповідно до зазначених проблем щодо створення єдиної системи психологічної реабілітації воїнів АТО в Україні та міжнародного досвіду, у грудні 2016 року була запроваджена посада Уповноваженого Президента України з питань реабілітації учасників АТО, які одержали поранення, контузію, каліцтво або інші захворювання [53].

Відповідно до Конституції України (254к/96-ВР) на основі Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», визначено основні засади державної політики у сфері соціального захисту військовослужбовців та встановлено єдину систему їх соціального та правового захисту, надаючи військовослужбовцям та членам їх сімей комплекс державних соціально-правових гарантій [15, 16].

Першим підзаконним актом, покликаним вирішити проблему реадaptaції учасників АТО, був Наказ командувача Національної гвардії України від 25.09.2014 № 303 «Про вдосконалення організації морально-психологічного забезпечення участі військових частин (підрозділів) Національної гвардії України в проведенні заходів антитерористичної операції», а з метою вирішення нагальних питань реабілітації була затверджена низка державних нормативно-правових актів, а саме: Указ Президента України від 18 березня 2015 №150/2015 «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції» та Розпорядження КМУ від 31 березня 2015 № 359-р «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції».

Відповідно до чого, затверджено низку відомчих підзаконних актів стосовно організації медико-психологічної реабілітації воїнів АТО, а саме: Наказ Міністерства соціальної політики України від 23.06.2015 № 650 «Про затвердження Положення про міжвідомчу комісію з питань організації психологічної реабілітації постраждалих учасників антитерористичної операції» та відповідно до підпункту 30 пункту 4 Положення про МВС України, затвердженого постановою КМУ від 28 жовтня 2015 року № 878, з метою організації системи психологічного забезпечення в Національній гвардії України було затверджено «Положення про психологічне забезпечення в Національній гвардії України» [34];

Наказ МО України від 09.12.2015 № 702 «Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)»; Наказ МО України від 09.12.2015 № 703 «Про затвердження переліків медичних показань та протипоказань до санаторного лікування і медичної реабілітації в санаторно-курортних закладах Збройних Сил України»; Накази МО України від 04.11.2016 № 591 та від 17.07.2018 № 337 «Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України»; Наказ МОЗ України від 19.06.2015 № 351 «Про затвердження Плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції» та Наказ МОЗ України від 23.02.2016 № 121 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі», в якому викладені протоколи, що регулюють лише вузькоспеціалізоване питання ПТСР та не враховують інші психологічні проблеми учасників АТО [3].

В подальшому, на основі: Постанови КМУ від 12 липня 2017 р. № 497 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів щодо психологічної реабілітації постраждалих учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності»; Розпорядження КМУ від 12 липня 2017 р. № 475-р «Про схвалення Концепції Державної цільової програми з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадaptaції учасників антитерористичної операції на період до 2022 року» та Постанови КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1057 «Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності» – розпочато створення системного підходу щодо надання медико-психологічної допомоги та реабілітації учасників АТО.

Але, тільки у лютому 2018 році, за участю Мінсоцполітики, представників міжнародних організацій та безпосередньо професійної спільноти психологів, Верховна Рада України проголосувала за законопроект №7505, яким пропонується створити Міністерство у справах ветеранів, одним із головних завдань якого є забезпечення адаптації та психологічної реабілітації ветеранів війни та учасників АТО [37, 42, 46]. В подальшому це було затверджено Постановою ВРУ від 27 лютого 2018 р. № 2294-VIII «Про звернення Верховної Ради України до Кабінету Міністрів України щодо створення Міністерства України у справах ветеранів – центрального органу виконавчої влади для забезпечення формування та реалізації державної політики у сфері соціального захисту ветеранів війни». 27 червня 2018 р. в Міністерстві соціальної політики України відбулося підписання Меморандуму про співпрацю між Мінсоцполітики та Національною гвардією України щодо соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій [33].

Одним із перших спеціалізованих установ що проводять реабілітацію учасників АТО був Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни (з 2015 р. МОЗ України визначило заклад координаційним центром по реабілітації учасників АТО в мережі госпіталів ветеранів війни, яких в Україні – 29), в структурі якого було створено відділення медико-психологічної реабілітації, яке розпочало свою діяльність з 1 листопада 2015 року [55]. Але, тільки на початку 2018 року у ЗСУ розпочато впровадження системного підходу з надання психологічної допомоги та реабілітації, що діє не тільки в районі виконання бойових завдань військовими частинами, а й в районах відновлення їх боєздатності та пунктах постійної дислокації. Заходи превентивної реабілітації та психокорекції здійснюються силами офіцерів-психологів, позаштатними групами психологічної підтримки, високомобільними групами внутрішньої комунікації, громадськими організаціями психологів-волонтерів, з якими укладені відповідні меморандуми про співпрацю [54]. Медична та медико-психологічна реабілітація військовослужбовців учасників АТО здійснюється у Військово-медичних клінічних центрах, госпіталах та Центрах медичної реабілітації МО України. Також, наприклад, Департамент організації заходів цивільного захисту ДСНС України здійснює заходи з медичного забезпечення (лікувально-профілактичні, санітарно-гігієнічні заходи, медичне постачання, санаторно-курортне лікування, медико-психологічна реабілітація) осіб рядового і начальницького складу служби цивільного захисту, ветеранів служби цивільного захисту (війни), членів їх сімей. В концепції цільової програми Кабміну було заплановано охопити психологічними послугами: в 2018 році – 30 тис. учасників АТО, у 2019-2022 рр. – 67 тис. учасників АТО щороку [45].

Також, в теперішній час, різними питаннями щодо допомоги учасникам АТО і їх родинам опікуються більше 200 благодійних організацій та волонтерських груп, нараховується біля 80 громадських організацій в різних районах м. Києва і більше 300 в інших регіонах держави. З 11 волонтерських організацій, які зареєстровані у Міністерстві інформаційної політики України визначено дві, які займаються психологічними питаннями воїнів: «Дем Альянс допомога», яка надає соціальну, психологічну, інформаційну та юридичну допомогу родинам воїнів АТО та військовим, які постраждали внаслідок бойових дій, а також, навчання методам психологічної самопомоги й волонтерське об'єднання «Кожен Може допомогти», яка надає допомогу реабілітаційним центрам. Наприклад, волонтери відправили на реабілітацію за кордон вже понад 100 українських військовослужбовців [10, 13].

За повідомленням ДСУ СВВУ АТО станом на 29 березня 2018 р. в Україні статус учасника бойових дій набуло 329488 осіб, 8489 із них мають каліцтва і поранення, 3784 військовослужбовців загинули. При цьому, за час проведення АТО щонайменше 554 особи наклали на себе руки [9, 30]. 4 липня 2018 року Головним військовим прокурором України Анатолієм Матіосом повідомлено, що за чотири роки війни на Донбасі не

бойові санітарні втрати (не в результаті бойових дій) склали 14 тис. чоловік, з них 11487 осіб – безповоротні, тобто загинули – 2659 осіб. «Це майже 14 тисяч людей, які загинули або поранені не внаслідок бойових дій. Із них 586 на сьогодні – суїциди», – заявив він. Також, в своєму інтерв'ю від 27 жовтня 2018 року А.Матіос уточнюючи – повідомив, що за чотири роки безповоротні не бойові і санітарні втрати склали – 2700 чоловік, з них 891 випадок – хвороби, 318 – ДТП, 177 – нещасні випадки, 175 – отруєння (алкоголь, наркотики), 172 – необережне поводження зі зброєю, 101 випадок – порушення заходів безпеки, 228 – вбивства, 615 – самогубства (у тому числі в зоні бойових дій на Донбасі – 282 випадка). Причому, за даними Національного інституту соціальної та судової психіатрії МОЗ України: майже 85% суїцидів скоюють учасники бойових дій у віці до 40 років, більшу частину з них складають особи до 30 років. За висновками, під час доповіді на VIII конференції Львівських психіатричних зустрічей, приурочених до Всесвітнього дня психічного здоров'я (10 жовтня 2018р.) А. Матіос підкреслив: «Щоб не було втрат, потрібна превенція», а саме, – системної державної психосоціальної реабілітації і адаптації ветеранів в Україні наразі немає [29].

Адже досвід засвідчує, що не розв'язані вчасно психологічні проблеми учасників бойових дій призводять до руйнування міжособистісних контактів, у тому числі в сім'ях; посилюють ступінь толерантності до алкоголю, наркотичних засобів та насилля [42]. Відповідно до закону, всі демобілізовані зобов'язані проходити повноцінну комплексну реабілітацію згідно індивідуальних програм, але поки що це залишається тільки на папері. За чотири роки війни всього 4% демобілізованих пройшли психологічну реабілітацію по цій державній програмі. ДСУ СВВУ АТО у листі за підписом першого заступника голови Ігоря Мальцева повідомило, що впродовж 2015 р. за бюджетною програмою психологічну реабілітацію пройшли 4,8 тис. учасників АТО, а в 2016 р. – майже 5,9 тисячі. «Крім того, в центрах соціально-психологічної реабілітації населення, що належать до сфери управління Служби, у 2015 р. зареєстровано понад 5,5 тис. відвідувань учасників АТО і понад 5,5 тис. членів їхніх родин, за 11 місяців 2016 р. – понад 9 тис. і 9,3 тис. осіб відповідно», – додали у відомстві.

За даними Генерального штабу ЗСУ, заходами психологічної реабілітації охоплено понад 43 тис. військовослужбовців. Із них 27161 особа вже пройшла таку реабілітацію, а ще 962 військовослужбовців – учасників АТО продовжують її проходити. Окрім того, як повідомляє Генштаб, «3455 осіб пройшли лікування у психіатричних відділеннях госпіталів, 16037 – у шпиталях ветеранів війни, а 6571 учасник АТО – в санаторіях-профілакторіях». Варто зазначити, що Держслужба учасників АТО працює з демобілізованими і звільненими з війська громадянами, тоді як Генштаб оперує даними та займається чинними військовослужбовцями ЗСУ [44].

Психологічна реабілітація ветеранів – це окрема державна програма, на яку у 2018 р. було передбачено бюджетом 109 млн грн, які направлені на заходи з психологічної реабілітації, соціальної та професійної

адаптації учасників АТО та їх забезпечення санаторно-курортним лікуванням. За рекомендацією штатних психологів, представників позаштатних спеціалізованих груп або фахівців медичної служби військовослужбовці, у яких виявлено ознаки БПТ, направляються встановленим порядком до медичних закладів, центрів медико-психологічної реабілітації МО України та цивільних закладів, із якими ДСУ СВВУ АТО укладає угоди про надання послуг з психологічної реабілітації. У військах, які виконують завдання в районах проведення бойових дій та відновлення боєздатності, організовано роботу груп внутрішніх комунікацій, до складу яких входить: військовий або цивільний психолог, фахівець із соціально-правових питань та капелан.

Збройні сили іноземних держав (США, Канади, Німеччини, Нідерландів), вже з 80-х років мають значний досвід релігійної опіки військовослужбовців з допомогою інституту військових капеланів і через міжнародні релігійні організації, які діють в армійському середовищі. Апарат військових капеланів і його функції у різних країнах майже однакові. До його головних функцій належать: проведення богослужіння для військово-службовців та контроль за їхнім моральним і духовним станом, проведення релігійних обрядів, надання консультацій командуванню з релігійних питань тощо. Важливою складовою роботи капелана є навчання і виховання особового складу та морально-психологічна підготовка військовослужбовців [26]. В новому часі інститут капеланів, наприклад, у збройних силах США існує вже майже 240 років – з 1775 року. У США корпус військових капеланів налічує 220 офіцерів військово-релігійної служби у званні від лейтенанта до генерал-майора [62].

На Україні за ініціативою групи офіцерів-християн ЗСУ з 1993 року функціонує асоціація християн-військовослужбовців. Згодом вона стала діяти під назвою «Всеукраїнське міжконфесійне релігійне християнсько-військове братство». 29 квітня 2009 року наказом МО України від 17 березня 2009 р. № 115 було створено Раду у справах душпастирської опіки при МО України. Також, у грудні 2015 року був створений Корпус військових капеланів (КВК), – як структурний підрозділ громадської організації «Християнська служба порятунку» [17].

З метою забезпечення конституційного права громадянина на свободу віросповідання (статті 35 та 64 Конституції України) розпорядженням КМУ від 02.07.2014 року за № 677-р та наказом МО України від 14.12.2016 за № 685 розроблено та затверджено «Положення про службу військового духовенства (капеланську службу) у Збройних Силах, Національній гвардії та Державній прикордонній службі» [8]. У травні 2017 року в Національній гвардії України офіційно запроваджено інституцію капеланства, а з 15 травня 2017 р. – посада військового капелана. На кінець 2018 р. скерування на капеланське служіння отримали 29 військових капеланів, з них – 22 призначені на посади у військових інституціях за трудовим договором [35].

Прикінцеві положення

Реабілітаційна робота вимагає вирішення проблем кадрового забезпечення та інтеграції зусиль різних відомств з надання учасникам АТО психологічної, соціальної, матеріальної допомоги та суспільної підтримки, тому, має проводитись на базі спеціалізованих реабілітаційних центрів. Важливим аспектом реабілітації є робота з сім'єю та близькими військовослужбовців. Дієва політика соціального забезпечення військовослужбовців із зони АТО може бути вироблена лише за сформованого позитивного ставлення громадянського суспільства до їх місії, як захисників Вітчизни [36, 47, 51].

Сьогодні в Україні сформовано 696 центрів психологічної допомоги [45]. Окремою проблемою виявилась нестача професійно підготовлених кадрів – фахівців-психологів з практичним досвідом, на сьогоднішній день укомплектованість посад (психологів) близько 50%. З юридично-правових позицій психологів мають право застосовувати до постраждалих лише методи психологічної діагностики, психологічного консультування і психологічної корекції. Натомість, позитивні результати можливо отримати лише за умов організації єдиної міжвідомчої системи медико-психологічної реабілітації на підставі уніфікованої програми і стандартизованих протоколів медико-психологічної реабілітації із залученням як медичних фахівців (психіатрів, психофізіологів, психотерапевтів, медичних психологів з базовою медичною підготовкою, лікарів-реабітологів), так і психологів з базовою гуманітарною підготовкою [1, 43, 48, 49].

Ще однією зазначеною проблемою визнаний факт, що потребу в психологічній допомозі значна частина ветеранів розглядають, як ознаку слабкості, внаслідок чого спогади про пережите на війні тримають в собі. Це пов'язане зі страхом бути осудженим в суспільстві, суттєвою вважається руйнація усталеного у свідомості багатьох бійців стереотипу про те, що «сильним допомога не потрібна» [4, 48, 50]. Не менш суттєвою проблемою є самоізоляція ветерана, яка викликана набутим досвідом, або – фрустрація, яка викликана різними очікуваннями від повернення і реальним результатом [21].

Таким чином, за висновками літературних джерел, існуючі законодавчі та підзаконні акти щодо реабілітації учасників АТО є неповними та частковими, рівень координації між уповноваженими центральними органами виконавчої влади та організаціями, що надають послуги з реабілітації, визнаний недостатнім, підкреслена відсутність цілісної системи реабілітаційних послуг, кадрове забезпечення по реабілітації не досягає світових та європейських стандартів. Натомість, на сьогодні, в Україні відсутня така медична спеціальність, як «медична реабілітація» [25, 28, 49, 51]. Лише побудова сучасної системи реабілітації, її затвердження на законодавчому рівні, підкріпленому бюджетними програмами, здатна забезпечити ефективне та сталі рішення проблеми.

Висновки

1. Отримані результати наочно довели, що на сьогодні вже не є актуальною реабілітація тільки фізичного стану пацієнтів, оскільки без врахування психологічного статусу особи, її соціальної адаптації неможливо говорити про повноцінне функціонування особистості.

2. Відсутність адаптованих національних алгоритмів надання психологічної допомоги учасникам АТО, посттравматичного стресового розладу та брак кваліфікованих психіатрів і психологів зі спеціалізацією військово-тактичної психології, не враховує особливостей сьогодення, яке потребує створення якісної індивідуальної програми реабілітації кожного військового за принципом – своєчасність, комплексність і безперервність процесу реабілітації.

3. Відповідно до визначення проблемних питань, реалізація Концепції Державної цільової програми з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадаптації учасників АТО потребує здійснення організаційно-правових заходів, пов'язаних із проведенням цілеспрямованих та скоординованих дій з боку органів державного управління, виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, недержавних установ та громадських організацій, а в загальнодержавному масштабі повинна забезпечити лікувальну, соціальну та економічну ефективність.

4. Система надання психологічної допомоги та реабілітації учасників АТО за обсягом матеріально-технічного та кадрового забезпечення повинна розглядатись як складова національної безпеки держави.

Література

1. Авдиенко Г.Ю. Психологическая коррекция и реабилитация участников боевых действий / Г.Ю. Авдиенко – М.: Издательство Юрайт, 2018. – 299 с.
2. Агаєв Н.А. Досвід роботи в армії США та арміях інших країн щодо недопущення втрат особового складу з причин, не пов'язаних із виконанням завдань за призначенням: (методичний посібник) / Н.А. Агаєв, О.М. Кохун, М.В. Герасименко, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. – 156 с. – Режим доступу : http://lib.iitta.gov.ua/710972/1/%D0%9F%D0%9E%D0%A1%D0%86%D0%91%D0%9D%D0%98%D0%9A%20%D0%94%D0%BE%D1%81%D0%B2%D1%96%D0%B4_%202018.pdf.
3. Актуальні проблеми соціально-правового статусу осіб, постраждалих під час проведення АТО: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (Київ, 19 квітня 2017р.) [упор. Журавель Я.В., Хопун О.С.; за ред. Семигіної Т.В.]. – К.: Академія праці, соціальних відносин і туризму, 2017. – 96 с.
4. Баутин А.Ю. Психологическая работа с военнослужащими –участниками боевых действий: Материалы студенческого научного форума, IV Международной студенческой электронной научной конференции (Воронеж, 15 февраля-31 марта 2012 г.). – Военный авиационный инженерный 55roblem55оло.г. Воронеж, Россия, 2012. – С. 19-20. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://rae.ru/forum2012/pdf/2068.pdf>.
5. Березовец В. В. Социально-психологическая реабилитация ветеранов боевых действий : автореф. Дис. На соискание учен.степени канд. Психол. Наук : спец. 19.00.05 / В. В. Березовец; Рос. Акад. Гос. Службы при Президенте РФ. – М., 1997. – 24 с.
6. Бенвенист Д. Кризисное вмешательство после бедствий // Журнал практической 55roblem55о и психоанализа. – 2010. – №3. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2989>
7. Варій М.Й. Основи психології і педагогіки: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / М.Й. Варій. – К.: Центр учбової літератури, 2009. – 376 с.
8. Вікіпедія. Капелан. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D0%BF%D0%B5%D0%BB%D0%B0%D0%BD#cite_note-22.
9. В Україні статусу учасника бойових дій набуло 329,5 тис. осіб – Держслужба у справах ветеранів. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://gordonua.com/ukr/news/war/v-ukrajini-status-uchasnika-bojovih-dij-otrimali-329-5-tis-osib-derzhsluzhba-po-spravah-veteraniv-239471.html>.
10. Волонтерські організації. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://poruch.ua/volonterskie-organizatsii.html>
11. Горбенко Д. А. Організаційно-правові та методичні засади удосконалення діяльності психологічної служби МВС України: 55rob... 55robl. Юрид. Наук: 19.00.06 / Горбенко Дар'я Андріївна; М-во внутрішніх справ України, Нац. Академія внутрішніх справ; наук. кер. Медведєв В. С. – Київ, 2018. – 307 с.
12. Горбулін В.П. «Гібридна війна» як ключовий інструмент російської геостратегії реваншу / В.П. Горбулін // Стратегічні пріоритети. – 2014. – №4. – С. 5.
13. Державна служба України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції. Довідник громадських об'єднань учасників антитерористичної операції (за інформацією з Реєстру громадських об'єднань), Київ, 2015. – С. 40. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://narodowladdya.in.ua/news.php?id=62>.
14. Єна А.І. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції / А.І. Єна, В.В. Маслюк, А.В. Сергієнко // Науковий журнал МОЗ України. – 2014. – № 1 (5). – С. 5-16.
15. Закон України від 20 грудня 1991 № 2011-ХІІ, зі змінами «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12>.

16. Закон України від 3 листопада 2006 року № 328-V, зі змінами «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України з питань соціального захисту військовослужбовців, військовозобов'язаних та резервістів, які призвані на навчальні (або перевірочні) та спеціальні збори, і деяких інших осіб» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/328-16>.
17. Здіорук С.І. Служба військових капеланів у воєнній організації Української держави: необхідність, можливості та перспективи // Серія «Гуманітарний розвиток». – № 5. – Режим доступу: <http://www.niss.gov.ua/content/articles/files/Kapelanu-3aa20.pdf>.
18. Зоран Комар. Психологічна стійкість воїна: (підручник для військових психологів) / Комар З. // Київ, 2017. [Електронний ресурс].–Режим доступу: http://shron1.chtyvo.org.ua/Komar_Zoran/Psykholohichna_stiikist_voina.pdf.
19. Иванов А.Л. Психологические последствия участия военнослужащих в боевых действиях в Чеченской республике и их медико-психолого-социальная коррекция / А.Л. Иванов, Н.В.Жуматий, В.В. Рубцов, М.В. Давлетшина // Московский психотерапевтический журнал. – 2003. – № 4. – С. 146-163.
20. Ільницька Т. Реабілітація військовослужбовців / Т. Ільницька // НейроNEWS (психоневрологія та нейропсихіатрія). – 2016. – № 1 (75). – С. 6-7.
21. Іщенко А. Психологія війни: як допомогти ветеранам АТО повернутися до нормального життя / А. Іщенко // Сьогодні. – 2018. – № 4 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ukr.segodayna.ua/regions/donetsk/psihologiya-voyny-kak-pomoch-veteranam-ato-vernutysya-k-normalnoy-zhizni-1117099.html>.
22. Караяни А.Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий / А.Г. Караяни. – М., 2003. – 80 с.
23. Картюк Г. Реабілітація і медицина для військових. Перехід від тактики до стратегії [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.mil.gov.ua/news/2018/05/25/reabilitaciya-i-mediczina-dlya-vijskovih-perehid-vid-taktiki-do-strategii>.
24. Класифікація психічних розладів МКХ-10 [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<http://mkh10.com.ua>.
25. Кокун О.М. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: (методичний посібник) / О.М. Кокун., Н.А. Агаєв, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська, В.В. Остапчук. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. – 282 с.
26. Мандрагеля В. Деякі проблеми адаптації досвіду капеланства західних армій до українських Збройних Сил // Армія і духовність: свобода совісті та віровизнання. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції. – К., 1995. – С. 110.
27. Максименко О. Тактична психологія. Марта Пивоваренко про допомогу військовим та цивільним / О. Максименко // Українська правда. – 2016. – №15 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://life.pravda.com.ua/society/2016/09/28/218405>.
28. Матиос А.А. На психологічну реабілітацію учасників АТО держбюджетом передбачено 109 млн. 56грв, але немає нормативних документів для надання таких послуг / А.А. Матиос // Цензор.Нет. Політика України, здоров'я. – 2018. – № 4 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ua.censor.net.ua/n3063345>.
29. Матиос А.А. «Щоб не було втрат, потрібна превенція» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://dt.ua/interview/anatoliy-matios-schob-ne-bulo-neboyovih-vtrat-potribna-prevenciya-292174_.html.
30. Матиос А.А. Матиос рассказал, сколько военных покончило с собой в 2018 году [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://inforesist.org/v-2018-godu-33-voennyih-sovershili-samoubiystvo-novosti-ukrainyi>.
31. Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти: збірник наукових праць / за ред. Академіків НАН України Цимбалюка В.І. та Сердюка А.М. – К.: ДП «НВЦ «Пріоритети», 2016. – 315 с.
32. Миськевич Т. Реабілітація військових АТО в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://nbuviar.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=2572:reabilitatsiya-vijskovikh-ato-v-ukrajini&catid=8&Itemid=350.
33. Мінсоцполітики та Національна гвардія уклали Меморандум про співпрацю [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.msp.gov.ua/news/15529.html>.
34. Наказ МВС від 08.12.2016 № 1285 «Про затвердження Положення про психологічне забезпечення в Національній гвардії України» [Електронний ресурс].–Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0080-17>.
35. Офіційне повідомлення про статус військового капелана в УГКЦ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://kapelanstvo.org.ua>.
36. Пам'ятка учасникам російсько-української війни // ГОВПО «Юридична Сотня», 2018. – 204 с.
37. Про реабілітацію інвалідів в Україні: закон України від 23 липня 2014 року № 1609-VII- ВР //Відомості Верховної ради України. – 2014. – № 36. – С.1193) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1609-18/print>.
38. Психологічна реабілітація воїнів АТО: Подобиці державної програми [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ustymenkooleh.patrioty.org.ua/blogs/psykholohichna-reabilitatsiia-voini-v-ato-podrobytsi-derzhavnoi-prohramy-191202.html>.
39. Психологічної реабілітації учасників АТО в Україні взагалі не проводять – Зарецька [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://gordonua.com/ukr/news/war/-psihologichna-reabilitatsija-uchasnikiv-ato-v-ukrajini-vzagali-ne-provoditsja-zaretska-216299.html>.

40. *Перелік реабілітаційних установ, які надають послуги з психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції у 2018 р.* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://kaniv-rda.gov.ua/perelik-reabilitacijnih-ustanov-yaki-nadajut-poslugi-z-psihologichnoi-reabilitacii-uchasnikiv-antiteroristichnoi-operacii-u-2018-roci-10-44-41-18-05-2018>.
41. *Проект «Україна–Норвегія»* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.msp.gov.ua/news/12413.html?PrintVersion>.
42. *Реабілітація військових АТО в Україні* [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://nbuviar.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=2572:reabilitatsiya-vijskovikh-ato-v-ukrajini&catid=8&Itemid=350.
43. *Реабілітація воїнів АТО: експерти розповіли про головні проблеми* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ukr.segodnya.ua/regions/donetsk/v-ukraine-prakticheski-net-psihologicheskoy-reabilitacii-voinov-ato-1119218.html>.
44. *Реабілітовані державою. Держслужба ветеранів і Генштаб прозвітували 57голем57ологічну роботу з АТО-вцями* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://novynarnia.com/2017/01/16/reabilitovani-derzhavoyu-derzhsluzhba-veteraniv-i-genshtab-prozvituvali-pro-psihologichnu-robotu-z-atovtsyami>.
45. *Реабілітація українських ветеранів. Це комусь взагалі потрібно?* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ua.112.ua/statji/reabilitatsiia-ukrainskykh-veteraniv-tse-komus-vzahali-potribno-415455.html>.
46. *Рада у справах осіб з інвалідністю обговорила проблемні питання медичної, психологічної та професійної реабілітації учасників антитерористичної операції* // Урядовий портал. – 2017 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/news/250015823>.
47. *Сучасні концептуальні підходи щодо управління персоналом у секторі безпеки і оборони України : тези міжвідомчої науково-практичної конференції (Хмельницький, 19 жовтня 2018 року).* – Хмельницький : Вид-во НАДПСУ, 2018. – 520 с. – Режим доступу: http://nadpsu.edu.ua/wp-content/uploads/2018/10/mizhvidomcha-naukovo-praktychna-konferentsiia_19.10.18.pdf.
48. *Соціально-психологічна адаптація ветеранів АТО: проблеми і шляхи їх вирішення / Ресурсний центр Гурт* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://gurt.org.ua/articles/32262>.
49. *Соціально-психологічна та медична реабілітація учасників АТО* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://nbuviar.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=861:reabilitatsiya-uchasnikiv-ato-2&catid=64&Itemid=376.
50. *Сыропятов О. Г. Клинические стандарты реабилитации комбатантов с боевой психической травмой: методическое пособие / О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская.* – «Автор», 2014. – 50 с. – Режим доступа : http://bookz.ru/authors/oleg-siropatov/klini4es_352/1-lini4es_352.html.
51. *Тополь О.В. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції / О.В. Тополь // Вісник.* – 2015.– № 124. – С. 230-233.
52. *Україне на зависть: Как в США реабилитируют ветеранов* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://korrespondent.net/world/3482506-ukrayne-na-zavyst-kak-v-ssha-reabylytyruuit-veteranov>.
53. *Указ Президента України від 1 грудня 2016 року № 536/2016 «Про Уповноваженого Президента України з питань реабілітації учасників антитерористичної операції, які одержали поранення, контузію, каліцтво або інше захворювання під час участі в антитерористичній операції» / Верховна Рада України* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.president.gov.ua/documents/5362016-20822>.
54. *У Збройних Силах України створено систему надання психологічної допомоги та реабілітації / Офіційний веб. Сайт Міністерства оборони України* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.mil.gov.ua/news/2018/02/23/u-zbrojnih-silah-ukraini-stvoreno-sistemu-nadannya-psihologichnoi-dopomogi-ta-reabilitaczii>.
55. *Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни (головна сторінка)* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.udmscvv.com>.
56. *Чиж И. М. Актуальные проблемы психофизиологического обеспечения военно-профессиональной деятельности / И.М. Чиж, Е.Г. Жилиев // Военно-медицинский журнал.* – 1998. – Т. 319, № 3. – С. 4-10.
57. *DanielMc.E.G. Psychological response to disasters / DanielMc.E.G, BaskettP., WellerR. (Eds.) // Medicine for Disasters.* – London, Boston: Wriqth. – 1988. – С. 231-245.
58. *Hoge C.W. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care / C.W. Hoge, C.A. Castro, S.C. Messer [et al.] // N. Engl. J. Med.* – 2004. – Vol.351, N 1. – P. 13–22.
59. *Macleod A. D. The reactivation of post-traumatic stress disorder in later life* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1080/00048679409080786>.
60. *Polytrauma System of Care: Veterans health administration // South Texas Veterans Health Care System Reference: IC3 Overview Briefing.* – 2013. – 39 p.
61. *Solomon Z. The relationships between posttraumatic stress symptom clusters and marital intimacy among war veterans* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.researchgate.net/publication/23319453The_Relationships_Between_Posttraumatic_Stress_Symptom_Clusters_and_Marital_Intimacy_Among_War_Veterans.
62. *Your Chaplain and the Command Religius Program / Publ. in accordance with SECNAV INST 5430. N. Y., 1984. - 12 p.*

Дата надходження рукопису до редакції: 22.01.2019 р.

Вопросы реабилитации ветеранов участников антитеррористической операции и военнослужащих операции объединенных сил в Украине (аналитический обзор литературы)

*И.И. Назаренко, В.М. Якимец, В.П. Печиборщ,
Г.А. Слабкий, В.И. Иванов, А.О. Полищук*

Действующая война в Украине актуализировала проблему возникновения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у ветеранов участников антитеррористической операции (АТО) (с 30.04.2018 г. – Операция объединенных сил (ООС)). В настоящее время требуется изменение устаревших методов психологической реабилитации бойцов и утверждение национальной программы по реабилитации ветеранов для проведения своевременной и квалифицированной психологической реабилитации участников АТО. В Украине вопросы разработки и внедрения единой системы реабилитации и адаптации военных после возвращения из зоны конфликта остаются до сих пор нерешенными.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, медико-психологическая реабилитация, участники антитеррористической операции.

Problems of psychological rehabilitation of veterans of participants of anti-terrorist operation and military workers of the operation of joint forces in Ukraine (analytical review of literature)

*I.I. Nazarenko, V.M. Yakymets, V.P. Pechyborshch,
G.O. Slabkiy, V.I. Ivanov, A.O. Polischuk*

The current war in Ukraine has actualized the problem of the emergence of post-traumatic stress disorder (PTSD) among the veterans of the anti-terrorist operation (ATO) (from April 30, 2018 – Operation of the Joint Forces (OJF)). The present requires the replacement of outdated methods of psychological rehabilitation of fighters and the approval of a national program for the rehabilitation of veterans for timely and qualified psychological rehabilitation of ATO participants. In Ukraine, issues of the development and implementation of a unified system of rehabilitation and adaptation of the military after the return from the conflict zone remain unresolved.

Key words: post-traumatic stress disorder, medical-psychological rehabilitation, participants in the anti-terrorist operation.

Відомості про авторів

Назаренко І. І. – Державна установа «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», кандидат психологічних наук, науковий співробітник відділу наукового супроводу організації та управління медичною допомогою в надзвичайних ситуаціях.

Якимець В. М. – Державна наукова установа «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України, заступник директора.

Печиборщ В. П. – Державна установа «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», доктор медичних наук, доцент, завідувач відділом організації наукової підтримки та управління медичною допомогою у надзвичайних ситуаціях.

Слабкий Г. О. – Ужгородський національний університет, завідувач кафедри громадського здоров'я, доктор медичних наук, професор.

Іванов В. І. – Державна установа «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», лікар-хірург відділення політравми з блоком інтенсивної терапії відділу надання екстреної медичної допомоги.

Полищук А. О. – Національна академія внутрішніх справ, кандидат юридичних наук, провідний фахівець відділу персоналу.

УДК 614.2:002:001.8(045)(100)

М.А. Знаменська, О.В. Жданова, Г.О. Слабкий

Роль комунікацій в розвитку та діяльності охорони здоров'я: аналітичний огляд міжнародних документів та публікацій

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України»,
м. Київ, Україна

Київська міська клінічна лікарня №8, м. Київ, Україна
Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

Мета: проаналізувати роль комунікацій в розвитку охорони здоров'я на міжнародному рівні.

Матеріали та методи. У дослідженні використані міжнародні нормативно-правові документи та наукові публікації з питань комунікацій в системі охорони здоров'я населення. Застосовані наступні методи дослідження: бібліосемантичний, аналітичний, історичний, системного підходу.

Результати. В статті наведено аналіз документів міжнародних організацій та наукових публікацій з комунікацій в охороні здоров'я. Аналіз вказує на надзвичайне значення та увагу комунікаціям в глобальному плані.

Висновки. ВООЗ приділяє значну увагу комунікаціям в рішенні комплексних проблем охорони здоров'я. Для рішення проблем комунікації в глобальному плані мається значний інформаційний ресурс.

Ключові слова: охорона здоров'я, комунікації, міжнародні підходи, аналіз.

Вступ

Важливість комунікацій в охороні здоров'я можна уже пояснити тим, що ВООЗ своїм документом “Європейський план дій по укріпленню потенціала и услуг общественного здравоохранения” (2012) визначив дев'ятою функцією громадської охорони здоров'я визначив “Основная коммуникация в интересах общественного здравоохранения” [1]. При цьому ВООЗ затвердила наступне визначення оперативної функції:

Комунікація в інтересах громадської охорони здоров'я спрямована на підвищення рівня санітарної грамотності та покращання стану здоров'я окремих громадян і груп населення.

Це мистецтво та техніка інформування окремих громадян, установ і різних аудиторій громадськості, впливу на них та створення у них певної мотивації відносно важливих питань і детермінант здоров'я. Комунікація має також підвищувати здібності отримувати, розуміти та використовувати інформацію для зниження ризику, попередження хвороб, зміцнення здоров'я, уміння орієнтуватися у послугах охорони здоров'я і вірно ними користуватися, захисту політики охорони здоров'я та підвищення рівня благополуччя, якості життя і здоров'я громадян [2–5].

Мета: проаналізувати роль комунікацій в розвитку охорони здоров'я на міжнародному рівні.

Матеріали та методи

У дослідженні використані міжнародні нормативно-правові документи та наукові публікації з питань комунікацій в системі охорони здоров'я населення. Застосовані наступні методи дослідження:

бібліосемантичний, аналітичний, історичний, системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

Комунікація у сфері охорони здоров'я охоплює декілька напрямків, до яких належать медична журналістика, індустрія розваг, освіта, міжособистісне спілкування, інформаційно-пропагандистська робота через ЗМІ, комунікація в середині організацій та між ними, розповсюдження інформації про ризики та кризи, соціальна комунікація та соціальний маркетинг. Вона може приймати численні форми – від масової, мультимедійної та інтерактивної (включаючи мобільний зв'язок та Інтернет) до традиційної, що враховує культурну специфіку, – та охоплювати різні канали, такі як міжособистісне спілкування, засоби масової інформації, інформаційні засоби організацій та невеликих груп, в тому числі радіо, телебачення, газети, блоги, електронні дошки об'яв, підкастинг та обмін відео файлами, розсилка повідомлень по мобільному телефону та он лайн форуми.

Комунікація у галузі громадської охорони здоров'я надає громаді спосіб протидії активному просуванню на ринок небезпечних виробів та пропаганді нездорового способу життя, наприклад, паління тютюну. Вона являє собою процес двостороннього обміну інформацією, що потребує прослуховування, збору інформації та з'ясування того, як люди сприймають повідомлення і формують у своїй свідомості ідеї відносно здоров'я, щоб можна було передавати інформацію в більш доступних та переконливих форматах. Комунікація у галузі громадської охорони здоров'я також означає гласність, завдяки якій громада може знати, що говориться та діється від її імені [6, 7].

Розвиток комунікації має охоплювати такі аспекти:

1. Стратегічний та систематичний характер комунікації у галузі громадської охорони здоров'я, що розвивається на основі розуміння особливостей сприйняття та потреб різних аудиторій.

2. Розповсюдження інформації серед різних аудиторій в таких форматах і через такі канали, які є доступними, зрозумілими та зручними для користування.

3. Роз'яснення та захист ідеї про необхідність розробки та реалізації здорової політики і створення здорового середовища у всіх секторах державного управління (принцип врахування інтересів здоров'я у всіх стратегіях та напрямках політики).

4. Навчання комунікації у галузі громадської охорони здоров'я та розвиток необхідного для цього кадрового потенціалу.

На необхідність та важливість комунікативної діяльності в охороні здоров'я було вказано в таких документах ВООЗ:

- Рамочна конвенція ВОЗ по боротьбі проти тютюну [веб-сайт]. Женева, ВОЗ, 2013 [8];

- Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВОЗ: оновлення 2005 г. Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2005 (документ EUR/RC55/8) [9].

- Системи здравоохранения – здоровье – благосостояние: Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения: Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.: отчет. Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2009 [10].

- Оттавская хартия по укреплению здоровья. Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 1986 [11].

- Европейский стратегический подход к обеспечению безопасной беременности: улучшение материнского и перинатального здоровья. Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2009 [12].

- Действия систем здравоохранения по устранению гендерного неравенства, способствующие ускорению прогресса в достижении Целей развития тысячелетия 4 и 5, касающихся здоровья матери и ребенка (англ.). Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2010 [13].

- Стратегия в области репродуктивного здоровья в целях ускорения прогресса в направлении достижения международных целей и задач в области развития. Женева, ВОЗ, 2004 [14].

- Региональная стратегия ВОЗ в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2001 [15].

- Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006–2015 гг. Женева, ВОЗ, 2007 [16].

- Европейская хартия по борьбе с ожирением. Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2006 [17].

- Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2006 [18].

- Sethi D, Racioppi F, Mitis F. Дорожная безопасность для детей и молодежи в Европе. Информация о политике. Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2007 [19].

- Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2005 [20].

- Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения. Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2007 [21].

- Европейская стратегия “Здоровье и развитие детей и подростков”: от резолюции к действиям, 2005–2008 гг. Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2008 [22].

- Резолюция Исполнительного комитета ВОЗ EB130.R6 “Укрепление политики в области неинфекционных заболеваний для содействия активной старости”. Женева, ВОЗ, 2012 [23].

- Как системы здравоохранения могут способствовать устранению неравенств в отношении здоровья, связанных с миграцией и этнической принадлежностью (англ.). Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2010 [24].

- Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. Женева, ВОЗ, 2010 [25].

- Московская декларация по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям. Женева, ВОЗ, 2011 [26].

- Европейская стратегия борьбы против тютюну. Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2002 [27].

- Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. Женева, ВОЗ, 2010 [28].

- Основи політики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2006 [29].

- План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2011 [30].

Ми звернули увагу на документ ВООЗ “Руководство ВОЗ по коммуникации при эпидемических вспышках” (2015) [31]. В документі говориться, що на думку ВООЗ забезпечення на професійному рівні комунікації стало невід'ємним елементом подолання епідемічних спалахів хвороби як і епідемічний контроль за забезпечення лабораторної діагностики. При цьому ВООЗ вказує на підходи до проведення ефективної комунікації. В документі відмічається, що серед наступних заходів, які стоять на порядку денному – організація навчальних програм для працівників у сфері комунікацій. Ефективна комунікація-один із елементів рішення задач.

Важливість комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я визначено в “Здоров'я 2020: основи європейської політики і стратегії для ХХІ століття” [32].

Звіт Регіонального директора про роботу ВООЗ в Європейському регіоні в 2012–2013 рр «Осуществление перспективного видения», розділ 7, присвячено питанням стратегічного керівництва, партнерства та комунікаціям [33].

В 2013–2014 рр ЄРБ ВООЗ розширило охоплення інформацією та поглибило співробітництво з країнами, донорами та партнерами використовуючи інноваційні методи комунікації. Веб-сайт Регіонального бюро [34] являється ключовим інструментом для інформування про роботу Бюро. Бюро зробило свою інформацію доступною

на мобільних приладах і задовільнило якість, доступність та користність інформацією, яку надавало. Публікації залишаються основним засобом та платформою розповсюдження інформації [35]. Публікації ЄРБ ВООЗ проглядалися більше 300 тис разів на рік [36], а самими популярними є база даних «Здоров'я для всіх» [37] поряд з наданням інформації для ЗМІ [38]. Широка громадська увага була до таких заходів як презентація Доповідь про стан охорони здоров'я в Європі, міністерські конференції, Всесвітній День здоров'я [39–44].

Сучасний спеціаліст у галузі інформаційно-комунікативних технологій (ІКТ) у охороні здоров'я, що підтримує свій професійний рівень, стикається з проблемою вибору інформаційних ресурсів для пошуку наукових публікацій у періодичних виданнях, монографіях, дисертаційних досліджень, аналітичних оглядів тощо.

У зв'язку з цим нами були вивчені ведучі міжнародні інформаційні ресурси та можливий доступу до них.

Всесвітня організація охорони здоров'я (WHO, <http://www.who.int/en>) [45]. У відповідності до угод про інтенсифікацію співробітництва між Міжнародною асоціацією медичної інформатики та ВООЗ на Генеральній Асамблеї ІМІА у м. Брісбейн, Австралія (2007) Всесвітня організація охорони здоров'я працює віднині в тандемі з Міжнародною асоціацією медичної інформатики (ІМІА) зі сприяння підвищенню якості медичної допомоги, що надається, через впровадження ІКТ-технологій у охорону здоров'я. Велика кількість матеріалів розміщується безпосередньо на сайті.

Міжнародна асоціація медичної інформатики (ІМІА, www.imia.org) [46]. Асоціація скликає Всесвітній симпозиум раз на три роки. Матеріали конференції публікуються на CD і у вигляді книжного видання. Варто відзначити високу якість їх оглядових та аналітичних матеріалів у щорічному випуску журналу Yearbook of Medical Informatics. Спеціалісти у галузі ІКТ у охороні здоров'я можуть не тільки ставити питання всесвітньо відомим лідерам у різних галузях, а й взяти участь у роботі комітетів та робочих груп http://www.imia.org/working_groups/working_groups.lasso) [47].

У Європі центром з розповсюдження інформації щодо ІКТ у охороні здоров'я є Європейська асоціація медичної інформатики (EFMI, <http://www.helmholtz-muenchen.de/ibmi/efmi>) [48]. Джерело наукових публікацій Асоціації – матеріали щорічних міжнародних конгресів.

Крім того, матеріали Асоціації друкуються у Міжнародному журналі медичної інформатики (<http://www.sciencedirect.com/science/journal/13865056>) [49].

Північну Америку представляє АМІА – Американська асоціація медичної інформатики (<http://www.amia.org>) [50]. Це одна з найпродуктивніших асоціацій, з точки зору актуалізованих матеріалів. Асоціація проводить два міжнародних симпозиуму протягом року, після чого публікуються матеріали як в електронному (CD та на сайті), так і в паперовому вигляді. Це також перша Асоціація, яка робить аудіо запис всієї програми симпозиуму з презентаціями учасників для продажу у вигляді окремого продукту. Читачі знайдуть широкий спектр найсвіжіших матеріалів на сторінках

офіційного журналу організації – JAMIA (журнал Американської асоціації медичної інформатики), виходить 6 раз на рік, підписатися можна як на паперову, так і на електронну версію журналу.

Значна частка публікацій спеціалістів з Азійсько-Тихоокеанського та Африканського регіонів і країн Латинської Америки опрацьовується у вищезазначених організаціях і викладається для міжнародного використання. Тим не менш, важко переоцінити значимість можливості доступу до первинних джерел інформації цих регіонів з динамічним розвитком, тому радимо регулярно відвідувати сайти наступних професійних асоціацій:

- Азійсько-Тихоокеанська асоціація медичної інформатики (APAMI, <http://www.apami.org>);

- Асоціація медичної інформатики країн Латинської Америки і Карибського басейну (ІМІА-LAC, <http://www.imialac.net>) [51];

- Відділення країн Латинської Америки і Карибського басейну Американської телемедичної асоціації (ATALACC, <http://media.americantelemed.org/ICOT/lacc.htm>) [52];

- Досягнення національних проектів з інформатизації охорони здоров'я Австралії і Нової Зеландії та відповіді на багато питань читач знайде на сайтах Австралійської спілки медичної інформатики (HISA, <http://www.hisa.org.au>), а також організації Медична інформатика в Новій Зеландії (HINZ, <http://www.hinz.org.nz>) [53].

З великих інформаційних ресурсів в Інтернеті має сенс назвати найбільш відомі:

SCIENCE DIRECT (www.sciencedirect.com) [54] – он-лайн бібліотека, проект видавничого дому ELSEVIER. Видається більше 2500 періодичних журналів у різних напрямках науки, до яких входить більшість вищезазначених журналів. Незареєстрований читач має доступ до стислої версії документа, підписка комерційна (для фізичних осіб та організації, в тому числі бібліотек і академічних організацій).

Необхідно додати, що велика кількість академічних центрів у Росії (РАН, РФФИ, ВИНІТИ) забезпечують безкоштовний доступ для державних університетів та інститутів до матеріалів Science-direct та інших видавців. Слушно з'ясувати чи має такий доступ університет/велика бібліотека вашого міста.

Обов'язковим для спеціаліста в галузі ІКТ у охороні здоров'я є користування Національною медичною бібліотекою США (NLM) – PUBMED/MEDLINE (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed>) [55]. Тут публікується понад 5 тисяч журналів. На запит “медична інформатика” ресурс видає понад 80 видань. Велику кількість статей можна продивитись безкоштовно.

Пошук поточних новин з тематики також можливо зробити більш ефективним. Кожний сайт регулярно обновлює інформацію новинами, які на сучасному Інтернет жаргоні називаються “постами” – від англійського “to post” – вивішувати, публікувати щось, що має текстовий характер.

Інші портали пропонують підписатися на нескінченний транспортер подібних новин – так звані

стрічки новин. Часто цінний зворотній зв'язок від експертів можна отримати тільки асинхронно, не в режимі діалогу – через їх професійні Інтернет щоденники – так звані блоги. Їх ще потрібно продивитись, а якщо ще втрачати час на їх пошуки англійською мовою, то тут у багатьох уривається терпець.

В сучасних умовах цей пошук замість читача можуть успішно провести інші. Очевидним лідером тут є Google. Нові пошукові інструменти цієї компанії постійно та безперервно оновлюються. Відчутно зекономити час можна за допомогою Google Reader (www.google.com/reader) [56]. Виходимо на Google.com і клацаємо в лівому верхньому куті на more/reader. На цій сторінці можна ввести шукані слова, натиснути Enter і в такий спосіб сформулювати “канал новин” з шуканої теми. Google відбере в Інтернеті новини, пов'язані з Вашими ключовими словами, і розташує їх у хронологічній послідовності. Таким чином, всі блоги, пости і стрічки будуть відображені на Вашому екрані без довгого пошуку.

Для пошуку друкованих видань цілком підходить Google Books (www.books.google.com) [57]. Зацікавленість наукової громадськості певною тематикою можна відстежувати в режимі реального часу за допомогою Google Trends (www.google.com.trends) [58]. Більше того, цей інструмент дозволить відстежити сезонні коливання інтересу, а також зробить прив'язку показників до певних публікацій у світовій пресі.

Наразі більшість інформації є доступною через Інтернет, а сам Інтернет стає головною платформою, де з'являються та еволюціонують ефективні технології пошуку інформації. Виконати пошук за допомогою Google з заданого питання це майже інстинктивний вибір спеціаліста покоління 90-х, однак здатність відбирати надійні та ефективні зарубіжні інформаційні ресурси залишається для користувача серйозною проблемою.

В першу чергу це пояснюється низьким рівнем володіння англійською мовою українськими спеціалістами.

Незважаючи на те, що російська мова є однією з офіційних мов ООН та ВООЗ, а принцип багатомовності закріплено у Статуті цих організацій з моменту заснування, в 90-і роки сталося різке зменшення кількості перекладів російською мовою. У 2000-і роки почалося зростання перекладних матеріалів ВООЗ на російську мову. Проте, і до тепер загальна кількість матеріалів, що перекладаються російською мовою, не досягає 10% від загальної кількості публікацій ВООЗ англійською мовою.

Наданий [59] аналіз анкетування російських спеціалістів показав високий запит інформації ВООЗ серед російських спеціалістів за всіма основними видами інформації ВООЗ (від політичних документів до керівництв для практичної ланки охорони здоров'я). При цьому керівники органів та закладів охорони здоров'я частіше користуються матеріалами конференцій та нарад ВООЗ (63,06%). Науковці та викладачі ВНЗ частіше користуються матеріалами конференцій (82,46% від респондентів цієї групи), монографії та аналітичні огляди (63,69%), статистичні збірники (60,92%) та періодичні і серійні видання (60,31%). Практичні працівники охорони

здоров'я частіше користуються клінічними керівництвами та практичними рекомендаціями ВООЗ (51,85% від респондентів цієї групи), матеріали конференцій (38,05%) і статистичні збірники (34,01%).

Результати досліджень [60] показують, що більше половини всіх категорій користувачів знають про існування сайту ВООЗ і користуються ним (71,43%), проте багато з них мають складності при пошуку на ньому інформації російською мовою. Лише 22,99% всіх опитаних респондентів можуть досить легко знаходити та скачувати матеріали російською мовою безпосередньо з сайту ВООЗ, а 41,23% мають складності. Головні перешкоди у російських спеціалістів при пошуку матеріалів на сайті ВООЗ пов'язані з незнанням про існування можливості скачати повний текст публікації російською мовою з сайту ВООЗ або ЄРБ ВООЗ (14,10%); незнанням шляхів пошуку таких документів, оскільки більшість сторінок сайту ВООЗ і пошукова система сайті присутні тільки англійською мовою (20,62%).

В Росії, з метою розвитку інформаційних технологій в охороні здоров'я функціонує Центральний НДІ організації та інформатизації охорони здоров'я [61]. В межах інформатизації співробітники інституту успішно працюють над актуальними проблемами сучасної охорони здоров'я, одна з яких – організація і управління збором та обробкою медичної статистики. Тут вирішуються наступні задачі:

- розробка, впровадження та супровід програм для формування річних звітів лікувально-профілактичних закладів і територій Російської Федерації, ведення звітності річного звіту, а також складання різних статистичних збірників з захворюваності, демографічної ситуації та стану системи охорони здоров'я;
- організація збору річних звітів територій та формування підсумкових збірників;
- контакти з територіальними органами управління охороною здоров'я;
- виконання робіт з оперативної обробки запитів та видачі інформації органам управління охорони здоров'я Російської Федерації.

Агентство Grayling Україна, що є частиною глобальної комунікаційної компанії зі зв'язків з громадськістю, органами державної влади, інвесторами та проведення заходів, опублікувало в 2010 р. “Руководство по коммуникациям в области здравоохранения для Украины” [62]. Керівництво покликане допомогти медичним та фармацевтичним компаніям більш ефективно спілкуватися зі споживачами, органами державної влади та засобами масової інформації. Подані в Керівництві стратегії комунікації не тільки допоможуть компаніям працювати більш успішно та прибутково, але й внести позитивний вклад до процесу модернізації системи охорони здоров'я в Україні. Але керівництво доступне тільки англійською мовою.

Висновки

Всесвітня організація охорони здоров'я приділяє значну увагу комунікаціям в рішенні комплексних

проблем охорони здоров'я. Для рішення проблем комунікації в глобальному плані мається значний інформаційний ресурс.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням впливу комунікацій на формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я.

Література

1. *Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения*. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2012 (документ EUR/RC62/12).
2. *Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf).
3. *Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке: исследование, проведенное для Европейского регионального бюро ВОЗ*. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2011 (документ EUR/RC61/Inf. Doc./6; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/149971/RC61_rInfDoc06.pdf).
4. *Graham J, Amos B, Plumptre T. Principles for good governance in the 21st century*. Ottawa, Institute on Governance, 2003 (Policy Brief No.15; <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/UNPAN/UNPAN011842.pdf>).
5. *Developing a framework for action for strengthening public health capacities and services in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (document EUR/RC61/Inf. Doc./1; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/148266/RC61_einfdoc01.pdf).
6. *Глоссарий терминов по вопросам укрепления здоровья*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1998 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_rus.pdf).
7. *Доклад Международной комиссии по окружающей среде и развитию*. Резолюция Генеральной Ассамблеи A/RES/42/187, 11 декабря 1987 г. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1987 (<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/518/77/IMG/NR051877.pdf>).
8. *Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака [веб-сайт]*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 (<http://www.who.int/fctc/ru/index.html>).
9. *Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: обновление 2005 г.* WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2005 (документ EUR/RC55/8, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/87884/RC55_rdoc08.pdf).
10. *Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние: Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения: Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.: отчет*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/78951/E92150R.pdf).
11. *Оттавская хартия по укреплению здоровья*. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 1986 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf).
12. *Европейский стратегический подход к обеспечению безопасной беременности: улучшение материнского и перинатального здоровья*. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/136726/E90771R.pdf).
13. *Действия систем здравоохранения по устранению гендерного неравенства, способствующие ускорению прогресса в достижении Целей развития тысячелетия 4 и 5, касающихся здоровья матери и ребенка (на англ. яз.)*. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/127527/e94498.pdf).
14. *Стратегия в области репродуктивного здоровья в целях ускорения прогресса в направлении достижения международных целей и задач в области развития*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_04_8/ru/index.html).
15. *Региональная стратегия ВОЗ в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/69530/E74558R.pdf).
16. *Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006–2015 гг.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/ru/index.html>).
17. *Европейская хартия по борьбе с ожирением*. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/87467/E89567R.pdf).
18. *Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения*. Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/96454/E87301R.pdf).
19. *Sethi D, Racioppi F, Mitis F. Дорожная безопасность для детей и молодежи в Европе*. Информация о политике. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98455/E90142R.pdf).
20. *Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения*. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2005 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/82456/E87325R.pdf).

21. *Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения.* WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/74747/E90711R.pdf).
22. *Европейская стратегия “Здоровье и развитие детей и подростков”: от резолюции к действиям, 2005–2008 гг.* WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/132932/E91655R.pdf).
23. *Резолюция Исполнительного комитета ВОЗ EB130. R6 “Укрепление политики в области неинфекционных заболеваний для содействия активной старости”.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2012 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_R6-ru.pdf).
24. *Как системы здравоохранения могут способствовать устранению неравенств в отношении здоровья, связанных с миграцией и этнической принадлежностью (на англ. яз.).* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 (<http://www.euro.who.int/ru/what-we-publish/abstracts/how-health-systems-can-address-health-inequities-linked-to-migration-and-ethnicity>).
25. *Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 (http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbaltstrategyru.pdf).
26. *Московская декларация по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 (http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/conference_documents/moscow_declaration_ru.pdf).
27. *Европейская стратегия борьбы против табака.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/68105/e77976r.pdf).
28. *Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789244599976_rus.pdf).
29. *Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/79397/E88335R.pdf).
30. *План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг.* WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/147731/wd12R_NCDs_111363-las.pdf).
31. *Руководство ВОЗ по коммуникации при эпидемических вспышках.* WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2012. – 16 с.
32. *Здоров'я 2020. Основи європейської політики та стратегія для XXI століття.* WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013. – 224 с.
33. *Звіт Регіонального директора про роботу ВООЗ в Європейському регіоні в 2012-2013 рр «Осуществление перспективного видения».* WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2014 – 78 с.
34. *Европейское региональное бюро ВОЗ [веб-сайт].* WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/home>).
35. *Публикации [веб-сайт].* WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/publications>).
36. *Burden of disease from environmental noise. Quantification of healthy life years lost in Europe.* Copenhagen: Regional Office for Europe; 2011 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do>).
37. *Європейська база даних “Здоров'я для всіх» (База даних ЗДВ) [веб-сайт].* WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/databases>).
38. *Центр СМІ WHO.* Regional Office for Europe. Copenhagen, 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/media-centre>).
39. *Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2012 г.: выработка курса на благополучие [веб-сайт].* WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence>).
40. *Здоров'я 2020. Основи європейської політики та стратегія для XXI століття.* WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013. – 224 с.
41. *Дорожная карта: укрепление систем здравоохранения, ориентованных на нужды и запросы людей, в Европейском регионе ВОЗ.* WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2013/10>).
42. *Венская конференция по вопросам питания и неинфекционных заболеваний [веб-сайт].* WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2013/07/vienna-conference>).
43. *Региональный старт Всемирного дня здоровья: предоставить права и возможности пожилым людям для участия в разработке и проведении политики [веб-сайт].* WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/pages/news/news/2012/04>).
44. *Европейская неделя иммунизации [веб-сайт].* WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention>).
45. *Всесвітня організація охорони здоров'я (WHO),* <http://www.who.int/en>.
46. *Міжнародна асоціація медичної інформатики (IMIA),* www.imia.org.
47. *Yearbook of Medical Informatics:* http://www.imia.org/working_groups/working_groups.lasso.
48. *Європейська асоціація медичної інформатики (EFMI),* <http://www.helmholtz-muenchen.de/ibmi/efmi>.
49. *Міжнародний журнал медичної інформатики* (<http://www.sciencedirect.com/science/journal/13865056>).

50. *Американська асоціація медичної інформатики* (<http://www.amia.org>).
51. *Асоціація медичної інформатики країн Латинської Америки і Карибського басейну (IMIA-LAC)*, <http://www.imialac.net>).
52. *ATALACC*, <http://media.americantelemed.org/ICOT/lacc.htm>.
53. *Медична інформатика в Новій Зеландії (HINZ)*, <http://www.hinz.org.nz>).
54. *SCIENCE DIRECT* (www.sciencedirect.com).
55. *PUBMED/MEDLINE* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed>).
56. *Google Reader* (www.google.com/reader).
57. *Google Books* (www.books.google.com).
58. *Google Trends* (www.google.com.trends).
59. *Куликов А.А.* Разработка научно-организационной технологии определения приоритетов в переводе материалов Всемирной организации здравоохранения на русский язык: автореф. дис.к.мед.н. / А.А. Куликов. – Москва, 2012. – 25 с.
60. *Куликов А.А.* Определение приоритетов для перевода на русский язык публикаций ВОЗ на основе экспертного опроса /А.А. Куликов // Социальные аспекты здоровья населения: электронный журнал. – 2012. – № 4 (<http://vestnik.mednet.ru/content/view/426/27/lang,ru>).
61. *Куликов А.А.* Публикации Всемирной организации здравоохранения на русском языке в зеркале геополитики / А.А. Куликов, О.П. Честнов, Т.В. Кайгородова // Врач и информационные технологии. – 2011. – № 2. – С. 31–39.
62. *Руководство по коммуникациям в области здравоохранения для Украины*: <http://pr.meta.ua/read/12908>.

Дата надходження рукопису до редакції: 25.12.2018 р.

Роль коммуникаций в развитии и деятельности здравоохранения: аналитический обзор международных документов и публикаций

М.А. Знаменская, О.В. Жданова, Г.А. Слабкий
ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика О.М. Лукьяновой НАМН Украины»,
г. Киев, Украина
Киевская городская клиническая больница №8,
г. Киев, Украина
Ужгородский национальный университет,
г. Ужгород, Украина

Цель – проанализировать роль коммуникаций в развитии здравоохранения на международном уровне.

Материалы и методы. В исследовании использованы международные нормативно-правовые

документы и научные публикации по вопросу коммуникаций в системе здравоохранения. Используются следующие методы исследования: библиосемантический, аналитический, исторический, системного подхода.

Результаты. В статье представлено анализ документов международных организаций и научных публикаций по вопросу коммуникаций в здравоохранении. Анализ показывает большое значение и внимание к коммуникациям на глобальном уровне.

Выводы. ВОЗ уделяет значительное внимание коммуникациям в решении вопросов здравоохранения. Для решения проблем коммуникации в глобальном плане имеется значительный информационный ресурс.

Ключевые слова: здравоохранение, коммуникации, международные подходы, анализ.

The role of communication in development and activity of health care: analytical review of international documents and publications

M.A. Znamenska, O.V. Zhdanova, G.O. Slabkiy
PI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine",
Kyiv, Ukraine
Kyiv City Clinical Hospital №8, Kyiv, Ukraine
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

Goal of study: to analyze the role of communication in the development of health care on international level.

Materials and methods. The international normative legal documents and scientific publications on communication

issues in health care system were used in the course of study. The following methods were applied: bibliosemantic, analytical, historical, of systemic approach.

Results. The article presents the analysis of the documents of international organizations and scientific publications on the issues of communication in health care. Analysis indicates the extraordinary importance and attention to communication in the global terms.

Conclusions. WHO pays great attention to communication in solving comprehensive problems of health care. There exists a considerable information resource for the decision of problems of communication in global terms.

Key words: health care, communications, international approaches, analysis.

Відомості про авторів

Знаменська Марія Андріївна – д.мед.н., провідний науковий співробітник ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», вул. Платона Майбороди, 8, Київ, 04050, Україна.

Жданова Оксана Вячеславівна – лікар-офтальмолог, Київська міська клінічна лікарня №8, вул. Кондратюка, 8, м. Київ, 04201, Україна.

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., професор, завідувач кафедри громадського здоров'я, Ужгородський національний університет, пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 614.23/25:614.2:303.62:614.2001.73:362.11:353.1(477)

В.І. Бугро

Аналіз думки організаторів охорони здоров'я з питань перспектив реформування вторинної медичної допомоги в пілотних регіонах України

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Метою нашого дослідження стало вивчення думки професіоналів організаторів охорони здоров'я щодо існуючих проблем в галузі, доцільності подальшого реформування вторинної стаціонарної медичної допомоги.

Матеріали та методи. Застосування системного підходу, як базової методології дослідження, потребувало вивчення організації вторинної стаціонарної медичної допомоги як складової системи охорони здоров'я України у соціологічному аспекті. Врахування думки професіоналів стосовно проблем галузі і доцільності подальшого реформування стаціонарної медичної допомоги, у тому числі ВМД, вивчалось з допомогою соціологічного дослідження (методом анонімного анкетного опитування) 172 керівників закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області, 129 – Черкаської та 125 – Чернігівської, що перевищувало репрезентативні чисельності перших керівників закладів охорони здоров'я та їхніх заступників відповідного регіону (не менше 167, 123 і 121 респондента).

Результати. В процесі аналізу результатів соціологічного опитування було з'ясовано, що більшість респондентів висловили своє часткове задоволення потреб у наданні стаціонарної медичної допомоги, зокрема, у зв'язку з низьким рівнем доступності лікування з різних причин. На запитання про доцільність подальшого скорочення ліжкового фонду області значна кількість опитаних кожної вибірки відповіла ствердно, обравши різні шляхи підвищення раціональності використання ліжок: 47,3±3,9% респондентів Івано-Франківської, 49,6±4,4% – Черкаської, 54,5±4,5% – Чернігівської області вважали, що скорочення необхідно проводити з урахуванням реальних потреб населення в стаціонарній медичній допомозі, а відповідно 26,9±3,4%, 41,7±4,4% і 32,5±4,2% – що необхідно скорочувати ліжка, які не використовуються на повну потужність. Приблизно наполовину розділилися думки респондентів у відповідях на запитання щодо доцільності відкриття міжтериторіальних лікарень ВМД для інтенсивного лікування: 50,3±3,9% респондентів Івано-Франківської області, 44,1±4,4% – Черкаської та 44,7±4,5% – Чернігівської надали позитивні відповіді, а відповідно 49,7±3,9%, 55,9±4,4% і 53,7±4,5% вважали недоцільними такі рішення. Супротивники відкриття таких лікарень пояснювали свої відповіді можливим зменшенням географічної доступності стаціонарної ВМД жителям тих адміністративних територій, де така лікарня буде відсутньою.

Висновки. Виявлено, що потреби населення в стаціонарній медичній допомозі задовольняються в не в повному обсязі, що пов'язано як з медичними (відсутність необхідних видів медичної допомоги), так і з немедичними причинами. Перспективи реформування ВМД спрямовані на необхідність комплексних змін в організації як вторинної стаціонарної і амбулаторної, так і первинної медичної допомоги. За результатами опитування підтверджено, що, незважаючи на упорядкування мережі стаціонарів, існує проблема раціональності використання наявного ліжкового фонду. Шляхи його підвищення, на думку 47,3±3,9% респондентів Івано-Франківської, 49,6±4,4% – Черкаської, 54,5±4,5% – Чернігівської області, полягають у приведенні чисельності ліжок відповідно до потреб населення, а на думку 26,9±3,4%, 41,7±4,4% і 32,5±4,2%, – у скороченні ліжок, що не використовуються на повну потужність. Результати проведеного соціологічного дослідження серед керівників закладів охорони здоров'я дали змогу встановити проблемні моменти в організації стаціонарної медичної допомоги в регіонах і визначити першочергові завдання та напрями її реформування.

Ключові слова: реформування охорони здоров'я, вторинна стаціонарна медична допомога, соціологічне дослідження.

Вступ

Міжнародний досвід реформування стаціонарної медичної допомоги в розвинених системах охорони здоров'я свідчить про різноманітність його напрямів у Європі. В Україні реформування стаціонарної медичної допомоги розпочато в пілотному проекті (2011–2014 рр.), законодавчі основи якого були закріплені Законом «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07.07.2011 р. № 3612-VI [2] та постановою Кабінету Міністрів України від 24.10.2012 р. № 1113 «Про

затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» [1]. Актуальності набуває вивчення думки організаторів охорони здоров'я з питань перспектив реформування вторинної медичної допомоги в пілотних регіонах України, досвіду структурно-організаційної та функціональної перебудови системи медичного обслуговування у пілотних регіонах, яке проводилося з метою підвищення якості та розширення можливостей доступності медичного обслуговування населення, впровадження нових підходів до організації роботи закладів охорони здоров'я, підвищення ефективності використання бюджетних коштів та вивчення.

Метою нашого дослідження стало вивчення думки професіоналів організаторів охорони здоров'я щодо існуючих проблем в галузі, доцільності подальшого реформування вторинної стаціонарної медичної допомоги.

Матеріали та методи

Застосування системного підходу, як базової методології дослідження, потребувало вивчення організації вторинної стаціонарної медичної допомоги як складової системи охорони здоров'я України у соціологічному аспекті. Врахування думки професіоналів стосовно проблем галузі і доцільності подальшого реформування стаціонарної медичної допомоги, у тому числі ВМД, вивчалось з допомогою соціологічного дослідження (методом анонімного анкетного опитування) 172 керівників закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області, 129 – Черкаської та 125 – Чернігівської, що перевищувало репрезентативні чисельності перших керівників закладів охорони здоров'я та їхніх заступників відповідного регіону (не менше 167, 123 і 121 респондента).

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз основних соціально-демографічних характеристик учасників опитування дав змогу зробити висновки, що більшість (62,2±4,3% – Черкаської, 67,7±3,6% – Івано-Франківської, 76,4±2,8% – Чернігівської областей) становили заклади охорони здоров'я ВМД як найчисленніші в системі охорони здоров'я кожної адміністративної території, де проводилося дослідження.

З усієї кількості опитаних у вибірках Черкаської і Чернігівської областей переважали перші керівники (55,9±4,4% і 54,5±4,5% респондентів відповідно), тоді як у вибірці Івано-Франківської області – їхні заступники (63,5±3,7%).

Середня тривалість перебування респондентів на обійманих посадах коливалася від 10,8±8,2 року в Черкаській до 13,7±9,3 року в Чернігівській областях, а загальний професійний стаж становив від 24,7±9,7 року

в Івано-Франківській до 27,4±8,9 року в Черкаській областях.

У кожній вибірці був високим відсоток респондентів із вищою атестаційною категорією за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» (в Івано-Франківській – 53,9±3,9%, Черкаській – 62,2±4,3%, Чернігівській областях – 45,5±4,5%).

Середній вік опитаних Івано-Франківської області дорівнював 49,4±9,6 року, Черкаської – 52,5±8,3 року, Чернігівської – 51,6±9,4 року.

За статевою ознакою більшість кожної вибірки становили чоловіки (відповідно 59,3±3,8%, 53,5±4,4%, 61,0±4,4%) (табл.).

На запитання анкети «Наскільки, на Вашу думку, мережа стаціонарів Вашої області задовольняє потреби населення в стаціонарній медичній допомозі?» відповіді респондентів були неоднозначними, але такими, в яких простежувались проблемні моменти доступності лікарняної допомоги. Так, 20,4±3,1% респондентів Івано-Франківської, 33,9±4,2% – Черкаської і лише 8,9±2,6% – Чернігівської області вважали, що потреби задовольняються в повному обсязі.

Найбільше відповідей респондентів свідчили про часткове задоволення потреб, зокрема, у зв'язку з низьким рівнем доступності лікування з різних причин – відповідно 62,9±3,7%, 52,8±4,4% і 72,4±4,0%, і у зв'язку з тим, що не всі види спеціалізованої медичної допомоги представлені в лікарняній мережі області, – відповідно 11,4±2,5%, 18,7±3,5%, 14,2±3,1%. Тільки окремі респонденти кожної вибірки вважали, що потреба населення області в стаціонарній допомозі зовсім не задовольняється.

На запитання про доцільність подальшого скорочення ліжкового фонду області значна кількість опитаних кожної вибірки відповіла ствердно, обравши різні шляхи підвищення раціональності використання ліжок: 47,3±3,9% респондентів Івано-Франківської, 49,6±4,4% – Черкаської, 54,5±4,5% – Чернігівської області вважали, що скорочення необхідно проводити з урахуванням реальних потреб населення в стаціонарній медичній допомозі, а відповідно 26,9±3,4%, 41,7±4,4% і 32,5±4,2% – що необхідно скорочувати ліжка, які не використовуються на повну потужність.

Таблиця

Деякі соціально-демографічні характеристики респондентів

| № | Соціально-демографічні характеристики | Область та кількісні значення характеристик респондентів (середні дані, M±m%) | | |
|-----|--|---|-----------|--------------|
| | | Івано-Франківська | Черкаська | Чернігівська |
| 1 | <i>Число респондентів, які очолюють заклади охорони здоров'я</i> | | | |
| 1.1 | Первинної медичної допомоги | 21,0±3,1 | 22,8±3,7 | 10,6±2,8 |
| 1.2 | Вторинної медичної допомоги | 67,7±3,6 | 62,2 ±4,3 | 76,4±2,8 |
| 1.3 | Третинної медичної допомоги | 11,4±2,5 | 15,0 ±3,2 | 13,0±3,9 |
| 2 | <i>Обіймана посада</i> | | | |
| 2.1 | Перший керівник | 36,5±3,7 | 55,9±4,4 | 54,5±4,5 |
| 2.2 | Заступник керівника | 63,5±3,7 | 44,1±4,4 | 45,5±4,5 |
| 3 | Середня тривалість перебування на обійманій посаді (M±σ) | 11,9±9,1 | 10,8±8,2 | 13,7±9,3 |

| | | | | |
|-----|--|---------------|---------------|---------------|
| 4 | Середній загальний професійний стаж (M±σ) | 24,7±9,7 | 27,4±8,9 | 26,9±9,9 |
| 5 | <i>Категорія за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я»</i> | | | |
| 5.1 | Вища | 53,9±3,9 | 62,2±4,3 | 45,5±4,5 |
| 5.2 | Перша | 28,7±3,5 | 11,8±2,9 | 20,3±3,6 |
| 5.3 | Друга | 12,6±2,6 | 4 (абс. дані) | 4 (абс. дані) |
| 5.4 | Відсутня | 8 (абс. дані) | 22,8±3,7 | 30,9±4,2 |
| 6 | Середній вік (M±σ) | 49,4±9,6 | 52,5±8,3 | 51,6±9,4 |
| 7 | <i>Стать</i> | | | |
| 7.1 | Чоловіча | 59,3±3,8 | 53,5±4,4 | 61,0±4,4 |
| 7.2 | Жіноча | 40,7±3,8 | 46,5±4,4 | 39,0±4,4 |

Наступним питанням основного розділу анкети передбачалося вивчити ставлення керівників до реорганізації лікарняних установ на підставі критерію інтенсивності лікування шляхом відкриття ЛЛЛ, ЛПЛ та медико-соціального догляду. Даний напрямок представлено МОЗ України як стратегічний у контексті реформування охорони здоров'я України.

Однозначні позитивні відповіді отримані лише від 34,7±3,7% опитаних вибірки Івано-Франківської області, 22,8±4,7% – Черкаської, 27,6±4,0% – Чернігівської. Відповідно 42,5±3,8%, 57,5±4,4% і 59,3±4,4% респондентів вважали необхідною умовою такої реорганізації поліпшення стану транспортних комунікацій у регіонах, дооснащення закладів охорони здоров'я санітарним автотранспортом та паливно-мастильними матеріалами. Як зрозуміло, такі відповіді зумовлені необхідністю забезпечити своєчасну госпіталізацію пацієнтів із відповідними показаннями до ЛЛЛ.

Різні думки висловили респонденти, відповідаючи на запитання про необхідність створення самостійних ЛВЛ у регіонах. Ствердно і однозначно висловилися 31,1±3,6% респондентів Івано-Франківської області, 23,6±3,8% – Черкаської, 21,1±3,7% – Чернігівської. Відповідно 31,7±3,6%, 29,9±4,1% і 34,1±4,3% опитаних уточнили, що такі самостійні лікарні потрібні для лікування лише окремих клінічних станів на етапі реабілітації, а ще 13,2±2,6%, 22,8±3,7% і 8,9±2,6% – для окремих видів медичної допомоги. Частина респондентів – відповідно 24,0±3,3%, 23,6±3,8% і 35,8±4,3% – надала відповіді, що необхідності у відкритті таких самостійних лікарень немає, реабілітацію в повному обсязі можна покласти на мережу закладів амбулаторного типу.

Приблизно наполовину розділилися думки респондентів у відповідях на запитання щодо доцільності відкриття міжтериторіальних лікарень ВМД для інтенсивного лікування: 50,3±3,9% респондентів Івано-Франківської області, 44,1±4,4% – Черкаської та 44,7±4,5% – Чернігівської надали позитивні відповіді, а відповідно 49,7±3,9%, 55,9±4,4% і 53,7±4,5% вважали недоцільними такі рішення. Супротивники відкриття таких лікарень пояснювали свої відповіді можливим зменшенням географічної доступності стаціонарної ВМД жителям тих адміністративних територій, де така лікарня буде відсутньою.

Два запитання анкети призначалися для вивчення оцінки керівниками діяльності та визначення їх поглядів на перспективи розвитку стаціонарозамінних видів медичної допомоги в регіонах. Більшість опитаних (82,0±3,0% респондентів Івано-Франківської, 74,8±3,9% – Черкаської та 78,0±3,7% – Чернігівської областей) вважали досить ефективною роботу денних стаціонарів. Робота стаціонарів удома позитивно оцінена дещо меншою кількістю керівників (відповідно 76,6±3,3%, 53,5±4,4% і 63,4±4,3% опитаних). Однак переважна більшість учасників опитування, незважаючи на позитивні оцінки діяльності денних стаціонарів та стаціонарів удома, вважали за необхідне активний подальший розвиток цих форм надання медичної допомоги: розширення показань до госпіталізації до денних стаціонарів, збільшення в них кількості ліжок, поліпшення їх матеріально-технічного забезпечення. Такі пропозиції висловили 68,3±3,6% респондентів Івано-Франківської, 78,0±3,7% – Черкаської та 82,1±3,5% – Чернігівської області.

За результатами аналізу отриманих відповідей на питання щодо напрямів подальшого реформування стаціонарної медичної допомоги з'ясовано, що більшість респондентів вважали за необхідне комплексне реформування як вторинної стаціонарної, так і вторинної амбулаторної медичної допомоги та ПМД. Про це свідчили відповідні ствердження 79,6±3,1% опитаних Івано-Франківської, 71,7±4,0% – Черкаської та 86,2±3,1% – Чернігівської областей.

Бачення подальшого реформування галузі респондентів Івано-Франківської області стосувалося удосконалення чинного законодавства (відміна статті 49 Конституції України) і нормативного регулювання діяльності закладів охорони здоров'я (відміна та/або внесення змін до наказу МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»), скорочення непрацюючих лікарняних ліжок відповідно до нормативів/потреб населення, розширення мережі денних стаціонарів, розвитку вторинної спеціалізованої медичної допомоги, забезпечення наступності в роботі закладів охорони здоров'я первинної, вторинної і третинної медичної допомоги.

Респонденти Черкаської області звернули увагу у своїх відповідях на необхідність створення гарантованого державою обсягу безоплатних медичних послуг,

завершення реформування ПМД із наступним реформуванням вторинної і третинної медичної допомоги з урахуванням досвіду пілотних регіонів України та особливостей кожної адміністративної території області, формування мережі міжрайонних відділень і міжтериторіальних лікарень.

Керівники закладів охорони здоров'я Чернігівської області вважали важливим напрямом удосконалення стаціонарної медичної допомоги її реформування в контексті адміністративно-територіальної реформи, автономізацію лікарень, розвиток державно-приватного партнерства, законодавчу підтримку розвитку приватної медицини, а також відновлення за рахунок державних коштів тих закладів охорони здоров'я, які не відповідають стандартним вимогам.

У своїх відповідях респонденти кожного регіону висловлювали пропозиції з активної підтримки введення страхової медицини, розподілу лікарень за принципом інтенсивності лікування та впровадження в них менеджменту якості медичної допомоги.

Забезпеченню ресурсами як важливому фактору реформування стаціонарної медичної допомоги приділили високу увагу респонденти усіх регіонів, де проводилося опитування, але найбільш значущим цей фактор виявився для респондентів Івано-Франківської області, які надали 103 (61,7±3,8%) відповіді на поставлене запитання за критерієм ресурсного забезпечення. Від керівників закладів охорони здоров'я Черкаської області отримано 35 (27,6±4,0%) пропозицій, а Чернігівської – 44 (35,8±4,3%).

Відповіді респондентів стосовно матеріально-технічного забезпечення майже співпадали і містили пропозиції щодо оновлення та закупівлі сучасного діагностичного обладнання для закладів охорони здоров'я, незалежно від виду медичної допомоги, яка ними надається. Такими ж близькими за змістом були пропозиції щодо кадрового забезпечення: підвищення рівня професійної підготовки; безперервна післядипломна освіта; підвищення рівня соціального захисту медичних працівників; зменшення навантаження на лікаря. Респонденти пропонували також більш активний розвиток лікарського самоврядування в Україні та посилення виховної роботи з кадрами з метою зменшення супротиву реформам.

Схожі пропозиції простежувались і щодо значення фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я для їх успішного реформування. Респонденти в межах областей пропонували різні підходи до вирішення існуючих фінансових проблем, але по регіонах вони загалом співпадали: надання фінансової автономії лікарням; здійснення фінансування за обсяг наданих послуг; розвиток лікарняних кас; розширення сфери платних послуг в охороні здоров'я.

Стратегії поліпшення медикаментозного забезпечення, зокрема, стаціонарів, респонденти усіх областей вбачали у державному регулюванні цін на лікарські засоби з метою їх зниження і підвищення доступності до населення.

Значно менше сподівань для подальшого реформування стаціонарної медичної допомоги респонденти покладали на такий фактор, як технології надання медичної допомоги, про що свідчив значно менший відсоток наданих відповідей: 13 (7,8±2,1%) опитаних Івано-Франківської, 10 (7,9±2,4%) – Черкаської, 11 (8,9±2,6%) – Чернігівської областей. Респонденти вважали, що необхідно завершити стандартизацію медичних технологій, забезпечити їх впровадження і дотримання під час надання медичної допомоги, відрегулювати питання амбулаторного обстеження хворих на догоспітальному етапі, розробити чіткі показання для стаціонарного лікування залежно від виду медичної допомоги.

Висновки

Виявлено, що потреби населення в стаціонарній медичній допомозі задовольняються в повному обсязі, на думку лише 20,4±3,1% респондентів Івано-Франківської, 33,9±4,2% – Черкаської і 8,9±2,6% – Чернігівської області, що пов'язано як з медичними (відсутність необхідних видів медичної допомоги), так і з немедичними причинами. На думку більшості респондентів (79,6±3,1% – Івано-Франківської, 71,7±4,0% – Черкаської та 86,2±3,1% – Чернігівської областей), перспективи реформування ВМД спрямовані на необхідність комплексних змін в організації як вторинної стаціонарної і амбулаторної, так і первинної медичної допомоги. За результатами опитування підтверджено, що, незважаючи на упорядкування мережі стаціонарів, існує проблема раціональності використання наявного ліжкового фонду. Шляхи його підвищення, на думку 47,3±3,9% респондентів Івано-Франківської, 49,6±4,4% – Черкаської, 54,5±4,5% – Чернігівської області, полягають у приведенні чисельності ліжок відповідно до потреб населення, а на думку 26,9±3,4%, 41,7±4,4% і 32,5±4,2%, – у скороченні ліжок, що не використовуються на повну потужність. Результати проведеного соціологічного дослідження серед керівників закладів охорони здоров'я дали змогу встановити проблемні моменти в організації стаціонарної медичної допомоги в регіонах і визначити першочергові завдання та напрями її реформування.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності реформи вторинної медичної допомоги.

Література

1. *Постанова* Кабінету Міністрів України від 24.10.2012 р. № 1113 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві».
2. *Закон* України від 07.07.2011 р. № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві».

3. Бугро В. І. Напрями реформування вторинної стаціонарної медичної допомоги (за даними соціологічного опитування) / В. І. Бугро // Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції «Сучасний вимір медичної науки та практики». – Дніпропетровськ, 2016. – С. 6–10.
4. Бугро В. І. Проблемы и перспективы развития стационарной медицинской помощи в Украине (по данным социологического исследования) / В. И. Бугро // Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. Журнал Казахстанско-Российского медицинского университета. – 2015. – № 3–4 (9–10). – С. 14–16.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.01.2019 р.

Анализ мнения организаторов здравоохранения по вопросам перспектив реформирования вторичной медицинской помощи в пилотных регионах Украины

В.И. Бугро

Национальная медицинская академия
последипломного образования имени П.Л. Шупика

Целью нашего исследования стало изучение мнения профессионалов организаторов здравоохранения относительно существующих проблем в отрасли, целесообразности дальнейшего реформирования вторичной стационарной медицинской помощи.

Материалы и методы. Применение системного подхода, как базовой методологии исследования потребовало изучения организации вторичной стационарной медицинской помощи как составляющей системы здравоохранения Украины в социологическом аспекте. Учтено мнение профессионалов о проблемах отрасли и целесообразности дальнейшего реформирования стационарной медицинской помощи, в том числе ВМП, изучалось с помощью социологического исследования (методом анонимного анкетного опроса) 172 руководителей учреждений здравоохранения Ивано-Франковской, 129 – Черкасской и 125 – Черниговской области, что превышало репрезентативную численность первых руководителей учреждений здравоохранения и их заместителей соответствующего региона (не менее 167, 123 и 121 респондента).

Результаты и их обсуждение. В процессе анализа результатов социологического опроса было выяснено, что большинство респондентов выразили свое частичное удовлетворение потребностей в предоставлении стационарной медицинской помощи, в частности, в связи с низким уровнем доступности лечения по разным причинам. На вопрос о целесообразности дальнейшего сокращения коечного фонда области значительное количество опрошенных каждой выборки ответило утвердительно, выбрав различные пути повышения рациональности использования коек: 47,3±3,9% респондентов Ивано-Франковской, 49,6±4,4% – Черкасской, 54,5±4,5% – Черниговской области считали, что сокращение необходимо проводить с учетом реальных потребностей населения в стационарной медицинской

помощи, а соответственно 26,9±3,4%, 41,7±4,4% и 32,5±4,2% – что необходимо сокращать коечный фонд, который не используется на полную мощность. Примерно наполовину разделились мнения респондентов в ответах на вопрос о целесообразности открытия межтерриториальных больниц ВМП для интенсивного лечения: 50,3±3,9% респондентов Ивано-Франковской области, 44,1±4,4% – Черкасской и 44,7±4, 5% – Черниговской предоставили положительные ответы, а соответственно 49,7±3,9%, 55,9±4,4% и 53,7±4,5% считали нецелесообразным такие решения. Противники открытия таких больниц объясняли свои ответы возможным уменьшением географической доступности стационарной ВМП жителям тех административных территорий, где такая больница будет отсутствовать.

Выводы. Выявлено, что потребности населения в стационарной медицинской помощи удовлетворяются не в полном объеме, что связано как с медицинскими (отсутствие необходимых видов медицинской помощи), так и с немедицинскими причинами. Перспективы реформирования ВМП направлены на необходимость комплексных изменений в организации как вторичной стационарной и амбулаторной, так и первичной медицинской помощи. По результатам опроса подтверждено, что, несмотря на упорядочение сети стационаров, существует проблема рациональности использования имеющегося коечного фонда. Пути его повышения, по мнению 47,3±3,9% респондентов Ивано-Франковской, 49,6±4,4% – Черкасской, 54,5±4,5% – Черниговской области, заключаются в приведении численности коек в соответствии с потребностями населения, а по мнению 26,9±3,4%, 41,7±4,4% и 32,5±4,2% – в сокращении коек, которые не используются на полную мощность. Результаты проведенного социологического исследования среди руководителей учреждений здравоохранения позволили установить проблемные моменты в организации стационарной медицинской помощи в регионах и определить первоочередные задачи и направления ее реформирования.

Ключевые слова: реформирование здравоохранения, вторичная стационарная медицинская помощь, социологическое исследование.

Analysis of the views of health care organizers on the prospects for secondary medical care reforming in the pilot regions of Ukraine

V.I. Bugro

Shupyk National Medical Academy
of Postgraduate Education

The purpose of our study was to study the opinion of healthcare professional among health care managers regarding the existing problems in the industry, the feasibility of further reforming secondary inpatient care

Materials and methods. The use of a systematic approach, as the basic methodology of the study, required studying the sociological aspect of the organization of secondary inpatient care as a component of the health care system in Ukraine. The sociologic study was conducted among the professionals to consider their opinions on the problems of the industry and the expediency of further inpatient care reformation, including rehabilitation health care, namely, 172 heads of health care institutions in Ivano-Frankivsk Region, 129 in Cherkasy Region and 125 in Chernihiv Region took part in the conducted anonymous questionnaire, this exceeded the representative number of the first managers of health care institutions and their deputies in corresponding Region (not less than 167, 123 and 121 respondents).

Results and discussion. In the process of analyzing the results of a sociological survey, it was found that most respondents expressed just partial satisfaction of their need for inpatient care, in particular, due to the low level of access to treatment for various reasons.

When asked about the expediency of further reducing hospital bed capacity in the Region, a large number of respondents in each sample answered positively, choosing different ways to increase the efficiency of using hospital beds: 47.3±3.9% of the respondents in Ivano-Frankivsk Region, 49.6±4.4% in Cherkasy Region, 54.5±4.5% in Chernihiv Region believed that during the reduction the real needs of the population for inpatient medical care should be taken into

account, and 26.9±3.4%, 41.7±4.4% and 32.5±4.2%, in relevant Regions, indicated that it is necessary to reduce beds that are not used at full capacity. The respondents' opinions were divided into two halves, namely, their answers to the questions about the appropriateness of opening interterritorial hospitals for intensive care: 50.3±3.9% of respondents in Ivano-Frankivsk Region, 44.1±4.4% in Cherkasy Region and 44.7±4, 5% Chernihiv Region responded positively, and 49.7±3.9%, 55.9±4,4% and 53.7±4.5%, in relevant Regions, considered this decision inappropriate. Opponents of the opening such hospitals mentioned possible decrease in the geographical accessibility to inpatient rehabilitation care for residents of the administrative territories where such a hospital would be absent.

Conclusions. It was found that the needs of the population for inpatient medical care are not fully met, the latter being associated with both medical (lack of necessary types of medical care) and non-medical reasons. The prospects for reforming the rehabilitation medical care are aimed at the need for comprehensive changes in the organization of secondary, outpatient, as well as primary care. According to the results of the survey, it was confirmed that, there is a problem of rational use of the existing bed capacity despite the organization of the hospital network. Possible ways of improving hospital bed capacity, in the opinion of the respondents, namely 47.3±3.9% in Ivano-Frankivsk Region, 49.6±4.4% in Cherkasy Region and 54.5±4.5% in Chernihiv Region, are to reduce the number of beds in accordance with needs of the population, and 26.9±3.4%, 41.7±4.4% and 32.5±4.2% of respondents in relevant Regions mentioned reduction of beds that are not used at full capacity.

The results of the sociological survey conducted among the heads of health care institutions made it possible to identify the problem points in the organization of inpatient medical care in the regions as well as priority tasks and directions of its reforming.

Key words: health care reform, secondary inpatient medical care, sociological research.

Відомості про автора

Бугро Валерій Іванович – д.мед.н., доцент, декан деканату по роботі з іноземцями, доцент кафедри управління охороною здоров'я, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика; 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

УДК 316.34:159.9:355.515(477.64-25)

З.В. Лащукул, Л.Д. Ярова

Організаційно-управлінські аспекти реалізації публічної політики щодо психологічної реабілітації учасників Антитерористичної операції та Операції об'єднаних сил на регіональному рівні

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя, Україна

Мета полягає в аналізі деяких організаційно-управлінських аспектів реалізації публічної політики на регіональному рівні щодо психологічної реабілітації учасників Антитерористичної операції та Операції об'єднаних сил.

Матеріали та методи. Матеріалами для дослідження були нормативно-правові документи щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації учасників Антитерористичної операції та Операції об'єднаних сил прийняті на державному та регіональному рівні. Результати отримані за рахунок застосування методів: узагальнення, порівняльного аналізу.

Результати. Проведено аналіз нормативно-правового забезпечення реалізації Плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції який було затверджено 31.03.2015 Розпорядженням КМУ №3359-р та постанови Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 №1057 «Про Порядок проведення психологічної реабілітації постраждалих учасників операції та осіб, які здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях».

Висновки. Психологічна реабілітація демобілізованих військовослужбовців в Запорізькій області носить не системний характер. На виконання Державної цільової програми не прийнята відповідна регіональна. Не виконуються норма закону щодо обов'язкового порядку проходження безоплатної психологічної реабілітації демобілізованих військовослужбовців.

Ключові слова: учасники Антитерористичної операції, учасники Операції об'єднаних сил, психологічна реабілітація, реадaptaція.

Вступ

У зв'язку з проведенням на Сході нашої держави Антитерористичної операції, а з 30.04.2018 р. – Операції об'єднаних сил, все гостріше постає проблема психологічної реабілітації учасників бойових дій, які повертаються додому після чергових ротаций. На етапі незалежності Україна стикнулася з такою проблемою вперше і це породжує певні труднощі, у тому числі щодо організації та надання учасникам Антитерористичної операції (АТО), Операції об'єднаних сил (ООС) відповідних послуг. Суспільство на сьогодні вже в повній мірі усвідомлює проблему дезадаптації демобілізованих військовослужбовців і вимагає від держави більш конкретних кроків щодо її вирішення на загальнодержавному та регіональному рівнях.

Стан вивченості проблеми. Дослідженню різних аспектів управління проектами присвятили свої роботи такі вітчизняні вчені та фахівці: в сфері публічного управління – А.О. Чемерис [19], А.В. Безуглий [3], С.В. Газарян [5], І.Б. Гарькавий [6], І.О. Кацай [10]; в транспортних системах сільськогосподарського виробництва – А.В. Сидорчук, Т.Д. Гуцол [18]; в корпораціях – В.А. Кузьмініх [12]; при організації проектного офісу – Н.І. Корецька [11]; особливостям застосування інформаційних технологій в управлінні проектами – А. Василевська [4]; системам знань в

управлінні проектами – Л.П. Батенко [2] та інші. Разом з тим особливості розробки та адміністрування в управлінні проектами в публічній сфері, як показав аналіз робіт і матеріалів наукових конференцій і дискусій, ще недостатньо досліджені в теоретичному, і в практичному аспектах. Саме це визначило вибір теми дослідження, мети, завдання та коло питань, що розглядаються.

Мета роботи полягає в аналізі деяких організаційно-управлінських аспектів реалізації публічної політики на регіональному рівні щодо психологічної реабілітації учасників Антитерористичної операції та Операції об'єднаних сил.

Матеріали та методи

Матеріалами для дослідження були нормативно-правові документи щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації учасників Антитерористичної операції та Операції об'єднаних сил прийняті на державному та регіональному рівні. Результати отримані за рахунок застосування методів: узагальнення, порівняльного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Гарантії безпеки громадян України затверджено в статті 3 Конституції України, в якій зазначено: «Людина,

її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека є найвищою соціальною цінністю» [9].

Особливо гостро питання щодо зазначених гарантій повстало з початку проведення на Сході країни Анти-терористичної операції, зокрема учасників бойових дій.

Президент України П. Порошенко 03.11.2015 р. підписав Закон України «Про внесення змін до статті 11 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», пункт 1 доповнено абзацом наступного змісту: "Військово-службовці, учасники бойових дій та прирівняні до них особи, особи, звільнені з військової служби, які брали безпосередню участь в антитерористичній операції чи виконували службово-бойові завдання в екстремальних (бойових) умовах, в обов'язковому порядку повинні пройти безоплатну психологічну, медико-психологічну реабілітацію у відповідних центрах з відшкодуванням вартості проїзду до цих центрів і назад. Порядок проведення реабілітації та відшкодування вартості проїзду встановлюються Кабінетом Міністрів України" [7].

Практичними діями на шляху вирішення проблеми, що утворилась, можна вважати План заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції (надалі – План), який було затверджено раніше, а саме 31.03.2015 р. розпорядженням КМУ №359-р [17]. Цей стратегічний документ є одним із найбільш системних документів, містить шість розділів, в яких викладено 55 відповідних заходів і виконуються по теперішній час.

Значно пізніше постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 №1057 було затверджено Порядок проведення психологічної реабілітації постраждалих учасників операції та осіб, які здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях [15]. У Порядку зазначено, що психологічна реабілітація це – «комплекс заходів, що здійснюються з метою збереження, відновлення або компенсації порушених психічних функцій, якостей, особистого та соціального статусу особи, сприяння психосоціальної адаптації до зміненої життєвої ситуації, осмислення досвіду, отриманого в екстремальній ситуації, та застосування його в житті» [15]. Також визначено мету психологічної реабілітації, яка передбачає наступне:

- 1) збереження або відновлення фізичного та психічного здоров'я отримувачів послуг;
- 2) досягнення соціально-психологічного благополуччя;
- 3) зниження частоти та тяжкості наслідків перенесених бойових психічних травм у формі гострих стресових реакцій;
- 4) запобігання інвалідності;
- 5) профілактика агресивної та саморуйнівної поведінки.

Основними завданнями проведення психологічної реабілітації є:

- 1) діагностика та нормалізація психічних функцій отримувача послуг;

- 2) відновлення порушених (втрачених) психічних функцій до оптимального рівня їх виразності;

- 3) корекція особистості отримувача послуг для забезпечення ефективного функціонування його в соціумі;

- 4) надання допомоги в установленні (відновленні) конструктивних відносин у сім'ї та суспільстві;

- 5) відновлення адаптивних механізмів до екстремальних (бойових) дій;

- 6) опанування методів саморегуляції та керування стресом (заспокоєння);

- 7) запобігання психологічному травмуванню та психічним розладам;

- 8) проведення психопрофілактичної та психокорекційної роботи із сім'єю отримувача послуг;

- 9) формування позитивних реакцій, мотивацій, соціальних установок на життя та професійну діяльність.

В абзаці шостому пункту 22 Порядку (редакція Постанови КМУ від 20.02.2019 р.) зазначено, що мінімальний обсяг послуг із психологічної реабілітації передбачає надання послуг із психологічної діагностики, психологічної просвіти та інформування [15].

Наказами Міністерства соціальної політики України затверджено: від 27.04.2018 № 597 вимоги до суб'єктів надання послуг із психологічної реабілітації та форми акту наданих послуг із психологічної реабілітації за рахунок бюджетних коштів [13]; від 01.06.2018 р. № 810 (zareєстровано в Міністерстві юстиції України від 15.06.2018 р. за № 723/32175). Стандарти психологічної діагностики та форм документів з організації психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції гідності [14].

Зазначені вище документи свідчать про наміри державної влади запровадити систему соціальної підтримки учасників антитерористичної операції.

Постановою Кабінету Міністрів України від 05.12.2018 р. № 1021 затверджено Державну цільову програму з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадaptaції учасників антитерористичної операції та осіб, які брали участь у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення, на період до 2022 року (далі – Програма) [16].

Зазначені в Програмі заходи спрямовані на проведення чіткого та прозорого адміністрування потреб зазначених осіб, з урахуванням особливостей чоловіків та жінок, підвищення рівня самоусвідомлення ними участі у відповідних процесах реадaptaції до цивільного життя, посилення їх соціального захисту, підтримку належного психічного стану, вирішення невідкладних питань надання послуг, зокрема з медичної, психологічної, соціальної, фізичної, професійної, фізкультурно-спортивної реабілітації та реадaptaції (відповідно до потреб), а також на підвищення ефективності взаємодії центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, громадських і міжнародних організацій із зазначених питань. В Програмі представлені основні варіанти розв'язання визначених проблем, їх, на думку розробників Програми, існує два.

Перший варіант полягає в адаптації системи соціального захисту учасників до їх реальних, актуальних потреб і надання їм реабілітаційних послуг та послуг з реадаптації. Таким підходом (практикується з 2014 року) не забезпечується розв'язання системних проблем, оскільки він передбачає не зміну принципів організації системи реабілітації та реадаптації, а ситуативне реагування на потреби та запити із застосуванням існуючих методик.

Другий варіант передбачає зміну принципів організації системи реабілітації та реадаптації учасників, у тому числі (в разі потреби) із залученням членів їх сімей, і запровадження новітніх моделей організації та управління реабілітаційними і соціальними послугами та послугами з реадаптації, застосування нових методик оцінювання якості результатів реабілітації та реадаптації, розроблення та запровадження єдиної системи адміністрування потреб учасників [16].

Результати проведення аналізу досвіду держав, у яких діє ефективна система реабілітації та реадаптації ветеранів, свідчать про доцільність його застосування в Україні відповідно до потреб зазначеної категорії громадян. Практикою США та Хорватії у зазначеній сфері доведено ефективність організації спеціалізованих реабілітаційних центрів для ветеранів, зокрема центрів подолання наслідків психологічних травм.

Моніторинг практики організації реабілітації та реадаптації учасників в Україні виявив її низьку ефективність, тому досягнення цілей Програми можливе лише в межах другого варіанта розв'язання визначених проблем.

На які ж результати можна розраховувати за результатами її виконання? Виконання визначених Програмою заходів дасть змогу створити певну систему реабілітації учасників антитерористичної операції, а також членів їх сімей.

Удосконалення законодавства у зазначеній сфері сприятиме поліпшенню організації та підвищенню результативності реабілітації та реадаптації учасників, а також зменшенню прямих та опосередкованих витрат бюджетних коштів.

В Програмі зазначено, що застосування інструментів електронного урядування, міжвідомчих електронних протоколів, удосконалення принципів організації та роботи Єдиного державного реєстру учасників антитерористичної операції та осіб, які брали участь у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони в Донецькій та Луганській областях, запровадження єдиної системи адміністрування потреб ветеранів війни сприятиме створенню умов для забезпечення ефективної міжвідомчої координації, оперативного прийняття рішень та моніторингу потреб понад 350 тис. учасників, а також членів їх сімей.

Удосконалення галузевих стандартів реабілітації, розроблення та удосконалення державних стандартів психологічних послуг, з урахуванням світового досвіду, сприятиме підвищенню якості надання таких послуг. Протягом періоду дії Програми щодо надання психологічних послуг планується забезпечити такі

показники: охоплення відповідними послугами: у 2019 р. – до 80% учасників, щодо яких визначено потребу в отриманні психологічних послуг; протягом 2019–2022 років – до 100 відсотків.

На виконання державної програми мала б бути розроблена регіональна із залученням фінансів та фахівців, що відповідали б вимогам до суб'єктів надання послуг із психологічної реабілітації, затвердженим наказом Міністерства соціальної політики України від 27.04.2018 № 597.

Фахівцями громадської організації «*Всеукраїнська правозахисна організація «Юридична сотня»* (надалі – Юридична сотня) був проведений аналіз звітів Міністерства соціальної політики України щодо стану його виконання (звіт про стан виконання Плану заходів за перший квартал 2017 року; звіт про стан виконання Плану заходів за квітень 2017 року; аналіз щодо стану виконання Плану заходів) та власний моніторинг щодо його виконання. У ході вивчення звітів та аналізу Мінсоцполітики було виявлено низку розбіжностей між формальним та фактичним станом виконання заходів. Результати дослідження, проведеного Юридичною Сотнею, викладені у звіті [1].

У розділі «Проведення психологічної реабілітації звільнених у запас військовослужбовців» передбачено необхідність виконання 16-ти заходів таких, як розроблення уніфікованої навчальної програми підготовки спеціалістів з питань психологічної допомоги військовослужбовцям, а також розроблення різного роду методичних рекомендацій. Чотири заходи досі не були виконані. Серед них затвердження навчальної програми щодо підготовки спеціалістів та методичних рекомендацій щодо надання психологічної допомоги, створення регіональних центрів психологічної реабілітації та інші. Вісім заходів, представлених в розділі зі строком постійного виконання та 4-ри заходи розділу є виконаними, зокрема: створення Міжвідомчої координаційної ради з питань психологічної реабілітації учасників російсько-української війни; затвердження методичних рекомендацій щодо заповнення індивідуальної програми реабілітації інвалідів; створення на базі Харківської державної академії фізичної культури Міжрегіонального навчального центру масажних технологій; а також розроблення та затвердження уніфікованої навчальної програми підготовки спеціалістів з питань первинної психосоціальної реабілітації.

За результатами відповідного аналізу фахівці дійшли висновку, що «для побудови системи належної психологічної підтримки потрібно затвердити єдиний уніфікований документ проведення психологічної реабілітації учасників російсько-української війни з деталізованим фінансуванням заходів по його реалізації» [1].

Отже, ще в 2017 р. Юридична Сотня запропонувала розробити і прийняти єдину Всеукраїнську програму. Постановою Кабінету Міністрів України від 05.12.2018 № 1021 прийнято Державну цільову програму з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадаптації учасників антитерористичної операції та осіб, які брали участь у здійсненні заходів із

забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення, на період до 2022 року.

Станом на сьогодні в Запорізькій області така програма не прийнята і найближчим часом її прийняття не планується. Заходи з психологічної реабілітації здійснюються в межах виконання плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 31.03.2015 № 359-р (надалі – План), про який вже згадувалось. Так, на виконання п. 18 Плану, яким передбачено: «Забезпечення надання психологічної допомоги демобілізованим військовослужбовцям у закладах охорони здоров'я», у звіті про стан його виконання зазначено, що станом на кінець 2018 року стаціонарне лікування пройшли 1584 військовослужбовця та 165 військових лікувались амбулаторно [8].

Про створення регіональних центрів психологічної реабілітації і лікування, служб соціально-психологічного відновлення учасників АТО на базі діючих установ і закладів охорони здоров'я та соціального захисту із залученням до їх роботи висококваліфікованих спеціалістів, волонтерів, запровадження в них сучасних апробованих методик та позбавлення демобілізованих військовослужбовців посттравматичного синдрому йдеться у п. 21 Плану. На сьогодні Запорізька обласна державна адміністрація на виконання зазначеного пункту звітує про те, що робочою групою департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації (наказ від 03.04.2017 № 297) підготовлено медичне завдання на розроблення проектно-кошторисної документації на створення Обласного центру медичної реабілітації ветеранів війни на базі розширеного КЗ «Госпіталь ветеранів війни» Запорізької обласної ради. Станом на 10.01.2019 зазначене завдання знаходиться на опрацюванні в управлінні капітального будівництва облдержадміністрації [8].

В звіті облдержадміністрації також йдеться про те, що з травня 2015 року в КЗ «Госпіталь ветеранів війни» ЗОР відкрито кабінет психологічної допомоги, де психологічну допомогу надає лікар-невропатолог, оскільки психотерапевта залучити не вдається [8].

Література

1. Аналітичний звіт виконання Плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції: (Громадська організація «Всеукраїнська правозахисна організація «Юридична сотня») [Електронний лист] – Режим доступу : https://legal100.org.ua/wp-content/uploads/2018/06/Analytic_Report_2017_359r.pdf.
2. Батенко Л.П. Узагальнююча характеристика систем знань в проектному менеджменті [Текст] / Л.П. Батенко // Економіка та підприємництво: зб. наук. праць молодих учених та аспірантів / М-во освіти і науки України, ДВНЗ "Київ. нац. екон. ун-т ім. В. Гетьмана" ; відп. ред. С.І. Дем'яненко. – 2012. – Вип. 29. – С. 171–181.
3. Безуглий О.В. Адміністрування регіональних проектів в контексті завдань розвитку територій [Текст] / О.В. Безуглий // Управління проектами регіонального розвитку : матеріали науково-практичної конференції м. Феодосія 8-12 липня 2013 р. – С. 9–14
4. Василевська А. Управление проектами предприятия с использованием информационных технологий [Текст] / А. Василевська // Вісник КНТЕУ. – 2012. – № 1 – С. 99–105.

Неучасть у виконанні Державної цільової програми унеможливує державне фінансування у Запорізькому регіоні заходів з реабілітації військовослужбовців, які пройшли АТО. За відсутності програми на регіональному рівні, область втрачає не тільки фінансування з державного бюджету, але також з місцевого бюджету, яке передбачене Державною цільовою програмою, що може мати негативні соціальні наслідки.

Висновки

1. На основі проведеного аналізу нормативно-правових документів встановлено, що робота з психологічної реабілітації демобілізованих військовослужбовців в Запорізькій області носить не системний характер.

2. Пункт 1 до Закону України «Про внесення змін до статті 11 Закону України Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», в якому зазначено про обов'язковість проходження військовослужбовцями, учасниками бойових дій та прирівняними до них особами, особами, звільненими з військової служби, які брали безпосередню участь в антитерористичній операції чи виконували службово-бойові завдання в екстремальних (бойових) умовах, безплатної психологічної, медико-психологічної реабілітації у відповідних центрах з відшкодуванням вартості проїзду до цих центрів і назад, не виконується.

3. Регіональну цільову програму з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадaptaції учасників антитерористичної операції та осіб, які брали участь у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення, на період до 2022 року не прийнято.

Перспективи подальших досліджень полягають в розробці і реалізації на регіональному рівні програми на виконання вже прийнятої Державної цільової програми, яка передбачає зміну принципів організації системи реабілітації та реадaptaції учасників Антитерористичної операції та Операції об'єднаних сил.

5. Газарян С.В. Теоретичне обґрунтування шляхів упровадження передового зарубіжного досвіду щодо управління проектами регіонального розвитку [Текст] / Газарян С.В. // Управління проектами регіонального розвитку: Матеріали науково-практичної конференції м. Феодосія 8–12 липня 2013 р. – С. 25–29.
6. Гарькавий І.Б. Про формування проектів регіональних програм розвитку з врахуванням рівнів територіального управління [Текст] / Гарькавий І.Б. // Управління проектами регіонального розвитку : Матеріали науково-практичної конференції м. Феодосія 8–12 липня 2013 р. – С. 30–34.
7. Закон України від 03.11. 2015 р. № 739-VIII «Про внесення змін до статті 11 Закону України Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» [Електронний лист] – Режим доступу: URL:<https://ips.ligazakon.net/document/view/T150739?an=1>.
8. Інформація Запорізької державної адміністрації про виконання Плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції від 10.01.2019 № 02640/08-03.
9. Конституція України: Закон від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. Редакція від 21.02.2019 [Електронний ресурс] – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.
10. Кацай І.О. Управління проектами з розвитку природно-ресурсного потенціалу регіону: варіативність рішень [Текст] / І.О. Кацай // Управління проектами регіонального розвитку : Матеріали науково-практичної конференції м. Феодосія 8-12 липня 2013 р. – С. 63-68.
11. Корецька Н.І. Проектний офіс як інструмент вибору, планування та контролю управлінських рішень [Текст] / Н.І. Корецька // Управління проектами та розвиток виробництва: Зб. наук.пр. – Луганськ: вид-во СНУ ім. В. Даля, 2010. – № 4 (36). – С. 156-162.
12. Кузьмінних В.О. Трирівнева корпоративна система управління проектами [Текст] / В.О.Кузьмінних // Реєстрація, зберігання і обробка даних. – 2009. – Т. 11. – № 3. – С. 75-82.
13. Наказ Міністерства соціальної політики України від 27.04.2018 р. № 597 «Про затвердження Вимог до суб'єктів надання послуг із психологічної реабілітації та форми акта наданих послуг із психологічної реабілітації за рахунок бюджетних коштів» [Електронний ресурс] – Режим доступу: URL: <https://законодавство.com/ukrajini-minsotspolitiki/nakaz-vid-27042018-597-pro-zatverdjennya-vimog-2018-64646.html>.
14. Наказ Міністерства соціальної політики України від 01.06.2018 р. № 810 «Про затвердження Стандарту психологічної діагностики та форм документів з організації психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності» [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://законодавство.com/ukrajini-minsotspolitiki/nakaz-vid-01062018-810-pro-zatverdjennya-2018-65355.html>.
15. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. №1057 «Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації постраждалих учасників Революції Гідності, учасників антитерористичної операції та осіб, які здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях» [Електронний ресурс] – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1057-2017-%D0%BF>.
16. Постанова Кабінету Міністрів України від 05.12.2018р. №1021 «Про затвердження Державної цільової програми з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадaptaції учасників антитерористичної операції та осіб, які брали участь у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення, на період до 2022 року» [Електронний ресурс] – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1021-2018-%D0%BF>.
17. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.03.2015р. №1057 «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції» [Електронний ресурс] – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/359-2015-%D1%80>.
18. Сидорчук О.В. Основні наукові принципи управління проектами транспортних систем сільськогосподарського виробництва : зб. наук. пр / О.В. Сидорчук, Т.Д. Гуцол // Вісник СевНТУ. – Севастополь, Серія: Машиноприладобудування та транспорт, 2011. – Вип. 122/2011.
19. Чемерис А. Розроблення та управління проектами у публічній сфері: європейський вимір для України: практичний посібник / А. Чемерис // Швейцарсько-український проект «Підтримка децентралізації в Україні – «DESPRO». – К. : ТОВ «Софія-А», 2012.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.03.2019 р.

Организационно-управленческие аспекты реализации публичной политики по реабилитации участников Антитеррористической операции и Операции объединенных сил на региональном уровне

З.В. Лашкул, Л.Д. Яровая

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Украины», г. Запорожье, Украина

Цель работы заключается в анализе некоторых организационно-управленческих аспектов реализации публичной политики на региональном уровне по психологической реабилитации участников Антитеррористической операции и Операции объединенных сил.

Материалы и методы. Материалами для исследования были нормативно-правовые документы по медицинской, психологической, профессиональной реабилитации участников Антитеррористической операции и Операции объединенных сил, принятые на государственном и региональном уровне. Результаты получены за счет применения методов: обобщения, сравнительного анализа.

Результаты. Проведен анализ нормативно-правового обеспечения реализации Плана мероприятий по медицинской, психологической, профессиональной реабилитации и социальной адаптации участников Антитеррористической операции который был утвержден 31.03.2015 распоряжением КМУ № 359-р и постановления Кабинета Министров Украины от 27.12.2017 № 1057 «О Порядке проведения психологической реабилитации пострадавших участников операции и лиц, осуществляющих меры по обеспечению национальной безопасности и обороны, отпора и сдерживания вооруженной агрессии Российской Федерации в Донецкой и Луганской областях».

Выводы. Психологическая реабилитация демобилизованных военнослужащих в Запорожской области носит не системный характер. На исполнение Государственной целевой программы не принята соответствующая региональная. Не выполняются нормы закона об обязательном порядке прохождения бесплатной психологической реабилитации демобилизованных военнослужащих.

Ключевые слова: участники Антитеррористической операции, участники Операции объединенных сил, психологическая реабилитация, реадaptация.

Organizational and managerial aspects of the implementation of public policy for the rehabilitation of participants in the antiterrorist operation and the operation of the combined forces at the regional level

Z.V. Lashkul, L.D. Iarova

SI “Zaporizhzhya Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine”, Zaporizhzhya, Ukraine

Purpose – to analyze some organizational and managerial aspects of the implementation of public policy at the regional level for the psychological rehabilitation of participants in the Anti-Terrorist Operation and the Operation of the Joint Forces.

Materials and methods. The materials for the study were legal documents on the medical, psychological, vocational rehabilitation of the participants of the Anti-Terrorist Operation and the Operation of the Joint Forces, adopted at the state and regional level. The results are obtained through the use of methods: generalization, comparative analysis.

The results of the study. The analysis of the regulatory support of the implementation of the Action Plan for the medical, psychological, vocational rehabilitation and social adaptation of the participants of the Anti-terrorist operation was approved on 31.03.2015 rehabilitation of injured participants in the operation and those who carried out measures to ensure national security and defense, repulse and deter armed aggression of the Russian Federation Deracii in Donetsk and Lugansk regions.

Conclusions. Psychological rehabilitation of demobilized soldiers in the Zaporozhye region is not systemic. The corresponding regional program was not accepted for the execution of the State Target Program. The norm of the law on the obligatory procedure for the passage of free psychological rehabilitation of demobilized soldiers is not fulfilled.

Key words: participants of the anti-terrorist operation, participants of the operation of the combined forces, psychological rehabilitation, rehabilitation.

Відомості про авторів

Лашкул Зінаїда Василівна – д.мед.н., доцент, Заслужений лікар України, зав. кафедри соціальної медицина, організації і управління охороною здоров'я ДЗ «ЗМАПО МОЗ України»; 69069 м. Запоріжжя, бульвар Вінтера 20.

Ярова Любов Дмитрівна – старший викладач кафедри соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я та медико-соціальної експертизи ДЗ «Запорізької медичної академії післядипломної освіти МОЗ України»; 69069 м. Запоріжжя, бульвар Вінтера 20.

УДК 618.2/7:616-082.003.12

Г.О. Слабкий¹, О.О. Дудіна², С.В. Дудник²

Комплексна оцінка діяльності закладів перинатальної допомоги України

¹Ужгородський національний університет²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Мета роботи – здійснити комплексну оцінку діяльності закладів перинатальної допомоги України на загальнодержавному та регіональному рівнях за 2017 рік.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження слугували дані державної і галузевої статистики щодо діяльності закладів охорони здоров'я матері і дитини, перинатального аудиту за методикою ВООЗ BABIES-MATRICA і МіО (моніторингу і оцінки) регіоналізації перинатальної допомоги за 2015–2017 рр. Методи дослідження: математичний, статистичний, метод бальної оцінки, аналітичний, порівняльного аналізу та системного підходу.

Результати та висновки. Проведено комплексну оцінку стану перинатальної допомоги України на загальнодержавному та регіональному рівнях на підставі розробленої моделі комплексної оцінки діяльності закладів і установ перинатальної служби із використанням адаптованого методу кінцевих результатів діяльності закладів і установ медичної допомоги.

Ключові слова: перинатальна допомога, модель комплексної оцінки стану перинатальної допомоги, коефіцієнт досягнення результатів, коефіцієнт досягнення нормативного значення, коефіцієнт комплексної оцінки.

Вступ

Належний рівень здоров'я матерів та дітей у будь-якій країні є одним із провідних чинників національної безпеки, індикатором ефективності соціальної та економічної політики, що проводиться державою, а також важливою умовою для забезпечення громадського здоров'я. За останні два десятиліття у світі темпи зниження материнської та неонатальної смертності як і раніше залишаються достатньо низькими. В зв'язку з тим, що низька якість медичної допомоги стає фактором зростання захворюваності і смертності матерів та дітей, саме питанням якості медичної допомоги на сучасному етапі приділяється все більш пильна увага. Перинатальний період є вирішальним в питанні порятунку якомога більшого числа життів матерів та новонароджених і запобігання мертвонароджень, тому ВООЗ прагне до скорішої побудови майбутнього, в якому кожна вагітна жінка і кожен новонароджений у світі будуть отримувати якісну допомогу протягом вагітності, пологів і післяпологового періоду. З метою реалізації цієї стратегічної концепції ВООЗ визначила таке поняття, як «якість медичної допомоги», і підготувала рамкову програму по підвищенню якості медичної допомоги, що надається матерям і новонародженим в період до і після пологів. Ефективні профілактика і лікування захворювань на останніх термінах вагітності, під час пологів і в ранній неонатальний період здатні значно знизити число випадків материнської смертності, внутрішньоутробної загибелі плоду, мертвонародження, обумовлених пологами, і ранньої неонатальної смертності. Таким чином, підвищення якості профілактичної та лікувальної медичної допомоги, що надається в цей критично важливий період, постійний моніторинг за її станом, в значній мірі сприяє збереженню життя матері, плода та

новонародженого. В Україні у відповідності до концепції, затвердженої наказом МОЗ України від 02.02.2011 р. № 52 «Про затвердження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів концепції», завдяки її заходам, очікується позитивний вплив на здоров'я населення на основі «здорового старту життя», а також сприяння покращенню складної демографічної ситуації в країні за рахунок підвищення показника народжуваності через зменшення показників репродуктивних втрат, зниження рівня загальної смертності населення через зниження малюкової та материнської смертності. Вважається, що система заходів по оптимізації медичної допомоги в області охорони материнства і дитинства повинна ґрунтуватися на основі комплексного аналізу, по-перше, показників здоров'я і репродуктивних результатів для жінки і потомства, що народжується, по-друге, існуючих особливостей перинатальної допомоги.

З урахуванням вищевказаного, проведене дослідження присвячене комплексній оцінці діяльності закладів перинатальної допомоги є актуальним, що у подальшому має сприяти вирішенню проблем збереження перинатального здоров'я і оптимізації організації медичної допомоги при вагітності, в пологах і в неонатальному періоді як чинників збереження здоров'я нових народжених поколінь [1–5].

Мета роботи – провести комплексну оцінку діяльності закладів перинатальної допомоги України на загальнодержавному та регіональному рівнях за 2017 рік.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження слугували дані державної і галузевої статистики щодо діяльності закладів охорони здоров'я матері і дитини, перинатального аудиту за

методикою ВООЗ BABIES-MATRICA і MiO (моніторингу і оцінки) регіоналізації перинатальної допомоги за 2015–2017 рр. Здійснення комплексної оцінки діяльності закладів перинатальної допомоги відбулось на підставі розробленої моделі комплексної оцінки (МКО) діяльності закладів і установ служби перинатальної допомоги на державному і регіональному рівнях із використанням модифікованого методу кінцевих результатів діяльності закладів і установ медичної допомоги. Вибір використовуваних в побудові МКО діяльності служби перинатальної допомоги показників здійснено шляхом спланованого сфокусованого групового інтерв'ювання з урахуванням характеру діяльності закладів і установ перинатальної допомоги, постановки їх цілей і завдань та конкретних шляхів їх рішення. Нормативні значення показників визначалися такими, щоб для їх досягнення була потрібна певна робота по мобілізації ресурсів, вдосконалення і поліпшення діяльності закладів перинатальної допомоги. Значимість показників результативності визначалася експертним шляхом (від 1 до 10 балів), а оцінка досягнутого результату здійснювалася по відхиленню реальних показників від нормативних. Сумарна оцінка аналізованих показників виражається коефіцієнтом комплексної оцінки (ККО) і визначає ставлення реально досягнутої суми балів до суми балів контрольних, МКО передбачає також вивчення значення кожного показника залежно від бальної оцінки його нормативного значення та сумарну оцінку компонентів моделі. Методи дослідження: математичний, статистичний, бальної оцінки, аналітичний, порівняльного аналізу та системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

Проведення в ході дослідження розрахунків комплексної оцінки стану перинатальної допомоги

України на загальнодержавному та регіональному рівнях за 2017 рік здійснено на підставі попередньо розробленої моделі комплексної оцінки діяльності закладів і установ перинатальної служби на основі методу кінцевих результатів. Модель комплексної оцінки діяльності закладів перинатальної допомоги України включає 19 показників – показники забезпеченості закладів перинатальної допомоги (ЗПД) лікарями акушер-гінекологами і педіатрами-неонатологами, діяльності за даними своєчасності постановки вагітних на облік, частоти анемії, прееклампсій та еклампсій вагітних, співвідношення безпечних методів абортів до небезпечних, частоти нормальних пологів, розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину та забезпечення доступності пацієнток до спеціалізованої і високоспеціалізованої перинатальної допомоги за даними індексів концентрації розроджень вагітних з цукровим діабетом у ЗПД III рівня, пре еклампсією і еклампсією у ЗПД II-III рівня, новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні у ЗПД III рівня. Показники результативності діяльності ЗПД включали частоту кровотеч в послідовому і післяродовому періодах, мало вагових новонароджених, виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні, індекс здоров'я новонароджених, рівні перинатальної, неонатальної і материнської смертності.

За даними проведеного за адаптованою методикою моделі кінцевих результатів аналізу комплексної оцінки діяльності перинатальної служби України у 2017 році сумарна оцінка фактичних показників складає 92,78 при оцінці нормативу їх в балах – 120. Коефіцієнт досягнення результатів (КДР, інтегральна оцінка діяльності) складає: $KDR = 92,78/120 = 0,77$, що оцінюється як вище середній рівень досягнення запланованих (нормативних) результатів (табл. 1).

Таблиця 1

Комплексна оцінка діяльності закладів перинатальної допомоги України, 2017 рік

| Нормативний показник | Методика вимірювання | Норматив (контрольний показник) | Оцінка нормативу (бал) | Оцінка відхилення в балах на 1 одиницю виміру | Знак | Фактичний показник | Оцінка фактичного показника | КДНЗ |
|--|---|---------------------------------|------------------------|---|------|--------------------|-----------------------------|------|
| | | | | | | | | |
| Забезпеченість лікарями акушер-гінекологами | На 1000 жіночого населення | 5,5 | 6 | 1,09 | – | 4,47 | 4,88 | 0,81 |
| Забезпеченість лікарями педіатрами-неонатологами | На 1000 народжених живими | 5,5 | 6 | 1,09 | – | 4,51 | 4,92 | 0,82 |
| <i>Компонент забезпеченості кадрами</i> | | | | 12 | | | 9,80 | 0,82 |
| Своєчасність постановки на облік вагітних | На 100 вагітних, які надійшли для нагляду | 95 | 7 | 0,07 | – | 91,36 | 6,73 | 0,96 |

| | | | | | | | | |
|---|---|------|-----|------|---|-------|-------|------|
| Частота анемії вагітних | На 100 вагітних, що закінчили вагітність | 20 | 4 | 0,20 | + | 25,55 | 2,89 | 0,72 |
| Частота прееклампсій та еклампсій вагітних | На 100 вагітних, що закінчили вагітність | 1,75 | 7 | 4,00 | + | 2,1 | 5,60 | 0,80 |
| Співвідношення безпечних методів абортів до небезпечних | Кількість безпечних методів абортів/кількість небезпечних методів абортів | 10 | 6 | 0,60 | - | 7,3 | 4,38 | 0,73 |
| Індекс концентрації розродження вагітних з цукровим діабетом у ЗПД III рівня | На 100 вагітних з цукровим діабетом розроджених в регіоні | 70 | 7 | 0,10 | | 46,7 | 4,67 | 0,67 |
| Індекс концентрації розродження вагітних з прееклампсією і еклампсією у ЗПД II-III рівнів | На 100 вагітних з прееклампсією і еклампсією розроджених в регіоні | 90 | 7 | 0,08 | - | 79 | 6,14 | 0,88 |
| Індекс концентрації новонароджених масою тіла при народженні 500–1499 г у ЗПД III рівня | На 100 живонароджених масою тіла при народженні 500–1499 г народжених в регіоні | 80 | 6 | 0,08 | - | 56,12 | 4,21 | 0,70 |
| Індекс неонатального трансферу | На 100 живонароджених | 4 | 7 | 1,75 | + | 6,1 | 3,33 | 0,48 |
| Частота нормальних пологів | На 100 пологів | 70 | 5 | 0,07 | - | 66,54 | 4,75 | 0,95 |
| Частота розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину | На 100 пологів | 160 | 7 | 0,04 | + | 208,5 | 4,88 | 0,70 |
| <i>Компонент діяльності</i> | | | 63 | | | | 47,58 | 0,76 |
| Частота кровотеч в послідовому і післяродовому періодах | На 100 пологів | 5 | 9 | 1,80 | + | 7,21 | 5,02 | 0,56 |
| Частота маловагових новонароджених | На 100 живонароджених | 4 | 5 | 1,25 | + | 5,74 | 2,83 | 0,57 |
| Виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні після 168 годин життя | На 100 новонароджених з масою тіла при народженні 500–1499 г | 90 | 8 | 0,09 | - | 81,57 | 7,25 | 0,91 |
| Індекс здоров'я новонароджених | На 100 живонароджених | 90 | 6 | 0,07 | - | 83,8 | 5,59 | 0,93 |
| Рівень перинатальної смертності | На 1000 народжених живими і мертвими | 8 | 6 | 0,75 | + | 9,16 | 5,13 | 0,86 |
| Рівень неонатальної смертності | На 1000 живонароджених | 4 | 6 | 1,50 | + | 4,94 | 4,59 | 0,77 |
| Рівень материнської смертності | На 100 тис. живонароджених | 11 | 5 | 0,45 | + | 8,2 | 5,00 | 1,00 |
| <i>Компонент результативності</i> | | | 45 | 5,91 | | | 35,40 | 0,79 |
| <i>Сума балів</i> | | | 120 | | | | 92,78 | |
| <i>КДР</i> | | | | | | | | 0,77 |

При цьому в розрізі компонентів комплексної оцінки перинатальної допомоги фактичні показники коливаються від 0,82 за результатами забезпеченості перинатальної служби лікарями, до 0,76 за показниками діяльності закладів і установ і 0,79 – за показниками результативності (ефективності) (табл. 2).

Високий рівень коефіцієнта досягнення нормативного значення (0,82) характерний лише для компоненту забезпеченості лікарями акушер-гінекологами і педіатрами-неонатологами. При цьому у Івано-Франківській, Львівській і Харківській області він сягає 1,0, у м. Києві 0,96, Вінницькій, Тернопільській і Хмельницькій областях – 0,92-0,9. Нижче середнього КДНЗ показника забезпеченості населення наявний лише у Миколаївській області (0,56). В цілому КДНЗ компонентів діяльності і результативності мають вище середній рівень. Градація КДНЗ компоненту діяльності закладів і установ перинатальної служби регіонів включає

в основному високий, вище середнього і середній рівні і коливається від – 0,88-0,87 у Івано-Франківській і Тернопільській областях до 0,63 у Миколаївській, 0,61 у Чернігівській і 0,52 у Волинській областях. Дещо ширший діапазон КДНЗ компонентів результативності діяльності перинатальної служби регіонів – 1,0 у м. Києві, 0,91 у Житомирській, 0,84 у Волинській і Полтавській, 0,82 у Миколаївській і Тернопільській, 0,56 у Черкаській, 0,54 у Кіровоградській областях.

Достатні показники КДНЗ (коефіцієнт досягнення нормативного значення) компонентів діяльності і результативності зумовлені високими рівнями КДНЗ своєчасності постановки на облік вагітних (0,96), частоти нормальних пологів (0,95), ІК розродження вагітних з прееклампсією і еклампсією у закладах перинатальної допомоги (ЗПД) II-III рівнів перинатальної допомоги (0,88), виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні (0,91), індексу здоров'я

новонароджених (0,93) та рівнів перинатальної (0,86) і материнської (1,0) смертності.

Потребують прийняття низки заходів (управлінських рішень) для досягнення рівнів контрольних показників частоти акушерських кровотеч (коефіцієнт досягнення нормативного показника (0,56), мало вагових новонароджених (0,57), анемії вагітних (0,72), співвідношення безпечних методів абортів до

небезпечних (0,73). Все ще недостатнім забезпеченням маршрутизації пацієнтів зумовлений низький рівень досягнення коефіцієнту індексу неонатального трансферу (0,48), середній – ІК (індекс концентрації) розроджень вагітних з цукровим діабетом у ЗПД III рівня (0,67), вище середнього – ІК новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні у ЗПД III рівня (0,7).

Таблиця 2

Характеристика комплексної оцінки перинатальної допомоги в розрізі регіонів і компонентів

| Адміністративна територія | КДР | Компонент забезпеченості кадрами | Компонент діяльності | Компонент результативності |
|---------------------------|------|----------------------------------|----------------------|----------------------------|
| Україна | 0,77 | 0,82 | 0,76 | 0,79 |
| Вінницька | 0,77 | 0,92 | 0,77 | 0,71 |
| Волинська | 0,66 | 0,72 | 0,52 | 0,84 |
| Дніпропетровська | 0,75 | 0,76 | 0,71 | 0,8 |
| Донецька | 0,67 | 0,65 | 0,69 | 0,65 |
| Житомирська | 0,84 | 0,76 | 0,81 | 0,91 |
| Закарпатська | 0,64 | 0,69 | 0,64 | 0,63 |
| Запорізька | 0,8 | 0,88 | 0,81 | 0,77 |
| Івано-Франківська | 0,84 | 1,0 | 0,88 | 0,75 |
| Київська | 0,71 | 0,73 | 0,69 | 0,72 |
| Кіровоградська | 0,71 | 0,77 | 0,82 | 0,54 |
| Луганська | 0,72 | 0,72 | 0,82 | 0,61 |
| Львівська | 0,79 | 1,0 | 0,77 | 0,76 |
| Миколаївська | 0,69 | 0,56 | 0,63 | 0,82 |
| Одеська | 0,73 | 0,78 | 0,73 | 0,72 |
| Полтавська | 0,80 | 0,84 | 0,78 | 0,84 |
| Рівненська | 0,72 | 0,79 | 0,66 | 0,78 |
| Сумська | 0,8 | 0,87 | 0,78 | 0,8 |
| Тернопільська | 0,86 | 0,91 | 0,87 | 0,82 |
| Харківська | 0,76 | 1,0 | 0,74 | 0,72 |
| Херсонська | 0,67 | 0,71 | 0,65 | 0,69 |
| Хмельницька | 0,75 | 0,9 | 0,75 | 0,72 |
| Черкаська | 0,7 | 0,82 | 0,78 | 0,56 |
| Чернівецька | 0,74 | 0,88 | 0,66 | 0,81 |
| Чернігівська | 0,68 | 0,65 | 0,61 | 0,79 |
| м. Київ | 0,82 | 0,96 | 0,77 | 1,0 |

Враховуючи, що модель комплексної оцінки діяльності перинатальної служби є пілотною, інтегральна оцінка за даними 2017 року була здійснена шляхом розподілу регіонів на 3 групи – I група з високим рівнем коефіцієнта досягнення результатів (КДР \geq 0,80), що свідчить про достатньо ефективну діяльність перинатальної служби регіонів, II група з вище середнього рівнем (КДР 0,7–0,79), що потребує посилення окремих компонентів діяльності закладів і установ перинатальної

служби і III група проблемних регіонів з середнім рівнем (КДР 0,6–0,69), що потребують прийняття управлінських рішень з питань більш ефективної діяльності закладів і установ перинатальної служби (табл. 3–5). Розподіл регіонів на групи здійснено як за даними коефіцієнту досягнення результатів в цілому, так і за даними коефіцієнтів досягнення нормативного значення кожного показника перинатальної допомоги.

Таблиця 3

Коефіцієнти досягнення нормативних показників перинатальної допомоги в регіонах I групи, 2017 рік

| Нормативний показник | Запорізька | Сумська | Полтавська | м. Київ | Житомирська | Івано-Франківська | Тернопільська |
|--|------------|---------|------------|---------|-------------|-------------------|---------------|
| Забезпеченість лікарями акушер-гінекологами | 0,89 | 0,74 | 0,78 | 1,00 | 0,75 | 1,00 | 0,94 |
| Забезпеченість лікарями педіатрами-неонатологами | 0,88 | 1,00 | 0,90 | 0,91 | 0,78 | 1,00 | 0,88 |
| Своєчасність постановки на облік вагітних | 0,96 | 1,00 | 0,93 | 0,92 | 1,00 | 0,94 | 1,00 |
| Частота анемій вагітних | 1,00 | 1,00 | 0,71 | 0,51 | 1,00 | 0,63 | 1,00 |
| Частота прееклампсій та еклампсій вагітних | 1,00 | 0,90 | 0,06 | 0,98 | 0,94 | 1,00 | 1,00 |
| Співвідношення безпечних методів абортів до небезпечних | 0,46 | 0,95 | 1,00 | 0,75 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| Індекс концентрації розродження вагітних з цукровим діабетом у ЗПД III рівня | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,04 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| Індекс концентрації розродження вагітних з пре-еклампсією і еклампсією у ЗПД II–III рівнів | 0,99 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,53 | 0,69 | 0,98 |
| Індекс концентрації новонароджених масою тіла при народженні 500–1499 г у ЗПД III рівня | 0,99 | 0,99 | 1,00 | 0,77 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| Індекс неонатального трансферу | 0,00 | 0,00 | 0,5 | 1,00 | 0,07 | 1,00 | 0,10 |
| Частота нормальних пологів | 1,00 | 0,91 | 0,96 | 0,95 | 0,92 | 0,94 | 0,98 |
| Частота розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину | 0,84 | 0,56 | 0,77 | 0,68 | 0,7 | 0,58 | 0,80 |
| Частота кровотеч в послідовому і післяродовому періодах | 1,00 | 0,56 | 0,61 | 0,71 | 0,81 | 0,00 | 0,95 |
| Частота мало вагових новонароджених | 0,47 | 0,71 | 0,68 | 0,57 | 0,72 | 0,70 | 0,67 |
| Вживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні | 0,96 | 0,72 | 0,96 | 0,99 | 0,93 | 0,90 | 0,83 |
| Індекс здоров'я новонароджених | 0,93 | 0,94 | 0,92 | 0,87 | 0,91 | 0,99 | 0,98 |
| Рівень перинатальної смертності | 0,67 | 0,89 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,80 |
| Рівень неонатальної смертності | 0,98 | 0,67 | 1,0 | 0,94 | 1,0 | 1,0 | 0,44 |
| Рівень материнської смертності | 0,00 | 1,00 | 0,36 | 1,0 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| КДР | 0,80 | 0,80 | 0,80 | 0,82 | 0,84 | 0,84 | 0,86 |

До регіонів I групи з високим рівнем коефіцієнта досягнення результатів віднесено Тернопільську (КДР = 0,86) Івано-Франківську (0,84), Житомирську (0,84), Полтавську (0,80), Сумську (0,80), Запорізьку (0,80) області і м. Київ (0,82). Характерно, що в усіх регіонах I групи відмічається високий коефіцієнт досягнення нормативного значення (0,8-1,0) лише за показниками своєчасності постановки на облік вагітних (0,92-1,0) частоти нормальних пологів (0,92-1,0), індексу здоров'я новонароджених (0,87-0,99). Високі і вище середніх коефіцієнти досягнення нормативного значення в усіх регіонах I групи досягнуто за показниками забезпеченості населення лікарями акушер-гінекологами (0,74-1,0) та педіатрами-неонатологами (0,78-1,0), індексу концентрації новонароджених масою тіла при народженні 500-1499 г у ЗПД III рівня (0,77-1,0), вживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні (0,72-0,99). При цьому в жодному регіоні I групи не забезпечено досягнення високих

і вище середніх коефіцієнтів досягнення нормативного значення за всіма показниками.

Незважаючи на високі загальні коефіцієнти досягнення результатів, все ще не повною мірою забезпечені заходи з профілактики прееклампсій та еклампсій вагітних у Полтавській (КДНЗ = 0,06), мінімізації індексу неонатальних трансферів у Запорізькій, Сумській, Житомирській, Тернопільській і Полтавській областях (КДНЗ = 0,0, 0,0, 0,07, 0,1 і 0,5 відповідно), частоти розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину у Сумській, Івано-Франківській, Житомирській областях і м. Києві (КДНЗ = 0,56, 0,58, 0,7 і 0,68 відповідно), частоти кровотеч в послідовому і післяродовому періодах у Івано-Франківській, Сумській і Полтавській областях (КДНЗ = 0,0, 0,56 і 0,61 відповідно). Низькими і нижче середніх є КДНЗ частоти мало вагових новонароджених у Запорізькій (0,47), області і м. Києві (0,57).

Не забезпечено досягнення інтегральних показників діяльності закладів і установ перинатальної допомоги – перинатальної смертності у Запорізькій (КДНЗ = 0,67), неонатальної смертності у Тернопільській і Сумській (КДНЗ = 0,44 і 0,67), материнської смертності у Запорізькій і Полтавській (КДНЗ = 0,0 і 0,36) областях.

За даними комплексної оцінки до регіонів II групи з вище середнім рівнем КДР віднесено 12 регіонів – Вінницьку (КДР = 0,77), Львівську (0,79). Харківську (0,76), Хмельницьку (0,75), Дніпропетровську (0,75). Чернівецьку (0,74), Одеську (0,73), Рівненську (0,72), Луганську (0,72), Київську (0,71), Кіровоградську (0,71) і Черкаську (0,70) області (табл. 4).

Таблиця 4

Коефіцієнти досягнення нормативних показників перинатальної допомоги в регіонах II групи

| Нормативний показник | Черкаська | Кіровоградська | Київська | Луганська | Рівненська | Одеська | Чернівецька | Дніпропетровська | Хмельницька | Харківська | Львівська | Вінницька |
|---|-----------|----------------|----------|-----------|------------|---------|-------------|------------------|-------------|------------|-----------|-----------|
| Забезпеченість лікарями акушер-гінекологами | 0,74 | 0,74 | 0,79 | 0,59 | 0,96 | 1,00 | 1,00 | 0,81 | 0,87 | 1,00 | 1,00 | 0,93 |
| Забезпеченість лікарями педіатрами-неонатологами | 0,89 | 0,81 | 0,67 | 0,86 | 0,63 | 0,56 | 0,76 | 0,71 | 0,92 | 1,00 | 1,00 | 0,91 |
| Своєчасність постановки на облік вагітних | 0,94 | 0,95 | 0,95 | 0,96 | 1,00 | 0,98 | 0,98 | 0,96 | 0,98 | 0,94 | 0,98 | 0,78 |
| Частота анемії вагітних | 0,99 | 0,54 | 0,64 | 0,47 | 0,68 | 0,67 | 0,43 | 0,52 | 0,89 | 0,76 | 0,60 | 0,80 |
| Частота прееклампсій та еклампсій вагітних | 0,74 | 0,94 | 0,58 | 0,98 | 1,00 | 0,57 | 0,03 | 1,00 | 0,35 | 0,57 | 0,77 | 0,98 |
| Співвідношення безпечних методів абортів до небезпечних | 1,00 | 0,41 | 0,37 | 1,00 | 0,36 | 0,43 | 0,09 | 0,52 | 1,00 | 1,00 | 0,38 | 1,00 |
| Індекс концентрації розродження вагітних з цукровим діабетом у ЗПД III рівня | 0,70 | 1,00 | 1,00 | н/д | 0,21 | 1,00 | 1,00 | 0,73 | 0,98 | 1,00 | 0,89 | 0,86 |
| Індекс концентрації розродження вагітних з пре- еклампсією і еклампсією у ЗПД II–III рівнів | 0,70 | 0,85 | 0,50 | н/д | 0,75 | 1,00 | 0,77 | 1,00 | 0,78 | 1,00 | 0,85 | 0,86 |
| Індекс концентрації новонароджених масою тіла при народженні 500–1499 г у ЗПД III рівня | 0,66 | 0,96 | 0,65 | н/д | 0,69 | 0,68 | 1,00 | 0,58 | 0,78 | 1,00 | 0,64 | 0,65 |
| Індекс неонатального трансферу | 0,29 | 0,97 | 0,73 | 0,73 | 0,16 | 0,53 | 0,25 | 0,00 | 0,39 | 0,00 | 0,54 | 0,07 |
| Частота нормальних пологів | 1,00 | 0,87 | 0,91 | 0,95 | 1,00 | 0,88 | 1,00 | 0,87 | 0,88 | 0,90 | 1,00 | 0,90 |
| Частота розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину | 0,91 | 0,55 | 0,58 | 0,59 | 0,86 | 0,52 | 1,00 | 0,84 | 0,59 | 0,36 | 0,97 | 0,91 |
| Частота кровотеч в послідовому і післяродовому періодах | 0,00 | 0,52 | 0,00 | 0,00 | 0,74 | 0,66 | 1,00 | 0,77 | 0,70 | 0,39 | 1,00 | 0,06 |
| Частота мало вагових новонароджених | 0,62 | 0,31 | 0,47 | 0,46 | 0,89 | 0,49 | 0,61 | 0,45 | 0,64 | 0,53 | 0,57 | 0,57 |
| Виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні | 1,00 | 0,83 | 0,93 | н/д | 0,84 | 0,86 | 0,91 | 0,95 | 0,88 | 0,89 | 0,73 | 0,93 |
| Індекс здоров'я новонароджених | 0,96 | 0,96 | 0,91 | 0,95 | 0,90 | 0,92 | 0,96 | 0,95 | 0,86 | 0,94 | 0,99 | 0,93 |
| Рівень перинатальної смертності | 0,76 | 0,11 | 1,00 | 1,00 | 0,83 | 0,68 | 0,87 | 0,59 | 0,89 | 0,70 | 0,65 | 0,85 |
| Рівень неонатальної смертності | 0,63 | 0,00 | 1,00 | 0,58 | 0,56 | 0,47 | 0,20 | 0,83 | 0,59 | 0,74 | 0,25 | 0,94 |
| Рівень материнської смертності | 0,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,74 | 0,92 | 1,00 | 1,00 | 0,42 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| КДР | 0,70 | 0,71 | 0,71 | 0,72 | 0,72 | 0,73 | 0,74 | 0,75 | 0,75 | 0,76 | 0,79 | 0,77 |

Характерний великий діапазон коливань забезпеченості населення регіонів II групи лікарським персоналом – від нижче середнього (КДНЗ = 0,59) акушерами-гінекологами жіночого населення Луганської області, і нижче середнього і середнього новонароджених педіатрами-неонатологами Одеської, Рівненської, Київської (КДНЗ = 0,56, 0,63 і 0,67 відповідно) до нормативного забезпечення цими спеціалістами Харківської і Львівської областей (КДНЗ = 1,0).

Незважаючи на те, що в цілому за даними аналізу перинатальної допомоги у регіонах II групи наявні вище середніх КДР, в усіх регіонах групи коефіцієнти досягнення нормативного значення частоти нормальних пологів є високими (0,87-1,0), а своєчасності постановки на облік вагітних, і виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні – вище середніх і високі (0,78-1,0, 0,73-1,0 відповідно). Високими і вище середніх є і КДНЗ індексів концентрації розроджень вагітних з цукровим діабетом у ЗПД III рівня, з пре еклампсією і еклампсією у ЗПД II-III рівнів майже у всіх регіонах II групи, за виключенням Рівненської області, де КДНЗ індексу концентрації розроджень вагітних з цукровим діабетом у ЗПД III рівня становить лише 0,21 та Київської області, де КДНЗ індексу концентрації розроджень вагітних з пре еклампсією і еклампсією у ЗПД II-III рівнів становить 0,5. КДНЗ індексу концентрації новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні у ЗПД III рівня коливається від 1,0 у Харківській і Чернівецькій областях до 0,58 у Дніпропетровській, 0,64-0,69 у Вінницькій, Київській, Черкаській, Львівській, Одеській і Рівненській областях. При цьому КДНЗ індексу неонатального трансферу у більшості областей є низьким і нижче середнього, за виключенням Кіровоградської, Київської і Луганської областей, де він становить 0,97, 0,73 і 0,73 відповідно. Значні розбіжності в регіонах II групи характерні для КДНЗ частоти анемії вагітних – від 0,43 у Чернівецькій, 0,47 у Луганській до 0,89 у Хмельницькій,

0,99 у Черкаській областях, пре еклампсій і еклампсій (КДНЗ 0,03 у Чернівецькій, і 1,0 у Рівненській і Дніпропетровській областях), частоти розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину – від 0,36 у Харківській, 0,52-0,59 у Кіровоградській, Київській, Луганській, Одеській, Хмельницькій до 1,0 у Дніпропетровській, 0,91-0,97 у Черкаській, Львівській, Вінницькій областях.

Недостатнім у більшості регіонів групи є забезпечення нормативного показника акушерських кровотеч з коливанням КДНЗ частоти кровотеч в послідовому і післяродовому періодах – 0,0 у Черкаській, Київській і Луганській 0,06-0,52 у Вінницькій, Харківській, Кіровоградській при 1,0 у Львівській і Чернівецькій областях.

За даними комплексної оцінки у переважній більшості регіонів групи, за виключенням Черкаської, Хмельницької і Рівненської областей, досягнуто нормативне значення рівня материнської смертності, КДНЗ рівня перинатальної смертності є високим у Київській, Луганській, Рівненській, Чернівецькій, Хмельницькій, Вінницькій, вище середнього – у Черкаській і Харківській, середнім у Львівській і Одеській, нижче середнього у Дніпропетровській і низьким у Кіровоградській областях. Більш низькими є КДНЗ рівня неонатальної смертності – високі і вище середніх лише у Київській і Вінницькій, Дніпропетровській і Харківській, середні і нижче середніх у Черкаській, Хмельницькій, Луганській, Рівненській і низькі – у Кіровоградській, Чернівецькій, Львівській а і Одеській областях.

В третю групу включено регіони з середнім рівнем КДР (0,6-0,69) – Миколаївська, Чернігівська, Херсонська, Донецька, Волинська і Закарпатська області (табл. 5). Слід відмітити, що в цих регіонах відсутні ПЦ III рівня, а ЗПД III рівня функціонують лише у Херсонській і Миколаївській областях.

Таблиця 5

Коефіцієнти досягнення нормативних показників перинатальної допомоги в регіонах III групи

| Нормативний показник | Закарпатська | Волинська | Донецька | Херсонська | Чернігівська | Миколаївська |
|---|--------------|-----------|----------|------------|--------------|--------------|
| Забезпеченість лікарями акушер-гінекологами | 0,75 | 0,90 | 0,59 | 0,77 | 0,63 | 0,67 |
| Забезпеченість лікарями педіатрами-неонатологами | 0,63 | 0,54 | 0,71 | 0,64 | 0,67 | 0,44 |
| Своєчасність постановки на облік вагітних | 0,97 | 0,99 | 0,97 | 1,00 | 1,00 | 0,92 |
| Частота анемії вагітних | 1,00 | 1,00 | 0,41 | 0,64 | 0,91 | 0,71 |
| Частота прееклампсій та еклампсій вагітних | 0,95 | 0,21 | 0,59 | 0,44 | 0,72 | 0,80 |
| Співвідношення безпечних методів абортів до небезпечних | 0,53 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,39 | 0,29 |
| Індекс концентрації розродження вагітних з цукровим діабетом у ЗПД III рівня | 0,00 | 0,00 | н/д | 0,78 | 0,00 | 0,76 |
| Індекс концентрації розродження вагітних з прееклампсією і еклампсією у ЗПД II-III рівнів | 0,51 | 0,76 | н/д | 0,86 | 0,80 | 0,93 |

| | | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|------|
| Індекс концентрації новонароджених масою тіла при народженні 500–1499 г у ЗПД III рівня | 0,00 | 0,00 | н/д | 0,40 | 0,00 | 0,10 |
| Індекс неонатального трансферу | 1,00 | 0,00 | 0,39 | 0,00 | 0,79 | 0,00 |
| Частота нормальних пологів | 0,96 | 0,95 | 0,94 | 0,91 | 0,98 | 1,00 |
| Частота розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину | 0,61 | 0,62 | 0,52 | 0,59 | 0,60 | 0,79 |
| Частота кровотеч в послідовому і післяродовому періодах | 0,00 | 0,43 | 0,15 | 0,00 | 0,52 | 0,41 |
| Частота мало вагових новонароджених | 0,22 | 0,79 | 0,56 | 0,46 | 0,51 | 0,62 |
| Виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні | 0,96 | 0,92 | н/д | 0,93 | 0,87 | 0,90 |
| Індекс здоров'я новонароджених | 0,94 | 0,93 | 0,92 | 0,92 | 0,91 | 0,97 |
| Рівень перинатальної смертності | 0,81 | 0,99 | 0,91 | 0,98 | 0,82 | 1,00 |
| Рівень неонатальної смертності | 0,71 | 0,99 | 0,66 | 0,80 | 1,00 | 1,00 |
| Рівень материнської смертності | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| КДР | 0,64 | 0,66 | 0,67 | 0,67 | 0,68 | 0,69 |

Незважаючи на те що в III групу ввійшли регіони з загальними КДР середнього ступеню, в усіх регіонах групи КДНЗ своєчасності постановки на облік вагітних, частоти нормальних пологів, виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні, індексу здоров'я новонароджених, рівнів перинатальної і материнської смертності є високими. Більші ніж у регіонах II групи і КДНЗ неонатальної смертності – 0,8-1,0 у Миколаївській, Чернігівській, Волинській і Херсонській, 0,71 у Закарпатській і 0,66 у Донецькій областях.

В той же час в усіх регіонах цієї групи низькі КДНЗ індексу концентрації новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні у ЗПД III рівня, низькі і нижче середніх КДНЗ частоти кровотеч в послідовому і післяродовому періоді, частоти мало вагових новонароджених. Як і в інших групах, у III групі наявні значні диспропорції КДНЗ – співвідношення безпечних і небезпечних видів абортів від 1,0 у Волинській, Донецькій і Херсонській до 0,29 у Миколаївській областях, частоти анемії вагітних від 1,0 у Закарпатській і Волинській до 0,41 у Донецькій, частоти пре еклампсій і еклампсій вагітних від 0,95 у Закарпатській, 0,8 у Миколаївській до 0,21 у Волинській областях, ІК розроджень вагітних з цукровим діабетом у ЗПД III рівня – 0,0 в регіонах, де відсутні ЗПД III рівня і 0,76-0,78 у Миколаївській і Херсонській областях. Вище середні і середні КДНЗ частоти розроджень шляхом кесаревого розтину в усіх регіонах.

Висновки

В ході дослідження проведено комплексні оцінки діяльності закладів перинатальної допомоги України за 2017 рік на загальнодержавному та регіональному рівнях. За результатами аналізу даних комплексної оцінки діяльності перинатальної служби України у 2017 році: коефіцієнт досягнення результатів (інтегральна оцінка діяльності) складає 0,77, що оцінюється як вище середнього рівня досягнення запланованих (нормативних) результатів; в розрізі компонентів комплексної оцінки перинатальної допомоги показники коливаються від 0,82

за результатами забезпеченості перинатальної служби лікарями, до 0,76 за показниками діяльності закладів і установ і 0,79 – за показниками результативності (ефективності). Регіональна комплексна оцінка діяльності перинатальної служби була здійснена шляхом розподілу регіонів на 3 групи – I група (Тернопільська, Івано-Франківська, Житомирська, Полтавська, Сумська, Запорізька області і м. Київ) з високим рівнем коефіцієнта досягнення результатів (КДР \geq 0,80), що свідчить про достатньо ефективну діяльність перинатальної служби регіонів, II група (Львівська, Вінницька, Харківська, Хмельницька, Дніпропетровська, Чернівецька, Одеська, Рівненська, Луганська, Київська, Кіровоградська, Черкаська області) з вище середнього рівнем КДР (0,7-0,79), що потребує посилення окремих компонентів діяльності закладів і установ перинатальної служби і III група (Миколаївська, Чернігівська, Херсонська, Донецька, Волинська, Закарпатська області) проблемних регіонів з середнім рівнем КДР (0,6-0,69), що потребують прийняття управлінських рішень з питань більш ефективної діяльності закладів і установ перинатальної служби. Модель комплексної оцінки діяльності закладів і установ перинатальної служби на основі методу кінцевих результатів для проведення розрахунку комплексної оцінки діяльності закладів перинатальної допомоги є пілотною та має динамічні властивості, тому надалі по мірі досягнення нормативних значень показників комплексної оцінки передбачається їх перегляд.

Перспективи подальших досліджень полягають у наступному використанні комплексної оцінки для аналізу і оцінки роботи окремих регіонів, закладів, підрозділів перинатальної допомоги та окремих медичних працівників з проведенням оцінки ефективності управлінських дій в сфері забезпечення доступності і якості перинатальної допомоги та своєчасного реагування на зміни. Результати комплексної оцінки діяльності закладів і установ перинатальної служби мають сприяти розробці системи заходів по оптимізації ефективності медичної допомоги матерям і новонародженим в умовах регіоналізації перинатальної допомоги.

Література

1. *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities.* Режим доступу: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273031/9789244511213-rus.pdf?ua=1>.
2. *Всемирная организация здравоохранения. Второй доклад Группы независимых экспертов (iERG) по оценке информации и подотчетности в отношении здоровья женщин и детей.* Женева; 2013.
3. *World Health Organization. Every newborn: an action plan to end preventable deaths.* Geneva; 2014 (www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/enap_consultation/en/, accessed 19 January 2015).
4. *Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? Lancet 2014; 384:347–370.*
5. *Tuncalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gulmezoglu AM, Bahl R, et al, Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision. Br J Obstet Gynaecol 2015;122:1045–1049.*

Дата надходження рукопису до редакції: 07.12. 2018 р.

Комплексная оценка деятельности учреждений перинатальной помощи Украины

Г.А. Слабкий¹, Е.А. Дудина², С.В. Дудник²

¹Ужгородский национальный университет

²ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины»

Цель работы – осуществить комплексную оценку деятельности учреждений перинатальной помощи в Украине на общегосударственном и региональном уровнях за 2017 год.

Материалы и методы. Материалами исследования послужили данные государственной и отраслевой статистики о деятельности учреждений здравоохранения матери и ребенка, перинатального аудита по методике ВОЗ BABIES-MATRICA и МиО (мониторинга и оценки) регионализации перинатальной помощи за 2015-2017 гг. Методы исследования: математический, статистический, балльной оценки, аналитический, сравнительного анализа и системного подхода.

Результаты исследования и выводы. Проведена комплексная оценка состояния перинатальной помощи в Украине на общегосударственном и региональном уровнях на основании разработанной модели комплексной оценки деятельности учреждений перинатальной службы с применением адаптированного метода конечных результатов учреждений медицинской помощи.

Ключевые слова: перинатальная помощь, модель комплексной оценки состояния перинатальной помощи, коэффициент достижения результатов, коэффициент достижения нормативного значения, коэффициент комплексной оценки.

Complex estimation of activities of perinatal care institutions in Ukraine

G.O. Slabkiy¹, O.O. Dudina², S.V. Dudnyk²

¹SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

²SE “Ukrainian institute of strategic researches of the Ministry of Health of Ukraine”

Purpose – to carry out a complex estimation of the activities of perinatal care institutions in Ukraine at the national and regional levels for 2017.

Materials and methods. The materials of the study were data from state and branch statistics on the activities of maternal and child health facilities, perinatal auditing according to the WHO BABIES-MATRICA methodology and M&E (monitoring and evaluation) of regionalization of perinatal care for the period 2015-2017. Methods of research: mathematical, statistical, point evaluation, analytical, comparative analysis and system approach.

Results and conclusions. Complex estimation of the state of perinatal care in Ukraine at the national and regional levels was carried out on the basis of the developed model of complex estimation of the activities of perinatal services with the use of an adapted method of final results of medical care institutions.

Key words: perinatal care, model of complex estimation of perinatal care state, coefficient of achievement of results, coefficient of achievement of standard value, coefficient of complex estimation.

Відомості про авторів

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри громадського здоров'я факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Дудіна Олена Олександрівна – к.мед.н., завідувач відділенням ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, провулок Волго-Донський, 3.

Дудник Світлана Валеріївна – к.мед.н., учений секретар ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, провулок Волго-Донський, 3.

Дотримання правових норм в частині збереження інформації про пацієнта при проведенні перевірок у медичному закладі фондом соціального страхування України

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя, Україна

Мета – вивчення законодавчого забезпечення діяльності співробітників фонду соціального страхування України та реалізація їх прав у випадках доступу до вивчення медичної інформації пацієнтів.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали чинні нормативно-правові документи, які регулюють діяльність фонду соціального страхування, а також порядок доступу до медичної інформації. Методи дослідження: аналіз, порівняння.

Висновки. Встановлено невідповідність норм чинного законодавства відносно певних прав пацієнтів і працівників фонду соціального страхування.

Ключові слова: інформація, лікарська таємниця, права, відповідальність.

Вступ

В системі конституційно-правових відносин медичні заклади і Фонд соціального страхування України тісно пов'язані в межах реалізації їх конституційних прав та обов'язків. Кожен із цих суб'єктів суспільних відносин реалізує державну політику, визначену законодавчими актами і виконує в суспільстві важливі державні функції та завдання. Згідно з Законом України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» «Фонд соціального страхування України є органом, який здійснює керівництво та управління загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням від нещасного випадку, у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та медичним страхуванням, провадить акумуляцію страхових внесків, контроль за використанням коштів, забезпечує фінансування виплат за цими видами загальнообов'язкового державного соціального страхування та здійснює інші функції згідно із затвердженим статутом». В свою чергу, заклад охорони здоров'я – це юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Основи) від 19 листопада 1992 р. визначають основні напрями, функції, принципи, відповідальність працівників закладів охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги і окреслює коло питань взаємовідносин «лікар-пацієнт». В Україні напрацьована достатня нормативно-правова база, що регулює ці відносини, але багато питань залишаються ще не врегульованими або виникають у зв'язку з недотриманням вимог законодавства, як з однієї, так і з іншої сторони. Часто таким порушенням є збереження лікарської таємниці при проведенні перевірки медичного закладу представниками Фонду соціального страхування України.

Мета роботи – проаналізувати чинне законодавство відносно реалізації прав працівників фонду соціального страхування в медичних закладах при доступу даних осіб до медичної документації пацієнтів.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження стала чинна нормативно-правова база діяльності фонду соціального страхування та діючі законодавчі акти сфери охорони здоров'я.

Результати дослідження та їх обговорення

Важливим постає питання щодо діяльності Фонду соціального страхування України (далі – Фонд), в частині проведення перевірок закладів охорони здоров'я. Під час перевірок представники комісій, які проводять перевірку, отримують доступ до медичної документації, яка містить всю інформацію про пацієнта. В подальшому дана інформація набуває розголосу, справи доходять до суду, де в судових рішеннях відображається вся «лікарська таємниця», персональна інформація про пацієнта. Постає проблема, яким чином і на підставі яких документів права працівників Фондів знаходять таку реалізацію. Згідно з Законом України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» одними з основних завдань і функцій Фонду є здійснення перевірки обґрунтованості видачі та продовження листків непрацездатності застрахованим особам, у тому числі на підставі інформації з електронного реєстру листків непрацездатності [1]. При цьому Фонд має право, згідно діючого законодавства, користуватися в установленому порядку відомостями Державного реєстру загальнообов'язкового державного соціального страхування, даними електронного реєстру листків непрацездатності, необхідними для забезпечення виконання покладених на нього функцій; отримувати необхідні пояснення (у тому числі в письмовій формі) з

питань, що виникають під час перевірки; накладати і стягувати фінансові санкції та адміністративні штрафи, передбачені законодавством за порушення цих вимог; вимагати від керівників та інших посадових осіб підприємств, установ і організацій, а також від фізичних осіб, усунення виявлених фактів порушення законодавства про соціальне страхування. А також, здійснювати перевірки обґрунтованості видачі та продовження листків непрацездатності застрахованим особам, у тому числі на підставі інформації з електронного реєстру листків непрацездатності. Отже, держава наділила співробітників Фонду вичерпними правами. І дозволила доступ до медичної документації, у вигляді листків непрацездатності, а також, з метою їх перевірки, всієї документації що стосується стану здоров'я пацієнта. Такі ж функції та завдання затверджені і Статутом Фонду (п.2.2.4) “здійснення перевірки обґрунтованості видачі та продовження листків непрацездатності застрахованим особам, у тому числі на підставі інформації з електронного реєстру листків непрацездатності”. В даному випадку держава підключається про правильність видачі листків непрацездатності, що веде до виплати коштів Фонду, і одночасно порушує права громадян про особисте життя. Можна погодитись з перевіркою видачі, реєстрацією листків непрацездатності, але “обґрунтованість видачі” розширяє коло документів для перевірки, в тому числі і первинної медичної документації, в якій містяться персональні дані, відомості про стан здоров'я пацієнта, що являється “лікарською таємницею”.

Право людини на конфіденційність та таємницю – є одним із основоположним в системі охорони здоров'я. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Цивільний кодекс України передбачають право на таємницю свого здоров'я і лікарську таємницю. Відповідно до ст. 286 Цивільного кодексу України фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні; забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування фізичної особи [2].

Лікарською таємницею є, зокрема, відомості про: а) факти звернення за психіатричною допомогою та лікування у психіатричному закладі чи перебування в психоневрологічних закладах для соціального захисту або спеціального навчання, а також інші відомості про стан психічного здоров'я особи, її приватне життя; б) зараження особи інфекційною хворобою, що передається статевим шляхом, проведені медичні огляди та обстеження з цього приводу, дані інтимного характеру, отримані у зв'язку з виконанням професійних обов'язків посадовими особами та медичними працівниками закладів охорони здоров'я; в) результати медичного обстеження осіб, які подали заяву про реєстрацію шлюбу (вони повідомляються лише цим особам. При цьому приховання тяжкої хвороби, а також хвороби, небезпечної для другого з подружжя, їхніх нащадків, може бути підставою для визнання шлюбу недійсним).

Згідно чинних норм законодавства сам факт звернення до медичного закладу становить таємницю і повинен дотримуватись всіма співробітниками медичних закладів. Норми, які визначені законодавством, чітко передбачають право пацієнта на ознайомлення з медичною інформацією. Так, ст. 34 Конституції України гарантує кожному право вільно збирати, зберігати, використовувати і поширювати інформацію... Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» також дає визначення (ст. 39), де «Обов'язок надання медичної інформації» де «Пацієнт, який досяг повноліття, має право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я. Визначено також, що батьки (усиновлювачі), опікуни, піклувальники мають право на отримання інформації про стан здоров'я дитини або підопічного. медичні працівники зобов'язані надати пацієнтам в доступній формі інформацію про стан їх здоров'я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я. Якщо інформація про хворобу пацієнта може погіршити стан його здоров'я або погіршити стан здоров'я фізичних осіб, визначених частиною другою цієї статті, зашкодити процесові лікування, медичні працівники мають право надати неповну інформацію про стан здоров'я пацієнта, і обмежити можливість їх ознайомлення з окремими медичними документами. У разі смерті пацієнта члени його сім'ї або інші уповноважені ними фізичні особи мають право бути присутніми при дослідженні причин його смерті та ознайомитися з висновками щодо причин смерті, а також право на оскарження цих висновків у суді» [3].

Отже, тільки з дозволу пацієнта можна надати розголосу інформацію щодо стану його здоров'я. Але, не дивлячись на це перевірки Фонду продовжуються. І для цього не потрібно звертатися до суду, для отримання дозволу щодо доступу до медичної документації пацієнта. Співробітники національної поліції, СБУ, прокуратури не можуть себе прирівняти до посадових осіб Фонду. Оскільки останнім взагалі не треба нікуди звертатися, отримувати дозволу, розпочинати кримінальні провадження та оперативно-розшукові справи лише для того щоб отримати дозвіл до конфіденційної та комерційної інформації.

Правління Фонду з метою захисту своїх інтересів видало Інструкцію про порядок проведення перевірок страхувальників по коштах Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, прийняття рішень за їх результатами та процедуру оскарження, затвердженою постановою правління Фонду від 22 грудня 2010 р. № 29 (далі – Інструкція № 29), та Порядок проведення перевірок отримувачів коштів Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності цільового призначення, оформлення, реалізації та оскарження їх результатів, затвердженим постановою правління Фонду від 22 грудня 2010 р. № 30, де передбачено п. 3.11 Постанови, що посадова особа

органу Фонду знайомиться з відомостями, що є комерційною таємницею та конфіденційною інформацією, у разі якщо вони належать до переліку питань, що підлягають перевірці та п. 2.6. Інструкції, яка повністю дублює пункт 3.11. Постанови. Керуючись чинним законодавством, яке забезпечує діяльність Фонду, останній сам собі забезпечив право втручання в приватне життя особи, що є порушенням багатьох нормативно-правових актів, в тому числі і європейських [4].

Європейська конвенція про захисту прав людини і основоположних свобод вимагає повагу до приватного і сімейного життя, до свого житла і кореспонденції. Конвенція про права людини в біомедицині визнає відомості про стан здоров'я людини як складову права на повагу до приватного життя. Рішення Європейського суду з прав людини забезпечують відповідні гарантії щодо неможливості будь-якого повідомлення чи розголошення даних особистого характеру стосовно здоров'я, якщо це не відповідає гарантіям ст. 8 Конвенції (Рішення ЄСПЛ у справі «Z проти Фінляндії» (Z v. Finland (1997), Рішення ЄСПЛ у справі «M.C. проти Швеції» (M.C. v. Sweden (1997) щодо порушення ст. 8 Конвенції [5].

Слід зазначити, що поняття «приватне життя» у практиці ЄСПЛ не є чітко визначеним, і охоплює широкий спектр інформаційних даних про людину, серед яких: персональні дані; деякі аспекти фізичного та соціального «я» особи; встановлення та підтримання стосунків з іншими людьми та зовнішнім світом; ім'я, прізвище особи (зміна, написання); зовнішній вигляд особи; визначення персональної ідентичності (вибір імені, способу одягатись, сексуальна ідентичність тощо право визначати своє приватне життя і можливість ознайомлення з ним інших осіб; право на доступ до інформації, пов'язаної з особою та визначенням її правового статусу; здоров'я людини, медичне втручання, вільне розпорядження своїм тілом («Крістіна Гудвін проти Сполученого Королівства») від 11 липня 2002 р.; збирання медичних даних, складання історії хвороби, конфіденційність медичних даних («Пантелеєнко проти України» (Panteleyenko v. Ukraine) від 29 червня 2006 р., заява №11901/02); право особи на фізичну і моральну (психічну) цілісність та ін.

ЄСПЛ неодноразово констатував порушення права на повагу до приватного життя у справах проти України. Так, наприклад, у рішенні у справі «Пантелеєнко проти України» (Panteleyenko v. Ukraine) від 29 червня 2006 р.

(заява №11901/02) ЄСПЛ зазначив: 56. Суд зазначає, що як зберігання державними органами інформації про особисте життя людини, так і її використання є порушенням права на повагу до особистого життя, гарантованого пунктом 1 статті 8 Конвенції. 57. У цьому випадку національний суд надіслав запит і отримав з психіатричної лікарні конфіденційну інформацію про психічний стан і відповідне медичне лікування заявника. Ця інформація була в подальшому оприлюднена суддею сторонам та іншим особам, присутнім у судовій залі на публічних слуханнях. 58. Суд вважає, що подібні подробиці, безперечно, є інформацією, що належить до «приватного життя» заявника, і що захід, який розглядається, призвів до розширення кола осіб, ознайомих з цими подробицями.

Медична інформація про пацієнта може бути розголошена:

- у разі письмової згоди самого пацієнта;
- у випадку мотивованої вимоги органів дізнання, слідства, прокуратури і суду, санепідемслужби;
- якщо зберігання таємниці істотно загрожує здоров'ю і життю пацієнтів і/або інших осіб (небезпечні інфекційні захворювання);
- у випадку залучення до лікування інших спеціалістів, для яких ця інформація є професійно необхідною. Демонстрація хворого можлива тільки за згоди його батьків або опікунів» [6].

Висновки

Таким чином, законодавство захищає особу і тільки з її дозволу можливе вивчення та аналіз медичної документації.

Отже, дане питання вимагає негайного врегулювання на законодавчому рівні, і як наслідок, внесення змін у статутну діяльність Фонду, уточнення Інструкції щодо перевірок. В свою чергу, медичні працівники мають чітко виконувати і дотримуватись порядку збереження лікарської таємниці, яка забезпечує належний стан здоров'я громадян, пам'ятати про Етичний кодекс лікаря України та адміністративну відповідальність перед законом.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з аналізом судових справ, предметом розгляду яких є діяльність фонду.

Література

1. Закон України „ Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування» // [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1105-14>.
2. Цивільний кодекс України // [Електронний ресурс]. Режим доступу – <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/435-15>.
3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров’я» // [Електронний ресурс]. – <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
4. Постанова правління Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності 22.12.2010 N 29, Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 25 березня 2011 р. за N 393/19131 «Інструкція про порядок проведення перевірок страховальників по коштах Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, прийняття рішень за їх результатами та процедуру оскарження // [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0393-11>.
5. Фулей Т.І. Застосування практики Європейського суду з прав людини при здійсненні правосуддя: Науково-методичний посібник для суддів. – 2-ге вид. випр., допов. – К., 2015. – 208 с. (150-158).
6. Справа "Пантелеєнко проти України" (Заява N 11901/02) Страсбург, 29 червня 2006 року // [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/974_274.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.03.2019 р.

Соблюдения правовых норм в части сохранения информации о пациенте при проведении проверок в медицинских учреждениях фондом социального страхования Украины

Ю.Ю. Сизинцова

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины», г. Запорожье, Украина

Цель – изучение законодательства, которое предусматривает деятельность сотрудников фонда социального страхования Украины и реализация их прав в случаях доступа к изучению медицинской информации пациентов.

Материалы и методы. Материалами исследования стали действующие нормативно-правовые документы регулирующие деятельность фонда социального страхования, а также порядок доступа к медицинской информации. Методы исследования: анализ, сравнение.

Выводы. Установлено несоответствие норм действующего законодательства относительно определенных прав пациентов и работников фонда социального страхования.

Ключевые слова: информация, врачебная тайна, права, ответственность.

Compliance with the legal regulations regarding the preservation of patient information when conducting inspections at medical institutions by the Foundation of the Social Insurance Fund of Ukraine

Yu.Yu. Sizintsova

State institution "Zaporozhye Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine", Zaporozhye, Ukraine

Purpose – to study legislation that relates to the activities of employees of the Social Insurance Fund of Ukraine and the realization of their rights in cases of access to the study of medical information of patients.

Materials and methods. The research materials are the current regulatory documents regulating the activities of the social insurance fund, as well as the procedure for accessing medical information. Research methods: analysis, comparison.

Conclusions. A discrepancy has been established between the norms of current legislation regarding certain rights of patients and employees of the social insurance fund.

Key words: information, medical secrecy, rights, responsibility.

Відомості про автора

Сизинцова Юлія Юрївна – к.ю.н., доцент, кафедра соціальної медицини організації і управління охороною здоров’я та медико-соціальної експертизи ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»; б-р Вінтера, 20, м. Запоріжжя, 69096, Україна.

Фактори ризику: методика визначення, оцінка, використання в охороні здоров'я

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Мета – встановити системні аспекти наукового розгляду факторів ризику здоров'ю та життя людей, їх виміру та оцінки для використання в поточній практиці галузі охорони здоров'я і становленні майбутньої страхової медицини в Україні.

Матеріал та методи. Використано власно розроблені методи системного аналізу медико-соціальних явищ, а також матеріали, перебігу процесів здоров'я населення України та її окремих регіонів за останні 40 років.

Результати. Показано, що ризики здоров'ю та життя – ведучі динамічні інтегральні показники здоров'я населен'я, здатні для використання в практиці охорони здоров'я для оцінки як особистого здоров'я людей, так і середовища його проживання і безпосередньо системи захисту, охорони та розвитку здоров'я людей, планування і оцінки відповідних оздоровчих програм, ефективності використання запланованих для їх реалізації ресурсів.

Висновки. Фактори ризику – основа виміру інтегральних страхових ризиків здоров'я людей і побудови ресурсних основ системи їх медичного страхування і, в цілому, страхової медицини в Україні.

Ключові слова: системний аналіз, ризики здоров'ю, фактори ризику, медичне страхування населення.

Вступ

Стан безпеки здоров'я, до якого прямує українська нація, в даний час визначається негативним сценарієм перебігу подій у соціоекологічному середовищі існування жителів країни за роки її незалежності з боку його захисту, збереження і розвитку. Цьому сприяла невизначеність пріоритетів і стратегії розвитку держави і, зокрема, здоров'я населення та системи його охорони. Несприятливі внутрішні і зовнішні умови існування українців спричинили невідповідність впливу на динаміку змін їх соціуму і, зокрема, невідповідність впливу на спостережувані параметри здоров'я населення, що створило низку загроз для його охорони.

За останні 35–40 років стан соціоекологічного середовища і, відповідно, інтегрального показника зовнішньої (набутої) життєстійкості населення [1, стор. 58] суттєво зменшився (на 30,77%), що відбилося у показниках ризику смерті у всіх статевікових групах. Ураховуючи невід'ємний зв'язок і гармонійність взаємозв'язку біологічних і соціальних чинників збереження здоров'я і життя, останні поступово зумовили зростання внутрішніх адаптаційних механізмів у населення, за інтегральним показником внутрішньої або (вродженої) життєстійкості, величина якого поступово підвищилася за той же проміжок часу на 31,3%: у чоловіків – на 32,1%, у жінок на 29,6% [1, стор. 56].

Факт подібності цих даних в усіх областях України засвідчив сталість генофонду нації до соціальних перебудов і кризових ситуацій, які спричиняють ризики здоров'ю людей. Водночас, побічно він віддзеркалив (за динамікою параметрів внутрішньої життєстійкості) початок формування в країні більш стійких до виживання поколінь, разом із сталою тенденцією до показників

зменшення народжуваності, а отже, і показників відтворення населення у країні.

Вивчення безлічі системних аспектів ризиків здоров'ю і життя населення, пошук параметрів їх інтегрального виміру має безпосереднє відношення до визначення бажаної довгострокової стратегії розвитку здоров'я українців, як і теперішньої тактики перебудов у системі охорони здоров'я та інших складових соціоекологічного середовища існування людей.

Нами здійснена системна розшифровка знань і потенціалу діагностичних можливостей інформації про фактори ризику в практиці охорони здоров'я з метою пошуків і вибору оптимальних моделей у напрямку зменшення їх небезпеки здоров'ю людей.

Мета дослідження – встановити системні аспекти наукового розгляду факторів ризику здоров'ю та життя людей, їх виміру та оцінки для використання в поточній практиці галузі охорони здоров'я і становленні майбутньої страхової медицини в Україні.

Матеріали та методи

Використано власно розроблені методи системного аналізу медико-соціальних явищ [2], а також матеріали, перебігу процесів здоров'я населення України та її окремих регіонів за останні 40 років [1, 2].

Результати дослідження та їх обговорення

Будь-яка людина (група людей) завжди взаємодіє з фрагментами середовища, результати якої проявляються конкретними сигналами. Вони несуть інформацію про можливі відхилення в стані середовища та його об'єктах. Останні оцінюють з позиції їх сприятливості для

збереження здоров'я населення, у тому числі з боку оцінки забезпечення галузі й власного здоров'я населення ресурсами та умовами для їх «виживання». Саме ця інформація формує когнітивний ресурс національної і територіальних систем охорони здоров'я.

Процес формування знань здійснюється декількома етапами, які складаються із сприйняття сигналу, його усвідомлення та вміння виділити (представити у зрозумілому для всіх користувачів вигляді); останнє можливе лише за наявності загальноприйнятої класифікації відповідних сигналів (ознак станів спостережуваних об'єктів). Отже, щоб отримати знання про здоров'я, беручи до уваги фактори ризику, треба враховувати наступне.

Факт – це результат, одержаний на основі емпіричних знань. Сукупність виділених фактів називають фактурою. Вона, як емпірична закономірність, надає досліднику необхідну інформацію про середовище та його «рельєф» (характеристики). Враховуючи те, що факти завжди породжуються об'єктами середовища, їх можна вважати генетичною похідною морфології (складу, структури) та функцій (функціонування та взаємодії) об'єктів середовища. Це надає можливість користувачам (лікарям усіх щаблів управління в охороні здоров'я) прочитувати факти «назад» – до об'єктів, від яких вони похідні, тобто реально вийти на практику. Ці ж дані, прочитані «наперед», сприяють виходу на теорію, враховуючи, що теорія – це знання, породжені практикою. На основі цього завжди при вивченні стану людини або населення будь-який отриманий факт можна гарантовано використовувати в аналізі як основу зв'язку теорії та практики, в т.ч. при оцінюванні стану діяльності галузі.

Джерелом факту, який завжди постає результатом вже здійсненої взаємодії, є фактор. Останній невід'ємний від об'єктів середовища, з якими контактує виділений (досліджуваний) об'єкт. Тут належить зазначити, що взаємодія всіх об'єктів середовища постійна і всі об'єкти середовища завжди знаходяться в рухомій рівновазі, яка в практиці, за даними медичної статистики, висвітлюється певним набором фактів (у межах варіації їх відношень), які тепер називають даними.

При цьому, зміна функціонування будь-якого з об'єктів, що взаємодіють, може призвести відразу або з часом до зміни характеристик спостережуваних фактів, і отже, їх фактури як «портрету» взаємодії (за статистичними даними). Саме в межах фактури репрезентується взаємозв'язок понять у соціальній медицині та організації охорони здоров'я: «фактор – інформація – факт – рішення – дія».

Такий підхід в аналізі дозволяє користувачу прочитувати будь-який фактор багатогранно: як факт (характеристика «де юре»), як інформацію (код «рельєфу» середовища та об'єкта, що досліджується), як джерело у прийнятті рішення (до того ж з виділенням умов обмеження) і, нарешті, як фундатора дій, зміст яких націлений на усунення або зменшення впливу причини, яка змінює характеристики досліджуваних явищ (причому, одночасно).

Наведена сутність фактора і підхід до його аналізу, за одержуваними результатами, усуває невизначеність

контрольованого середовища, його об'єктів, їх станів. При цьому, в конкретній суб'єктивній оцінці цю невизначеність можна також означати як ризик (небезпеку) для існування досліджуваних об'єктів (людини, населення, галузі, окремого закладу). З цього випливає, що фактор, виділений як фактор ризику – тільки один з якісних аспектів розгляду факту, а саме поняття «ризик» знаходиться у сфері людської, тобто соціальної оцінки обмежень існування спостережуваного об'єкта, але не в самому факті або факторі(!).

З цієї точки зору, проявлена в практиці й зафіксована в медичній статистиці фактура є методологічним підґрунтям прийняття рішень, у методичному плані – основою прогнозування, а в інформаційно-методичному аспекті – основою певних практичних дій у регулюванні та організації функціонування об'єкта (населення, медичного закладу, окремої людини), контролі їх станів.

Визначеність фактів та подій, які стоять за ними, проявляється тільки після їх виміру, оцінювання та відповідного означення – отримання ними «імені», за визнаною класифікацією (причому, на мові користувача). Останнє формулює витoki розмаїття інтерпретацій однакових факторів та аспектів їх прояву: з позиції різних дисциплін, різних дослідників, їх досвіду, можливостей визначення характеристик явища тощо.

Враховуючи, що кожний факт шляхом аналізу групи подій (витоків факту) може бути співвіднесений із функціонуванням конкретного об'єкта (об'єктів), неважко усвідомити, що за будь-яким фактом криються конкретні умови, спосіб та уклад існування цього об'єкта. Тобто завжди можна прослідкувати організацію умов та способу проявів факту. Наприклад, фактор ризику в «житті» факту можна інтерпретувати як його змінну характеристику, яка визначає як сам факт, так і умови його виявлення; відповідний аналіз сприяє визначенню «екології» факту. Одночасно необхідно врахувати, що фактор ризику є «способом проявлення» факту – він на тлі умов його виникнення розкриває способи існування контрольованих суб'єктів середовища (людини, групи людей, певної медичної служби), медичні аспекти їх станів.

З цих позицій при розгляді в практиці охорони здоров'я стану людини або населення (як спостережуваної сукупності фактів, за відповідними статистичними даними) фактор ризику постає своєрідним параметром операторів формування їх здоров'я, різних його проявів. Ураховуючи це, здоров'я і хвороба (як одна з якісних його характеристик) репрезентують прояви взаємодії об'єкта в середовищі і їх не слід розглядати як протилежні поняття. Вони є результативною, наслідковою характеристикою природних динамічних процесів життя та виживання об'єктів в середовищі.

У такому аспекті розгляду факт, зареєстрований у нозологічних одиницях (наприклад, у діагнозах хвороб), змістовно репрезентує нам водночас етіологію (умови розвитку факту), патогенез (спосіб його розвитку) і фактори ризику в умовах, способі та організації життя досліджуваних об'єктів (людини, населення, певної медичної служби тощо), які контролюються в галузі

охорони здоров'я. При цьому, системна діагностика дає досліднику (лікаря, менеджеру) можливість виходу на зовнішню (середовищну) та внутрішню (за способом життя об'єктів) профілактику спостережуваних якісних порушень в їх динамічно змінюваному існуванні – для розробки відповідних програм або конкретних заходів.

Системний аналіз фактів дозволяє також обрати інший підхід до формування контрольних («нормативних» або «еталонних») характеристик для оцінки спостережуваних процесів. Відомо [1], що дослідники – часто визначають діапазон «норми» саме у відхиленнях факту. При цьому, «хвороби» об'єктів при встановленні «норм» їх станів не враховуються.

Проте їх виключення з «норми» сприяє неточній, викривленій діагностиці, невірному визначенню прогнозу і, отже, орієнтації при прийнятті рішень для регулювання станів об'єктів. Упродовж хвороб здоров'я досі вважалось чимось «мертвим», без розвитку. Причина: здоров'я та хвороба традиційно вважалися протилежними явищами. Нібито при хворобі розвиток уповільнюється, не спостерігається прогрес. Але це не відповідає дійсності.

Належить зауважити, що одним із соціально та практично значущих аспектів знань про фактори ризику є їх зв'язок зі страховим ризиком. Наукова основа використання цих знань у поступово впроваджуваному в Україні медичному страхуванні така [1]:

- фактор ризику пов'язаний зі здоров'ям;
- фактор, реалізований (zareєстрований статистично) у факті, – продукт наукової діяльності, що базується на практиці;
- факт, пов'язаний із використанням людського життєвого ресурсу і виражений у грошовому вигляді, дає традиційне розуміння оцінки якості здоров'я; він, якщо означений як «фактор ризику», може сприяти «відхиленню від здоров'я», формуванню «небезпеки» останньому у людини або групи людей (населення) з боку їх існування (і виживання) в певному середовищі.

Наведені характеристики обґрунтовують необхідність включення фактора ризику в формування методологічних та інформаційно-методичних основ створюваної в країні системи медичного страхування населення. При цьому, слід урахувати, що фактор ризику в реконструкції «фактор ризику > факт» дозволяє досліднику отримати історію факту («минуле»). За виміром його в реальному часі гарантується відтворення (реконструкція) «теперішнього», а в інтерпретації «факт – як процес прояву фактора ризику > новий факт» можна отримати прогноз «майбутнього».

Треба також зазначити практичну доцільність інтерпретації фактора ризику як «сигналу» (в аспекті взаємодії суб'єкта із навколишнім середовищем). Цей аспект розгляду дозволяє узгоджувати в практиці поняття «фактор ризику» та «стрес», створюючи умови для аналізу та оцінки факторів ризику, а також їх впливу на здоров'я індивіда (населення) з боку біофізики. З іншого боку, також можлива інтерпретація фактора ризику як «сигналу» про взаємодію і взаємовплив окремих підсистем в організмі людини (молекул, органів тощо), що може бути використано для вивчення та оцінки процесів

здоров'я на рівні біохімії (зазначимо, що саме в межах останньої дослідник (лікар) отримує інформаційну інтерпретацію хвороб). Окрім того, системний підхід надає можливість конструктивному виходу на поняття «адаптації», ступінь адаптації людини або населення в середовищі тощо.

Усі ці знання дозволяють встановлювати взаємозв'язок станів окремої людини і населення, станів середовища існування людей і створеної ними системи опікування здоров'ям тощо.

На відміну від фактів, у факторах ризику закладено рішення: «метрика» факторів ризику показує ризик відхилень від здоров'я об'єкта. Також слід урахувати соціал-гігієністам, що оцінка традиційних негативних показників здоров'я – це медична оцінка помилок людини (групи людей) в їх функціонуванні (та взаємодії) в певному середовищі. Вони, узгоджені з видами конкретної діяльності, фактично вказують на помилки в системі прийняття людиною (групою людей) рішень, які призводять або можуть призвести до хвороб і небажаних зрушень у функціонуванні підсистем організму (динаміки здоров'я населення).

Належить звернути увагу дослідників на те, що фактор ризику, як основа реконструкції явищ, що спостерігаються ними, може отримувати векторну оцінку (\pm) лише з точки зору цілого, тобто при розгляді об'єкта і середовища його існування в неподільній (і невід'ємній!) цілості. Це важливо враховувати в діагностиці станів, при прогнозуванні перебігу процесів і прийнятті рішень щодо збереження та зміцнення здоров'я груп людей (населення) в цілому на підпорядкованих лікарям (або досліджуваних науковцями) територіях [2].

Таким чином, виявлений (діагностований) фактор ризику здоров'ю людини (групі людей) дає можливість дістати знання про джерело ризику і отримати прогноз наслідків його впливу. Водночас, якщо з'являється можливість вимірювання для населення – мешканців певної території (за віком, статтю, професією, складом сім'ї, доступністю і якістю медичних послуг тощо), ризиків збереженню їх здоров'я і життя, які ураховують поширеність тих чи інших хвороб/травм (і піддаються контролю), нескладно вийти на економічні розрахунки – ресурсних витрат для усунення або зменшення чинних ризиків, чинних хвороб/травм.

Ураховуючи невідкладність переходу системи охорони здоров'я на ринкові умови господарювання, інтенсивний пошук шляхів вирішення наведених проблем стає закономірним процесом. Проте, за багатьох чинників (головним чином, завдяки занедбанню наукового потенціалу в управлінні охороною здоров'я) в країні в даний час обмежені можливості для поглибленого наукового аналізу ситуації, експериментального, медичного та економічного обґрунтування протикризисних програм в охороні здоров'я. Така ситуація сприяє і спотворює вибір випадкових рішень у подоланні труднощів. На хвилі поширеної мітингової демократії часто виникають докладно непроаналізовані ідеї, які мають, переважно, політичні цілі. В обставинах, що склалися, не стільки обмеженість часу, скільки, головним чином, бажання

політичного виграшу стає перепоною для зваженості поглядів і порозуміння між фахівцями. Все це повною мірою має відношення до голосливих проголошень про створення «страхової медицини». Стають звичайними виступи «фахівців», в яких державна гарантія охорони здоров'я протиставляється медичному страхуванню його. Головним аргументом тут подається те, що декларативність державного характеру охорони здоров'я продовжує сприяти залишкам «радянського залишкового принципу» його фінансування. Дійсно в державі значний час не приділяється належної уваги проблемам охорони здоров'я. Проте, чинна похідна пов'язана не з державним принципом охорони здоров'я, а є наслідком і залишком розвинутої адміністративно-командної системи. Отже, в даний час не існує впевненості, що побудована на таких же засадах система медичного страхування буде позбавлена її вад. Державний принцип охорони здоров'я, закріплений в конституції України, передбачає, що охорона здоров'я населення – обов'язок всіх державних органів, громадських організацій. Це засвідчує, що початковою позицією для програми дій і всіх заходів у системі охорони здоров'я постають потреби населення, задоволення яких покладається на державу за рахунок її бюджету. Прибуткова частина останнього, у свою чергу, формується на ґрунті прибутку у держави, провідним джерелом якого є податки від підприємств та населення. З цього боку страхові медичні внески можуть розглядатися як цільові податки від підприємств, організацій, закладів. Тоді стає вочевидь, що доля медичного страхування повністю залежна від системи, тобто держави. Отже, внаслідок цього, без корінного оновлення самої системи (чинних законодавчих змін в державі) медичне страхування виявиться «страховою ілюзією» перебудови охорони здоров'я.

Водночас науковцям на етапі наукової розробки переходу до страхової медицини належить встановити і запропонувати практичній охороні здоров'я інтегральні параметри популяційного здоров'я, чинні статево-вікові і територіальні ризики здоров'ю і життю, визначити провідні складові і технологію фінансування охорони здоров'я (тобто її страхове навантаження), методи використання цих ресурсів за перспективною методологією та умовами успішної реалізації ідеології покращання здоров'я з прискіпливим контролем якості використання передбачених на це ресурсів.

Враховуючи невідкладність переходу охорони здоров'я України в найближчі роки на ринкові умови господарювання, найскоріше залучення в роботу галузі ідеології і методів страхової медицини, визначення ризиків здоров'ю людей, а також ризиків діяльності системи його охорони з ресурсними розрахунками можливостей їх зменшення або усунення, постає актуальним завданням для національної і місцевих громад.

Наведемо приклади проведення чинних розрахунків на основі використання інтегральної вікової шкали «довголіття» досліджуваних груп людей у Чернівецькій області. Здійснивши розрахунки реальної кривини виживання населення (сільських жителів) і порівнявши параметри останньої з чинною контрольною

кривиною нами визначалися ризики збереженню здоров'я і життя – загальні (за віком, статтю, і територією проживання) – табл. 1, 2. Зазначимо, що в практиці наведені групові інтегральні ризики у подальшому уніфікуються (доповнюються) – для кожної окремої людини – ризиками індивідуальними (унікальними), які визначаються за результатами цільових профоглядів. В розрахунках повних ризиків ураховують також соціальні і виробничі статуси (заробітну платню, професію, посаду, склад сім'ї тощо). Такий підхід дає 100% можливість диференційовано визначати бажану суму податків для платників страхових внесків, їх дольову участь, а також структуру податків для «медичної страховки» (страхових полісів) кожного жителя країни.

Таблиця 1
Структура ризиків здоров'ю чоловіків – сільських жителів Чернівецької області за віком (бажаного розподілу ресурсів для охорони здоров'я)

| Вік, років | Ризики здоров'ю (%) |
|------------|---------------------|
| 0 | 1,26 |
| 1 | 1,25 |
| 2 | 1,34 |
| 3 | 1,26 |
| 10 | 1,30 |
| 20 | 1,28 |
| 30 | 1,45 |
| 40 | 1,22 |
| 50 | 1,44 |
| 60 | 1,62 |
| 70 | 0,69 |
| 80 | 0,47 |
| 90 | 0,05 |
| 100 | 0,00 |
| Разом | 100% |

Зазначимо (як зафіксовано в назвах табл. 1 і 2 – див. [3]), що саме структура ризиків стає основою визначення бажаного структурного розподілу наявних ресурсів для їх усунення або зменшення. Додамо, що визначення ризиків здоров'ю і життю населення ми розуміємо не як короткочасний захід і передумову впровадження державно-страхової медицини, а як постійно діючу систему наукового супроводження діяльності системи охорони здоров'я у нових умовах, як основу для виміру якості та ефективності її оздоровчих програм.

Тут може виникати питання – за які кошти належить виконувати чинне наукове супроводження? Відповідь – на поверхні. Якщо перебудова охорони здоров'я – це державний захід, як наведено в Основах законодавства України про охорону здоров'я, то всі дослідження, пов'язані з різними аспектами перебудови, повинні виконуватися на підставі державного замовлення.

Таблиця 2
Структура ризиків здоров'я в сільських районах населення Чернівецької області (бажаного розподілу ресурсів для охорони здоров'я)

| Район | Ризики здоров'я (витрати у %) | | |
|----------------|-------------------------------|----------|--------|
| | Обидві статті | Чоловіки | Жінки |
| Вижницький | 10,15 | 5,40 | 4,75 |
| Герцаївський | 6,99 | 4,26 | 2,73 |
| Глибоцький | 12,16 | 5,32 | 6,84 |
| Заставнівський | 9,70 | 4,31 | 5,39 |
| Кельменецький | 5,37 | 1,94 | 3,43 |
| Кіцманський | 6,49 | 3,30 | 3,19 |
| Новоселицький | 13,59 | 7,00 | 6,59 |
| Путильський | 3,74 | 3,56 | 0,18 |
| Сокирянський | 7,28 | 3,62 | 3,66 |
| Сторожинецький | 13,39 | 6,59 | 6,80 |
| Хотинський | 11,14 | 5,55 | 5,59 |
| Область (с/н) | 100% | 50,85% | 49,15% |

В системі медичного страхування, яка вже тепер почала поступово впроваджуватися в нашій країні, поняття «страховий ризик» належить розуміти значно ширше – за всіма аспектами заходів і програм діяльності охорони здоров'я. Поняття «страхового ризику» повинно націлювати не тільки на визначення, вимір і кількісну оцінку (розмір) цього ризику. Воно має спрямовувати на визначення конкретної адреси відповідального за виникнення цього ризику (з боку якого повинна бути одержана компенсація – фінансова чи будь-яка інша ресурсна). З цією метою необхідно шляхом всебічного обговорення визначитися з концепцією фінансування страхової медицини, концепцією підходів до адресного спрямування розрахунків при визначенні страхових внесків, їх структури. Перша наведена в Основах законодавства України про охорону здоров'я, де в статті 18 доводиться, що «фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок державного бюджету України, коштів підприємств, установ і організацій...», а також за рахунок «... власних внесків громадян». Що стосується другої концепції, то тут головним постає визнання факту, що здоров'я – похідна осередку і життєдіяльності людей, тобто якості стану навколишнього середовища, відповідальність за які несуть всі перераховані у статті 18 структури.

Водночас відзначимо: поглиблений аналіз стану місць проживання і життєдіяльності населення, їх вплив на здоров'я людей неможливий без періодичних або постійних (у багатьох випадках) спостережень. Тут належить враховувати, що всі ознаки середовища мешкання мають різні якісні та кількісні характеристики

впливу на здоров'я людей, мають різний «термін життя» без змін тощо.

Виходячи з наведеного, здоров'я і його провідні вимірювані ознаки (ризик збереженню здоров'я, ризик скороченню життя, ризик погіршенню якості життя тощо) повинні розглядатися з боку суперпозиції багатьох змінних: умов, способу та укладу життя з урахуванням ступеня його індустріалізації та урбанізації, соціоекологічних характеристик середовища проживання та діяльності людей, соціально-економічної структуризації мешканців (за віком, статтю, вродженими чинниками тощо). Всі ці фактори мають оцінюватися за ступенем компенсації біомедичної динаміки здоров'я людини, підтримання балансу чинних біологічних та соціальних складових.

За таким варіантом системного підходу в аналізі взаємодії соціоекологічних та біопсихологічних (людських) чинників у формуванні загального ризику збереженню здоров'я і життя кожній окремій людині (і, відповідно, групам людей) належить надавати певні унікальні адаптаційно-вітальні статуси, похідні від комбінації окремих статусів (антроповітального, ековітального, соціовітального тощо), які віддзеркалюють залежність здоров'я людини (груп людей) від конкретних чинників. Методологічний зміст таких статусів криється в надійному обґрунтуванні цільового виокремлення в методиці аналізу їх математико – статистичного аспекту опису, окремо – медико-організаційної оцінки здоров'я людей, а також його зв'язку з інтегральними ризиками їх мешкання на конкретних територіях, у певний досліджуваний час (тривалість життя, тривалість і роботи, тривалість і періодичність відпочинку тощо).

Методика розрахунків страхових ризиків складається з декілька етапів. Спочатку, визначається середня тривалість прийдешнього життя для всіх статевовікових груп з диференційованим урахуванням досліджуваних «чинників впливу» на збереженість уродженого потенціалу здоров'я.

Ці дані залучають для визначення параметрів внутрішньої (уродженої) та зовнішньої (набутої) життєздатності і життєстійкості досліджуваної групи людей. Отримані показники використовують для розрахунків статевовікових показників дожиття (за законом виживання популяції). На ґрунті останніх визначають територіальні часові статевовікові ризики збереженню здоров'я і життя (табл. 3, 4). За необхідності, для вирішення суто медико-організаційних питань – з метою покращання параметрів здоров'я, пов'язаних із поширеністю тих чи інших хвороб, визначають параметри хворобостійкості (вродженої і набутої – табл. 3 – [1]), за законом збереження здоров'я [2], а на основі останніх – цільові (пов'язані із певними хворобами) статевовікові територіальні показники дожиття і вже з урахуванням останніх – загальні ризики збереженню здоров'я і життя (табл. 1, 2).

Таблиця 3

Вплив інтегральних біологічних і соціо-екологічних факторів на збереження (втрату) ресурсу здоров'я покоління (середню тривалість життя) на окремих проміжках їх життєвого циклу (для чоловіків і жінок Чернівецької області разом)

| № | Фактор, назва | Вік максимального впливу | Вік нульового впливу |
|----|-----------------------------|--|-----------------------------|
| 0. | Спадковість та спосіб життя | Однаково впливають на весь життєвий цикл | |
| 1. | Спадковість | 0, 60, 119 | 30, 90 |
| 2. | Спосіб життя | 30, 90 | 0, 60, 119 |
| 3. | Спадковість | 0, 30, 60, 90, 119 | 15, 45, 75, 105 |
| 4. | Спосіб життя | 15, 45, 75, 105 | 0, 30, 60, 90, 119 |
| 5. | Спадковість | 0, 20, 40, 60, 80, 100, 119 | 10, 30, 50, 70, 90, 110 |
| 6. | Спосіб життя | 10, 30, 50, 70, 90, 110 | 0, 20, 40, 60, 80, 100, 119 |

Таблиця 4

Поширені причини смерті (США) за віком (2016 р.)

| № | <1 року | 1-14 років | 15-34 років | 35-44 років | 45-64 років | 65+ років |
|----|-----------------------------------|------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---|
| 1. | Вроджені аномалії (вади розвитку) | Ненавмисні травми | Ненавмисні травми | Ненавмисні травми | Онкохвороби | Хвороби серця |
| 2. | Передчасні пологи | Онкохвороби | Суїциди | Онкохвороби | Хвороби серця | Онкохвороби |
| 3. | Синдром раптової дитячої смерті | Вроджені вади розвитку | Вбивства | Хвороби серця | Ненавмисні травми | Хронічні захворювання дихальної системи |

Визначені за наведеним алгоритмом ризику постають основою розрахунків структури ресурсів (зокрема, фінансів) для усунення впливу певних ризиків (зменшення їх дії) або зрушення їх в старші вікові групи – на шкалі довголіття досліджуваних груп людей. З урахуванням чинних розрахунків складаються цільові територіальні оздоровчі програми, у яких спостереження за зміною статевікових показників ризиків здоров'я/життю дозволяє сприяти визначенню якості реалізації бажаних програм, ефективності використання виділених на них ресурсів.

Обсяг досліджень для наукового обґрунтування цільових медико-соціо-економічних територіальних оздоровчих програм може бути суттєво скорочений за використанням створених «Світових таблиць здоров'я» [2]. В цих таблицях за наявності у дослідників даних про мальовку смертність і середню тривалість життя (зокрема і з урахуванням певних хвороб) можна, використавши їх, без залучення проміжних розрахунків точно встановити притаманні чинним показникам інтегральні параметри внутрішньої (вродженої) та зовнішньої (набутої) життє-і хворобостійкості. Отримавши останні нескладно (як наведено вище) визначити ризику здоров'я і життю і на їх основі бажані ресурсні витрати для їх невіловання. Визначені обсяги фінансування страхової медицини з урахуванням їх складових структуруються (по джерелах) на Державний бюджет, кошти регіональних громад, кошти підприємств, установ, організацій. На останок, за результатами медичних оглядів визначають індивідуальні

внески окремих громадян (загальні – дольову участь або на окремі види медичних послуг).

Зазначимо, що наведена методика визначення загального обсягу і окремих складових ресурсів для побудови страхової медицини в Україні урахує традиційні принципи роботи медичних установ і закладів, забезпечує в ринкових умовах збереження принципів загальнодоступності та безкоштовності певних медичних послуг для всього населення, а також урахування зацікавленості окремих осіб у збереженні власного здоров'я. Також відзначимо, що наведений підхід постає «містком» для науково-обґрунтованого супроводження «м'якого» переходу української системи охорони здоров'я до ринкових умов господарювання із збереженням в країні традицій соціального захисту населення і права на доступне і якісне медичне обслуговування.

Запропонована система вимірності всіх явищ, що впливають на здоров'я людей, в наведених інтегральних одиницях здоров'я постає надійною основою прогнозування поширеності хвороб, смертності та інших загроз здоров'ю людей, стає підставою для визначення прогнозів бажаних перебудов в діяльності регіональних і національних служб охорони здоров'я, змін у навколишньому середовищі, а також основою у визначенні обсягу та структури ресурсів, які необхідні для усунення спостережуваних ризиків здоров'я і життю людей. При цьому, запропонована система розподілу ресурсів ґрунтується на ідеології: у визначений час, у визначене місце та в необхідному обсязі і з забезпеченням

конструктивної системи контролю використання залучених ресурсів.

Підґрунтям для таких рахунків постають параметри відмінностей реальної і бажаної кривих перебігу і збереження здоров'я і життя людей на повному життєвому циклі (на «шкالی довголіття») з урахуванням статі та особливостей території проживання. Реальний перебіг процесів здоров'я репрезентує початкові («стартові») умови для покращання здоров'я людей, а бажаний перебіг чинних процесів встановлюється за контрольними («нормативними») інтегральними характеристиками здоров'я [1].

Зазначимо, що обсяг ресурсів для покращання здоров'я населення не вимагає попереднього їх накопичення (праці «в борг») або використання кредитів, хоча і не відхиляє таких дій. Обсяг коштів, той що береться, орієнтований на реальні соціально-економічні можливості громад, країни, тобто на «доступні» ресурси за бажаної умови їх поступового (планового), щорічного зростання на 1,5%, (за шкалою Ейлера [1]). Ефект досягається шляхом створення гнучкої і невитратної системи охорони здоров'я, релевантної до складу населення і адекватної спостережуваній динаміці здоров'я людей.

Наведена інформаційно-методична технологія ґрунтується на традиційній базі даних галузі охорони здоров'я, для обробки яких залучені системні підходи і методи. Репрезентовані інтегральні показники постають основою виміру не тільки здоров'я людей, а й якості та ефективності діяльності галузі, її цільових програм, виміру сприятливості територій для збереження здоров'я і життя її населення його способу життя [1].

Запропонована ідеологія, технологія, методики та інформаційна основа виміру страхових ризиків передбачає співробітництво у покращанні громадського здоров'я в межах громади, країни, будь-якої підконтрольної території. Ураховуючи наведене, запропоновані підходи започатковують умови для формування в державі прогнозованої, за планованими цілями, спостережуваної і вимірюваної, по відношенню до здоров'я населення, а

також модифікованої і ресурсозбережуваної, за стратегічними ознаками, системи управління здоров'ям населення України.

Висновки

1. Ризики здоров'ю і життю – провідні поточні інтегральні (повні або аспектні – за статусами) показники здоров'я населення, придатні для залучення в практичну охорону здоров'я для оцінки власне здоров'я населення, середовища його проживання і, зокрема, якості та доступності створеної на цих територіях системи захисту, охорони і розвитку здоров'я людей, планування і оцінки чинних оздоровчих програм, достатності та ефективності використання планованих для їх реалізації ресурсів.

2. Фактори ризику – основа виміру інтегральних (повних та аспектних – за статусами) страхових ризиків здоров'ю людей і будови ресурсних засад системи їх медичного страхування та, в цілому, страхової медицини в Україні.

3. Вимір значень інтегральних факторів ризику здоров'ю життю ґрунтується на використанні традиційних медичних даних, які знаходяться в обігу національної інформаційної системи галузі охорони здоров'я.

4. Для проведення аналітичних скринінг-розрахунків ризиків здоров'ю і життю населення всіх статево-вікових груп та належних ресурсів для їх зменшення або усунення при плануванні національних (територіальних) оздоровчих програм рекомендуємо залучати наведену високотехнологічну інформаційно-медичну систему, яка ґрунтується на «Світових таблицях здоров'я» і системній технології обробки традиційних даних про здоров'я населення.

Перспективи подальших досліджень: поглиблення медико-організаційної стратифікації факторів ризиків з метою залучення отриманих знань для підвищення якості та доступності медичних послуг в Україні.

Література

1. *Таралло В.Л.* Здоровье для всех: популяционная диагностика, прогноз, стратегия действий и контроль их эффективности / В.Л. Таралло, П.В. Горский, И.Д. Шкробанец, М.И. Грицок – Черновцы: БДМУ, 2012. – С. 56, 58, 67, 102, 108.
2. *Tarallo V.L.* Classics of population Health / V.L. Tarallo. – Chernovtsy: BSMU, 2015. – P. 55, 389, 554, 730.
3. *Tao Le, Vikas Bhushan, Matthew Sochat, Yash Chavda, Mehboob Kalani, Kimberly Kallianos, Andrew Zureick* First aid for the USMLE STEP 1 2018. Public Health Sciences. P. 251-270.

Дата надходження рукопису до редакції: 22.12.2018 р.

Факторы риска: методика определения, оценка, использование в охране здоровья*V.L. Tarallo*

ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

Целью исследований стали системные аспекты научного рассмотрения факторов риска здоровью и жизни людей, их измерения, оценки и использования в текущей практике здравоохранения, при становлении страховой медицины в Украине.

Материалы и методы. Использованы собственные разработки адаптированного к медицине системного анализа, а также материалы динамики здоровья населения Украины и ее отдельных регионов за 30 лет.

Результаты. Получено, что риски здоровью и жизни – ведущие динамические интегральные показатели здоровья населения, пригодные для использования в практике здравоохранения для оценки как собственно здоровья людей, так и среды его проживания, в частности системы защиты, охраны и развития здоровья людей, планирования и оценки соответствующих оздоровительных программ, достаточности и эффективности использования планируемых для их реализации ресурсов.

Выводы. Факторы риска – основа измерения интегральных (как полных так и частных, по статусам) страховых рисков здоровью людей и построения ресурсных основ системы их медицинского страхования и, в целом, страховой медицины в Украине.

Ключевые слова: системный анализ, риски здоровью, факторы риска, медицинское страхование населения.

Risk factors: methods of determination, assessment, use in health care*V.L. Tarallo*

HSEE of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivtsi, Ukraine

The **purpose** of the research was the systemic aspects of the scientific consideration of risk factors for the health and life of people, their measurement, evaluation and use in current health care practice, when insurance medicine was established in Ukraine.

Materials and methods. We used our own developments of the system analysis adapted to medicine, as well as materials on the dynamics of the health of the population of Ukraine and its individual regions over 30 years.

Results. Health and life risks have been obtained as leading dynamic integral indicators of public health suitable for use in health care practice for assessing both people's own health and their living environment, in particular, protecting, protecting and developing people's health, planning and evaluating relevant health programs, sufficiency and efficiency of using the resources planned for their implementation.

Conclusions. Risk factors are the basis for measuring the integral (both full and private, by status) insurance risks to people's health and building the resource bases of their medical insurance system and, in general, insurance medicine in Ukraine.

Key words: system analysis, health risks, risk factors, medical insurance of the population.

Відомості про автора

Таралло Володимир Леонідович – д.мед.н., професор кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»; пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58000, Україна.

Підходи до оцінки медичних технологій на прикладі визначення економічної доцільності профілактики раку шийки матки в Україні шляхом вакцинації від папіломавірусної інфекції

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

²Житомирський державний університет імені Івана Франка,

Комунальний вищий навчальний заклад «Житомирський медичний інститут» Житомирської обласної ради

³ДЗ «Дніпропетровська медична академія» МОЗ України

Мета – визначити економічну доцільність профілактики раку шийки матки в Україні шляхом запровадження суцільної вакцинації від папіломавірусної інфекції 12-річних дівчаток.

Матеріали та методи. Було використано метод марковського моделювання з визначенням інкрементального коефіцієнта економічної доцільності на основі епідеміологічних даних захворюваності та смертності від раку шийки матки в Україні та порівняння тривалості життя жіночого населення без вакцинації від папіломавірусної інфекції та за умови її здійснення. Витрати на надання медичної допомоги при раку шийки матки та вартість вакцинації розраховували на основі тарифів приватних клінік (в Україні відсутні державні тарифи). Припускали, що ефект вакцинації зберігався протягом всього життя, враховували його тільки у вакцинованій популяції. Часовий горизонт – період дожиття дівчаток, вік яких 12 років. Тривалість марковського циклу – 1 рік. Дисконтування тривалості життя і величини витрат здійснювалося в розмірі 3% на рік. Розрахунок здійснено для двовалентної вакцини. Аналіз чутливості здійснювався за трьома параметрами.

Результати. З урахуванням обмежень дослідження та прийнятих припущень запровадження в Україні вакцинації від папіломавірусної інфекції дозволить запобігти 1592 випадкам раку шийки матки, зберегти 2080 років життя та зменшити витрати, пов'язані з медичною допомогою при захворюванні на рак шийки матки на 41,4 млн грн (всі результати на 100 тис. вакцинованих осіб). Розмір додаткових витрат на вакцину та її введення склав 5140 грн на одну вакциновану особу. Значення інкрементального коефіцієнта економічної доцільності становило 229 575 грн, що в 3,3 рази перевищує розмір валового внутрішнього продукту в Україні на одного громадянина у 2017 р. (70 224 грн).

Висновки. За показниками 2017–2018 рр., з урахуванням припущень та актуальної вартості вакцини вакцинація від папіломавірусної інфекції з метою профілактики раку шийки матки в Україні є економічно недоцільною технологією

Ключові слова: оцінка медичних технологій, вірус папіломи людини, вакцинація, марковське моделювання, економічна доцільність.

Вступ

Глобальні виклики, до яких слід віднести старіння населення, збільшення кількості хронічних захворювань, появу нових медичних технологій призводять до щорічного зростання витрат на охорону здоров'я (ОЗ) в світі, які становлять близько 10% від валового внутрішнього прибутку (ВВП). Водночас зростають бюджетні обмеження, що потребує оптимізації використання державних ресурсів на ОЗ, тобто зосередження уваги на ефективних технологіях і збереження при цьому стимулів для інновацій. Застосування оцінки технологій охорони здоров'я (ОТОЗ) може надати переваги зацікавленим сторонам: забезпечення комплексного підходу для покращення доказової бази політичних рішень, пов'язаних з медичними технологіями (для спеціалістів, що визначають політику); оптимізацію використання ресурсів – їх менше витрачається на недоцільні медичні послуги та технології (для пацієнтів та суспільства в цілому); чіткі критерії для виходу технології на ринок (для виробників) [5, 6].

У багатьох країнах світу існує проблема того, що більш пріоритетною є короткострокова фінансова стабільність над стратегічним плануванням та мисленням, що особливо важливо для України з огляду на її економічне становище [4]. Слід відмітити, що через різні показники соціально-економічного розвитку не завжди можна використовувати результати оцінки певної медичної технології, які проведені в інших державах [20].

Одним з актуальних питань, що потребує використання методів ОТОЗ в Україні, є вивчення можливості включення вакцинації від папіломавірусної інфекції в обов'язковий календар щеплень. Інфікування вірусом папіломи людини (ВПЛ) представляє серйозну проблему для сучасної охорони здоров'я. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), щорічно в світі діагностується близько 2,5–3 млн випадків інфікування. До найбільш поширених проявів папіломавірусної інфекції відносять аногенітальні бородавки, цервікальні інтраепітеліальні неоплазії, рак шийки матки (РШМ), рак вульви і піхви. Згідно з даними ВООЗ, до 82% жінок інфікуються ВПЛ різних типів вже

через два роки після початку статевого життя [19]. Єдиним способом ефективного запобігання ВПЛ-асоціаційованих захворювань є вакцинопрофілактика. Зараз доступні бівалентна (16, 18 серотипи ВПЛ), квадрівалентна вакцина (6, 11, 16, 18 серотипи ВПЛ) та дев'ятивалентна вакцина. За даними досліджень, після вакцинації частота виявлення ВПЛ 16 і 18 типу зменшується на 68–93% [8, 9, 14]. Враховуючи, що за результатами епідеміологічних і молекулярно-біологічних досліджень встановлено, що інфікування жінок саме вірусом папіломи людини 16 та 18 типів є найважливішим фактором канцерогенезу РШМ [10–12, 15], вакцинація від ВПЛ-інфекції має привести до зменшення захворюваності на РШМ. Саме тому станом на травень 2018 року 81 країна (42% держав-членів ООН, що відповідають 25% цільової групи, ввели вакцинацію від ВПЛ у загальноприйнятий графік імунізації [19].

ВПЛ-асоціаційовані захворювання та, зокрема, РШМ є значною проблемою для охорони здоров'я України [2, 7, 13]. За даними Національного канцер-реєстру [13] у структурі захворюваності жінок на злоякісні новоутворення РШМ становить 5,9% (займає п'яте місце). Від РШМ в Україні щорічно вмирають близько 1700 жінок (5,8% хворих із злоякісними пухлинами). Смертність від раку шийки матки відзначається у жінок найбільш працездатного періоду життя, коли вони активно займаються вихованням дітей, мають максимальний професійний і життєвий досвід, беруть участь у суспільному житті. На додаток до медико-соціальної проблеми РШМ великий соціально-економічний збитокносять передракові зміни і преінвазивні форми цього захворювання, які можуть призводити до інвалідності і безпліддя. Зважаючи на зазначене, проведення даного дослідження є досить актуальним.

Мета дослідження – визначити економічну доцільність профілактики раку шийки матки в Україні шляхом вакцинації від папіломавірусної інфекції.

Матеріали та методи

Для досягнення мети дослідження був використаний метод аналізу економічної доцільності, який дозволяє порівняти дві альтернативні медичні технології при умові, що результати лікування можуть вимірюватися однаковою величиною стану здоров'я та не є однаковими. Нами проводилося моделювання результатів використання двох медичних технологій – проведення вакцинації від папіломавірусної інфекції всієї когорти 12-річних дівчаток України («нова» технологія) та існуючої ситуації (без вакцинації, технологія «порівняння»). Витрати при обох варіантах (без вакцинації та у випадку її проведення) нами оцінювалися в грошових одиницях. Результати впровадження «нової» технології (вакцинації) для здоров'я оцінювалися за допомогою показника «збережених/доданих років якісного життя» (quality-adjusted life-year – QALY), який найчастіше використовується для порівняння відносного покращення здоров'я населення внаслідок застосування різноманітних технологій охорони здоров'я. Економічно доцільною є технологія, за якої одна одиниця інкрементального покращення здоров'я (в нашому

випадку – один QALY) може бути досягнута за прийнятною інкрементальною вартістю «нової» технології (в нашому випадку – вакцинації) до альтернативи порівняння (існуюча ситуація, без вакцинації).

$$IKEД = \frac{\Delta \text{вартість}}{\Delta QALY} = \frac{C_2 - C_1}{QALY_2 - QALY_1},$$

де: ІКЕД – інкрементальний коефіцієнт економічної доцільності; Δ вартість – різниця між вартістю «нової» технології та технології порівняння; $\Delta QALY$ – різниця QALY між технологіями (кількість «доданих» або «збережених» років якісного життя; C_2 – витрати на «нову» технологію в грошових одиницях; C_1 – витрати на технологію порівняння (як правило, існуючу); $QALY_2$ – кількість років якісного життя при використанні «нової» технології; $QALY_1$ – кількість років якісного життя при використанні технології порівняння.

У країнах з перехідною економікою (до яких відноситься і Україна), де фармакоеконімічні оцінки не застосовуються на державному рівні, ВООЗ раніше рекомендувала визначати прийнятні значення економічної доцільності на основі розміру валового внутрішнього продукту (ВВП). Якщо витрати на один QALY є меншими чи рівними значенню ВВП, то технологія є безперечно економічно доцільною, якщо навіть перевищують значення ВВП у 1–3 рази, технологію все одно вважали економічно доцільною, якщо перевищують більш ніж у 3 рази – витратною, з урахуванням сучасних підходів [18].

Дослідження проводилося з урахуванням довгострокової соціальної перспективи, визначення економічної доцільності здійснювалося за допомогою методу марковського моделювання в програмі Microsoft Excel. У моделі Маркова досліджується гіпотетична когорта пацієнтів, які знаходяться в початковому стані до дослідження (у нашому випадку – стан «здоровий») і переходять в різні стани протягом циклу за визначеними ймовірностями. Пацієнт може перебувати тільки в одному зі станів, тому кожного наступного циклу визначається кількість пацієнтів, які розподіляються за станами. Це дозволяє розраховувати витрати та кількість QALY під час циклів для кожного стану та досліджуваної технології [4, 17].

Програма дослідження включала наступні етапи:

1. Розробка марковської моделі (визначення марковських станів та варіантів переходу між ними).
2. Пошук наукових та статистичних даних для розрахунку матриці ймовірностей переходу між марковськими станами.
3. Розрахунок кількості QALY та вартості медичної допомоги (прямих витрат) через захворюваність на РШМ без вакцинації (за існуючої ситуації – модель порівняння).
4. Розрахунок кількості QALY та вартості медичної допомоги через захворюваність на РШМ за умови проведення вакцинації (прямих витрат, з урахуванням вартості вакцинації – модель експерименту).
5. Визначення коефіцієнта ІКЕД (інкрементальний коефіцієнт економічної доцільності) та прийняття рішення щодо рекомендацій.

У ході моделювання ми припускали, що проводилася вакцинація всіх дівчаток 12-річного віку в Україні, а ефект вакцинації зберігався протягом усього життя. Враховувався ефект тільки в вакцинованій популяції, без врахування ефекту перехресної вакцинації. Економічна доцільність визначалася тільки для РШМ

(не враховувалася ефективність вакцинації для інших захворювань, що можуть викликатися ВПЛ, через відсутність достовірних статистичних даних).

Дані, що використовувалися для розрахунку, та джерела їх отримання наведені в табл. 1.

Таблиця 1

Перелік даних, необхідних для розрахунку, та джерела їх отримання

| Назва даних | Джерела отримання |
|---|--|
| Кількість населення жіночої статі віком 12 років станом на 01.01.2018 р. | Сайт «Статистика України» http://database.ukrcensus.gov.ua [7] |
| Загальна смертність населення за віком (середні дані за 2014–2017 рр.) | Сайт «Статистика України» http://database.ukrcensus.gov.ua [7] |
| Смертність населення внаслідок РШМ (С53) за віком (середні дані за 2014–2017 рр.) | Бюлетень Національного канцер-реєстру України №20 [13] |
| Захворюваність на РШМ за віком (2016 р.) | Бюлетень Національного канцер-реєстру України № 20 [13] |
| Розподіл хворих на РШМ за стадіями (2016 р.) | |
| Показники 5-річного виживання при РШМ залежно від стадії захворювання | |
| Показники рецидивів РШМ після лікування | |
| Прямі витрати | |
| Перелік діагностичних та лікувальних заходів при РШМ | Наказ МОЗ України від 02.04.2014 № 236 [3] |
| Витрати на діагностику стадії РШМ та моніторинг наявності рецидивів (для тих, хто в стадії ремісії) | Приватні клініки [1] |
| Показники використання різних видів лікування за стадіями (2016 р.) | Бюлетень Національного канцер-реєстру України № 20 [13] |
| Витрати на хірургічне лікування РШМ | Приватні клініки [1] |
| Витрати на хіміотерапію РШМ | |
| Витрати на променеву терапію РШМ | |
| Вакцинація | |
| Частка РШМ, пов'язана з ВПЛ 16, 18 типу | Наукова література [11, 12] |
| Ефективність вакцинації в частині зменшення інфікування ВПЛ 16 та 18 типу | Наукова література [9, 10, 14] |
| Вартість вакцини та її введення | Приватні клініки [1] |
| Вартість огляду педіатра перед вакцинацією | |

При створенні моделі нами були визначені наступні марковські стани для жіночого населення: 1. Здорові. 2. Первинно захворілі на РШМ («гострий період») – отримують діагностику і різні види лікування залежно від стадії захворювання. 3. Захворілі на РШМ в стані ремісії (після лікування, «хронічний період») – потребують діагностики щодо наявності рецидивів. 4. Смерть.

Часовий горизонт – період дожиття дівчаток, яким на початок дослідження 12 років. Тривалість марковського циклу – 1 рік. Дисконтування тривалості життя і величини витрат враховувалося в розмірі 3% в рік.

З урахуванням вихідних даних нами визначені ймовірності переходів між станами, наведені в табл. 2.

Розроблена марковська модель виглядала наступним чином (рис. 1).

За статистичними даними, станом на 01.01.2018 р. в Україні нараховувалося 193 413 дівчаток віком 12 років. Показник загальної смертності жіночого населення за всіма віковими групами становив 13,0 на 1000 жінок. Стандартизований показник захворюваності жіночого населення на РШМ у 2017 році становив 19,8 на 100 тис. жіночого населення, стандартизований показник смертності від РШМ – 8,4 на 100 тис жінок. При моделюванні ми використовували вікові показники загальної смертності, захворюваності та смертності від РШМ. При дослідженні ми враховували, що за даними Канцер-реєстру (дані за 2017 рік) РШМ виявляється на наступних стадіях: I–II ст. – 76,2%, III ст. – 14,6%, IV ст. – 5,4%. Виживання пацієнток безпосередньо залежить від стадії захворювання, її п'ятирічні показники становлять: для стадії I – 78,1%, II – 57,0%, III – 31,0%, IV – 7,8%, всі

стадії – 55,0%. Тому припускали, що через 5 років після виявлення захворювання при відсутності рецидивів 55% пацієнок з категорії «ремісія» переходили в категорію «здорові». Протягом першого року після встановлення діагнозу РШМ в Україні помирає близько 16% жінок.

Показник рецидивів РШМ (ріст пухлини, поява метастазів) в Україні, за даними [2, 13], становить близько 24% (перехід зі стадії ремісії в стадію «первинно захворілі», потребують переважно хіміотерапевтичного лікування).

Коефіцієнти якості життя під час перебування в різних станах (враховуються під час розрахунку втрачених QALY) нами були прийняті наступні: здорові – 0,9,

первинно захворілі (гострий період) – 0,5; хворі на РШМ в період ремісії – 0,7; смерть – 0.

Для розрахунку величини прямих витрат на діагностику та лікування РШМ ми брали до уваги наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02.04.2014 №236 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високо-спеціалізованої) медичної допомоги «Дисплазія шийки матки. Рак шийки матки» [3], яким перебачений необхідний об'єм діагностичних та лікувальних послуг залежно від стадії захворювання. Вартість цих послуг визначалася за даними прайсів приватних клінік, так як в державних клініках офіційна оплата не встановлена.

Таблиця 2

Матриця ймовірностей переходів між марківськими станами (без вакцинації)

| Із стану/до стану | 1. Здорові | 2. Перв. хворі на РШМ | 3. Хворі на РШМ в період ремісії | 4. Смерть |
|----------------------------------|------------|-----------------------|----------------------------------|------------|
| 1. Здорові | 0,999516 | 0,000017* | - | 0,000467** |
| 2. Перв. хворі на РШМ | - | 0,12 | 0,72 | 0,16 |
| 3. Хворі на РШМ в період ремісії | 0,55 | 0,22 | 0,13 | 0,1 |
| 4. Смерть | - | - | - | 1 |

Примітка: * – з 1 стану в 2 стан згідно показників захворюваності на РШМ за віком; ** – з 1 стану до 4 стану згідно показників загальної смертності за віком (без смертності від раку шийки матки).

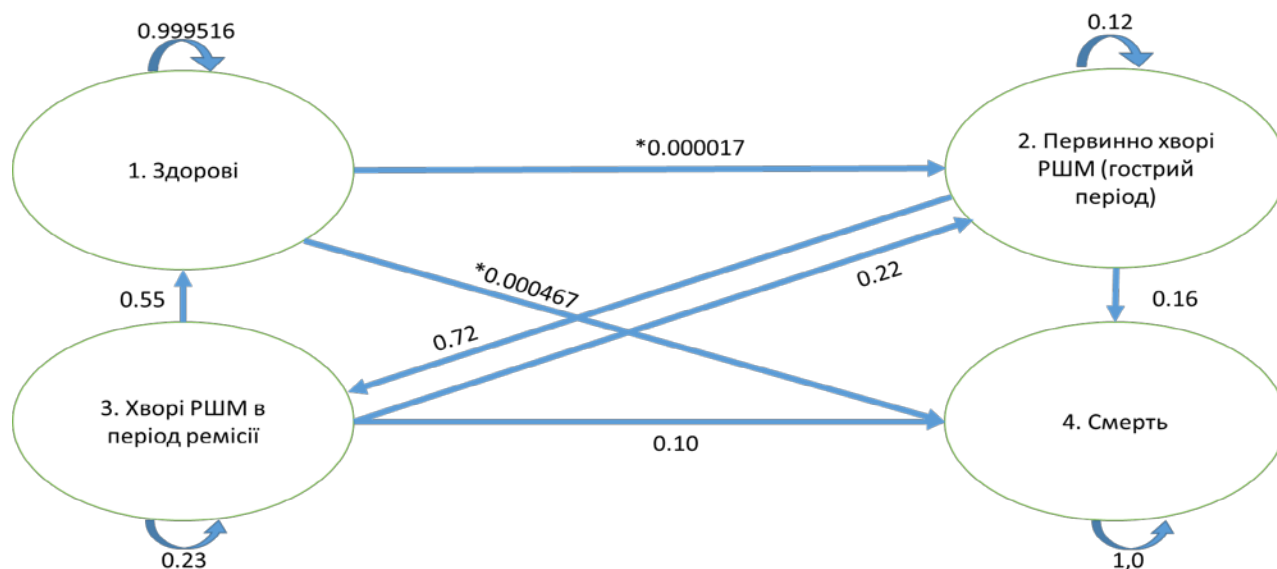


Рис. 1. Марковська модель захворювання на РШМ з визначеними ймовірностями переходу між станами (модель порівняння, при вакцинації ймовірність переходу зі стану 1 до стану 2 зменшується на 65%) (Примітка: * – використовувалися вікові показники)

Витрати на діагностику стадії РШМ та наявність рецидивів (для тих, хто в стадії ремісії) визначена в розмірі 9600 грн. Сюди включені огляд гінеколога, проведення кольпоскопії, біопсії, цитологічних, гістологічних, УЗД досліджень, аналізу крові на онкомаркери, КТ, МРТ. Діагностика повинна проводитися для всіх пацієнок з РШМ та при підозрі на рецидив захворювання [3].

Витрати на лікування нами визначалися залежно від стадії захворювання.

1. Витрати на хірургічне лікування РШМ визначені в розмірі 36 тис. грн (видалення матки абдомінальним або лапароскопічним методом, з урахуванням вартості знеболення та перебування в стаціонарі). Тільки хірургічне лікування проводилося для 17% пацієнок з числа вперше виявлених з діагнозом РШМ.

2. Витрати на хіміотерапію РШМ. Припускали застосування 2 циклів неоад'ювантної терапії карбоплатином і паклітакселом у 50% пацієнок і 6 циклів

ад'ювантної терапії у 25% пацієнток. Розрахунок витрат на хіміотерапію здійснювали на основі даних приватних клінік («Лісод»). Вартість всіх курсів хіміотерапії нами була прийнята за 50 тис. грн.

3. Витрати на променеви терапію РШМ становили близько 4000 грн, отримували 40% пацієнток.

4. Комбінації зазначених методів лікування використовувалися при наданні медичної допомоги 78% пацієнтів.

В цілому, з урахуванням наведених вище даних, нами розраховано, що середня вартість лікування одного випадку РШМ в частині прямих затрат становить 110 тис. грн. За даними Са-реєстру, 22% пацієнток серед тих, кому був встановлений діагноз РШМ, не були охоплені лікуванням.

За наведеними значеннями нами розраховано розмір витрат на діагностику та лікування РШМ, а також кількість QALY у невакцинованого населення (модель порівняння).

На наступному етапі був проведений розрахунок за умови моделювання проведення вакцинації від ВПЛ двовалентною вакциною всіх дівчаток віком до 12 років (припускали, що вакцинація зменшує ризик захворіти на РШМ (ймовірність переходу з 1 стану до 2 стану)).

Прогнозована ефективність вакцинації від ВПЛ в частині запобігання РШМ визначалася з урахуванням, що, за даними наукових досліджень [10, 11, 14], причиною РШМ у 74% випадків є ВПЛ 16-го і 18-го типів. Отже, ми вважали, що проведення вакцинації приведе до зменшення ризику захворіти РШМ на 65% (з урахуванням, що вакцинація на 88% зменшує наявність ВПЛ в організмі). Після цього було визначено витрати на діагностику та лікування РШМ (для частини осіб, які захворіють), показники витрат на один випадок були ідентичні з групою порівняння).

На наступному етапі ми розраховували вартість проведення вакцинації. Ціна двохвалентної вакцини Церварикс становила 2300 грн [1]. Використовується дітям від 9 до 14 років включно дві дози по 0,5 мл. Друга доза вводиться в період між 5 та 13 місяцями після першої дози. Вартість 2 вакцинацій – 4600 грн. Ми припускали, що перед введенням кожної дози вакцини здійснюється огляд педіатром (вартість 270 грн) [1]. За наведеними значеннями нами розраховано розмір витрат на проведення вакцинації всієї когорти 12-річних дівчаток України (модель експерименту) та визначено кількість QALY для вакцинованого населення. На основі отриманих результатів встановлено значення інкрементального коефіцієнта економічної доцільності (ІКЕД) за наведеною вище формулою.

При проведенні аналізу чутливості оцінювали зміни наступних параметрів:

1. Збільшення ефективності вакцинації в частині профілактики РШМ до рівня 85% (з 65%);

2. Зниження вартості вакцини на 50% (вартість 1150 грн);

3. Збільшення вартості лікування одного випадку РШМ на 50%.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами моделювання за першим варіантом (збереження існуючої ситуації щодо захворюваності на РШМ) встановлено, що в Україні протягом життя з 193 413 дівчаток, яким станом на початок 2018 р. було 12 років, захворіють на РШМ 4108 осіб (2124 на 100 тис. жіночого населення).

Що стосується моделювання другого варіанту – вакцинації від ВПЛ всіх 12-річних дівчаток, очікується зменшення кількості захворілих на РШМ до 1440 (з 4108) (рис. 2).

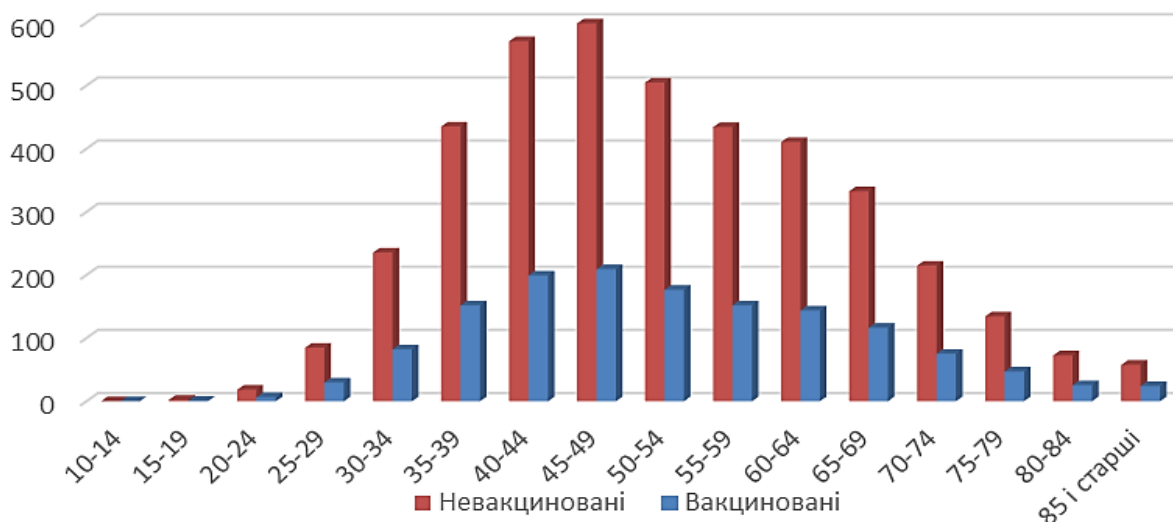


Рис. 2. Порівняння кількості випадків захворювань на РШМ у вакцинованій та невакцинованій популяції (193 413 осіб) – 2668 (1440 проти 4108)

Що стосується років якісного життя (QALY), то при першому варіанті через захворюваність та передчасну смертність від РШМ визначено, що цей показник для зазначеної популяції населення буде становити з урахуванням дисконтування (3%) 5 141 702 років (26,58 років на 1 особу).

Розрахована кількість QALY з урахуванням дисконтування для когорти вакцинованих осіб буде становити 5 145 684 роки, що в перерахунку на 1 особу складатиме 26,60 року. За даними моделювання, впровадження вакцинації додасть 3982 QALY, найбільшу їх кількість отримаємо в результаті попередження захворювання в осіб віком 45–64 років (рис. 3).

Загальні витрати на надання медичної допомоги, пов'язаної з РШМ, з урахуванням дисконтування в 3% для невакцинованих осіб, будуть складати 123 224 234 грн (637,10 грн на 1 особу). Витрати на надання медичної допомоги, пов'язаної з РШМ, вакцинованим особам становитимуть 43 075 352 грн (222,71 грн на 1 особу). Отже, проведення вакцинації дасть можливість попередити витрати, пов'язані з захворюванням на РШМ, у вакцинованій популяції (193 413 осіб) на 80 148 882 грн. Максимальний приріст попереджених витрат можна прогнозувати в період досягнення вакцинованими віку від 35 до 49 років (рис. 4).

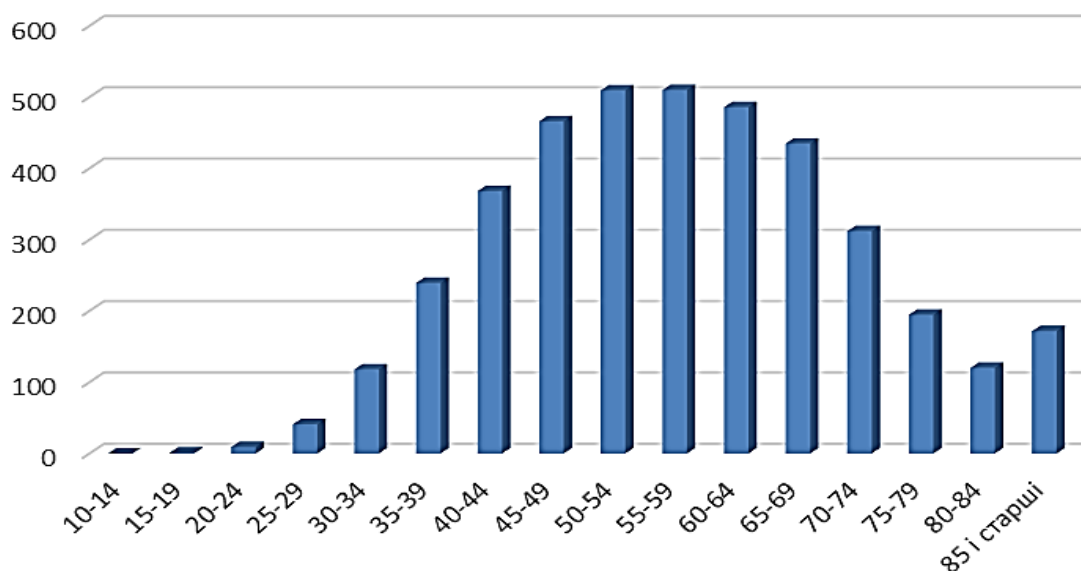


Рис. 3. Кількість додаткових QALY за віковими групами, отриманих в результаті вакцинації від ВПЛ-інфекції з метою профілактики РШМ, з дисконтуванням, років

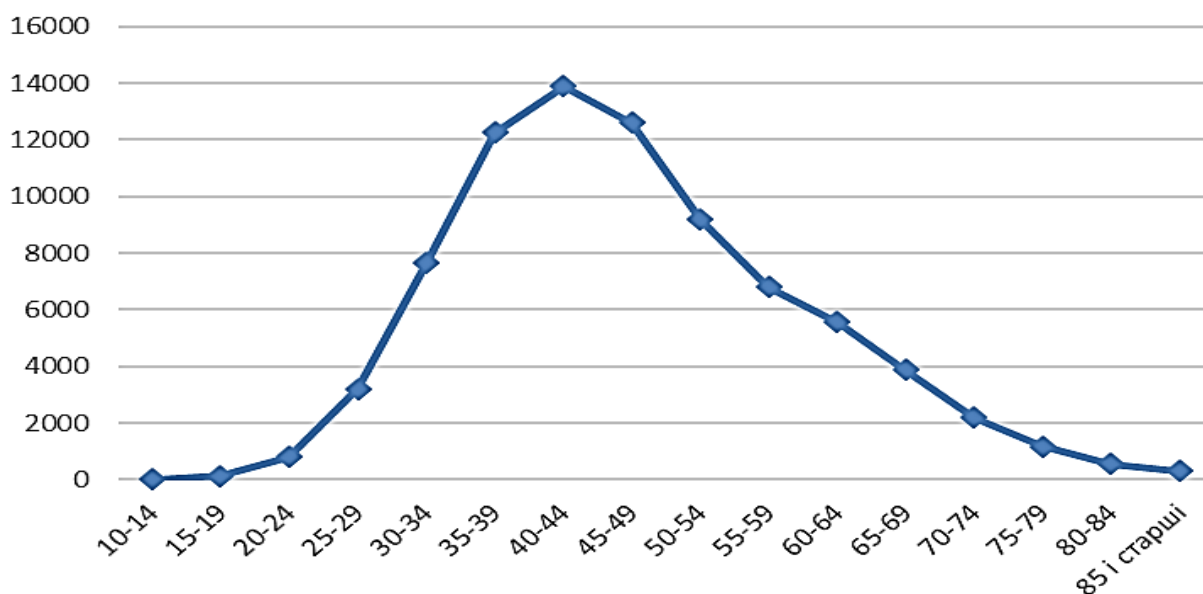


Рис. 4. Розмір прямих витрат на надання медичної допомоги при РШМ за віковими групами, попереджений в результаті вакцинації від ВПЛ, тис. грн, на популяцію 193 413 осіб (з дисконтуванням, всього 80,1 млн грн)

Проте, до цих витрат необхідно додати досить високу вартість вакцинації (витрати на дворазове введення двовалентної вакцини з урахуванням огляду педіатра для всієї когорти 12-річних дівчаток будуть становити понад

994 млн грн). Загальні витрати для групи експерименту будуть становити 1037 млн грн. Узагальнені результати розрахунку наведені в табл. 3.

Таблиця 3

Результати розрахунку оцінки ефективності вакцинації від ВПЛ інфекції в частині профілактики РШМ

| Показник | Невакциновані | Вакциновані | Різниця між групами |
|--|---------------|-------------|---------------------|
| Захворюваність на РШМ, на 100 тис. осіб | 2124 | 745 | -1379 |
| Середня тривалість QALY, на 1 особу, років (дисконт. – 3%) | 26,58 | 26,60 | 0,02 |
| Витрати на надання медичної допомоги, яка пов'язана з РШМ, на 1 особу, грн (дисконт. – 3%) | 637,10 | 222,71 | 414,39 |
| Витрати на проведення вакцинації, грн на 1 особу | 0 | 5140 | -514 0 00 000 |
| Середні витрати на 1 особу, грн | 637,10 | 5632,71 | -2995,61 |

За формулою, наведеною вище, нами визначено інкрементальний коефіцієнт економічної доцільності (вартість 1 додаткового QALY) при вакцинації двовалентною вакциною:

$$\text{ИКЕД} = (1037218172 - 123224234) / (5145684 - 5141702) = 229\,575 \text{ грн.}$$

Розмір валового внутрішнього продукту (ВВП) у 2017 р. становив в Україні 70 224 грн на одного мешканця. У нашому випадку ми отримали показник вартості додаткового QALY **229 575 грн, що в 3,3 рази перевищує**

розмір ВВП на душу населення. З урахуванням оновлених підходів ВООЗ щодо граничних значень економічної ефективності та результатів, опублікованих J. Ochalek та співавторами [15] слід вважати вакцинацію від папіломавірусної інфекції в Україні економічно витратною (недоцільною).

Нами проведено аналіз чутливості за окремими параметрами, які можуть змінюватися залежно від різних факторів, або щодо них в наукових джерелах існують різні дані. Результати аналізу чутливості результатів до зміни параметрів моделювання наведені в табл. 4.

Таблиця 4

Аналіз чутливості

| Параметр | Розрахований показник ICER (грн/QALY) | Відношення до ВВП на душу населення (70 224 грн) |
|--|---------------------------------------|--|
| Базовий варіант (2-валентна вакцина) | 229 575 | 3,3 |
| Збільшення ефективності вакцинації в частині профілактики РШМ до рівня 85% (з 65%) | 171 077 | 2,4 |
| Зниження вартості вакцини на 50% (вартість 1150 грн) | 117 838 | 1,7 |
| Збільшення вартості лікування РШМ на 50% | 219 509 | 3,1 |

За даними аналізу чутливості встановлено, що лише в разі зменшення вартості вакцини на 50% проведення вакцинації від папіломавірусної інфекції буде економічно доцільною (вартість 1 QALY буде менше 2 ВВП на душу населення). При зміні решти чутливих параметрів результати не дозволяють рекомендувати технологію до впровадження, враховуючи економічне становище України.

Обмеження дослідження

Проведене дослідження характеризується рядом обмежень. Не була врахована висока ефективність вакцинації проти гострокінцевих кондилом та інших ВПЛ-асоційованих захворювань (через відсутність достовірних статистичних даних щодо захворюваності). Не враховувалися витрати на проведення скринінгу на РШМ

(вважали, що вони однакові для обох моделей). При оцінці витрат використовувалися тарифи приватних клінік, які можуть відрізнятися від обсягу витрат в інших закладах охорони здоров'я.

При моделюванні не враховувався популяційний ефект вакцинації, виявлений в ряді країн, де вакцинація проти ВПЛ включена в календар щеплень. Також не проводився розрахунок непрямих витрат (втраченої вигоди). Облік цих факторів дозволив би прогнозувати вищі значення ефективності витрат на вакцинацію проти папіломавірусної інфекції в Україні.

Висновки

1. За результатами огляду наукових джерел визначено високу ефективність (70–100%) вакцинації від

ВПЛ інфекції в частині запобігання виникненню ВПЛ асоційованих захворювань, в т.ч. і раку шийки матки.

2. Встановлено за допомогою марковського моделювання, що в Україні вартість одного додаткового року якісного життя (QALY) при проведенні вакцинації двовалентною вакциною буде становити 229 575 грн, що складає 3,3 розміру ВВП на душу населення.

3. Згідно з міжнародними рекомендаціями, отримані результати не дозволяють віднести вакцинацію від ВПЛ інфекції двовалентною вакциною до економічно

доцільних технологій в Україні. За результатами аналізу чутливості, лише при зменшенні вартості вакцини на 50% вакцинація від ВПЛ інфекції буде економічно доцільною.

Перспективи подальших досліджень

Доцільно провести повторний розрахунок при зміні показника ВВП в Україні з урахуванням ефективності вакцинації при інших ВПЛ-асоційованих захворюваннях.

Література

1. *Вартість* медичних послуг у приватних клініках / режим доступу https://oberig.ua/media/files/Price_05.05.19.pdf, https://www.lissod.com.ua/prices/consultation_lisod, <http://www.boris.kiev.ua/price>.
2. Гончарова Я. Впровадження вакцинації проти папіломавірусної інфекції / Я. Гончарова // З турботою про Жінку. – 2013. – № 7 (46). – С.51-54; №8, С.28-29.
3. Додаток до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 02.04.2014 р. №236 Рак шийки матки. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах.
4. Косяченко К. Л. Методологія оцінки технологій в охороні здоров'я та фармації: актуальність упровадження в Україні [Текст] / К. Л. Косяченко // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2011. – № 1 (15) – С. 36–41.
5. Піняжко О. Б. Методичні підходи до проведення оцінки технологій охорони здоров'я в Україні на основі європейської моделі / О. Б. Піняжко, О. М. Заліська // Соціальна фармація в охороні здоров'я. – 2015. – Т. 1. – № 2. – С. 44-54.
6. Слабкий Г.О. Від фармакоекономічних досліджень – до оцінки медичних технологій; досвід країн світу / Г.О Слабкий, О.Ю. Марков, О.В. Горбенко // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 3 (19). – С. 132-142.
7. Статистика населення України <http://database.ukrcensus.gov.ua>.
8. Brisson M, Jit M, Boily MC et al. Modelling estimates of the incremental effectiveness and cost-effectiveness of HPV vaccination.
9. Brisson M., Benard E., Drolet M., Bogaards J.A., Baussano I., Vänskä S., Jit M. Population-level impact, herd immunity, and elimination after human papillomavirus vaccination: a systematic review and meta-analysis of predictions from transmission-dynamic models. *Lancet Publ. Health.* 2016;1 e8e17. [PubMed] [Google Scholar].
10. Brotherton J. (2019). Impact of HPV vaccination: Achievements and future challenges. *Papillomavirus research* (Amsterdam, Netherlands), 7, 138–140. Advance online publication. doi:10.1016/j.pvr.2019.04.004.
11. Brotherton J.M., Hawkes D., Sultana F., Malloy M.J., Machalek D.A., Smith M.A. Age-specific HPV prevalence among 116,052 women in Australia's renewed cervical screening program: a new tool for monitoring vaccine impact. *Vaccine.* 2019 Jan 14;37(3):412–416. Epub 2018 Dec 11. [PubMed] [Google Scholar].
12. Brouwer, W., van Baal, P., van Exel, J. et al. *Eur J Health Econ* (2019) 20: 175. <https://doi.org/10.1007/s10198-018-1000-4>.
13. *Bulletin of National Cancer Registry of Ukraine* № 20 Kyiv – 2019 www.ncru.inf.ua/publications/BULL_20/index_e.htm
14. Drolet M., Benard E., Boily M.C., Ali H., Baandrup L., Bauer H., Beddows S. Population-level impact and herd effects following human papillomavirus vaccination programmes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect. Dis.* 2015 May;15(5):565e80. doi: 10.1016/S1473-3099(14)71073-4. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].
15. Fesenfeld M, Hutubessy R, Jit M. Cost-effectiveness of human papillomavirus vaccination in low and middle income countries: a systematic review. *Vaccine.*2013;31:3786–804. [PubMed].
16. http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2016/october/07_Modelling_HPV_immunization_strategies.pdf. Date: 2016 (accessed March 15, 2019).
17. Menn Petra, Holle Rolf. Comparing Three Software Tools for Implementing Markov Models for Health Economic Evaluations // *Pharmacoeconomics* 2009; 27(9): 745-753.
18. Ochalek, J. M., Lomas, J., & Claxton, K. P. (2015). Cost per DALY averted thresholds for low- and middle-income countries: evidence from cross country data. (pp. 1-50). (CHE Research Paper; No. 122). York, UK: Centre for Health Economics, University of York. Щодо 1-3 ВВП та зміни підходів.
19. World Health Organization . 2019. Global Market Study HPV. https://www.who.int/immunization/programmes_systems/procurement/v3p/platform/module2/WHO_HPV_market_study_public_summary.pdf WHO/IVB/19.04 Last accessed 15th March 2019. [Google Scholar] кількість країн де ВПЛ впроваджена в календар щеплень.

20. Z. Kaló, K. Landa, T. Doležal, and Z. Vokó Transferability of National Institute for Health and Clinical Excellence recommendations for pharmaceutical therapies in oncology to Central-Eastern European countries, *European Journal of Cancer Care*, vol. 21, no. 4, pp. 442–449, 2012.

Дата надходження рукопису до редакції: 14.02.2019 р.

Подходы к оценке медицинских технологий на примере определения экономической целесообразности профилактики рака шейки матки в Украине путем вакцинации от папилломавирусной инфекции

В.Д. Парий¹, С.Н. Грищук², Г.А. Кукина³

¹Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

²Житомирський державний університет імені Івана Франка, Коммунальное высшее учебное заведение «Житомирский медицинский институт» Житомирского областного совета

³ГУ «Днепропетровская медицинская академия» Министерства здравоохранения Украины

Цель – определить экономическую целесообразность профилактики рака шейки матки в Украине путем введения сплошной вакцинации от папилломавирусной инфекции 12-летних девочек.

Материалы и методы. Был использован метод марковского моделирования с определением инкрементального коэффициента экономической целесообразности на основе эпидемиологических данных заболеваемости и смертности от рака шейки матки в Украине и сравнения продолжительности жизни женского населения без вакцинации от папилломавирусной инфекции и при условии ее осуществления. Расходы на оказание медицинской помощи при раке шейки матки и стоимость вакцинации рассчитывали на основе тарифов частных клиник (в Украине отсутствуют государственные тарифы).

Предполагали, что эффект вакцинации сохранялся в течение всей жизни, учитывали его только в вакцинированной популяции. Временной горизонт – период дожития девочек, возраст которых 12 лет. Продолжительность марковского цикла – 1 год. Дисконтирование продолжительности жизни и величины расходов осуществлялось в размере 3% в год. Расчет осуществлен для двухвалентной вакцины. Анализ чувствительности осуществлялся по трем параметрам.

Результаты. С учетом ограничений исследования и принятых допущений введения в Украине вакцинации от папилломавирусной инфекции позволит предотвратить 1592 случаев рака шейки матки, сохранить 2080 жизни и уменьшить расходы, связанные с медицинской помощью при раке шейки матки на 41,4 млн грн (все результаты на 100 тыс. вакцинированных лиц). Размер дополнительных расходов на вакцину и ее введение составил 5140 грн на одну вакцинированную девочку. Значение инкрементального коэффициента экономической целесообразности составило 229 575 грн, что в 3,3 раза превышает размер валового внутреннего продукта в Украине на одного гражданина в 2017 году (70 224 грн).

Выводы. По показателям 2017–2018 годов, с учетом предположений и актуальной стоимости вакцины вакцинация от папилломавирусной инфекции с целью профилактики рака шейки матки в Украине является экономически нецелесообразной технологией.

Ключевые слова: оценка медицинских технологий, вирус папилломы человека, вакцинация, Марковского моделирования, экономическая целесообразность.

Approaches to the evaluation of medical technologies on the example of determination of economic perception of cancer prevention in Ukraine by vaccination from papillomavirus infection

V.D. Pariy¹, S.M. Hryshchuk², G.O. Kukina³

¹National Medical University Bogomolets (Department of Health Management)

²Zhytomyr Ivan Franko State University, Zhytomyr, Ukraine

³Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine

The purpose of the work is to determine the economic feasibility of preventing cervical cancer in Ukraine by introducing a continuous vaccination against a 12-year-old girl with a papillomavirus infection.

Methods. Markov simulation was used to determine the incremental coefficient of economic feasibility (ICER) on the basis of epidemiological data on morbidity and mortality from cervical cancer in Ukraine. Costs for the provision of medical care under the cervical cancer and the cost of vaccination calculated on the basis of the tariffs of private clinics (in Ukraine there are no state tariffs). It was assumed that the effect of vaccination persisted throughout life, taking into account it only in the vaccinated population. The time horizon –

the period of survival of girls, which at the beginning of the study is 12 years. The duration of the Markov cycle is 1 year. Discounting the duration of life and the cost of spending was carried out at a rate of 3% per year. The calculation is made for a divalent vaccine. The sensitivity analysis was carried out in three parameters.

Results. Taking into account the accepted assumptions and limitations of the introduction of HPV vaccination in Ukraine, it will prevent the prevention of 1592 Cervix cancer cases, the preservation of 2059 quality-adjusted life-year (QALY) and the reduction of the cost of medical care for Cervical Cancer in the amount of UAH 41 400 000 (all results per 100,000 vaccinated persons). The amount of additional costs for the vaccine and its introduction was UAH 5140 per vaccinated person. The ICER index is UAH 229 575, which is 3.3 times the gross domestic product in Ukraine per 1 person in 2017 (UAH 70 224).

Conclusions. Given the assumptions and actual cost of the vaccine, vaccination against HPV infection with a view of preventing Cervical cancer in Ukraine is currently economically inappropriate.

Key words: health technology assessment, human papillomavirus, vaccination, Markov simulation, economic feasibility.

Відомості про авторів

Парій Валентин Дмитрович – д.мед.н., професор, завідувач кафедри менеджменту охорони здоров'я Інституту післядипломної освіти НМУ імені О.О. Богомольця, бульвар Т.Шевченка, 13, м. Київ, Україна, 01601.

Гришук Сергій Миколайович – к.мед.н., старший викладач кафедри медико-біологічних дисциплін Житомирського державного університету імені Івана Франка, вул. Велика Бердичівська, 40, м. Житомир, Україна; викладач кафедри «Сестринська справа» КВНЗ «Житомирський медичний інститут» Житомирської обласної ради, вул. Велика Бердичівська, 46/15, м. Житомир, Україна, 10002.

Кукіна Галина Олександрівна – аспірант ДЗ «Дніпропетровська медична академія» МОЗ України, вулиця Володимира Вернадського, 9, м. Дніпро, Україна, 49044.

Методичні підходи до експертизи якості діяльності сестринського персоналу закладу охорони здоров'я на підставі індикаторів оцінки якості

Центр превентивної медицини Державного управління справами

В статті на основі критичного вивчення та глибокого аналізу досвіду організації управління сестринською службою закладу охорони здоров'я, запропоновано методичний підхід до експертизи якості діяльності сестринського персоналу закладу охорони здоров'я третього рівня надання медичної допомоги на підставі індикаторів оцінки якості. На підставі отриманих даних автор дослідження опрацював: по-перше, індикатори оцінки якості сестринського персоналу у закладі охорони здоров'я, що надає третинну медичну допомогу; по-друге, методичний підхід до експертизи якості діяльності сестринського персоналу на підставі індикаторів оцінки якості у закладі охорони здоров'я, що надає третинну медичну допомогу; по-третє, застосувати запропонований підхід до експертизи якості діяльності сестринського персоналу на підставі індикаторів оцінки якості у Клінічній лікарні «Феофанія» Державного управління справами, що дозволив на 17% підвищити рівень задоволеності пацієнтів; на 9% заощадити часові витрати, та на 6% зменшити ресурсні витрати.

Ключові слова: заклад охорони здоров'я, індикатори оцінки якості сестринської допомоги, стаціонарна допомога.

Вступ

В Україні сестринська справа – найважливіша складова частина системи охорони здоров'я, що володіє значними кадровими ресурсами. Сестринське обслуговування розглядається як один з способів поліпшення якості в сфері охорони здоров'я та є частиною загальної тенденції до подальшого підвищення економічної ефективності системи охорони здоров'я [1–5].

Якість сестринського обслуговування – найважливіший аспект якості медичної допомоги (ЯМД) населенню, що характеризує діяльність сфери як системи за результатами аналізу комплексу різних параметрів, що визначають можливості організації з позиції ресурсного забезпечення, ефективності інноваційних методів управління, функціональних властивостей, оцінки результатів діяльності.

На сьогоднішній день експертиза якості медичної допомоги в Україні переважно базується на оцінці роботи лікарів, а питання оцінки сестринської допомоги та сестринського догляду за пацієнтами не мають належного відображення в існуючих системах контролю якості. Поняття якості сестринської допомоги нерозривно пов'язане з інноваційним лікувально-діагностичним процесом, від якого залежать ефективність лікування, реабілітація, одужання пацієнта. Важливим моментом є чітке визначення критеріїв оцінки якості сестринської допомоги (ЯСД). Очевидно, що необхідно оцінювати правильність виконання процедур, своєчасність виконання лікарських призначень, дотримання санітарних норм, ведення документації, порядок у відділенні в цілому, але окрім цього потрібно проводити оцінку дотримання медичними сестрами поведінкових норм [4–12].

В процесі аналізу доступної нам науково-методичної літератури, встановлено факт відсутності належного аналізу методичних підходів до експертизи якості діяльності сестринського персоналу закладу охорони здоров'я третього рівня надання медичної допомоги на підставі індикаторів оцінки якості [1–3, 12]. Це визначило мету та завдання даного дослідження і обумовило його актуальність.

Мета роботи – розробити методичний підхід до експертизи якості діяльності сестринського персоналу закладу охорони здоров'я третього рівня надання медичної допомоги на підставі індикаторів оцінки якості.

Результати дослідження та їх обговорення

Процедура контролю якості сестринської допомоги – одна з найважливіших функцій управління якістю і являє собою новий напрямок діяльності сестринських служб (із врахуванням сучасних підходів, що викладено у стандартах ДСТУ ISO 9001:2015 та JCI – Joint Commission International). Керівники сестринських служб успішно реалізують даний вид діяльності тільки в тому випадку, якщо розроблені методи контролю і оцінки, системи показників, що характеризують якість сестринської допомоги за різними сестринськими спеціальностями [13–19].

На нашу думку, процесний підхід до оцінки ЯСД здійснюють:

- старші медичні сестри відділень щодня, фіксуючи підсумки роботи медичних сестер лікувально-діагностичних підрозділів закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) в зошитах обліку дефектів, проводять індивідуальну роботу щодо їх усунення;

- окремо оцінюються параклінічні аспекти сестринської діяльності (виконавська дисципліна, дотримання санепідрезиму, контроль за використанням та зберіганням лікарських засобів та ін.);

- головна медсестра поряд із цим оцінює якість роботи старших медичних сестер лікувально-діагностичних підрозділів ЗОЗ.

Для об'єктивності результатів оцінки діяльності важливо враховувати кількість: посад за штатом і фактично зайнятих, пролікованих хворих, хворих з дефіцитом самостійного догляду, виконаних ін'єкцій і яких саме, інфузій, укладання біксів, обробки інструментарію,

перевертань хворих із загрозою пролежнів, пацієнтів, перекладених на ноші, отримання дез. засобів, отриманих в аптеці лікарських засобів, результатів про прибирання та кварцування палат і маніпуляційних кабінетів, вимірювання температури тіла у пацієнта та ін.

Відповідно до вище перелічених складових діяльності головної медичної сестри, старших медичних сестер та медичних сестер лікувально-діагностичних підрозділів нами розроблено методичний підхід та визначено індикатори оцінки якості діяльності сестринського персоналу у закладі охорони здоров'я (таблиця).

Таблиця

Індикатори оцінки якості діяльності сестринського персоналу закладу охорони здоров'я

| Критерій | Індикатор | Обґрунтування | Пояснення | Методика |
|---|---|---|--|---|
| Дотримання локального протоколу введення лікарських засобів, шляхом виконання в/в ін'єкцій | Частота ускладнень у пацієнтів, в місцях проведення в/в ін'єкцій – післяін'єкційні абсцеси, флебіти тощо, наявність скарг пацієнтів | В обов'язки медичної сестри входить виконання локальних протоколів, зокрема, виконання локального протоколу виконання в/в ін'єкції, медична сестра повинна мати теоретичний і практичний рівень підготовки | Виникнення ускладнень (післяін'єкційні флебіти, абсцеси, гематоми та ін.), наявність скарг пацієнтів – свідчать про недотримання затвердженого локального протоколу виконання в/в ін'єкції | Одиниця виміру – кожен новий випадок виникнення ускладнень. Контроль якості локального протоколу виконання в/в ін'єкції проводиться старшою медичною сестрою 1 раз на тиждень на робочому місці або вибірково, при проведенні в/в ін'єкції, із записом дефектів в журналі |
| Дотримання локального протоколу введення лікарських засобів шляхом проведення в/м ін'єкції | Частота ускладнень під час виконання в/м ін'єкцій, наявність скарг пацієнтів | В обов'язки медичної сестри входить виконання локальних протоколів, алгоритмів інфекційної безпеки персоналу та пацієнтів, правильність вибору місця ін'єкції (верхньозовнішній квадрат, м'яз стегна – передньозовнішня поверхня стегна, дельтовидний м'яз, підлопатковий м'яз, довгий м'яз спини), виконання процедури в медичних гумових рукавичках | Наявність скарг пацієнтів, виникнення ускладнень (післяін'єкційні інфільтрати, абсцеси, жирові емболії, попадання у велику судину, травмування нервового стовбура та нервових волокон: парези, паралічі, кровотечі, поломка голки та ін.) свідчать про відсутність знань локального протоколу виконання в/м ін'єкцій, порушення алгоритму гігієнічної антисептики рук, використання нестерильного матеріалу тощо | Одиниця виміру – кожен новий випадок виникнення ускладнень. Наявність скарг від пацієнтів, оцінка старшою медичною сестрою виконання стандарту на робочому місці, оцінка теоретичних знань стандарту, практичних навичок дотримання алгоритму, запис в журналі дефектів проводиться щотижнево, або вибірково старшою медичною сестрою |
| Дотримання локального протоколу введення лікарських засобів шляхом проведення підшкірної ін'єкції | Частота ускладнень під час виконання підшкірної ін'єкції, наявність скарг пацієнтів | В обов'язки медичної сестри входить виконання правил асептики, антисептики, затверджених локальних протоколів, правильність вибору місця ін'єкції: зовнішня поверхня плеча, променева | Наявність скарг, виникнення ускладнень (інфільтрати, введення ліків в просвіт судини, ліподистрофія, попадання під шкіру подразнюючих розчинів), свідчать про порушення локального | Одиниця виміру – кожен новий випадок ускладнень. Огляд та опитування пацієнтів проводиться 1 раз в тиждень. Наявність скарг від пацієнтів, оцінка старшою медичною сестрою |

| Критерій | Індикатор | Обґрунтування | Пояснення | Методика |
|---|---|--|--|---|
| | | сторона передпліччя, підлопаткова ділянка, передньозовнішня поверхня стегна, бокова поверхня черевної стінки, ділянка навколо пупка в окрузі 2,5 см, нижня частина підмишкової області; дотримання правил візуального контролю лікарських засобів | протоколу, алгоритму виконання п/шкірної ін'єкції | виконання стандарту на робочому місці проводиться 1 раз в тиждень або вибірково |
| Дотримання локального протоколу введення лікарських засобів краплинним способом | Відсутність теоретичних знань, дотримання навичок, частота ускладнень під час введення лікарських засобів краплинним способом | В обов'язки медичної сестри входить виконання локальних протоколів, дотримання правил асептики, антисептики, гігієнічної обробки рук, нагляд за хворим під час введення лікарських засобів краплинним способом, дотримання правил організації роботи з лікарськими засобами | Виникнення ускладнень (повітряна емболія, інфікування, алергічні прояви та ін.) свідчать про неякісне проведення даної маніпуляції, відсутність теоретичних знань та практичних навичок, недотримання або порушення елементів затвердженого локального протоколу введення лікарських засобів краплинним способом | Одиниця виміру – кожен новий випадок виникнення ускладнень. Огляд пацієнтів та вивчення історій хвороби проводиться 1 раз в тиждень. Щотижневий або вибірково контроль на робочому місці під час проведення процедури та опитування персоналу з аналізом оцінки знань стандарту, запис дефектів в журналі проводиться старшою медичною сестрою |
| Дотримання стандартів інфекційної безпеки персоналу, пацієнтів | Кількість випадків внутрішньо-лікарняної інфекції, наявність скарг пацієнтів, зауважень з боку адміністрації | В обов'язки медичної сестри входить щоденне дотримання затверджених стандартів інфекційної безпеки персоналу, пацієнтів, епідемічно-безпечних алгоритмів виконання сестринських маніпуляцій, процедур, дезинфекції, передстерилізаційної обробки, стерилізації виробів медичного призначення, перев'язувального матеріалу, алгоритмів гігієнічної обробки та гігієнічної антисептики рук, використання медичних гумових рукавичок і т.д. | Випадок внутрішньо-лікарняної інфекції є наслідком помилки медичного персоналу (порушення алгоритмів дезинфекції, передстерилізаційної обробки, стерилізації виробів медичного призначення, перев'язувального матеріалу, алгоритмів миття рук, зокрема, вимог до дій медичної сестри під час оголошеного карантину тощо) | Одиниця виміру – кожен новий випадок виникнення ускладнень. Контроль якості виконання стандартів ін'єкційної безпеки персоналу, пацієнтів проводиться вибірково старшою медичною сестрою на робочому місці під час проведення дезинфекції тощо, шляхом опитування з аналізом теоретичних знань, або 1 раз в тиждень із записом в журналі дефектів |
| Дотримання стандартів догляду за пацієнтами | Кількість випадків неякісного виконання процедур догляду за пацієнтами, наявність скарг пацієнтів, | В обов'язки медичної сестри входить щоденне дотримання затверджених стандартів догляду за пацієнтами | Випадок виникнення у пацієнта пролежнів | Одиниця виміру – кожен новий випадок виникнення ускладнень. Контроль якості виконання стандартів догляду за пацієнтами проводиться вибірково старшою медичною |

| Критерій | Індикатор | Обґрунтування | Пояснення | Методика |
|--|--|--|--|---|
| | зауважень з боку адміністрації | | | сестрою на робочому місці під час проведення процедур, шляхом опитування з аналізом теоретичних знань, або 1 раз в тиждень із записом в журналі дефектів |
| Дотримання вимог щодо ведення затвердженої сестринської (медичної) документації | Несвоєчасний запис, наявність скарг пацієнтів, неправильний облік процедур, відсутність записів про щоденне введення, використання лікарських засобів, відсутність підписів м/с в листах призначень, в журналі обліку процедур свідчать про невчасність виконання ін'єкцій, перев'язок | В обов'язки медичної сестри входить своєчасне виконання та своєчасний запис медичною сестрою в журналі обліку процедур про виконану процедуру, ін'єкцію або перев'язку, наявність підписів м/с в листах призначень – свідчать про вчасність виконання лікарських призначень та облік використаних лікарських засобів | Записи в журналі обліку процедур підлягають щоденному контролю. Несвоєчасність виконання призначень може призвести до розвитку ускладнень (про це свідчить відсутність записів та підписів м/с), порушується облік використання лікарських засобів | Одиниця виміру – кожен новий випадок виникнення ускладнень. Огляд пацієнтів та вивчення історій хвороби проводиться 1 раз на тиждень. Контроль якості ведення журналу обліку процедур, листів призначень проводиться вибірково або щоденно старшою медичною сестрою із записом в журналі дефектів |
| Теоретичний рівень знань та практичних навичок молодших спеціалістів з медичною освітою виконання затверджених локальних протоколів, стандартів, епідемічно-безпечних алгоритмів виконання сестринських маніпуляцій і процедур | Наявність скарг пацієнтів, відсутність теоретичних знань, практичних навичок затверджених локальних протоколів, стандартів свідчать про непрофесійність, некомпетентність медичних сестер | В обов'язки медичної сестри входить виконання затверджених локальних протоколів, алгоритмів, стандартів сестринського догляду, для попередження ускладнень захворювання, скарг з боку пацієнтів для якісного надання сестринської допомоги. Медичні сестри повинні мати відповідний рівень теоретичної і практичної підготовки для належного догляду за хворими та правильного виконання процедур та маніпуляцій | Незнання, необізнаність медичної сестри свідчать про її непрофесійність, можуть призвести до ускладнень захворювання, до виникнення ВЛІ, до смерті пацієнта та професійного захворювання | Одиниця виміру – кожен новий випадок виникнення ускладнень. Огляд пацієнтів та опитування персоналу при виконанні функціональних обов'язків проводиться вибірково старшою медичною сестрою на робочому місці та 1 раз в тиждень з аналізом теоретичних знань та практичних навичок |
| Дотримання локального протоколу зняття ЕКГ | Кількість неякісних ЕКГ | В обов'язки медичної сестри входить виконання локального протоколу стандарту зняття ЕКГ | Неправильні показники ЕКГ можуть призвести до неправильної постановки діагнозу, до розвитку ускладнень | Одиниця виміру – кожен новий випадок виникнення ускладнень. Перевірка методики накладання електродів та оформлення висновків проведеного дослідження проводиться вибірково старшою медичною сестрою на робочому місці або 1 раз в тиждень |

| Критерій | Індикатор | Обґрунтування | Пояснення | Методика |
|---|--|---|--|---|
| Дотримання затвердженого стандарту, епідемічно-безпечного алгоритму дій медичної сестри при роботі з лікарськими засобами | Кількість помилок при роботі з лікарськими засобами | В обов'язки медичної сестри входить виконання чинних наказів МОЗ України щодо роботи з лікарськими засобами: дотримання умов зберігання, проведення візуального контролю, наявність Приписів, карантинної зони | Помилки свідчать про недотримання чинних наказів щодо проведення контролю якості лікарських засобів, правил обліку, використання та зберігання. Медична сестра повинна бути обізнана з вимогами щодо роботи з лікарськими засобами та затвердженими локальними протоколами | Одиниця виміру – кожен новий випадок виникнення ускладнень. Огляд пацієнтів та вивчення історій хвороби проводиться 1 раз на тиждень. Контроль якості виконання стандарту, оцінка теоретичних знань медичної сестри щодо організації роботи з лікарськими засобами проводиться вибірково старшою медичною сестрою на робочому місці або 1 раз в тиждень |
| Ведення записів в журналі обліку процедур | Наявність скарг пацієнтів, несвоєчасний запис, неправильний облік процедур, відсутність записів про щоденне введення, використання лікарських засобів, відсутність підписів медичної сестри в листках лікарських призначень, в журналі обліку процедур свідчать про невчасність виконання ін'єкцій, перев'язок | В обов'язки медичної сестри входить своєчасне виконання лікарських призначень та своєчасний запис в журналі обліку процедур про виконану маніпуляцію, процедуру. Наявність підписів медичної сестри в листках лікарських призначень – свідчать про вчасність виконання лікарських призначень та облік використаних лікарських засобів | Записи в журналі обліку процедур підлягають щоденному контролю. Несвоєчасність виконання призначень може призвести до розвитку ускладнень (про це свідчить відсутність записів та підписів медичної сестри), порушується облік використання лікарських засобів | Одиниця виміру – кожен новий випадок виникнення ускладнень. Огляд пацієнтів та розгляд, аналіз ведення листків лікарських призначень, медичної документації 1 раз на тиждень. Контроль за вчасністю записів в журналі обліку процедур, листків лікарських призначень проводиться вибірково або щоденно старшою медичною сестрою із записом в журналі дефектів при їх наявності |
| Дотримання стандарту інфекційної безпеки персоналу, пацієнтів | Наявність позитивних змивів на патогенну мікрофлору та стерильність (під час відомчого контролю), кількість позитивних контрольних змивів при проведенні аспіраційних проб. Кількість випадків внутрішньолікарняної інфекції, наявність скарг пацієнтів, зауважень з боку | В обов'язки медичної сестри входить обізнаність щодо виконання діючих наказів, затверджених алгоритмів прибирання, алгоритмів дезінфекції, передстерилізаційного очищення та стерилізації медичного інструментарію, виробів медичного призначення, перев'язувального матеріалу, дотримання інструкцій з обробки рук, алгоритмів епідемічно-безпечного виконання сестринських маніпуляцій і процедур. В обов'язки медичної | Наявність позитивних змивів свідчить про порушення при виконанні функціональних і обов'язків, затверджених стандартів, епідемічно-безпечного виконання алгоритмів прибирання, передстерилізаційного очищення, стерилізації виробів медичного призначення, порушення інструкцій по обробці рук. Випадок внутрішньолікарняної інфекції є наслідком помилки | Одиниця виміру – кожен новий випадок виникнення ускладнень. Огляд пацієнтів та вивчення листків лікарських призначень, медичної документації. Контроль оцінки якості теоретичних знань, практичного виконання елементів затверджених алгоритмів, стандартів прибирання, алгоритмів дезінфекції перед стерилізаційного очищення та стерилізації медичного інструментарію, виробів медичного призначення, перев'язувального |

| Критерій | Індикатор | Обґрунтування | Пояснення | Методика |
|---|--|---|---|--|
| | адміністрації, відсутність знань щодо алгоритмів дотримання гігієнічної обробки та гігієнічної антисептики рук | сестри входить щоденне виконання затверджених стандартів сестринського (медичного) догляду, правил та інструкцій інфекційної безпеки персоналу, пацієнтів, локальних протоколів з догляду – за пацієнтом, епідемічно-безпечних алгоритмів виконання сестринських маніпуляцій і процедур, дезінфекції передстерилізаційного очищення, стерилізації виробів медичного призначення, інструментарію, інструкцій з обробки рук, використання медичних гумових рукавичок | медичного персоналу, порушення стандартів, алгоритмів, інструкцій, зокрема вимог на випадок виникнення внутрішньо-лікарняної інфекції | матеріалу, дотримання інструкцій з обробки рук, алгоритмів епідемічно-безпечного виконання сестринських маніпуляцій процедур стандарту на робочому місці проводиться вибірково або щоденно старшою медичною сестрою із записом в журналі дефектів при їх наявності |
| Кількість випадків внутрішньо-лікарняної інфекції | ЗОЗ в цілому або відділення | Випадок внутрішньо-лікарняної інфекції є наслідком недотримання чинних наказів МОЗ України щодо забезпечення інфекційної безпеки персоналу і пацієнтів, епідемічно-безпечних алгоритмів щодо проведення дезінфекції, передстерилізаційної обробки та стерилізації виробів медичного призначення, порушення алгоритмів миття рук, помилкою медичного персоналу (порушенням режиму дезінфекції, вимог оголошеного карантину, дотримання термінів перебування пацієнтів в стаціонарі тощо) | | |
| Число післяін'єкційних ускладнень | Молодші спеціалісти з медичною освітою | Після ін'єкції не повинно виникати ускладнень (гематом тощо). Виникнення ускладнень свідчить про недотримання локальних протоколів виконання ін'єкцій, порушень гігієнічної обробки та антисептики рук | | |

| Критерій | Індикатор | Обґрунтування | Пояснення | Методика |
|--|---|---|-----------|----------|
| Наявність на робочих місцях локальних протоколів, належний рівень знань м/с процедурних, перев'язувальних кабінетів, палатних м/с затверджених локальних протоколів, стандартів тощо | Особистий, м/с відділення, ЗОЗ в цілому | Медичні сестри повинні знати і виконувати затверджені алгоритми, стандарти, локальні протоколи, правила сестринського догляду для попередження ускладнень | | |

Одним із індикаторів якості є наявність або відсутність скарг пацієнтів, що свідчить про рівень надання сестринської (медичної) допомоги пацієнтам.

На підставі запропонованих індикаторів оцінки якості діяльності сестринського персоналу лікувально-діагностичних підрозділів ЗОЗ нами розроблено та впроваджено у Клінічній лікарні «Феофанія» Державного управління справами порядок експертної оцінки і ведення карт експертизи.

Оцінка діяльності окремого середнього медичного працівника лікувально-діагностичного підрозділу складається з наступних складових: професіоналізм, прагнення до підвищення кваліфікації, відсутність обґрунтованих скарг з боку пацієнтів. Кожен медичний працівник здійснює експертизу в процесі роботи в порядку самоконтролю. За основу критеріїв оцінки діяльності медсестер прийнятий зміст їх функціональних обов'язків (написаний із застосуванням процесного підходу та методу – RACI). Наприклад, основними критеріями оцінки роботи палатної медсестри є дотримання:

- належного санітарного стану палат і сестринського посту;
- стандарту професійного спілкування;
- якості передстерилізаційної обробки інструментів;
- якості догляду за хворими;
- забезпечення якості та своєчасності виконання лікарських призначень;
- наявності ускладнень після медичних маніпуляцій;
- правил харчування хворих;
- ведення документації;
- правил збору і доставки аналізів в лабораторії;
- лікувально-охоронного режиму у відділенні;
- правил підготовки хворих до рентгенологічних, лабораторних, ендоскопічних і інших досліджень, оперативних втручань;
- наявності обґрунтованих скарг пацієнтів та ін.

Основними критеріями оцінки роботи медсестри процедурного кабінету лікувально-діагностичного відділення ЗОЗ є дотримання:

- санітарно-епідеміологічного режиму в процедурному кабінеті;
- своєчасного виконання лікарських призначень;
- стандарту професійного спілкування;

- стандарту виконання маніпуляцій, типових правил введення ліків;

- якості дезінфекції і передстерилізаційної обробки; наявності ускладнень після маніпуляцій;

- правил і термінів зберігання лікарських засобів;

- правил збору і доставки аналізів в лабораторію;

- ведення документації;

- наявності обґрунтованих скарг пацієнтів.

Результати роботи середнього медичного персоналу ЗОЗ представлені:

- повноцінним і своєчасним виконанням лікарських призначень;

- якісним доглядом за хворими;

- дотриманням санітарно-епідеміологічного режиму;

- належним станом медичної документації;

- станом медичного обладнання, інструментарію та предметів догляду.

Внутрішній контроль якості надання медичної допомоги молодшими спеціалістами з медичною освітою здійснює старша медична сестра шляхом контролю за кваліфікацією спеціалістів, самооцінки фахівців, шляхом визначення рівня знань щодо надання невідкладної медичної допомоги, виконання чинних наказів МОЗ України, що стосуються молодших спеціалістів з медичною освітою, організації роботи з лікарськими засобами, забезпечення інфекційної безпеки персоналу і пацієнтів під час професійної діяльності, моніторингу дотримання стандартів, локальних протоколів, моніторингу системи індикаторів якості (критеріїв), вивчення думки пацієнтів щодо рівня надання сестринської допомоги.

Контроль якості, оцінка якості виконання професійних обов'язків здійснюється старшими медичними сестрами щоденно на робочому місці, шляхом систематичних перевірок, експертної оцінки та шляхом сестринського аудиту членів сектору контролю якості Ради медичних сестер та головною сестрою, щомісячно, з використанням чітко сформульованих критеріїв.

Експертиза якості роботи молодших спеціалістів з медичною освітою (далі – Експертиза) складається з першого, другого та третього ступенів контролю.

Перший ступінь експертизи проводять старша медична сестра. Другий ступінь експертизи проводить експертна комісія сектору з контролю та оцінки якості Ради медичних сестер.

Експертиза першого ступеня. Старша медична сестра щомісяця проводить експертизу якості роботи, перевіряє індикатори якості кожного молодшого спеціаліста з медичною освітою.

Основний контроль проводиться старшою медичною сестрою на робочому місці, протягом 1,5–2 годин або одномоментно, і передбачає опитування фахівця, відслідковування послідовності виконання елементів стандарту, алгоритму, локального протоколу.

Експертизу проводять у поточному режимі, до неї належить проведення планових і цільових експертиз. Співвідношення планових і цільових Експертиз визначає старша медична сестра амбулаторії за потребою.

Для оцінювання якості роботи кожного працівника амбулаторії протягом місяця потрібно проводити не менше однієї Експертизи.

За результатами контролю заповнюються індивідуальні контрольні карти оцінки діяльності, заведені на кожного спеціаліста в „Журналі контролю якості сестринського догляду”.

Помилки і дефекти, тобто порушення, виявлені під час перевірки та опитування фахівця на робочому місці, фіксуються в „Журналі дефектів”, для їх оптимальної корекції узагальнюються, обговорюються в колективах, на виробничих, оперативних нарадах, на Раді медичних сестер, у головній медичній сестри з послідуочим прийняттям управлінських рішень, виконання яких контролюється головним лікарем.

Щокварталу оформляється Екран якості роботи молодших спеціалістів з медичною освітою амбулаторії, з виведенням загального балу, що в сумі складає 24 (при відсутності помилок, порушень з боку молодших спеціалістів з медичною освітою) та з фіксацією зайнятого місця.

В кінці кожного кварталу проводиться Аналіз дефектів, у подальшому виводиться середній бал в цілому по лікувально-діагностичному відділенню,

При оцінюванні кожного з розділів виставлялась бальна оцінка (2 бали – повна відповідність стандарту; 1 бал – часткова відповідність стандарту; 0,1–0,5 балів – порушення).

За результатами оцінювання усіх показників виставлявся загальний бал, який розраховують як суму балів, та визначають якість роботи молодших спеціалістів з медичною освітою.

Журнал контролю якості з індивідуальними контрольними картами знаходиться і зберігається у кабінеті старшої медичної сестри амбулаторії протягом 3 років. Екран якості роботи та Аналіз роботи, надають завідувачу амбулаторії і головній медичній сестрі закладу раз на квартал для аналізу та розроблення організаційних і управлінських рішень.

Щокварталу сестра медична амбулаторії під керівництвом лікаря заповнює звіт та надає завідувачу і старшій медичній сестрі амбулаторії.

Експертиза другого ступеня. Експертизу другого ступеня щомісячно проводить сектор контролю якості Ради медичних сестер, відповідно критеріїв, із заповненням протоколу перевірки роботи. Оцінюється конкретна робота конкретного спеціаліста на робочих

місцях: окремі процеси або алгоритми виконання різних процедур чи маніпуляцій. Контроль на робочому місці відслідковує відповідність виконання елементів вимогам локального протоколу, стандарту або алгоритму. В залежності від міри відхилення від стандарту – виставляється оцінка в балах.

Перший етап контролю проводиться старшою медичною сестрою. Завданням старшої медсестри, сектору контролю якості Ради медичних сестер – (експертної комісії з контролю та оцінки якості роботи), є забезпечення контролю за якістю і регулярністю проведення експертизи на робочих місцях, вчасністю проведення опитування чи анкетування пацієнтів у відділеннях денного стаціонару – для визначення рівня задоволеності пацієнтів якістю надання сестринської допомоги.

Старша медична сестра з адміністрацією ЗОЗ, з членами Ради медичних сестер з контролю якості і забезпечує періодичний зовнішній контроль фахівців на робочих місцях.

Для цього визначені 4 фактори:

1. Людський фактор (кваліфікація співробітника, його самопідготовка, знання локальних протоколів, алгоритмів, стандартів, виконання посадової інструкції).

2. Організаційний фактор (забезпеченість робочих місць „Стандартами сестринського догляду”, „Локальними протоколами виконання основних сестринських маніпуляцій і процедур”, „Збірниками епідемічно-безпечних алгоритмів виконання процедур та маніпуляцій”, іншими „Збірниками”, посадовими інструкціями, інформаційними папками „На допомогу медичній сестрі” – з чинними наказами МОЗ України, що стосуються молодших спеціалістів з медичною освітою, методичними інструкціями, тощо).

3. Технічний фактор (відповідність оснащення робочого місця затвердженим стандартам оснащення, наявність предметів догляду за пацієнтами, стерильних та нестерильних виробів медичного призначення, інструментарію, тощо, для якісного виконання своїх функцій).

4. Фактор часу (відсутність дефіциту часу для якісного виконання своїх функцій і технологічних процесів, згідно локальних протоколів, стандартів, алгоритмів, навантаження на фахівця, кількість пацієнтів, тощо).

У подальшому адміністрацією ЗОЗ створені умови щодо забезпечення робочих місць фахівців стандартами оснащення кабінетів, алгоритмами надання невідкладної допомоги, локальними протоколами виконання маніпуляцій, процедур, стандартами сестринського догляду за пацієнтами, стандартами виконання клінічних, біохімічних досліджень та ін.

Здійснюючи порівняльний аналіз елементів процесу із затвердженим локальним протоколом, алгоритмом або стандартом, визначається міра відхилення від стандарту і вносяться корективи в діяльність фахівців.

В запропонованій системі контролю здійснюється перманентна фіксація та аналіз виявлених помилок в Журналі дефектів, що дає змогу встановлювати негативні фактори та визначати їх першопричину, розробляти адекватні корегуючі дії для усунення першопричини встановлених порушень, а на закінчення – оцінюється

результат після корегуючих дій. Кожний дефект фіксується, дефектні елементи усуваються, внаслідок чого кінцевий результат відповідає стандарту.

По результатах контролю заповнюються контрольні карти оцінки якості виконання локальних протоколів, стандартів та алгоритмів, що заведені на кожного фахівця, виставляється бальна оцінка. Контрольна карта заводиться персонально на кожного фахівця. В карту вносяться види діяльності, які повністю характеризують дану посаду.

Запровадження та застосування впродовж 9 місяців методичних підходів до експертизи якості діяльності сестринського персоналу на підставі індикаторів оцінки якості у Клінічній лікарні «Феофанія» Державного управління справами дозволило на 17% підвищити рівень задоволеності пацієнтів (та членів їх родин) сестринським доглядом; на 9% заощадити часові витрати на виконання сестринських маніпуляцій, та на 6% зменшити ресурсні витрати за рахунок більш раціонального їх використання.

Висновки

Проведене дослідження дало можливість опрацювати: по-перше, індикатори оцінки якості сестринського персоналу у закладі охорони здоров'я, що надає третинну медичну допомогу; по-друге, методичний підхід до експертизи якості діяльності сестринського персоналу на підставі індикаторів оцінки якості у закладі охорони здоров'я, що надає третинну медичну допомогу; по-третє, застосувати запропонований підхід до експертизи якості діяльності сестринського персоналу на підставі індикаторів оцінки якості у Клінічній лікарні «Феофанія» Державного управління справами, що дозволив на 17% підвищити рівень задоволеності пацієнтів; на 9% заощадити часові витрати, та на 6% зменшити ресурсні витрати.

Окрім цього в процесі проведеного дослідження, отримані дані, які дали змогу визначити методичні підходи щодо оцінки організації діяльності сестринської служби ЗОЗ з метою забезпечення безпеки сестринської допомоги у закладі охорони здоров'я, що надає третинну медичну допомогу.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності діяльності середніх медичних працівників.

Література

1. *Вороненко Ю. В.* Менеджмент та лідерство в медсестринстві: рекомендовано МОЗ України / Ю.В. Вороненко, О.Н. Литвинова. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2001. – 368 с.
2. *Курило Т.* Підготовка нової формації керівників для галузі охорони здоров'я // Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: навч. посіб. / Т. Курило / За ред. І. М. Солоненка, Я. І. Жаліло. – К.: Вид-во НАДУ, 2004. – С. 103–108.
3. *Зюков О. Л.* Сучасні інформаційні технології в охороні здоров'я та медсестринстві як провідний вектор розвитку галузі / О. Л. Зюков, В. Н. Кубатко // Головна медична сестра. – 2014. - № 5. – С. 19–24.
4. *Порядок контролю якості медичної допомоги* : наказ МОЗ України № 752 від 28.09.2012 р.
5. *Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якістю медичної допомоги* : наказ МОЗ України № 427 від 20.07.2011 р.
6. *Про управління якістю медичної допомоги* : наказ МОЗ України № 163 від 24.02.2010 р.
7. *Линденбратен А.Л., Улумбекова Г.Э.* Стандартизация и управление качеством медицинской помощи // Общественное здоровье и здравоохранение: Национальное руководство / Под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 451-467.
8. *Мурашко М.А.* Качество медицинской помощи: пора меняться // Вестник Росздравнадзора. – 2017. – № 1. – С. 10-21.
9. *Мурашко М.А., Серегина И.Ф., Матыцин Н.О.* Методические основы применения риск-ориентированного подхода при осуществлении государственного контроля в сфере здравоохранения // Вестник Росздравнадзора. – 2017. – № 3. – С. 9-13.
10. *Гажева А.В.* Индикаторы оценки качества медицинских сестер / А.В. Гажева, Е.В. Егорова // Медицинская сестра. – 2008. – № 6. – С. 42-44.
11. *Кирюхин О.Л.* Проблема оценки качества медицинской помощи: ориентация на пациента (аналитический обзор анкет и опросников 1979-2017 годов) / О.Л. Кирюхин, В.И. Бузынин // Центральный научный вестник. – 2017. – Т. 2. – № 21 (38). – С. 7-10.
12. *Никишина Н.В.* Индикаторы оценки качества медицинской деятельности / Н.В. Никишина, А.В. Гажева // Медицинская сестра. – 2012. – № 6. – С. 35-38.
13. *ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги» (ISO 9001:2015, IDT).* – К., 2015. – 32 с.
14. *ДСТУ ISO 9004:2012 «Управління задля досягнення сталого успіху організації. Підхід на основі управління якістю» (ISO 9004:2009, IDT).* – К., 2012. – 28 с.
15. *Международные стандарты аккредитации медицинских организаций / пер. с англ.; под ред. А.Ю. Абрамова, Г.Э. Улумбековой.* – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 208 с.

16. *Ройтберг Г.Е.*, Кондратова Н.В., Галанина Е.В. Порядок аккредитации стационара по стандартам JCI // *Здравоохранение*. 2016. № 2. С. 46–51. URL: http://stavpb1.it.oneweb.pro:8086/services/stat/Poraydok_akkreditacii_stacionara_po_standartam_JCI.pdf.
17. *Репин В.В.* Бизнес-процессы: Моделирование, внедрение, управление. 2-е изд. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2014. – 512 с.
18. *Organization Charts and Position Descriptions. A Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK Guide) (5th ed.)*. Project Management Institute. 2013. p. 262.
19. *Margaria, Tiziana (2010)*. Leveraging Applications of Formal Methods, Verification, and Validation: 4th International Symposium on Leveraging Applications, Isola 2010, Heraklion, Crete, Greece, October 18–21, 2010, Proceedings, Part 1. Springer. p. 492.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.02.2019 р.

Методические подходы к экспертизе качества деятельности сестринского персонала учреждений здравоохранения на основании индикаторов оценки качества

О.В. Перепадя

Центр превентивной медицины Государственного управления делами, г. Киев, Украина

В статье на основе критического изучения и глубокого анализа опыта организации управления сестринской службой учреждения здравоохранения, предложен методический подход к экспертизе качества деятельности сестринского персонала учреждения здравоохранения третьего уровня оказания медицинской помощи на основании индикаторов оценки качества. На основании полученных данных автор исследования разработал: во-первых, индикаторы оценки качества сестринского персонала в заведении здравоохранения, которое предоставляет третичную медицинскую помощь; во-вторых, методический подход к экспертизе качества деятельности сестринского персонала на основании индикаторов оценки качества в учреждении здравоохранения, в-третьих, применить предложенный подход к экспертизе качества деятельности сестринского персонала на основании индикаторов оценки качества в Клинической больнице «Феофания» Государственного управления делами, что разрешило на 17% повысить уровень удовлетворенности пациентов; на 9% сэкономить временные затраты, и на 6% уменьшить ресурсные затраты.

Ключевые слова: учреждение здравоохранения, индикаторы оценки качества сестринской помощи, стационарная помощь.

Methodological approaches to the examination of quality of activity nursing personnel of health care institutions on the basis of quality assessment indicators

O.V. Perepadya

Center for Preventive Medicine of the State Department of Affairs

In the article, based on a critical study and in-depth analysis of the experience of organizing the management of the nursing service of a health care institution, a methodical approach is proposed to examine the quality of the activities of nursing staff of a health care institution of the third level of care based on quality assessment indicators. Based on the data obtained, the author of the study developed: firstly, indicators for assessing the quality of nursing staff in a health care institution that provides tertiary medical care; thirdly, to apply the proposed approach to the examination of the quality of nursing personnel activities based on the quality assessment indicators at the Clinical Hospital «Feofania» of the State Affairs Department, which allowed increasing patient satisfaction by 17%; save time by 9%, and reduce resource costs by 6%.

Key words: health care institution, indicators for assessing the quality of nursing care, inpatient care.

Відомості про автора

Перепадя Ольга Віталіївна – керівник центру превентивної медицини державного управління справами; вул. Академіка Заболотного, 15, м. Київ, 03143, Україна.

Аналіз стану стоматологічної допомоги населенню м. Києва у медичних закладах комунальної та державної форм власності

**Стоматологічний медичний центр Національного медичного університету імені О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

***Мета роботи** – здійснити медико-статистичний аналіз обсягів стоматологічної допомоги, наданої населенню м. Києва у медичних закладах комунальної та державної форм власності у 2008-2017 рр.*

***Матеріали та методи.** Звітні форми (№12, №17, №20) комунальних та державних закладів, зведені по м. Києву та Україні за 2008-2017 роки, проаналізовані із використанням медико-статистичного методу.*

***Результати.** Заклади комунальної та державної форм власності відіграють провідну роль у наданні стоматологічної допомоги жителям столиці, обслуговуючи 77,70% відвідувань киян до лікарів-стоматологів. Впродовж 2008-2017 рр. сформувалась тенденція до зменшення обсягів усіх видів стоматологічних послуг, одержаних киянами у комунальних та державних закладах охорони здоров'я.*

***Висновки.** Стоматологічна допомога залишається більш доступною для жителів м. Києва, ніж країни в цілому, але виявлена у 2008-2017 роках тенденція до зменшення обсягів стоматологічних послуг, наданих жителям столиці у закладах державної та комунальної власності, відповідає ситуації в Україні та обумовлена згортанням мережі стоматологічних закладів і кабінетів, дефіцитом бюджетного фінансування, а також відтоком платоспроможних пацієнтів до приватних стоматологічних закладів.*

***Ключові слова:** стоматологічна допомога населенню м. Києва, медичні заклади комунальної та державної форми власності.*

Вступ

Державний сектор становить найважливішу, незамінну сферу реалізації особливої системи соціальних цінностей, притаманних сучасному суспільству та є невід'ємною складовою системи охорони здоров'я населення. В Україні існує розгалужена мережа стоматологічних закладів державної/комунальної власності, які незважаючи на стрімкий розвиток приватного сектору стоматології, продовжують бути безперечними лідерами щодо обсягів надання населенню стоматологічних послуг [6].

У той же час, стан стоматологічного здоров'я населення України є незадовільним, знижується доступність стоматологічної допомоги [2–5]. Тому підвищення рівня стоматологічного здоров'я населення України, доступності та ефективності стоматологічної допомоги має бути основною метою її реформування [3, 4, 7]. Для наукового обґрунтування оптимальних шляхів реалізації даної мети необхідно здійснювати постійний моніторинг та оцінку основних медико-статистичних показників діяльності стоматологічних закладів країни та її окремих територій, так як ці дані є важливою складовою інформаційного забезпечення прийняття управлінських рішень, спрямованих на оптимізацію організаційного потенціалу стоматологічних закладів та отримання максимальної віддачі від суспільних витрат на охорону здоров'я громадян [6].

Мета роботи – здійснити медико-статистичний аналіз обсягів стоматологічної допомоги, наданої населенню м. Києва у медичних закладах комунальної та державної власності у 2008–2017 рр.

Матеріали та методи

Аналіз мережі, кадрових ресурсів та обсягів наданої профілактичної, терапевтичної, хірургічної, ортопедичної та ортодонтичної стоматологічної допомоги дорослому та дитячому населенню м. Києва у медичних закладах комунальної та державної власності здійснений на підставі звітних форм (№17, №20, №12, №47), зведених по м. Києву та Україні за 2008-2017 роки. У дослідженні використані методи статистичного групування, табличного зведення, узагальнення та порівняння (з показниками в Україні та у динаміці за 2008–2017 роки).

Результати дослідження та їх обговорення

Стоматологічну допомогу населенню м. Києва надає розвинена мережа стоматологічних закладів та підрозділів, яка станом на 31.12.2017 р. налічувала 17 самостійних стоматологічних поліклінік, у т.ч. 5 для дорослого і 3 для дитячого населення, 2 стоматологічні поліклініки ВУЗів та НДІ, 7 госпрозрахункових поліклінік, а також 53 стоматологічні відділення (кабінети) у комунальних закладах охорони здоров'я.

У даних закладах передбачено 1 303,75 посад лікарів-стоматологів, з яких 1223,75 посад обіймає 1422 лікарів-стоматологів (фізичних осіб). А також 212,50 посади зубних техніків, з яких 184,25 посади обіймає 182 фізичні особи. Укомплектованість посад лікарів-стоматологів становить 93,86%, зубних техніків – 86,71%. Коефіцієнт сумісництва – 1,16 та 1,01, відповідно.

Динамічний аналіз стану стоматологічної мережі у м. Києві засвідчив, що кількість самостійних стоматологічних поліклінік у столиці не змінилась, а чисельність стоматологічних відділень (кабінетів) за 10 років зменшилась на 37 (на 41,11%). Закладів, які мають госпрозрахункові стоматологічні відділення (кабінети) – на 8 (28,57%).

Порівняно із 2008 р., у столиці кількість штатних посад лікарів-стоматологів у комунальних та державних закладах скоротилась на 137,25 посади (на 9,52%),

зайнятих – на 190,50 (на 13,47%), кількість лікарів-стоматологів на 211 фізичних осіб (на 12,92%).

Заклади комунальної та державної власності, незважаючи на скорочення їх мережі та посад лікарів-стоматологів у них, продовжують відігравати провідну роль у наданні стоматологічної допомоги жителям столиці (табл. 1).

У 2017 р. вони забезпечили 77,70% серед усіх відвідувань киян до лікарів-стоматологів, 70,13% відвідувань дорослого і 93,57% відвідувань дитячого населення. За 10 років намітилась тенденція до зменшення частки відвідувань до закладів комунальної та державної власності за рахунок відтоку пацієнтів, у першу чергу у віці 18 років і старше, до приватних стоматологічних закладів. Аналогічна тенденція була притаманна і для України в цілому [6].

Таблиця 1

Питома вага відвідувань до лікарів-стоматологів, які працюють у закладах комунальної та державної форм власності м. Києва та України, 2008, 2012, 2017 рр. (%)

| Територія/рік | 2008 | 2012 | 2017 | Абс. приріст 2017/2008 |
|---------------------------|-------|-------|-------|------------------------|
| Серед всього населення | | | | |
| м. Київ | 89,59 | 86,11 | 77,70 | -11,88 |
| Україна | 89,92 | 87,64 | 83,81 | -6,11 |
| Серед дорослого населення | | | | |
| м. Київ | 86,07 | 81,11 | 70,13 | -15,94 |
| Україна | 87,32 | 84,37 | 79,75 | -7,57 |
| Серед дитячого населення | | | | |
| м. Київ | 98,46 | 96,99 | 93,57 | -4,89 |
| Україна | 97,49 | 97,35 | 95,98 | -1,51 |

Всього у 2017 р. у м. Києві до лікарів-стоматологів, які працювали у закладах комунальної та державної форм власності, було зроблено 2 377 583 відвідувань, серед яких більш ніж третину (38,88%) склали відвідування дитячого населення.

Переважну більшість (60,63%) відвідувань кияни зробили до лікарів-стоматологів, які працювали у стоматологічних відділеннях (кабінетах), у той час як на профільні стоматологічні поліклініки припадала лише третина (33,69%) відвідувань.

Майже кожне десяте (9,4% у 2017 р.) відвідування лікарів-стоматологів жителями столиці забезпечує Стоматологічний медичний центр Національного медичного Університету імені О.О. Богомольця.

Динамічний аналіз середньої кількості відвідувань у розрахунку на одного жителя столиці (табл. 2) виявив тенденцію до зниження даного показника серед всього населення на 20,0% (з 1,0 у 2008 р. до 0,8 у 2017 р.), серед дорослого населення – на 40,0% (з 1,0 у 2008 р. до 0,6 у 2017 р.), серед дитячого населення – на 21,74% (з 2,3 у 2008 р. до 1,8 у 2017 р.). Дана тенденція свідчить про зниження доступності стоматологічної допомоги та обумовлена скороченням чисельності стоматологічних кабінетів, дефіцитом бюджетних коштів для фінансування

стоматологічної допомоги, а також скороченням видатків на безоплатне протезування і підвищенням розцінок на ортопедичні та інші стоматологічні послуги [4, 6]. Зниження доступності стоматологічної допомоги підтверджують і результати спеціальних вибіркового досліджень Держкомстату України [5], згідно яким, частка осіб, котрі не змогли у разі потреби відвідати стоматолога, зросла з 7,51% у 2013 р. до 10,13% (p<0,05) у 2017 р., а зробити протезування, відповідно, з 5,2% до 8,3% (p<0,05).

Основною причиною звернення за стоматологічною допомогою до комунальних та державних закладів є лікування карієсу. Питома вага звернень з метою лікування карієсу становила 51,2% серед усіх звернень до стоматолога дорослого населення м. Києва у 2017 р. (61,5% у 2008 р.). В Україні, відповідно, 57,3% та 57,7%.

У дітей питома вага звернень з метою лікування карієсу була нижчою і становила у м. Києві 41,0% у 2017 р. (44,3% у 2008 р.), в Україні – 51,0% та 55,9%, відповідно. У той же час слід відмітити, що кількість пролікованих з приводу карієсу зубів у дорослих у комунальних та державних закладах м. Києва за 10 років скоротилась на 44,72%, а у дітей – на 13,85% (в Україні на 29,40% та 33,05%, відповідно).

Таблиця 2

Характеристика стоматологічної допомоги населенню у медичних закладах комунальної та державної власності м. Києва та України, 2008, 2012, 2017 рр.

| Територія/рік | 2008 | 2012 | 2017 | *АП | **ТПр (%) |
|--|--------|-------|-------|--------|-----------|
| Середня кількість відвідувань до лікаря-стоматолога на 1 жителя | | | | | |
| м. Київ | 1,0 | 1,0 | 0,8 | -0,20 | -20,00 |
| Україна | 1,1 | 1,0 | 0,8 | -0,30 | -27,27 |
| Питома вага планово оглянутих серед дорослого населення (%) | | | | | |
| м. Київ | 44,0 | 35,0 | 28,0 | -16,0 | - |
| Україна | 22,1 | 21,3 | 17,2 | -4,9 | - |
| Питома вага санованих у порядку планової санації і за зверненнями серед дорослого населення (%) | | | | | |
| м. Київ | 44,0 | 21,5 | 16,5 | -27,5 | - |
| Україна | 22,1 | 23,6 | 18,7 | -3,4 | - |
| Питома вага планово оглянутих серед дитячого населення (%) | | | | | |
| м. Київ | 113,7 | 105,7 | 90,8 | -22,9 | - |
| Україна | 70,9 | 69,5 | 56,4 | -14,5 | - |
| Питома вага санованих у порядку планової санації і за зверненнями серед дитячого населення (%) | | | | | |
| м. Київ | 113,7 | 41,5 | 36,8 | -76,9 | - |
| Україна | 70,9 | 41,9 | 33,8 | -37,1 | - |
| Кількість операцій на щелепно-лицьовій ділянці та ротовій порожнині, виконаних у амбулаторно-поліклінічних закладах (на 10 тис. населення) | | | | | |
| м. Київ | 180,9 | 140,3 | 86,3 | -94,60 | -52,29 |
| Україна | 85,6 | 79,8 | 62,2 | -23,40 | -27,34 |
| Кількість осіб (дорослого населення віком 18 років і старших), що отримали зубні протези, апарати (на 100 осіб) | | | | | |
| м. Київ | 2,6 | 1,9 | 1,1 | -1,50 | -57,69 |
| Україна | 1,4 | 1,2 | 0,8 | -0,60 | -42,86 |
| Кількість дітей, які вперше оглянуті стоматологом ортодонтом (на 10 тис. дітей) | | | | | |
| м. Київ | 1276,1 | 1065 | 994,9 | -281,2 | -22,04 |
| Україна | 474 | 487,5 | 451,6 | -22,4 | -4,73 |
| Кількість дітей, які завершили ортодонтичне лікування (на 10 тис. дітей) | | | | | |
| м. Київ | 260,0 | 127,0 | 126,0 | -134 | -51,54 |
| Україна | 66,1 | 61,6 | 58,8 | -7,3 | -11,04 |

Примітка: * АП – абсолютний приріст; ** ТПр – темп приросту.

Встановлено, що у м. Києві кожний третій (32,8%) випадок карієсу у дорослого населення та кожний п'ятий (19,1%) випадок у дітей лікується на стадії ускладненого карієсу, що свідчить про несвоєчасність одержання стоматологічної допомоги. При динамічному аналізі виявлена несприятлива тенденція до зростання питомої ваги випадків лікування карієсу на стадії ускладнень серед дорослого населення м. Києва з 26,5% у 2008 р. до 32,8% у 2017 р., а серед дітей з 18,0% до 19,1%, відповідно. Дана тенденція була притаманна і для України в цілому. Це засвідчує неефективність профілактичної роботи стоматологічних закладів, однією із важливих складових якої є профілактичні огляди та стоматологічна санація населення.

Встановлено, що впродовж 2008-2017 рр. відбулось суттєве згортання обсягів профілактичної роботи, наданої у закладах комунальної та державної власності м. Києва. За 10 років питома вага оглянутих у порядку планової

санації зменшилась серед дорослого населення на 16,0% (з 44,0% у 2008 р. до 28,0% у 2017 р.), а серед дітей на 22,9% (з 113,7% до 90,8%, відповідно), питома вага санованих у порядку планової санації і за зверненнями скоротилась серед дорослого населення на 27,5% (з 44,0% у 2008 р. до 16,5% у 2017 р.), а серед дітей на 76,9% (з 113,7% до 36,8%, відповідно).

Аналіз захворюваності слизової оболонки порожнини рота у м. Києві, за матеріалами офіційної статистичної звітності (ф. №12) поданої закладами комунальної та державної власності, засвідчив зниження частоти реєстрації даних захворювань, як серед дорослого населення (на 29,38%, з 390,7 у 2008 р. до 275,9 на 10 тис. дорослого населення у 2017 р.), так і серед дитячого населення (на 26,44%, з 370,7 у 2008 р. до 272,7 на 10 тис. дитячого населення у 2017 р.). Відповідно, і кількість проведених курсів лікування з приводу захворювань слизової оболонки порожнини рота скоротилась за

10 років серед дорослого населення на 26,54% (з 88610 до 65094), а серед дітей – на 10,31% (з 15975 до 14328). Виявлені тенденції у захворюваності слизової оболонки порожнини рота не відповідають результатам спеціальних епідеміологічних досліджень [1] і є наслідком нехтування лікарями ретельними оглядами стану порожнини рота при первинному зверненні пацієнта і неповної реєстрації даної патології серед населення.

Аналіз хірургічної стоматологічної допомоги засвідчив, що у закладах комунальної та державної форм власності м. Києва у 2017 р. амбулаторно було виконано 24893 операцій на щелепно-лицьовій ділянці та ротовій порожнині, або 86,3 операцій на 10 тис. населення. Порівняно із 2008 р. частота амбулаторних стоматологічних оперативних втручань знизилась на половину (52,3%). Аналогічна ситуація до зменшення абсолютної кількості та частоти операцій на щелепно-лицьовій ділянці та ротовій порожнині виявлена і в Україні в цілому.

Згідно результатів аналізу ортопедичної стоматологічної допомоги, наданої жителям столиці у закладах комунальної та державної власності, у 2017 р. отримали зубні протези 25 340 осіб, або 1,1 у розрахунку на 100 жителів у віці 18 років і старше. Порівняно із 2008 р., абсолютний та інтенсивний показник скоротились більше ніж на половину (на 57%), коли вони складали, відповідно, 59090 та 2,6. Аналогічна тенденція до зменшення кількості осіб, які одержали ортопедичну стоматологічну допомогу спостерігалась і в Україні. За 10 років кількість осіб, які отримали зубні протези в цілому в Україні скоротилась на 43,1% (518 363 до 294 957 осіб), а у розрахунку на 100 жителів у віці 18 років і старше – на 42,86% (з 1,4 до 0,8).

За досліджуваний період також сформувалась тенденція до зменшення абсолютної кількості виготовлених одиночних коронок штифтових зубів, вкладок, напівкоронок (їх кількість у м. Києві скоротилась на 40,83%, з 56442 у 2008 р. до 33395 у 2017 р.). У 2017 р. у м. Києва у структурі виготовлених зубних протезів 60,0% склали одиночні коронки, 23,8% – знімні протези і 15,8% – мостоподібні протези. В Україні структура була дещо іншою: одиночні коронки становили 48,0%, мостоподібні протези – 25,8% і знімні протези – 25,0%.

Аналіз стану ортодонтичної допомоги показав, що у 2017 р. у закладах комунальної/державної власності м. Києва вперше лікарем-ортодонтом було оглянуто 52 812 осіб, серед яких 98,97% (52 267 осіб) склали діти. За 10 років кількість дітей, які були вперше оглянуті лікарем-ортодонтом у розрахунку на 10 тис. дитячого населення зменшилась на 22,0% (з 1276,1 на 10 тис. у 2008 р. до 994,9 у 2017 р.). В Україні за цей період показник знизився на 4,75% (з 474,0 на 10 тис. дітей у 2008 р. до 451,6 у 2017 р.). Незважаючи на більш високі темпи зниження показника у столиці, порівняно із країною в цілому, впродовж усього періоду спостереження діти у м. Києві частіше оглядалися лікарями-стоматологами ортодонтами, ніж в Україні (у 2,7 рази в 2008 р. та 2,2 рази у 2017 р.), що можна пояснити більшою доступністю даного виду стоматологічної допомоги у столиці (забезпеченість стоматологами-ортодонтами у м. Києві є у 2,7 рази вищою, ніж в Україні: 0,27 та 0,1 на 10 тис. населення, відповідно, у 2017 р.).

Закономірною виявилася ситуація при аналізі кількості дітей, які завершили ортодонтичне лікування. У м. Києві у 2017 р. завершили ортодонтичне лікування 126 дітей у розрахунку на 10 тис. дітей, що було на 51,54% менше, ніж у 2008 р. (260,0 на 10 тис. дітей). В Україні за цей час кількість дітей, які завершили ортодонтичне лікування зменшилась на 11,04% (з 66,1 до 58,8 на 10 тис. дітей). Ці показники у м. Києві більш ніж у 2 рази перевищували показники в Україні (у 3,93 рази у 2008 р. і 2,14 рази у 2017 р.).

Таким чином, впродовж 2008-2017 рр. сформувалась тенденція до зменшення обсягів усіх видів стоматологічних послуг, одержаних киянами у закладах комунальної та державної власності.

Висновки

Стоматологічні заклади комунальної та державної форм власності відіграють провідну роль у наданні стоматологічної допомоги жителям столиці. У 2017 р. вони забезпечили 70,13% відвідувань дорослого і 93,57% відвідувань дитячого населення до лікарів-стоматологів.

У той же час впродовж 2008-2017 років суттєво скоротились обсяги усіх видів стоматологічної допомоги, наданої киянам у закладах комунальної та державної власності. Так, кількість відвідувань до лікарів-стоматологів у розрахунку на одного жителя столиці зменшилась на 20,0%, кількість зубів пролікованих у дорослих з приводу карієсу – на 44,72%, а у дітей – на 13,85%, кількість виконаних амбулаторних стоматологічних оперативних втручань – на 52,3%, кількість осіб, які отримали зубні протези – на 57,0%, а дітей, які завершили ортодонтичне лікування – на 51,54%.

За 10 років відбулось суттєве згортання обсягів профілактичної допомоги, наданої жителям столиці у закладах комунальної та державної власності. Питома вага оглянутих у порядку планової санації зменшилась серед дорослого населення на 16,0%, а серед дітей на 22,9%, питома вага санованих у порядку планової санації і за зверненнями скоротилась серед дорослого населення на 27,5%, а серед дітей на 76,9%.

Стоматологічна допомога залишається більш доступною для жителів м. Києва, ніж країни в цілому, але виявлена у 2008–2017 роках тенденція до зменшення обсягів стоматологічних послуг, наданих жителям столиці у закладах державної та комунальної власності, відповідає ситуації в Україні та обумовлена згортанням мережі стоматологічних закладів і кабінетів, дефіцитом бюджетних коштів для фінансування стоматологічної допомоги, скороченням видатків на безоплатне протезування і підвищенням розцінок на ортопедичні та інші стоматологічні послуги, а також відтоком платоспроможних пацієнтів до приватних стоматологічних закладів.

Перспективи подальших досліджень полягають у використанні одержаних результатів для обґрунтування концептуальних підходів до удосконалення організації стоматологічної допомоги населенню великого міста.

Література

1. Данилевский Н.Ф. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.Ф. Сидельникова и др. – Киев, 2013. – 631 с.
2. Клименко В.І. Обґрунтування функціональної моделі профілактики поширеності та інтенсивності поширених стоматологічних захворювань / В.І. Клименко, І.В. Смірнова // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 2. – С. 68-75.
3. Клименко В.І. Стан стоматологічного здоров'я населення залежно від соціального статусу та задоволеності медичною допомогою / В.І. Клименко, І.В. Смірнова // Wiadomosci Lekarskie. – 2014. – Т. 67, № 2. – С. 199-201.
4. Павленко О.В. Шляхи реформування системи надання стоматологічної допомоги населенню України. Дискусія / О.В. Павленко, О.М. Вахненко // Современная стоматология. – 2013. – №4. – С.180-184.
5. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2017 році. Держкомстат України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2018/gdvdg/Arh_snsz_u.htm.
6. Стоматологічна допомога в Україні / основні показники діяльності за 2008-2018 роки / Під ред. Вороненка Ю.В., Павленка О.В., Мазур І.П. – Видавець «Поліум». – 2018 – 215 с.
7. Україні необхідна державна політика в галузі стоматології // Український медичний часопис. – 2018-04-13 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/123873/ukrayini-neobhidna-derzhavna-politika-v-galuzi-stomatologiyi>.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.02.2019 р.

Анализ состояния стоматологической помощи населению г. Киева в медицинских учреждениях коммунальной и государственной форм собственности

В.Д. Чопчик, Н.М. Орлова

Стоматологический медицинский центр Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца
Национальная медицинская академия
последипломного образования имени П.Л. Шупика

Цель работы – провести медико-статистический анализ объемов стоматологической помощи, оказанной населению г. Киева в медицинских учреждениях коммунальной и государственной форм собственности в 2008-2017 гг.

Материалы и методы. Отчетные формы (№12, №17, №20) медицинских учреждений коммунальной и государственной форм собственности, сведенные по г. Киеву и Украине за 2008-2017 годы, проанализированы с использованием медико-статистического метода.

Результаты. Учреждения коммунальной и государственной форм собственности играют ведущую

роль в оказании стоматологической помощи жителям столицы, обслуживая 77,70% посещений киевлян к врачам-стоматологам. На протяжении 2008-2017 гг. сократились объемы всех видов стоматологических услуг, полученных жителями столицы в коммунальных и государственных медицинских учреждениях.

Выводы. Стоматологическая помощь остается более доступной для населения г. Киева, чем страны в целом, но обнаруженная в 2008-2017 годах тенденция к уменьшению объемов стоматологических услуг, предоставляемых жителям столицы в учреждениях государственной и коммунальной форм собственности, соответствует ситуации в Украине и обусловлена свертыванием сети стоматологических учреждений и кабинетов, дефицитом бюджетного финансирования, а также оттоком платежеспособных пациентов в частные стоматологические клиники.

Ключевые слова: стоматологическая помощь населению г. Киева; медицинские учреждения коммунальной и государственной форм собственности.

Analysis of state of dental care to the population of Kyiv in medical institutions of communal and state property

V.D. Chopchik, N.M. Orlova
Dental Medical Center of Bogomolets
National Medical University
National P. L. Shupik Medical Academy
of postgraduate education

The aim of the work – to carry out an analysis of the dental care provided to the population of Kiev in the medical institutions of communal and state property in 2008-2017.

Materials and methods. Reporting forms (№12, №17, №20) of communal and state property medical institutions, summarized in Kyiv and Ukraine for 2008-2017, were analyzed with the medical-statistical method.

Results. The medical institutions of communal and state property play a leading role in the provision of dental care to the residents of the capital, serving 77.70% of the visits of Kiev to dentists. During 2008-2017 the number of all types of dental services received by Kyiv residents in communal and state-owned medical institutions was reduced.

Conclusions. Dental care remains more accessible to the population of Kiev than the country as a whole, but the tendency to a decrease in the volume of dental services provided to residents of the capital in state and municipal institutions, found in 2008-2017, corresponds to the situation in Ukraine and is caused by the closure of the dental departments, lack of budget funding, as well as the outflow of solvent patients to private dental clinics.

Key words: dental care to the population of Kiev; medical institutions of communal and state property.

Відомості про авторів

Чопчик Віталій Дмитрович – к.мед.н., в.о. заступника директора з медичної частини Стоматологічного медичного центру Національного медичного університету імені О. О. Богомольця.

Орлова Наталія Михайлівна – д. мед н, професор кафедри медичної статистики Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

Характеристика забезпечення системи охорони здоров'я України лікарями загальної практики-сімейними лікарями

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета роботи – дослідити та проаналізувати забезпечення системи охорони здоров'я України лікарями загальної практики-сімейними лікарями (ЛЗП-СЛ) за період 2014–2017 рр.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження слугували дані галузевої статистичної звітності в розрізі регіонів України за винятком АР Крим та непідконтрольних Україні територій Донецької та Луганської областей. Методами дослідження стали статистичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

Результати. Кількість посад ЛЗП-СЛ за 2014–2017 рр. збільшилася на 3142 посади (19,3%) і в 2017 р. склала 19396,25 посад. При цьому забезпеченість посадами ЛЗП-СЛ зросла на 0,51 (17,1%) на 10 тис. населення країни і в 2017 році склала 3,49. Зареєстровано зниження показника укомплектованості штатних посад ЛЗП-СЛ фізичними особами лікарів на 0,7% з рівнем 72,8% в 2017 р. і коливаннями від 54,64% в Херсонській до 93,43% у Львівській області. Дефіцит ЛЗП-СЛ становить 5416,25 осіб.

Висновки. Проведений аналіз забезпечення первинної ланки надання медичної допомоги лікарськими кадрами вказує на пріоритетний розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я країни.

Ключові слова: лікарі загальної практики-сімейні лікарі, забезпечення, характеристика.

Вступ

При проведенні реформи системи охорони здоров'я в Україні пріоритетним є розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини [3, 4, 6]. За час проведення реформи здійснено юридичне розмежування організаційних структур первинної та вторинної медичної допомоги [5] з формуванням центрів ПМСД [1, 2].

В організації ПМСД на засадах сімейної медицини вирішено ще ряд надзвичайно важливих питань. Це вільний вибір населенням сімейного лікаря [5, 9] та визначення сімейним лікарем медичного маршруту пацієнта [1, 9].

З метою підняття престижу професії ЛЗП-СЛ запроваджені мотиваційні механізми та нові умови оплати праці при яких рівень оплати праці медичних працівників залежить як від кількості населення, яке він обслуговує так і від показників ефективності надання первинної медичної допомоги [7, 8].

Враховуючи, що доступність первинної медичної допомоги залежить від рівня забезпеченості ЛЗП-СЛ ми провели дане дослідження.

Мета роботи – дослідити та проаналізувати забезпечення системи охорони здоров'я України лікарями загальної практики-сімейними лікарями за період 2014–2017 рр.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження слугували дані галузевої статистичної звітності в розрізі регіонів України за винятком АР Крим та непідконтрольних Україні територій Донецької та Луганської областей. Методами дослідження стали статистичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження було вивчено та проаналізовано динаміку посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів в розрізі регіонів України за період 2014–2017 рр. Отримані в ході дослідження дані наведено в табл. 1.

Аналіз наведених в табл. 1 даних вказує на те, що за період дослідження кількість посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів (ЛЗП-СЛ) в системі охорони здоров'я України збільшилася на 3142 посади (19,3%) і в 2017 р. склала 19 396,25 посад. Збільшення кількості посад ЛЗП-СЛ зареєстрована у всіх регіонах країни. При цьому найбільша кількість посад зареєстрована в Дніпропетровській (1901,5), Одеській (1446,0), Вінницькій (1157,75) областях та м. Києві (1215,75), а найменша кількість посад зареєстрована в Луганській (237,0), Херсонській (433,75), Кіровоградській (443,5) та Сумській (455,25) областях.

Далі вивчалось питання рівня забезпечення населення регіонів штатними посадами лікарів загальної практики-сімейних лікарів в розрахунку на 10 тис. жителів. Отримані результати наведено в табл. 2.

Таблиця 1
Динаміка штатних посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів
в розрізі регіонів України, 2014–2017 рр. (абсолютна кількість)

| Регіон | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Україна | 16 254,25 | 17 264,00 | 18 719,25 | 19 396,25 |
| Вінницька | 1 052,00 | 1 107,00 | 1 143,50 | 1 157,75 |
| Волинська | 423,00 | 458,50 | 504,25 | 530,75 |
| Дніпропетровська | 1 627,00 | 1 669,25 | 1 821,75 | 1 901,50 |
| Донецька | 686,50 | 771,75 | 816,00 | 855,00 |
| Житомирська | 710,25 | 732,75 | 775,00 | 775,25 |
| Закарпатська | 652,25 | 653,25 | 713,00 | 728,00 |
| Запорізька | 672,75 | 703,25 | 855,00 | 941,75 |
| Івано-Франківська | 398,00 | 444,75 | 464,75 | 492,75 |
| Київська | 652,75 | 754,75 | 836,00 | 878,50 |
| Кіровоградська | 341,00 | 375,00 | 426,50 | 443,50 |
| Луганська | 198,00 | 224,50 | 229,50 | 237,25 |
| Львівська | 816,00 | 862,00 | 994,50 | 1 030,75 |
| Миколаївська | 495,75 | 530,75 | 600,00 | 634,50 |
| Одеська | 1 295,75 | 1 384,75 | 1 453,25 | 1 446,00 |
| Полтавська | 830,50 | 848,25 | 892,00 | 892,50 |
| Рівненська | 291,50 | 348,50 | 412,25 | 467,00 |
| Сумська | 373,75 | 387,50 | 427,00 | 455,25 |
| Тернопільська | 613,00 | 625,75 | 645,50 | 641,50 |
| Харківська | 983,50 | 962,00 | 1 001,00 | 1 004,75 |
| Херсонська | 314,00 | 347,00 | 417,25 | 433,75 |
| Хмельницька | 503,00 | 557,50 | 603,25 | 640,75 |
| Черкаська | 523,00 | 561,25 | 598,00 | 599,50 |
| Чернівецька | 472,25 | 474,75 | 480,25 | 497,50 |
| Чернігівська | 432,50 | 454,50 | 478,00 | 494,75 |
| м. Київ | 896,25 | 1 024,75 | 1 131,75 | 1 215,75 |

Аналіз наведених в табл. 2 даних вказує на те, що за період дослідження забезпеченість посадами ЛЗП-СЛ зросла на 0,51 (17,1%) на 10 тис. населення країни і в 2017 р. склала 3,49. При цьому найвищий рівень забезпеченості вказаними посадами, більше 5 на 10 тис. населення, зареєстровано в Вінницькій (5,41), Чернівецькій (5,33), Тернопільській (5,3) та Закарпатській (5,15) областях, а найменший рівень забезпеченості вказаними посадами, менше 3,0, зареєстровано в Луганській (2,27), Херсонській (2,39), Кіровоградській (2,82), Харківській (2,92) областях.

Далі, в табл. 3, наведено отримані в ході дослідження дані щодо укомплектованості штатних посад ЛЗП-СЛ фізичними особами лікарів.

Проведений аналіз наведених в табл. 3 даних вказує на зниження за роки дослідження показника

укомплектованості штатних посад ЛЗП-СЛ фізичними особами лікарів на 0,7% з рівнем 72,8% в 2017 році.

Необхідно відмітити, що в наступних областях рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами становить менше 70%, що відповідно до доказового менеджменту не дозволяє забезпечити доступну та якісну первинну медичну допомогу: Вінницька (67,72%), Донецька (60,58%), Київська (67,50%), Кіровоградська (59,75%), Луганська (63,22%), Миколаївська (59,57%), Одеська (66,87%), Полтавська (67,0%), Херсонська (54,64%), Черкаська (63,89%), Чернігівська (64,88%).

Отримані та наведені вище дані дали можливість розрахувати різницю між штатними посадами та між фізичними особами – дефіцит лікарів загальної практики-сімейних лікарів в розрізі регіонів України. Отримані результати наведені в табл. 4.

Таблиця 2

Забезпеченість штатними посадами лікарів загальної практики-сімейних лікарів в розрізі регіонів України, 2014–2017 рр. (на 10 тис. населення)

| Регіон | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|-------------------|------|------|------|------|
| Україна | 2,98 | 3,13 | 3,40 | 3,49 |
| Вінницька | 5,19 | 5,50 | 5,61 | 5,41 |
| Волинська | 3,02 | 3,40 | 3,78 | 4,11 |
| Дніпропетровська | 3,81 | 4,05 | 4,25 | 4,37 |
| Донецька | 1,08 | 2,56 | 2,65 | 2,74 |
| Житомирська | 4,27 | 4,46 | 4,72 | 4,72 |
| Закарпатська | 4,68 | 4,82 | 5,07 | 5,15 |
| Запорізька | 2,93 | 3,10 | 4,03 | 3,82 |
| Івано-Франківська | 2,67 | 3,02 | 3,33 | 3,59 |
| Київська | 2,46 | 3,02 | 3,38 | 3,44 |
| Кіровоградська | 1,63 | 2,06 | 2,73 | 2,82 |
| Луганська | 0,60 | 2,11 | 2,23 | 2,27 |
| Львівська | 3,11 | 3,34 | 3,88 | 4,03 |
| Миколаївська | 2,74 | 3,08 | 3,38 | 3,49 |
| Одеська | 3,81 | 3,98 | 4,32 | 4,3 |
| Полтавська | 4,02 | 4,13 | 4,33 | 4,35 |
| Рівненська | 2,03 | 2,47 | 3,10 | 3,52 |
| Сумська | 2,42 | 2,53 | 2,97 | 3,16 |
| Тернопільська | 5,00 | 5,19 | 5,28 | 5,3 |
| Харківська | 2,68 | 2,72 | 2,85 | 2,93 |
| Херсонська | 1,65 | 1,93 | 2,22 | 2,39 |
| Хмельницька | 3,13 | 3,61 | 3,88 | 4,1 |
| Черкаська | 2,87 | 3,18 | 3,32 | 3,28 |
| Чернівецька | 5,14 | 5,18 | 5,17 | 5,33 |
| Чернігівська | 2,62 | 3,09 | 3,22 | 3,19 |
| м. Київ | 2,56 | 2,95 | 3,21 | 3,45 |

Таблиця 3

Укомплектованість штатних посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів фізичними особами в розрізі регіонів України, 2014–2017 рр. (%)

| Регіон | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|
| Україна | 73,05 | 73,77 | 73,17 | 72,8 |
| Вінницька | 74,62 | 73,98 | 71,62 | 67,72 |
| Волинська | 74,00 | 76,55 | 76,15 | 77,63 |
| Дніпропетровська | 76,03 | 76,32 | 74,10 | 72,42 |
| Донецька | 67,01 | 62,46 | 62,50 | 60,58 |
| Житомирська | 72,09 | 73,15 | 72,39 | 71,72 |
| Закарпатська | 87,39 | 89,40 | 89,34 | 85,16 |
| Запорізька | 75,21 | 74,80 | 72,87 | 70,19 |
| Івано-Франківська | 79,40 | 81,39 | 86,07 | 85,84 |
| Київська | 67,10 | 69,96 | 70,81 | 67,50 |
| Кіровоградська | 46,63 | 52,80 | 59,32 | 59,75 |
| Луганська | 60,61 | 62,81 | 65,36 | 63,22 |
| Львівська | 91,67 | 92,69 | 92,61 | 93,43 |
| Миколаївська | 63,54 | 65,38 | 62,83 | 59,57 |
| Одеська | 67,76 | 68,75 | 67,50 | 66,87 |
| Полтавська | 68,27 | 67,32 | 67,04 | 67,00 |
| Рівненська | 76,84 | 79,20 | 82,23 | 80,94 |
| Сумська | 71,44 | 70,97 | 74,94 | 72,93 |
| Тернопільська | 83,20 | 82,62 | 81,95 | 83,24 |
| Харківська | 70,67 | 71,73 | 71,53 | 72,46 |
| Херсонська | 54,78 | 57,06 | 53,68 | 54,64 |
| Хмельницька | 79,13 | 81,26 | 79,57 | 79,28 |
| Черкаська | 66,35 | 68,24 | 66,56 | 63,89 |
| Чернівецька | 83,64 | 80,67 | 77,88 | 79,20 |
| Чернігівська | 62,43 | 68,65 | 67,15 | 64,88 |
| м. Київ | 74,87 | 75,92 | 74,13 | 74,03 |

Таблиця 4

Дефіцит лікарів загальної практики-сімейних лікарів в розрізі регіонів України, 2014–2017 рр. (абсолютна кількість фізичних осіб)

| Регіон | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|
| Україна | 4 381,25 | 4 529,00 | 5 023,25 | 5 416,25 |
| Вінницька | 267,00 | 288,00 | 324,50 | 373,75 |
| Волинська | 110,00 | 107,50 | 120,25 | 118,75 |
| Дніпропетровська | 390,00 | 395,25 | 471,75 | 524,50 |
| Донецька | 226,50 | 289,75 | 306,00 | 337,00 |
| Житомирська | 198,25 | 196,75 | 214,00 | 219,25 |
| Закарпатська | 82,25 | 69,25 | 76,00 | 108,00 |
| Запорізька | 166,75 | 177,25 | 232,00 | 280,75 |
| Івано-Франківська | 82,00 | 82,75 | 64,75 | 69,75 |
| Київська | 214,75 | 226,75 | 244,00 | 285,50 |
| Кіровоградська | 182,00 | 177,00 | 173,50 | 178,50 |
| Луганська | 78,00 | 83,50 | 79,50 | 87,25 |

| | | | | |
|---------------|--------|--------|--------|--------|
| Львівська | 68,00 | 63,00 | 73,50 | 67,75 |
| Миколаївська | 180,75 | 183,75 | 223,00 | 256,50 |
| Одеська | 417,75 | 432,75 | 472,25 | 479,00 |
| Полтавська | 263,50 | 277,25 | 294,00 | 294,50 |
| Рівненська | 67,50 | 72,50 | 73,25 | 89,00 |
| Сумська | 106,75 | 112,50 | 107,00 | 123,25 |
| Тернопільська | 103,00 | 108,75 | 116,50 | 107,50 |
| Харківська | 288,50 | 272,00 | 285,00 | 276,75 |
| Херсонська | 142,00 | 149,00 | 193,25 | 196,75 |
| Хмельницька | 105,00 | 104,50 | 123,25 | 132,75 |
| Черкаська | 176,00 | 178,25 | 200,00 | 216,50 |
| Чернівецька | 77,25 | 91,75 | 106,25 | 103,50 |
| Чернігівська | 162,50 | 142,50 | 157,00 | 173,75 |
| м. Київ | 225,25 | 246,75 | 292,75 | 315,75 |

Аналіз наведених в табл. 4 даних вказує на зростання в системі охорони здоров'я країни дефіциту ЛЗП-СМ. Так, за роки дослідження дефіцит ЛЗП-СМ зріс з 4381,25 до 5416,25 – на 1035 лікарів, що вказує на непристизність професії лікаря загальної практики-сімейного лікаря.

Висновки

Проведений аналіз забезпечення первинної ланки надання медичної допомоги лікарськими кадрами вказує на пріоритетний розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я країни. Так, кількість посад ЛЗП-СЛ за

2014–2017 рр. збільшилася на 3142 посади (19,3%) і в 2017 р. склала 19396,25 посад. При цьому забезпеченість посадами ЛЗП-СЛ зросла на 0,51(17,1%) на 10 тис. населення країни і в 2017 р. склала 3,49. Але зареєстровано зниження показника укомплектованості штатних посад ЛЗП-СЛ фізичними особами лікарів на 0,7% з рівнем 72,8% в 2017 р. з коливаннями від 54,64% в Херсонській до 93,43% у Львівській області. Дефіцит ЛЗП-СЛ становить 5416,25 осіб.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням обсягів профілактичної роботи лікарів загальної практики-сімейних лікарів серед жіночого населення.

Література

1. *Деякі уроки реформи охорони здоров'я України* / Г. О. Слабкий, В. М. Лехан, К. О. Надутий [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 3 (31). – С. 7–22.
2. *Кудря А. В. Деякі проблеми сімейного лікаря в умовах реформування системи охорони здоров'я* / А. В. Кудря // Формування нового обліку вітчизняної науки : міжнар. конф., м. Київ, 28 лютого 2014 р.; Центр наукових публікацій. – К., 2014. – С. 202–204.
3. *Матюха Л. Ф. Стан модернізації первинної медичної допомоги в Україні* / Л. Ф. Матюха, К. О. Надутий, Н. Ю. Кондратюк // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 2 (26). – С. 76–83.
4. *Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи: спеціалізоване видання* / В. В. Лазоришинець, Н. О. Лісневська, Г. О. Слабкий [та ін.]. – К., 2014. – 608 с.
5. *Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ* : монографія. – К. : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», Міжрегіон. вид. центр «Медінформ», 2014. – 207 с.
6. *Слабкий Г. О. Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини* / Г. О. Слабкий, І. С. Зозуля, А. І. Зозуля // Сімейна медицина. – 2014. – № 3 (53). – С. 25–27.
7. *Шевченко М. В. Оцінка ефективності бюджетних програм «первинна медична допомога населенню» у пілотних регіонах* / М. В. Шевченко // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2014. – № 1 (59). – С. 42–47.
8. *Шевченко М. В. Фінансово-економічне обґрунтування потреби у ресурсах для формування мережі амбулаторій загальної практики-сімейної медицини в Україні* / М. В. Шевченко // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 3, т. 1 (110). – С. 387–390.
9. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік* / за ред. О. С. Мусія. – К., 2014. – 437 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.01.2019 р.

Характеристика обеспечения системы здравоохранения Украины врачами общей практики-семейными врачами

Е.С. Щербинская

Национальная медицинская академия
последипломного образования им. П.Л. Шупика

Цель работы – исследовать и проанализировать обеспеченность врачами общей практики-семейными врачами за период 2014-2017 гг.

Материалы и методы. Материалами исследования были данные отраслевой статистической отчетности. Методами исследования были статистический метод и метод структурно-логического анализа.

Результаты. Количество должностей врачей общей практики-семейных врачей за период 2014–2017 гг. увеличилось на 3142 должности (19,3%) и в 2017 г. составило 19396,25 должностей. При этом обеспеченность должностями выросла на 0,51 (17,1%) на 10 тыс населения страны и в 2017 году составила 3,49. Зарегистрировано снижение показателя укомплектованности штатных должностей врачей физическими лицами на 0,7% с уровнем 72,8% в 2017 г. и колебаниями от 54,64% в Херсонской до 93,43% у Львовской области. Дефицит врачей общей практики-семейных врачей составляет 5416,25.

Выводы. Проведенный анализ указывает на приоритетное развитие первичной медицинской помощи на принципах семейной медицины на современном этапе реформирования системы здравоохранения страны.

Ключевые слова: врач общей практики-семейный врач, обеспечение, характеристика.

Characteristic of health care system provision with general practitioners-family doctors in Ukraine

O.S. Shcherbynska

National P.L. Shupik Medical Academy
of postgraduate education

Goal of research: to study and analyze provision with general practitioners-family doctors for the period of 2014-2017 years.

Materials and methods. The branch statistical reporting was used as materials for research. Statistical method and the method of the structural-and-logical analysis were applied in the course of study.

Results. The number of general practitioners-family doctors' posts for 2014-2017 years increased by 3142 post (19.3%) and in 2017 equaled to 19396.25. While the provision of general practitioners-family doctors' post increased by 0.51 (17.1%) per 10 thousand of population and in 2017 equaled to 3.49. The reduction of the indicator of complete staffing with general practitioners-family doctors' posts on 0.7% with 72.8% level is registered in 2017 with difference from 54.64% in Kherson to 93.43% in Lviv region. The deficiency of general practitioners-family doctors reaches 5416.25.

Conclusions. The analysis held indicates the priority development of primary health care based on the principles of family medicine at the present stage of reforming the health care system of the country.

Key words: general practitioners-family doctors, provision, characteristic.

Відомості про автора

Щербінська О.С. – к.мед.н., Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика; 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

УДК 616.127-005.8-02-037:314.4(477)

В.В. Рудень, І.М. Ковальська

Аналіз і прогноз показників смертності з причини гострого інфаркту міокарда [I.21] серед населення в Україні

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Мета дослідження – науковий аналіз фактичних (2002–2015 роки) та прогнозованих (2030 рік) показників поширеності смертності з причини ГІМ серед населення в Україні.

Матеріали та методи. Для реалізації поставленої мети виконано епідеміологічне одномоментне суцільне наукове дослідження, де проаналізована статистичні дані МОЗ та Державного комітету статистики України (2002–2015) згідно регресійної моделі прогнозування – методу лінійного тренду, побудованого з використанням пакету Microsoft Office Excel та використано низку наукових медико-статистичних методів дослідження з врахуванням принципів системності.

Результати. Наслідки посвідчують тенденцію до збільшення на +1,8 рази показника екстрапольованого рівня смертності з причини ГІМ на 100 тис. населення в Україні ($P=32,4\pm 3,4/100000$), що підтверджується $A_{np}=+14,5\pm 0,8\%$ ($p<0,05$; $R^2=0,9207$) як у прогнозованому 2030 році, так і в розрізі його статі, місця проживання та економічної зайнятості померлих.

Висновки. Отримані результати вказують на значний тягар у стані громадського здоров'я ймовірного зростання показників рівня смертності з причини ГІМ на 100 тис. населення як у фактичних (2002–2015), так і прогнозованих роках (2030), що потребує опрацювання дієвих та ефективних превентивних заходів з метою мінімізації виникнення/розвитку захворюваності ГІМ.

Ключові слова: гострий інфаркт міокарда, смертність, прогноз, тенденції, населення, чоловіки, жінки, місто, село, працездатне населення, пенсіонери, ефективність, профілактика.

Вступ

Моделювання прогностичних показників поширеності померлих осіб з певних причин їх смерті серед населення країни, є, поряд з вимірюванням кореляційно-регресійного впливу хвороб і травм на стан здоров'я та тривалістю життя конкретної людини/громади, найбільш злободенним методом в оцінці ефективності чинної системи охорони здоров'я, що, власне, і слугує базисом до опрацювання на різних рівнях управління в системі медичної допомоги превентивних заходів громадської охорони здоров'я [11].

Не виняток у цьому становить і смертність серед населення з гострим інфарктом міокарду (ГІМ). Власне, ця патологія [I.21] віднесена ВООЗ до найважливіших неінфекційних захворювань через надмірне навантаження на стан життя та здоров'я населення, в тому числі, і серед осіб працездатного віку. При цьому, в Україні від ГІМ, при 48 тис. хворих [7], щорічно помирає 20% пацієнтів, тоді як в країнах Європи – 5% [8].

Тому, надзвичайно вагомим у питанні мінімізації летальності з причини ГІМ серед населення в Україні залишається потреба в наявності та аналізі прогностичних епідеміологічних даних щодо поширеності окресленого в заголовку природнього явища, що і робить дану наукову роботу актуальною у власному змісті.

Мета дослідження – науковий аналіз фактичних (2002–2015 роки) та прогнозованих (2030 рік) показників поширеності смертності з причини ГІМ серед населення в Україні.

Матеріали та методи

Виконано епідеміологічне одномоментне суцільне наукове дослідження з використання статистичних даних МОЗ України [5] та Державного комітету статистики України [10], шляхом їх перетворення в динамічні ряди.

На першому етапі виконання прогностичної оцінки теоретично обґрунтовано встановлених залежностей у стані рівнів смертності ГІМ серед населення країни адекватно з фактичними даними аналізованих динамічних рядів 2002–2015 років.

У ході дослідження екстраполяцію встановленої загальної тенденції розвитку смертності серед населення країни з причини ГІМ на період до 2030 року проведено згідно регресійної моделі прогнозування – методу лінійного тренду [6, 9], побудованого з використанням електронних таблиць пакету Microsoft Office Excel 2016 [2] на основі точкової діаграми за фактичними даними минулих періодів.

З метою дефініції достовірності прогнозу використано значення похибки апроксимації (R^2), яка розрахована за методом найменших квадратів, при наближенні її до значення «одиниця», що дозволило досягти високого ступеня точності обраної моделі залежності [1].

У процесі виконання наукової роботи використано ретроспективний, статистичний, математичний, абстрактний, прогностичний та графічний методи дослідження, а також методи вкопіювання, дедуктивного освідомлення, структурно-логічного аналізу, екстраполяції з врахуванням принципів системності.

Результати дослідження та їх обговорення

Наслідки аналізу статистичних даних повного, одновимірного, базисного, рівновіддаленого, складного, інтервального, часового динамічного ряду, який відтворює інтенсивні величини поширеності смертності населення України з причини ГІМ у реальних 2002–2015 рр. (рис. 1), засвідчують, що амплітуда (A_m) досліджуваної ознаки (випадки померлих на 100 тис. населення) знаходилася в межах $17,9 \pm 1,0 - 25,8 \pm 0,9$ просантимілле (‰) ($p < 0,001$) та становила $A_m = 7,9 \pm 0,8$ померлих на 100 тис. людності, при середньому рівні щорічно померлих хворих від даного недугу [I.21] $M = 22,0 \pm 1,3 / 100000$ ($p < 0,001$).

Доведено, що, не зважаючи на зменшення чисельного виразу населення у ланцюговому 2015 році ($n = 42759,7$ тис. осіб) на $-11,4\%$ ($n = 5481,2$ тис. жителів) в уподібненні з кількістю людності в Україні в базовому 2002 році ($n = 48240,9$ тисяч мешканців), рівень смертності з мотивів ГІМ, принагідно до величини показника абсолютного приросту ($A_{пр}$), збільшився на $P = +7,9 \pm 0,8 \text{‰}$, або за свідченням темпу приросту ($T_{пр}$) – на $+44,1 \pm 0,2\%$, що, в кінцевому результаті, становило $P = 25,8 \pm 0,9$ померлих від ГІМ на 100 тис. населення ($p < 0,001$).

Актуальним у змісті досліджуваної проблеми в стані громадського здоров'я в Україні є і те, (рис. 1), що,

інтерпольований ланцюговий рівень смертності ГІМ у 2020 р. – короткостроковому прогностичному періоді, має тенденцію до росту, згідно даних показників $T_{пр}$ на $+53,8 \pm 0,2\%$ та $A_{пр}$ на $+9,6 \pm 0,8$ випадків смертей на 100 тис. мешканців країни, і складатиме $P = 27,5 \pm 2,6 \text{‰}$, що буде, у відповідності до даних коефіцієнту наочності (K_n), в 1,5 рази або на $153,8\%$ ($p < 0,05$) більшим, чим в опорному 2002 р. ($P = 17,9 \pm 1,0$ смертей від ГІМ на 100 тис. жителів).

Очікується, що, на 100 тис. населення, у 2025 р. – середньостроковий прогностичний період, від даного недугу [I.21] в країні помиратиме $P = 30,0 \pm 2,9$ хворих ГІМ при зростанні за величиною $A_{пр}$ на $+12,1 \pm 0,8 \text{‰}$ випадків смертей, що буде, у відповідності до значення K_n на $+167,5\%$ більшим, чим в 2002 році ($p < 0,05$).

У кінцевому 2030 році, який в даному дослідженні розцінюється як довгостроковий прогностичний період, передбачається, коли у вічність з життя Земного можуть відійти через дану хворобу [I.21] на кожні 100 тис. населення $P = 32,4 \pm 3,4$ особи ($p < 0,05$), що буде в 1,8 рази більше за значенням K_n в порівнянні з опорними даними 2002 року і обґрунтовано підтверджується такими величинами динамічного ряду як $A_{пр} = +14,5 \pm 0,3 \text{‰}$ та $T_{пр} = +81,3 \pm 0,2\%$ ($p < 0,05$).

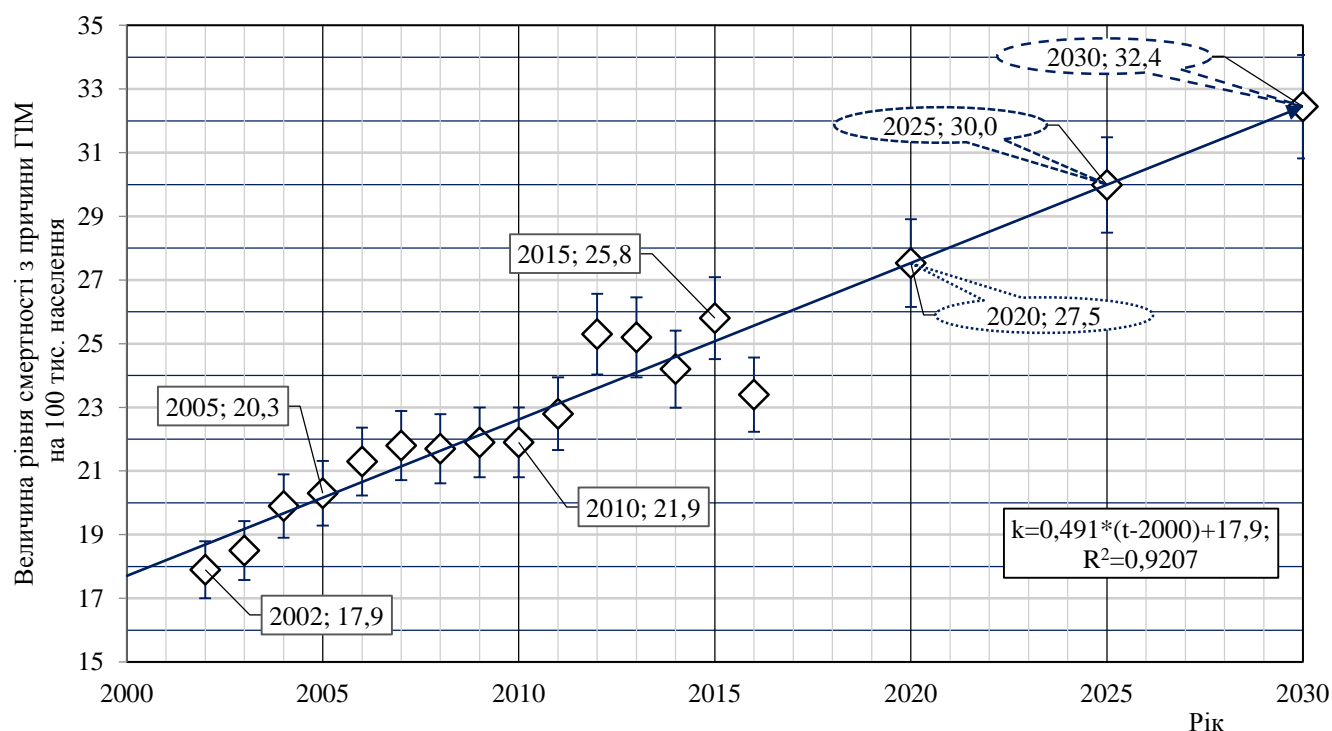


Рис. 1. Фактичні (2002–2015 роки) та прогностичні (до 2030 року) показники рівнів смертності з причини ГІМ серед населення України (на 100 тис. населення)

Наукове обґрунтування встановленої тенденції до збільшення прогностичних інтенсивних рівнів смертності серед населення України, спричинених хворобою – ГІМ, на пролонгований період до 2030 року, демонструють дані моделі лінійного тренду (рис. 1), отримані при обрахунку

рівняння математичної регресії ($k = 0,491 * (t - 2000) + 17,9$), вірогідність чого і посвідчує значимість величини лінійної апроксимації $R^2 = 0,9207$.

У процесі виконання даної наукової роботи зроблена спроба аргументовано розкрити можливі

тенденції у поширеності померлого населення країни з причини ГІМ як у досліджуваних реальних, так і прогнозованих роках у контексті його статеві структури, місця проживання та економічної активності в суспільстві.

Аналізуючи рівні смертності населення з мотиву ГІМ в контексті статеві структури населення доречно зазначити, що A_m рівнів поширеності даного виду

смертності [I.21] серед осіб чоловічої статі в практичних 2002–2015 роках (рис. 2 та рис. 3) знаходилася в межах $22,5 \pm 1,2 - 29,4 \pm 1,1$ ‰ і становила $A_m = 6,9 \pm 0,7 / 100000$, тоді як серед померлих жінок ця статистична величина складала $A_m = 4,8 \pm 0,6$ і перебувала в межах від $14,0 \pm 1,2$ (2002 рік) до $18,6 \pm 1,1$ (2015 рік) померлих на 100 тис. жінок ($p < 0,001$).

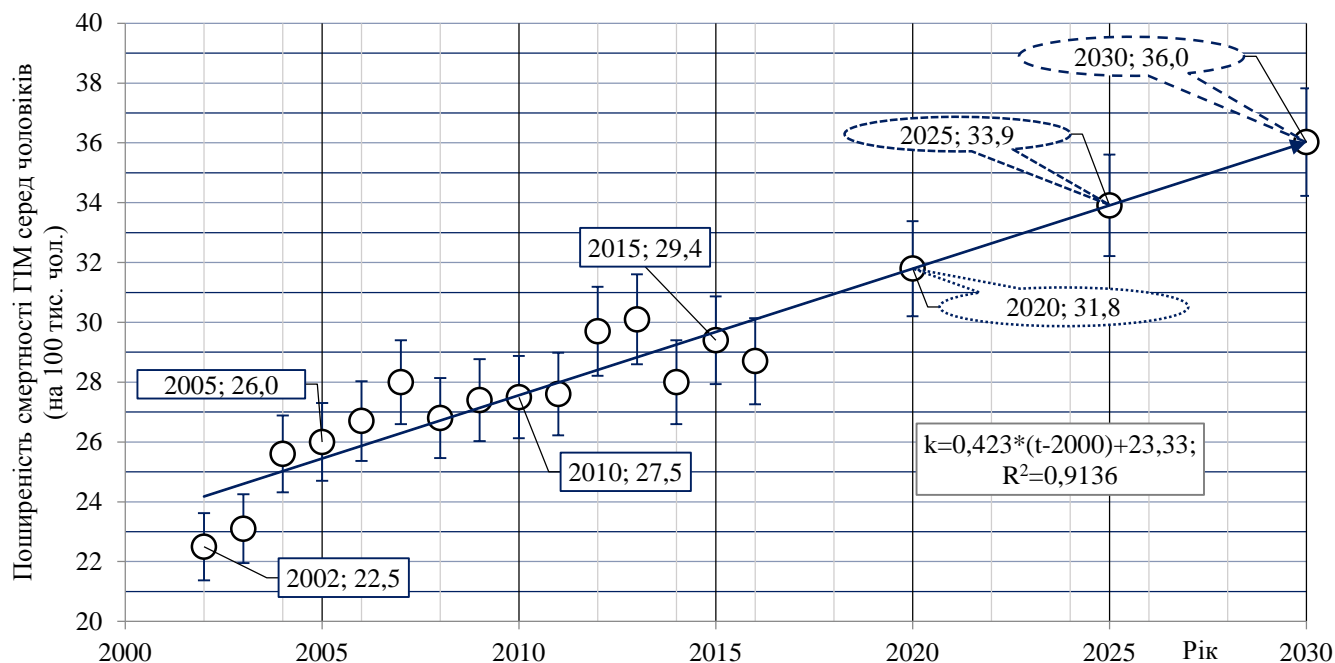


Рис. 2. Динаміка реальних (2002–2015 роки) та екстрапольованих (до 2030 року) показників рівнів смертності з причини ГІМ серед чоловіків в Україні (на 100 тис. осіб чоловічої статі)

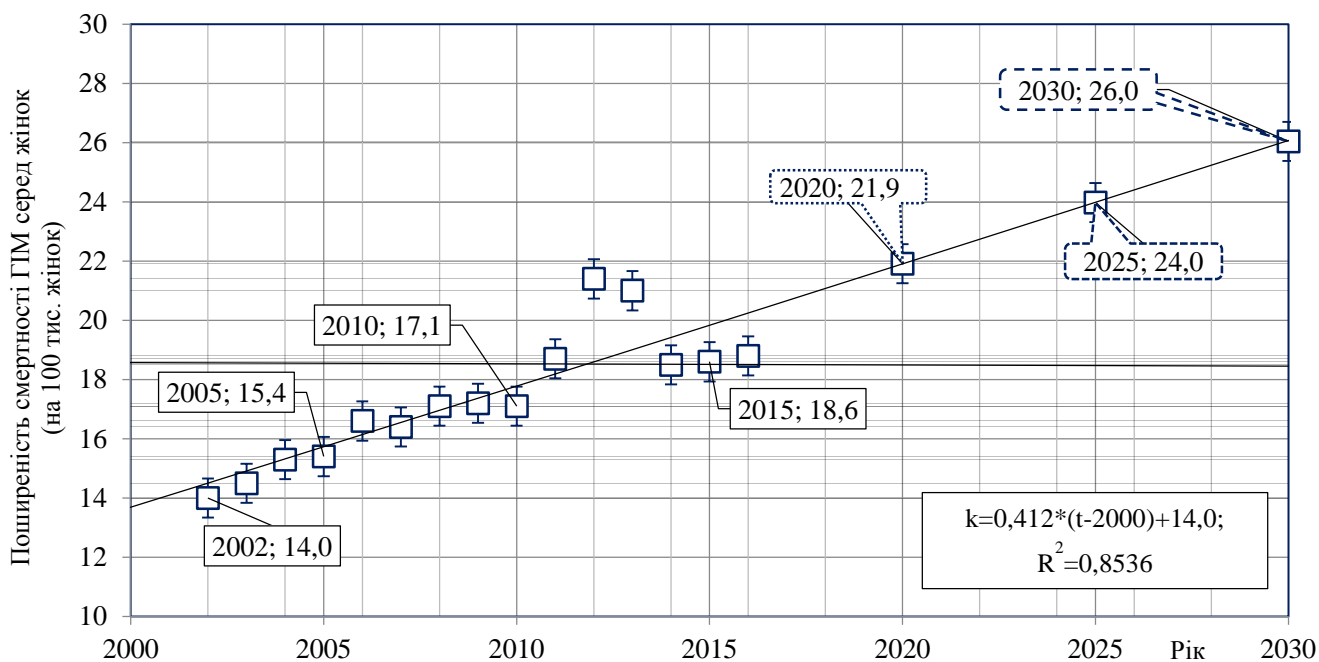


Рис. 3. Показники поширеності смертності з причини ГІМ серед жінок в Україні (на 100 тис. жінок) у практичних (2002–2015) та передбачуваних (до 2030) роках

У цілому, аналіз динамічного ряду щодо рівнів смертності з причини ГІМ переконливо стверджують про тенденцію зростання цього природнього явища [I.21] у фактичному 2015 році серед осіб чоловічої статі ($P=29,4\pm 1,1/100000$) за K_n на $+130,7\%$, про що засвідчує значення $A_{np}=+6,9\pm 0,7\%$ та $T_{np}=+23,5\pm 0,1\%$ ($p<0,001$), у зіставленні з 2002 роком, де ця відносна величина являла собою $P=22,5\pm 1,2$ померлих на 100 тис. чоловіків.

Спрямування до зростання рівня померлих з мотивів ГІМ згідно K_n на $+1,3$ рази відслідковується в реально досліджуваних роках і серед жіночого населення країни, зокрема в істинному 2015 році, коли досліджувана величина становила $P=18,6\pm 1,1/100000$ в уподібненні з аналогічними даними 2002 року ($P=14,0\pm 1,2\%$), що науково підтверджується показниками як $A_{np}=+4,6\pm 0,6\%$, так і $T_{np}=32,9\pm 0,2\%$ ($p<0,001$).

Не зважаючи на те, що в базовому 2002 році число жінок ($n=25\ 924,6$ тис. осіб) в Україні було в $1,2$ рази більше, чим чоловіків ($n=22\ 316,3$ тис. осіб), аналізований рівень смертності з причини ГІМ у цьому ж опорному році у чоловіків ($P=22,5\pm 1,2/100000$) був у $1,6$ рази більше, ніж у жінок ($P=14,0\pm 1,2\%$) (див. дані рис. 2 та рис. 3).

Окрім того, науково встановлено, що в ланцюговому 2015 року кількість жінок ($n=22\ 971,9$ тис. осіб) в Україні була у $1,2$ рази більшою в уподібненні з особами чоловічої статі ($n=19\ 787,8$ тис. осіб), проте індекс співвідношення серед померлих мав наступний числовий вираз: у досліджуваному середовищі 100 тис. смертей з причини ГІМ на одну померлу жінку припадало $1,6$ смертей з числа осіб чоловічої статі.

У досліджуваних прогностичних періодах до 2030 року передбачається, що усереднений показник поширеності смертності серед чоловіків з мотивів ГІМ становитиме $M=32,1\pm 1,8/100000$, тоді як серед осіб жіночої статі він може скласти $M=22,2\pm 1,5\%$, при $p<0,05$.

Отримані дані аргументовано підтверджують (рис. 2 та рис. 3) про зростання у короткостроковому прогностичному періоді (2020 рік) показників рівнів померлих від аналізованого недугу [I.21] як серед чоловіків на $+41,3\pm 0,1\%$ ($A_{np}=+9,3\pm 0,7/100000$), так і жінок – на $+7,9\pm 0,6\%$ ($T_{np}=+7,9\pm 0,6\%$), що відповідно становитиме $P=31,8\pm 3,0$ смертей від ГІМ на 100 тис. чоловіків та $P=21,9\pm 3,1\%$ у жінок ($p<0,05$).

У передбачуваному 2025 році (середньостроковий прогностичний період) у кожному середовищі 100 тис. чоловіків рівень летальності з ГІМ примножиться на $P=11,4\pm 0,7\%$ випадків ($T_{np}+50,7\pm 1,5\%$), про що, власне, і заявляє отриманий в дослідженні інтенсивний показник $P=33,9\pm 3,4$ епізодів смертей на 100 тис. чоловіків ($p<0,05$), тоді як поширеність даного виду смертей [I.21] поміж 100 тис. жінок зросте на $+71,3\pm 1,6\%$ ($A_{np}=+10,0\pm 0,7\%$), що являтиме $P=24,0\pm 3,6$ досліджуваних подій [I.21] на 100 тис. осіб жіночої статі ($p<0,05$) в Україні.

Очевидним є той науковий факт, який демонструє збільшення рівня померлих з причини ГІМ серед чоловіків у довгостроковому прогностичному періоді (2030 рік) у $1,6$ разу ($P=36,0\pm 3,9$ смертей на 100 тис. осіб чоловічої статі) ($p<0,05$), що за показником T_{np} буде більшим на $+60,1\pm 1,6\%$ ($A_{np}=13,5\pm 0,8\%$), чим у еталонному 2002 році ($P=22,5\pm 1,2/100000$, $p<0,001$).

Тенденційно, у цей передбачуваний період, також примножиться показник поширеності летальності ГІМ в країні і серед жінок про що свідчить K_n на $+186,0\%$ при $A_{np}=+12,0\pm 0,7\%$ та $T_{np}=86,0\pm 1,7\%$ і буде мати числовий вираз $P=26,0\pm 4,1$ померлих на 100 тис. осіб жіночої статі ($p<0,05$) в зіставленні з однотипними відомостями фундаментального 2002 року ($P=14,0\pm 1,2\%$, $p<0,001$).

Наукову оцінку достатньої ймовірності прогностичної інформативності показників поширеності летальних випадків ГІМ серед чоловіків та осіб жіночої статі на період до 2030 року в Україні демонструють як отримані дані побудованих моделей лінійних трендів, так і візуалізації отриманих показників за допомогою планок похибок (див. дані рис. 2 та рис. 3), а також величина множинного коефіцієнту кореляції: $R^2=0,8536$ – для можливих смертей на 100 тис. жінок та $R^2=0,9136$ – для летальних випадків [I.21] на 100 тис. осіб чоловічої статі.

Характеризуючи показник поширеності смертності ГІМ серед населення України в контексті місця поселення померлих, доведено (рис. 4), що рівень даного виду смертності [I.21] за фактичний період (2002–2015 роки) серед міських жителів зріс, згідно величини K_n , в $1,2$ рази і становив $P=27,2\pm 1,2\%$, ($p<0,001$), що за показником A_{np} було на $+4,8\pm 0,6$ смертей на 100 тис. міського населення більше ($T_{np}=+21,4\%$), чим в опорному 2002 році ($P=22,4\pm 1,3/100000$; $p<0,001$).

Інтерполяція тенденції до збільшення показника рівня смертності ГІМ серед жителів міст України на період до 2030 року засвідчує (рис. 4) про зростання поширеності даного природнього явища [I.21] серед 100 тис. міського населення в 2020 р. до числового виразу $P=29,9\pm 3,3\%$, що є на $+1,3$ рази більше даних базового 2002 року та на що вказують як $T_{np}=+33,7\pm 0,1\%$, так і $A_{np}=+7,5\pm 0,6$ померлих/100000 ($p<0,05$); у 2025 році – за K_n зросте на $+140,8\%$, про що стверджується показниками $A_{np}=+9,1\pm 0,4\%$ та $T_{np}=+40,8\pm 0,1\%$ та являтиме $P=31,5\pm 3,8/100000$ ($p<0,05$).

Екстрапольований показник рівня смертності з причини ГІМ серед міських жителів у 2030 році являтиме $P=33,2\pm 4,4\%$ та буде в $1,5$ рази більшим, на що вказують величини $A_{np}=+10,8\pm 0,7$ випадків смертей на 100 тис. міського населення та $T_{np}=+48,0\pm 0,1\%$ ($p<0,05$), чим у базовому 2002 році ($P=22,4\pm 1,3/100000$; $p<0,001$).

Аналіз показника поширеності смертності ГІМ серед сільських жителів у практичних роках засвідчує їх схильність (рис. 5) до зросту в ланцюговому фактичному 2015 році ($P=15,8\pm 0,5/100000$) за числовим виразом K_n аналізованих рівнів смертності [I.21] у $1,8$ рази, при $A_{np}=+7,0\pm 0,7/100000$ та $T_{np}=+79,5\pm 0,2\%$, у порівнянні з даними вихідного рівня динамічного ряду – 2002 роком, де становив $P=8,8\pm 0,6\%$ ($p<0,001$).

Напрямок до зростання рівня поширеності смертей ГІМ серед сільських мешканців потверджується також прогностичними даними 2020 року. У цьому передбачається (рис. 5), що аналізований показник зросте, згідно величини K_n , в $2,2$ рази, а за числовим значенням A_{np} побільшає на $+10,2\pm 0,7\%$, тоді як за свідченням T_{np} – зросте на $+115,5\pm 0,2\%$ і являтиме $P=19,0\pm 1,5$ померлих ГІМ на 100 тис. мешканців сіл ($p<0,05$).

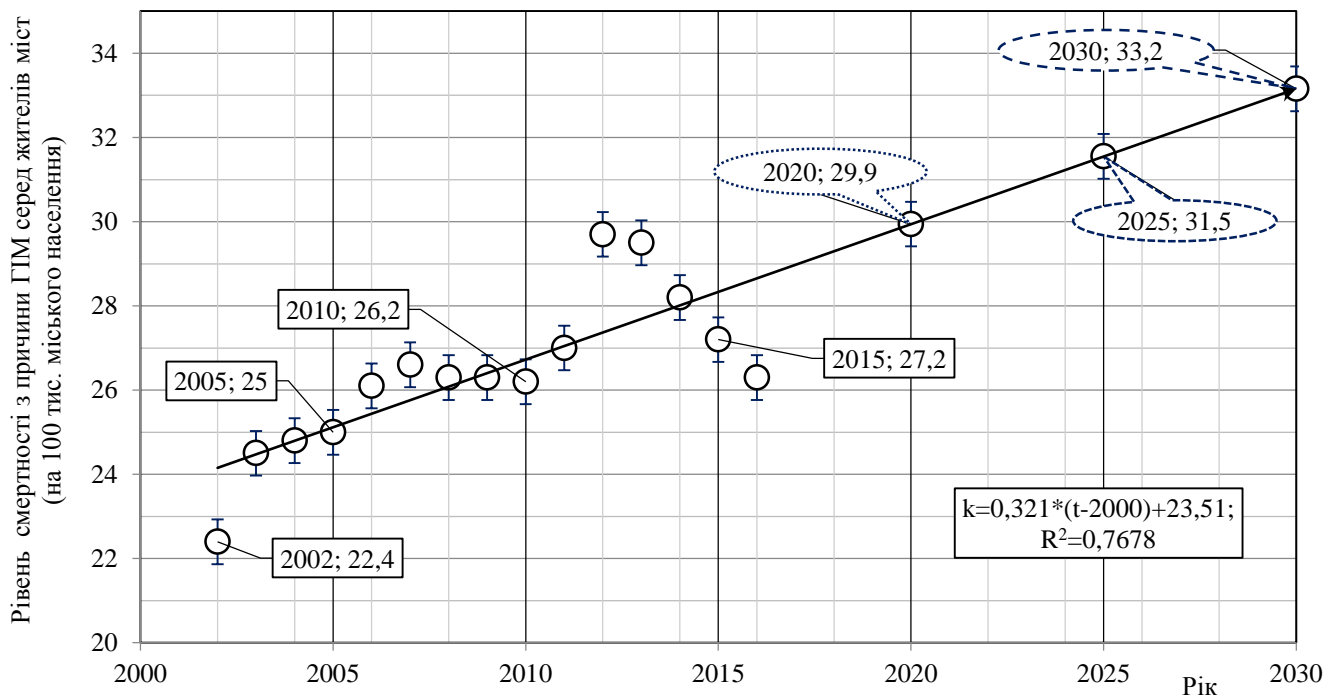


Рис. 4. Динаміки показників рівнів смертності з причини ГІМ серед міського населення в Україні (на 100 тис. міських жителів) як у фактичних (2002–2015), так і екстрапольованих (до 2030) роках

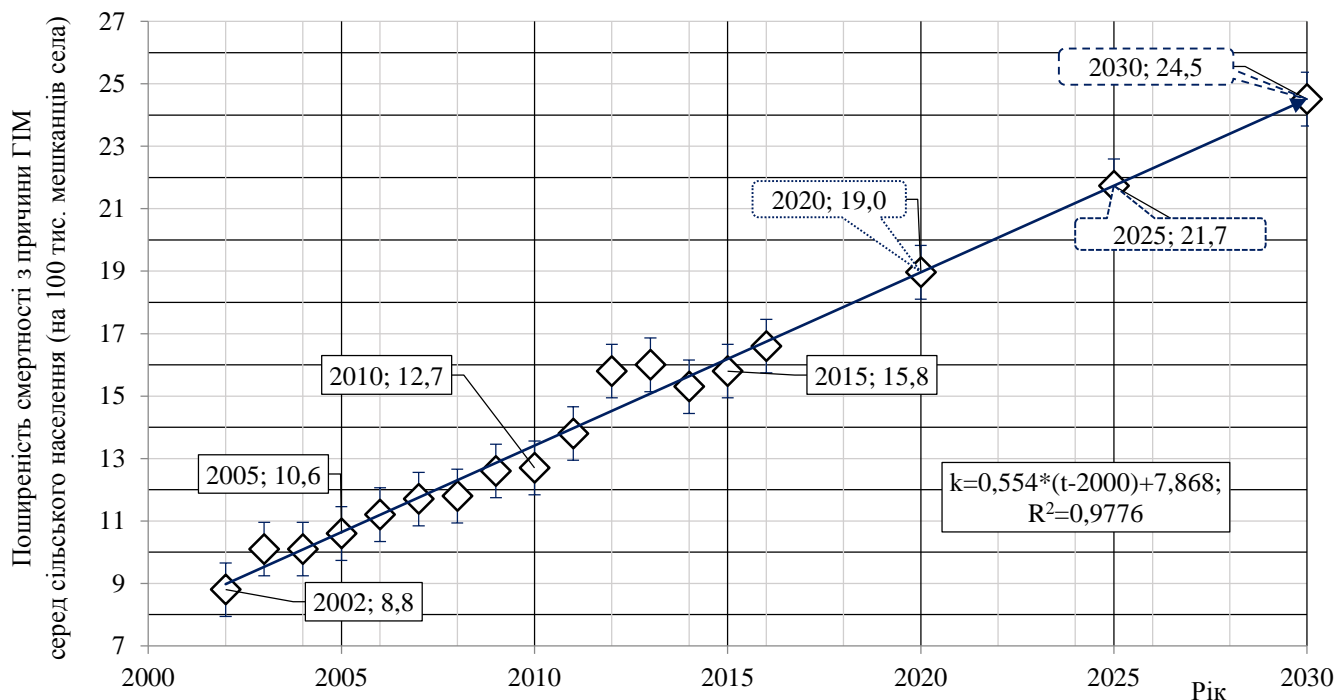


Рис. 5. Прогноз показників поширеності смертності з причини ГІМ серед сільського населення в Україні на період до 2030 року (на 100 тис. сільських мешканців)

У 2025 році інтерпольований показник рівня усопших з причини ГІМ серед жителів сільської місцевості, у відповідності до значення K_n буде на +247,0% більше, чим у базовому 2002 році ($P=8,8 \pm 0,6/100000$),

що підтверджується даними величини $T_{np}=+147,0 \pm 0,3\%$ і $A_{np}=+12,9 \pm 0,7\text{‰}$ та матиме числовий вираз $P=21,7 \pm 1,7$ смертей ГІМ на 100 тис. сільських мешканців.

Проте, найбільш значащими у цьому динамічному ряду є те, що в 2030 році екстрапольований рівень смертності на 100 тис. жителів сіл в Україні, згідно показників $A_{пр}$, зросте на $+15,7 \pm 0,8\%$ та $T_{пр}$ – на $+178,5 \pm 0,3\%$, що буде в 2,8 рази більше, ніж у порівнювальному 2002 році ($P=8,8 \pm 0,6\%$) і становитиме $P=24,5 \pm 1,9$ померлих з причини ГІМ на 100 тис. сільських жителів.

Вірогідність отриманих прогностичних показників поширеності смертності від ГІМ серед мешканців міст та сіл (див. рис. 4 та рис. 5) потверджується апроксимаційними даними лінійного тренду з виразом

коефіцієнта $R^2=0,7678$ – для померлих поміж жителів міст та $R^2=0,9776$ – серед мешканців сільської місцевості.

Результати обговорення тенденції показника загального рівня смертності з причини ГІМ серед населення в Україні в контексті економічної активності людності країни, переконливо засвідчують, що у реально аналізованих 2002–2015 роках (рис. 6) величина A_m динамічного ряду рівнів смертності ГІМ серед осіб працездатного віку в Україні складала $7,1 \pm 1,1$ випадків померлих від аналізованої патології [I.21] на 100 тис. працездатного населення і знаходилася в крайніх межах: $P=5,5 \pm 1,6\%$ – $P=8,1 \pm 1,3/100000$ ($p < 0,001$).

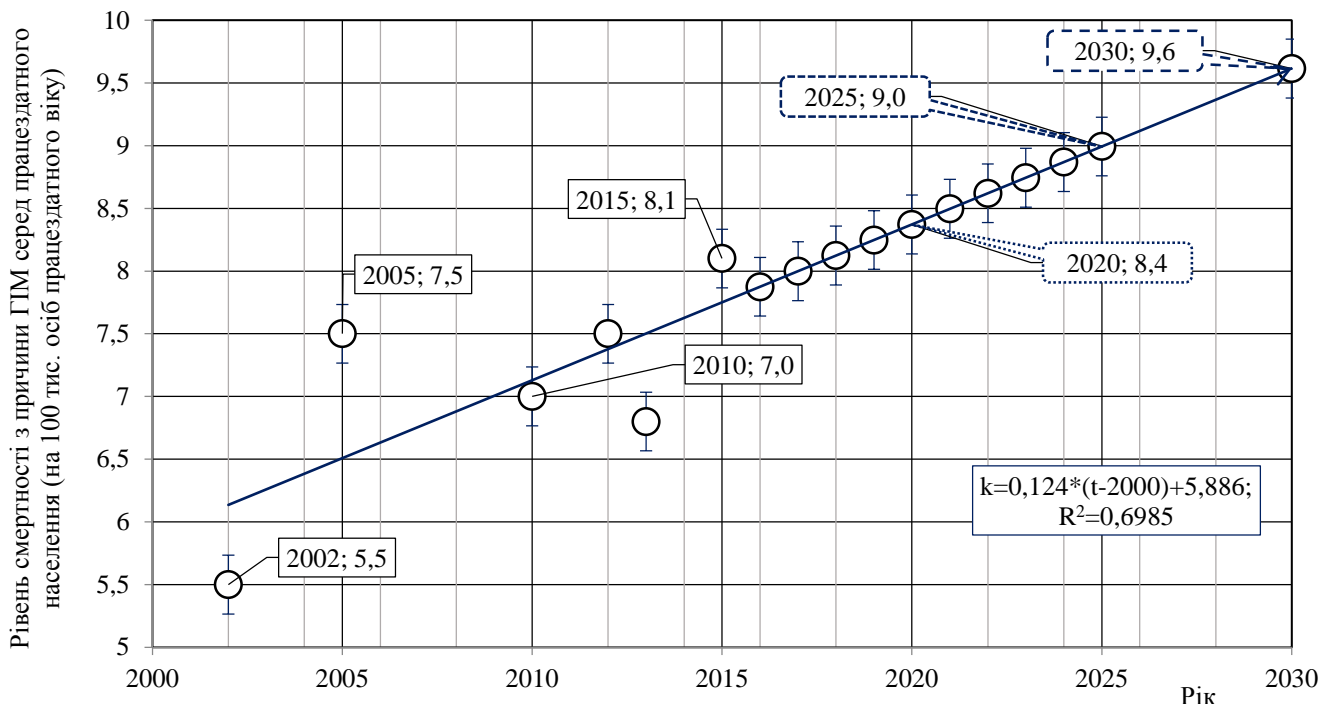


Рис. 6. Дані про фактичні (2002–2015 роки) та прогностичні (до 2030 року) показники рівнів смертності з причини ГІМ серед працездатного населення в Україні (на 100 тис. осіб працездатного віку)

Аргументовано, що за практичний період (2002–2015 роки) рівень поширеності смертей від даної нозології [I.21] серед працездатного населення зріс, за числовим виразом $T_{пр}$, на $+47,3 \pm 0,3\%$, при $A_{пр}=+2,6 \pm 0,6$ випадки померлих на 100 тис. осіб працездатного віку та становив у ланцюговому 2015 році $P=8,1 \pm 1,3\%$, що було, згідно величини K_n , в 1,5 рази більше, чим у базовому 2002 році ($P=5,5 \pm 1,6/100000$) ($p < 0,001$).

Резонним у цьому є те, що, у передбачуваному 2020 році (рис. 7), значення рівня поширеності смертей від ГІМ серед працездатного віку ($P=8,4 \pm 2,8$ померлих на 100 тис. працездатного населення) також демонструє напрям до його збільшення K_n на $+152,2\%$, чим в опорному 2002 році ($P=5,5 \pm 1,6\%$) та потверджується показниками як $A_{пр}=+2,9 \pm 0,5/100000$, так і $T_{пр}=+52,2 \pm 0,2\%$ ($p < 0,05$).

У 2025 році інтерпольований показник поширеності смертності ГІМ серед людей працездатного віку примножиться у 1,6 рази, про що свідчить $T_{пр}=+63,5 \pm 0,2\%$

та $A_{пр}=+3,5 \pm 0,5/100000$, та становитиме $P=9,0 \pm 3,5\%$ ($p < 0,05$).

У кінцевому 2030 році аналізованого динамічного ряду екстрапольований показник являтиме $P=9,6 \pm 4,2$ померлих з причини ГІМ на 100 тис. працездатного населення, що буде за K_n на $+174,8\%$ більше, чим в порівнювальному 2002 році ($5,5 \pm 1,6\%$). Наукове обґрунтування встановленої тенденції для рівня смертності ГІМ серед людей працездатного віку в 2030 році демонструють показники $A_{пр}=+4,1 \pm 0,3/100000$ та $T_{пр}=+74,8 \pm 0,2\%$ ($p < 0,05$).

Достеменна ситуація відслідковується і серед осіб пенсійного віку в Україні у 2015 році (рис. 7), де показник рівня померлих від ГІМ у практично аналізованих роках зріс за $A_{пр}$ на $+75,2 \pm 3,5\%$ або за $T_{пр}$ на $+77,0 \pm 0,4\%$ і становив $P=172,8 \pm 30,4$ померлих від даного недугу [I.21] на 100 тис. пенсіонерів ($p < 0,05$), що було, згідно значення K_n , на 1,8 більше, чим в опорному 2002 р. ($P=97,6 \pm 37,3/100000$) ($p < 0,001$).

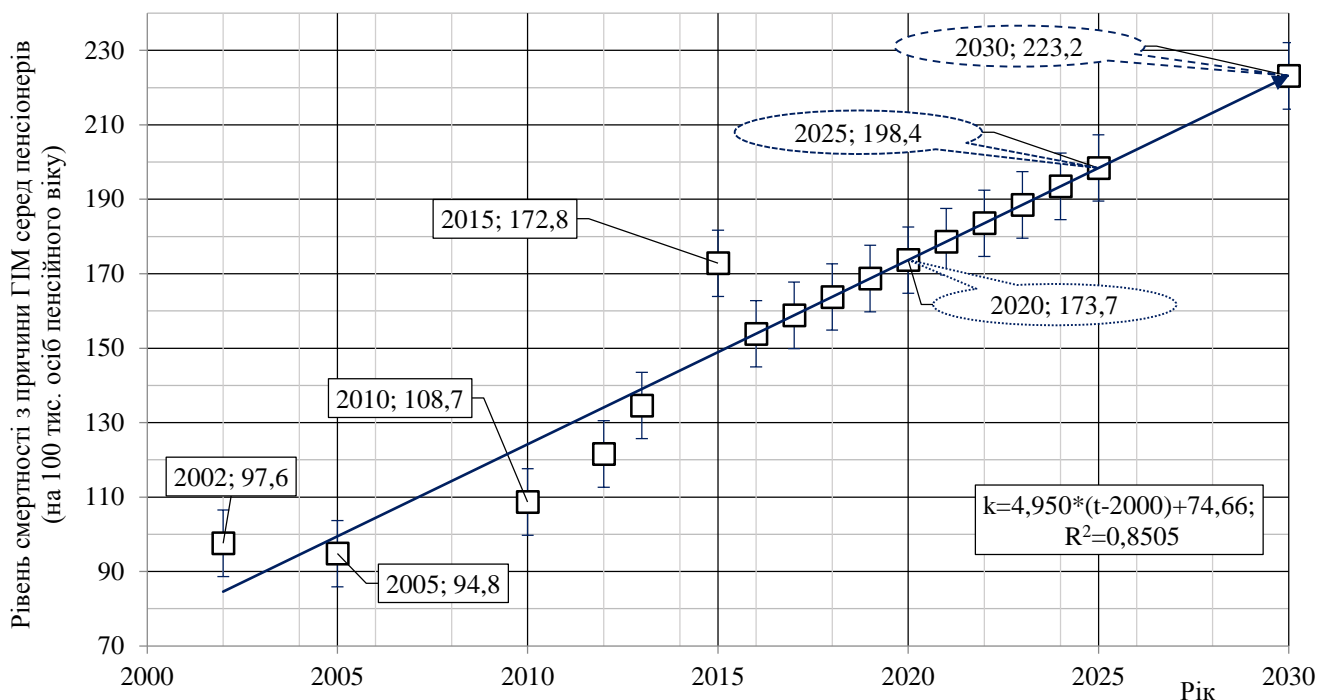


Рис. 7. Відомості про динаміку реальних (2002–2015 роки) та екстрапольованих (до 2030 року) рівнів смертності з причини ГІМ серед пенсіонерів в Україні (на 100 тис. осіб пенсійного віку)

Доведено, що у передбачуваному 2020 році (рис. 7) показник поширеності смертності від гострого серцевого нападу [I.21] на 100 тис. пенсіонерів у прогностичному динамічному ряді має спрямованість до зростання за даними K_n на +177,9%, у зіставленні з даними базового 2002 року, про що, власне, і свідчать дані $T_{np}=+77,9\pm 0,3\%$ та величина $A_{np}=+76,1\pm 2,6\text{‰}$ і становитиме $P=173,7\pm 68,1/100000$ ($p<0,05$).

Обґрунтованим є те, що, у середньостроковому прогностичному періоді (2025 рік), числовий розмір передбачуваного показника зросте у 2,0 рази, що також підтверджується отриманими даними $T_{np}=+103,3\pm 0,3\%$ та $A_{np}=100,8\pm 2,5\text{‰}$ та очікується на рівні $P=198,4\pm 83,6$ померлих від ГІМ на 100 тис. людей пенсійного віку ($p<0,05$).

Поряд з цим встановлено, що в гіпотетичному 2030 році рівень смертності серед пенсіонерів з причини ГІМ примножить у відповідності величини K_n на 228,7%, що, власне, і підкріплюється показниками динамічного ряду: $T_{np}=128,7\pm 0,3\%$; $A_{np}=125,6\pm 2,7\text{‰}$, і буде становити $P=223,2\pm 101,1$ померлих на 100 тис. осіб пенсійного віку ($p<0,05$).

Показники апроксимації регресійного аналізу виконаних прогнозів показників рівня смертей з причини ГІМ серед населення України з різною економічною зайнятістю в суспільстві (див. дані рис. 6 та рис. 7), отримані у відповідності до моделі лінійного тренду, підтверджують встановленні тенденції до ймовірного зростання при різнонаправленому русі наведених інтенсивних даних аналізованих часових рядів як серед осіб пенсійного віку ($R^2=0,8505$), так і поміж працездатним населенням ($R^2=0,6985$).

Висновки

1) Отримані наслідки посвідчують тенденцію до збільшення на 1,8 рази величини екстрапольованого рівня смертності з причини ГІМ серед населення України у 2030 році до $P=32,4\pm 3,4$ померлих на 100 тисяч людей ($p<0,05$), що підтверджується показниками як $A_{np}=+14,5\pm 0,8\text{‰}$, так і $T_{np}=+81,3\%$ ($p<0,05$), при значимості величини лінійної апроксимації $R^2=0,9207$, у зіставленні з однотипними даними ($P=17,9\pm 1,0/100000$, $p<0,001$) базового 2002 року.

2) Встановлена тенденція до збільшення у 2030 році в зіставленні з еталонними інтенсивними даними 2002 року характерна і для показників поширеності смертності з причини ГІМ у розрізі:

2.1) статі: для чоловіків – у 1,6 рази, при величині $T_{np}=+60,1\pm 1,6\%$ та $A_{np}=+13,5\pm 0,8\text{‰}$ ($P=36,0\pm 3,9/100000$, де $p<0,05$ і $R^2=0,8536$) та жінок – на +186,0% з $A_{np}=+12,0\pm 0,7\text{‰}$ та $T_{np}=+86,0\pm 1,7\%$ ($P=26,0\pm 4,1/100000$, при $p<0,05$; $R^2=0,9136$);

2.2) місця проживання: поміж міських жителів – на +148,0%, де $A_{np}=+10,8\pm 0,7/100000$, а $T_{np}=+48,0\pm 0,1\%$ і являтиме $P=33,2\pm 4,4\text{‰}$ ($p<0,05$; $R^2=0,7678$), тоді як серед сільських мешканців – згідно величини A_{np} зросте на +15,7 \pm 0,8 ‰ , при $T_{np}=+178,5\pm 0,3\%$, що в 2,8 рази буде більшим і становитиме $P=24,5\pm 1,9$ померлих з причини ГІМ на 100 тисяч сільських жителів ($p<0,05$; $R^2=0,9776$);

2.3) економічної зайнятості: серед працездатного населення – на +174,8%, при величині $T_{np}=+74,8\pm 0,2\%$ та $A_{np}=+4,1\pm 0,3/100000$ і показуватиме $P=9,6\pm 4,2$ померлих з причини ГІМ на 100 тис. працездатних осіб ($p<0,05$; $R^2=0,6985$) та осіб пенсійного віку – в 2,3 рази і

становитиме $R=223,2\pm 101,1$ смертей на 100 тис. осіб пенсійного віку, при $T_{np}=128,7\pm 0,3\%$ та $A_{np}=+125,6\pm 2,7\%$, де $p<0,05$, а $R^2=0,8505$.

3) Наведені висліди (п.1, п.2) вказують на значний тягар у стані громадського здоров'я ймовірного зростання показника рівня смертності з причини ГІМ на 100 тис. населення у фактичних (2002–2015) та прогнозованих роках (2030), в тому числі і в розрізі його статі, місяця проживання та економічної зайнятості померлих.

Ці дані і слугують підставою, для органів охорони здоров'я різних рівнів управління як у проведенні оцінки ефективності превентивних заходів, котрі реалізуються практичною медициною в контексті мінімізації виникнення/розвитку захворюваності ГІМ серед населення, так і опрацюванні дієвих профілактичних заходів для громадської охорони здоров'я з метою

реалізації глобальних завдань Стратегії ВООЗ «Здоров'я для усіх у 21 сторіччі» [4] та стратегічних цілей ВООЗ «Глобального плану дій з профілактики неінфекційних захворювань і боротьбі з ними на 2013–2020 рр.» [3].

Перспективи подальших досліджень

Одержані дані потребують детального встановлення ймовірних причинно-каузальних зв'язків у виникненні/розвитку гострого інфаркту міокарду як основи для реалізації превентивних технологій в діяльності лікарів первинного рівня медичної допомоги щодо формування основ здорового способу життя і мінімізації даної патології [1.21] та її наслідків у житті/здоров'ї населення України.

Література

1. *Аппроксимация* в Excel // <http://al-vo.ru/spravochnik-excel/approksimaciya-v-excel.html>.
2. *Десять* ведущих причин смерти в мире. Центр СМИ ВОЗ // www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death.
3. *Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех* в Европейском регионе ВОЗ: введение // http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/109762/EHFA5-R.pdf.
4. *Карімов І. К.* Інформаційно-обчислювальні системи в економіці: навч. посібник / І. К. Карімов. – 2-е вид., перероб. і доп. – ДДУ, 2013. – 279 с. // <http://www.dstu.dp.ua/Portal/Data/3/21/7-18-b3.pdf>.
5. *Побудова* лінії тренда в Microsoft Excel // <http://askme.zone/t/pobudova-l-n-trenda-v-microsoft-excel/24772>.
6. *Светуных С.Г., Светуных И.С.* Методы социально-экономического прогнозирования: Учебник для вузов. – Том 2. – СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2009. – 147 с.
7. *Сокол К.* Гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарда. Соціально-медичне дослідження / К. Сокол, А. Шульгай. – Тернопіль : Лілея, 2011. – 160 с.
8. *Таблиця: 0308.* Розподіл померлих за статтю, віковими групами та причинами смерті // http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Dialog/varval.asp?ma=000_0308&path=/Database/Population/03/02/&lang=1.
9. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020* // http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789244506233_rus.pdf.
10. *Показники* здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2002-2015 роки / ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України». – К., 2001-2015) <http://medstat.gov.ua/ukr/statdov.html>.
11. *Ruden' Vassyl' / On morbidity of the acute myocardial infarction [I.21] among the population of Ukraine for the period of 2000 -2013 / Vassyl' Ruden', Natalya Timchenko, Oksana Kovalska* // *Gisap: Medical science, pharmacology / International Academy of Science and Higher Education London, United Kingdom Global International Scientific Analytical Project (London) – 2017. – № 12.– P. 7–10.*

Дата надходження рукопису до редакції: 11.01.2019 р.

Анализ и прогноз показателей смертности по причине острого инфаркта миокарда [I.21] среди населения в Украине

В.В. Рудень, И.М. Ковальская
Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

Цель исследования – научный анализ фактических (2002-2015 годы) и прогнозируемых (2030 год) показателей распространенности смертности по причине ОИМ среди населения в Украине.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели выполнено эпидемиологическое одномоментное сплошное научное исследование, где проанализированы статистические данные Минздрава и Госкомстата Украины (2002-2015) в соответствии с регрессионной моделей прогнозирования – методом линейного тренда, построенной с использованием пакета Microsoft Office Excel, где использовано основные научные медико-статистические методы исследования с учетом принципов системности.

Результаты. Результаты свидетельствуют о тенденции к увеличению в +1,8 раза экстрапольованого показателя уровня смертности по причине ОИМ на 100 тыс. населения в Украине ($P=32,4\pm 3,4\%$), что подтверждается $A_{np}=+14,5\pm 0,8/100000$ ($p<0,05$; $R^2=0,9207$) как в прогнозированом 2030 году, так и в контексте его пола, места жительства та экономической занятости данной категории умерших.

Вывод. Полученные итоги указывают на значительный бремя в состоянии общественного здоровья вероятного роста смертности по причине ОИМ среди населения страны как у фактических (2002-2015), так и в прогнозируемых годах (2030), что требует разработки действенных и эффективных превентивных мероприятий по минимизации возникновения/развития острого инфаркта миокарда.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, смертность, прогноз, тенденции, население, мужчины, женщины, город, село, трудоспособное население, пенсионеры, эффективность, профилактика.

The analysis and prognosis of mortality indicators due to acute myocardial infarction [I.21] among the population in Ukraine

V.V. Ruden', I.M. Kovalska
Danylo Halytsky Lviv National Medical University

Aim of the study – a scientific analysis of the actual (2002-2015) and prognosed (2030) indicators of the prevalence of mortality due to AMI among the population in Ukraine.

Materials and methods. An epidemiological, one-stage, continuous scientific research is done to achieve the goal, where the statistical data of the Ministry of Health and State Committee of Statistics of Ukraine (2002-2015) are analyzed, according to the regression model of prognosis – linear trend method, it is built using the package of Microsoft Office Excel and the number of scientific medical and statistical research methods are used, taking into account the principles of systematicity.

Results. The consequences confirm the tendency to increase +1.8 of the indicator of extrapolated mortality level due to AMI per 100 thousand of population in Ukraine ($P=32.4\pm 3.4/100000$), which is confirmed by $A_{gr}=+14.5\pm 0.8\%$ ($p<0.05$; $R^2=0.9207$) both in the prognosed 2030, and in the context of gender, place of residence and economic employment.

Conclusions. The obtained results indicate the significant burden in the state of public health of the probable increase of indicators of mortality level due to AMI per 100 thousand of population both in the actual (2002-2015), and prognosed years (2030), which require processing of efficient and effective preventive measures to minimize the event / development of morbidity of AMI.

Key words: acute myocardial infarction, mortality, prognosis, trends, population, men, women, city, village, working-age population, pensioners, efficiency, prevention.

Відомості про авторів

Рудень Василь Володимирович – Заслужений лікар України, академік АНВО України, академік МАНВО (Лондон, Великобританія), доктор медичних наук, професор кафедри громадського здоров'я ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; 79010 м. Львів, вул. Пекарська, 69.

Ковальська Ірина Михайлівна – старший викладач кафедри соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; 79017 м. Львів, вул. Студентська, 2.

Прогнозування ймовірності розвитку гестаційного діабету

Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Мета – розробка моделі для прогнозування ймовірності розвитку гестаційного діабету.

Матеріали та методи. Проаналізовано фактори ризику розвитку захворювання у 54 вагітних із гестаційним діабетом та 50 вагітних жінок із наявними факторами ризику без верифікації даного діагнозу.

Результати. Для прогнозування гестаційного діабету було використано 7 найбільш прогностично важливих ознак: ІМТ > 25 кг/м²; надмірне зростання маси тіла протягом вагітності; наявність крупного плода, самовільних абортів, перинатальних втрат, ЦД 2 типу у родичів першого ступеня в анамнезі; вік > 30 років.

Встановлена чітка залежність між величиною суми балів і ймовірністю виникнення гестаційного діабету. Так, при сумі балів до 1,9 вона становила близько 0%; від 2,0 до 4,2 балів – 30%; від 4,3 до 5,8 балів – 50%; від 5,9 до 7,3 балів – 70%; від 7,4 до 9,6 балів – 90%; більше 9,7 балів – більше 90%.

Висновки. Розроблена модель дозволяє з високою чутливістю та специфічністю прогнозувати ймовірність розвитку захворювання, що свідчить про можливість її застосування у діагностично-лікувальному процесі.

Ключові слова: гестаційний діабет, фактори ризику, прогнозування.

Вступ

Гестаційний діабет (ГД) посідає перше місце серед ендокринологічних захворювань вагітних, яке нерідко має безсимптомний перебіг. Поширеність ГД у світі складає 1,5–22,3% від загальної кількості вагітних і залежить від методів діагностики, широти охоплення скринінгом та етнічної приналежності [7].

Наукові дослідження та практичний досвід свідчать, що у 20–50% жінок, у яких в анамнезі був ГД, він виникає при наступних вагітностях, а у 17–63% із них через 5–10 років після пологів є великий ризик розвитку ЦД 2 та серцево-судинних захворювань [9, 10].

Підвищена увага ендокринологів до проблеми ГД пояснюється не тільки значною його поширеністю, але і негативними медико-соціальними наслідками, зокрема, у зв'язку з негативним впливом на перебіг гестаційного процесу [8].

При ГД акушерські ускладнення розвиваються у 93% випадках [2]. Перинатальна смертність при ГД складає від 0,6% до 2,0%. Діти матерів із ГД є групою високого ризику щодо розвитку діабетичної фетопатії, пологових травм, асфіксії, синдрому дихальних розладів, перинатального ураження ЦНС та вроджених вад розвитку [6].

До традиційних факторів ризику розвитку згідно ВООЗ (1999 р.) і Американської Діабетологічної Асоціації [(АДА), 2009 р.] відносять вік (старші за 30 років); ожиріння (ІМТ > 24 кг/м²); ЦД у сімейному анамнезі (у родичів I ступеня); ГД в анамнезі; належність до етнічної групи високого ризику ЦД; підвищення рівня глюкози в крові вище нормальних параметрів на протязі доби, або вранці натще під час даної вагітності; глюкозурія у ранковій порції сечі (натще) 2 і більше разів протягом даної вагітності; макросомія плода під час даної вагітності або в анамнезі; мертвородження та народження дітей з вродженими вадами розвитку в анамнезі.

АДА виокремлює фактори високого та низького ризику розвитку ГД, однак на даний час ці критерії не враховуються, оскільки вагітність сама по собі є діабетогенним фактором і тому скринінгу на ГД підлягають всі вагітні.

Додатковими факторами ризику є велике і неадекватне зростання маси тіла під час вагітності [1, 5], багатоводдя під час даної вагітності або в анамнезі, передчасні пологи, невиношування (2 і більше самовільних абортів в I або II триместрах), штучні аборти та прееклампсія в анамнезі, травматичні пологи з супутніми неврологічними розладами у дитини та інші фактори ризику [3, 4].

Переважання тих, чи інших факторів ризику ГД на популяційному рівні та їх поєднання накладає свій відбиток на особливості перебігу гестаційного процесу, що і зумовлює важливість прогнозування ймовірності його розвитку з метою своєчасної діагностики та використання профілактично-лікувальних заходів.

Тому, **метою роботи** була розробка моделі для прогнозування ймовірності розвитку ГД.

Матеріали та методи

Проведено виявлення вагітних з високим ризиком розвитку ГД за даними медичної документації згідно Наказу МОЗ України № 582 від 15.12.2003 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

Всім вагітним було проведено ПГТТ з 75г глюкози. Діагностику ГД проводили згідно Наказу МОЗ України № 1021 від 29.12.2014 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті I типу у молодих людей та дорослих».

На підставі цього обстеження було сформовано 2 групи:

I група – 54 вагітні жінки із факторами ризику розвитку ГД, у яких під час даної вагітності було діагностовано ГД;

II група – 50 вагітних жінок, у яких були наявні фактори ризику розвитку ГД, без верифікації даного діагнозу під час цієї вагітності.

В наше дослідження не були включені вагітні із ЦД I та II типу, жінки, які приймали препарати, що впливають на метаболізм глюкози та жінки, що відмовилися приймати участь у дослідженні.

Аналіз отриманих результатів проводився у середовищі для статистичних обчислень R 3.2.3. Для порівняння груп за номінальною ознакою використовували критерій хі-квадрат із корекцією на неперервність Йетса. Для порівняння груп за порядковою ознакою застосовували непараметричний критерій Уїлкоксона-Манна-Уїтні (критерій суми рангів). У випадку ж порівняння груп за відносною ознакою користувались t-критерієм Стьюдента у модифікації Уелча.

Результати дослідження та їх обговорення

Клініко-статистичний аналіз факторів ризику розвитку ГД у I і II групі дозволив виявити ряд особливостей.

Незважаючи на те, що вік вагітних є вагомим фактором ризику розвитку ГД, достовірних відмінностей у віковому розподілі між групами вагітних не спостерігалось ($\chi^2=1,82$, $p=0,61$). Кількість вагітних, які були старші за 30 років у I групі складала 18 (33,33%), а у II групі – 18 (36,00%). Середній вік пацієнток у I групі становив $27,63 \pm 4,59$ років, а у II – $26,54 \pm 4,65$ років ($t=1,20$, $p=0,23$).

Особливими факторами ризику ГД вважається ускладнений акушерсько-гінекологічний анамнез. Його аналіз у обстежених вагітних вказує на те, що жінки обох груп не відрізнялись за паритетом пологів, частотою медичного абортів, позаматкової вагітності та абортів що не відбувся. Не було знайдено також відмінностей у частоті ГД за попередньої вагітності, ймовірно у зв'язку із його незадовільним виявленням. Водночас частота перинатальних втрат та самовільного абортів в анамнезі у жінок із ГД була статистично значимо вищою ($\chi^2=4,85$, $p=0,028$ і $\chi^2=5,20$, $p=0,023$).

Ожиріння пацієнток є вагомим фактором розвитку ГД, оскільки жирова тканина є ендокринною залозою, яка продукує значну кількість гормонів. Гормони жирової тканини, за винятком адипонектина, знижують чутливість периферичних тканин до інсуліну, що супроводжується підвищенням ступеня вираженості інсулінорезистентності, яка приймає участь і є основною ланкою у патогенезі ГД.

У I групі частка жінок з ожирінням різного ступеня при взятті на диспансерний облік складала 64,81%, тоді як у групі порівняння – всього 12,00%. Різниця між групами за цим показником є статистично значимою ($\chi^2=28,15$, $p=1,2 \times 10^{-7}$).

Відомо, що фактором ризику розвитку ГД є також велике і неадекватне зростання маси тіла під час вагітності. Жінки з групи I додатково набирали під час вагітності більшу вагу, ніж з групи порівняння. У I групі частка жінок зі збільшенням маси тіла під час вагітності понад 20 кг була статистично значимо вищою і становила 72,0%, тоді як у II групі – 38,0% ($\chi^2=10,34$, $p=0,0013$).

Аналіз основних чинників розвитку гестаційного діабету наведено у табл. 1.

Таблиця 1

Частота основних чинників ризику виникнення гестаційного діабету, абс. (%)

| Фактор ризику | I група (n=54) | II група (n=50) | Значення статистичних критеріїв |
|-------------------------------------|------------------|------------------|---------------------------------|
| ЦД 2 типу у родичів першого ступеня | 34 (62,96) | 18 (36,00) | $\chi^2=6,51$, $p=0,011$ |
| Вік більше 30 років | 18 (33,33) | 18 (36,00) | $\chi^2=0,006$, $p=0,94$ |
| ГД за попередньої вагітності | 3 (7,89) | 0 | $\chi^2=1,22$, $p=0,27$ |
| ІМТ > 25 кг/м ² | 46 (85,19) | 33 (66,00) | $\chi^2=4,24$, $p=0,040$ |
| Крупний плід (>4000 г) в анамнезі | 15 (39,47) | 4 (11,76) | $\chi^2=5,54$, $p=0,019$ |
| Перинатальні втрати в анамнезі | 9 (23,68) | 1 (2,94) | $\chi^2=4,85$, $p=0,028$ |
| Самовільний аборт в анамнезі | 13 (34,21) | 3 (8,82) | $\chi^2=5,20$, $p=0,023$ |
| Середнє збільшення маси тіла, М±m | $22,68 \pm 6,60$ | $17,70 \pm 5,71$ | $t=4,03$, $p=0,00011$ |

Аналіз чинників ризику розвитку ГД вказує на те, що статистично значимими серед них були: неадекватне збільшення маси тіла під час вагітності (I група – $22,68 \pm 6,60$ кг, II група – $17,70 \pm 5,71$ кг ($t=4,03$, $p=0,00011$); діабет у родичів першого ступеня (34 (62,96%) і 18 (36,00%), ($\chi^2=6,51$, $p=0,011$); крупний плід (>4000 г) в анамнезі (15 (39,47%) і 4 (11,76%), ($\chi^2=5,54$, $p=0,019$); самовільний аборт в анамнезі (13 (34,21%) і 3 (8,82%), ($\chi^2=5,20$,

$p=0,023$); перинатальні втрати в анамнезі 9 (23,68%) і 1 (2,94%), ($\chi^2=4,85$, $p=0,028$) та ІМТ > 25 кг/м² (46 (85,19%) і 33 (66,00%), ($\chi^2=4,24$, $p=0,040$).

Для прогнозування ймовірності виникнення ГД застосовували алгоритм, заснований на критерії Ст'юдента у модифікації Амосова Н.М. і спів. Для цього обчислювалося значення інформаційної цінності ознак при їх статистичній незалежності. Вагові характеристики

ознак, що характеризують стан кожної вагітної, оцінювали на підставі суми набраних балів. У підсумку, для прогнозування ГД використали 7 найбільш прогностично важливих ознак (табл. 2).

Таблиця 2

Значимість показників для прогнозування ймовірності виникнення гестаційного діабету

| Коефіцієнт ознаки | Показник | Інформативність (значимість) |
|-------------------|--|------------------------------|
| x ₁ | ІМТ>25 кг/м ² | 2,78 |
| x ₂ | Надмірне зростання маси тіла протягом вагітності | 1,86 |
| x ₃ | Наявність крупного плода в анамнезі | 1,32 |
| x ₄ | Наявність самовільних абортів в анамнезі | 1,28 |
| x ₅ | Наявність перинатальних втрат в анамнезі | 1,21 |
| x ₆ | Наявність ЦД 2 типу у родичів першого ступеня | 1,20 |
| x ₇ | Вік більше 30 років | 1,09 |

Була встановлена чітка залежність між величиною суми балів і ймовірністю виникнення ГД. Так, при сумі балів до 1,9 ймовірність виникнення ГД становила близько 0%; від 2,0 до 4,2 балів – 30%; від 4,3 до 5,8 балів – 50%; від 5,9 до 7,3 балів – 70%; від 7,4 до 9,6 балів – 90%; більше 9,7 балів – більше 90% (табл. 3).

Таблиця 3

Значимість показників

| Інтервали з сумою балів, що набрані у результаті обстеження (бали) | Ймовірність виникнення ГД (%) |
|--|-------------------------------|
| <1,9 | 0 |
| 2,0–4,2 | 30 |
| 4,3–5,8 | 50 |
| 5,9–7,3 | 70 |
| 7,4–9,6 | 90 |
| >9,7 | >90 |

Використання методу найменших квадратів дозволило отримати наступну модель прогнозу виникнення гестаційного діабету:

$$y = 1 - e^{-0,04807 \cdot x^{1,7081}}, \text{ де}$$

y – ймовірність виникнення гестаційного діабету,
x – сума балів ризику, яка вираховується за формулою:

$$x = \sum_{i=1}^n k_i \cdot x_i, \text{ де}$$

n – кількість ознак,
k_i – інформативність ознаки,
x_i – коефіцієнт ознаки, який приймає значення 1 – якщо ознака є і значення 0 – якщо ознака відсутня.

Таким чином, для таблиці 5, формула для визначення x може бути представлена таким чином:

$$x = 2,78 \times x_1 + 1,86 \times x_2 + 1,32 \times x_3 + 1,28 \times x_4 + 1,21 \times x_5 + 1,20 \times x_6 + 1,09 \times x_7.$$

Рівень значимості моделі високий: R=0,98.

Подальші результати клінічних випробувань (табл. 4) на екзаменаційній вибірці (n=104) показали високу точність прогнозу ймовірності виникнення ГД.

Результати розрахунків за розробленою методикою прогнозування розвитку ГД наведені у табл. 5.

Висновки

Розроблена модель дозволяє з високою чутливістю та специфічністю прогнозувати ймовірність розвитку ГД, що свідчить про можливість її застосування у діагностично-лікувальному процесі.

Перспективи подальших досліджень полягають у прогнозуванні розвитку діабетичної фетопатії при гестаційному діабеті.

Таблиця 4

Визначення чутливості та специфічності методики прогнозування виникнення ГД (ймовірність вище 50%)

| Результати прогнозування | Істинне значення | | Всього |
|------------------------------|------------------|----------|--------|
| | є ГД | немає ГД | |
| Прогнозування наявності ГД | 35 | 10 | 45 |
| Прогнозування відсутності ГД | 19 | 40 | 59 |
| Всього | 54 | 50 | 104 |

Таблиця 5

Результати розрахунків за розробленою методикою прогнозування розвитку ГД

| Прогностичні характеристики отриманої моделі прогнозування розвитку ГД | Результат |
|---|-----------|
| Чутливість моделі – sensitivity (ймовірність прогнозу виникнення гестаційного діабету при наявності діагностичних ознак) | 0,66 |
| Специфічність моделі – specificity (ймовірність прогнозу відсутності гестаційного діабету при відсутності діагностичних ознак) | 0,80 |

Література

1. *Бурумулкова Ф.Ф.* Ожирение и патологическая прибавка массы тела в патогенезе акушерских осложнений при гестационном сахарном диабете / Ф.Ф. Бурумулкова, В.А. Петрухин, В.М. Гурьева // Акушерство и гинекология. Спецвыпуск. – 2012. – С. 36-42.
2. *Бурумулкова Ф.Ф.* Акушерские и перинатальные осложнения при гестационном сахарном диабете / Ф.Ф. Бурумулкова, В.А. Петрухин, Р.С. Тишенина // Журнал акушерства и женских болезней. – 2011. – Т. 60, № 3. – С. 69-73.
3. *Попова П.В.* Факторы риска гестационного диабета и их использование с целью раннего его выявления / П.В. Попова, Ф.С. Герасимов, Е.Н. Кравчук // Проблемы женского здоровья. – 2013. – Т. 6, № 1. – С. 5-11.
4. *Тихонова О.А.* Факторы риска гестационного сахарного диабета / О. А. Тихонова // Смоленский медицинский альманах. 2015. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://cyberleninka.ru/article/v/factory-riska-gestatsionnogo-saharnogo-diabeta> – Дата доступа: 19.01.2019.
5. *Association between Gestational Weight Gain, Gestational Diabetes Risk, and Obstetric Outcomes: A Randomized Controlled Trial Post Hoc Analysis / D. Simmons, R. Devlieger, A. Assche [et al.] // Nutrients. – 2018 Nov. – 10(11): 1568. Published online 2018 Oct 23 doi: 10.3390/nu10111568.*
6. *Gestational diabetes and its maternal and neonatal complications: A review article / M. Badakhsh, M. Amirshahi, A. Balouchi [et al.] // International Journal of Pharmacy and Technology. – 2016. – Vol. 8, No. 3. – P. 18868-18878.*
7. *Gestational diabetes mellitus in Europe: prevalence, current screening practice and barriers to screening. A review / B.S. Buckley, J. Harreiter, P. Damm [et al.] // Diabet. Med. – 2012. – Vol. 29. – P. 844-854.*
8. *Gestational diabetes and pregnancy outcomes – a systematic review of the World Health Organization (WHO) and the International Association of Diabetes in Pregnancy Study Groups (IADPSG) diagnostic criteria / E. Wendand, M.R. Torloni, M. Felavigna [et al.] // Pregnancy and Childbirth. – 2012. – [Electronic resource]. – Access mode: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-12-23> Date of access: 14.11.2018.*
9. *Herath H.* Gestational diabetes mellitus and risk of type 2 diabetes 10 years after the index pregnancy in Sri Lankan women – A community based retrospective cohort study / H. Herath, R. Herath, R. Wickremasinghe [et al.] // PLoS One. – 2017. – 12(6):e0179647. – [Electronic resource]. – Access mode: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5482451/> Date of access: 21.01.2019.
10. *Increased risk of cardiovascular disease in women with prior gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis / J. Li, C. Song, P. L.Z. Sun [et al.] // Diabetes Res Clin Pract. – 2018. – Vol. 140. – P. 324-338.*

Дата надходження рукопису до редакції: 26.02.2019 р.

**Прогнозирование вероятности
развития гестационного диабета**

Н.Ю. Лемеш, Ю.Ю. Бобик

Государственное высшее учебное заведение
«Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Цель – разработка модели для прогнозирования вероятности развития гестационного диабета.

Материалы и методы. Проанализированы факторы риска развития заболевания у 54 беременных с гестационным диабетом и 50 беременных женщин с имеющимися факторами риска без верификации данного диагноза.

Результаты. Для прогнозирования гестационного диабета было использовано 7 наиболее прогностических важных признаков: ИМТ > 25 кг/м²; чрезмерное увеличение массы тела на протяжении беременности; наличие крупного плода, самопроизвольных аборт, перинатальных потерь, СД 2 типа у родственников первой степени в анамнезе; возраст > 30 лет.

Установлена четкая зависимость между величиной суммы баллов и вероятностью возникновения гестационного диабета. Так, при сумме баллов до 1,9 она составляла около 0%; от 2,0 до 4,2 баллов – 30%; от 4,3 до 5,8 баллов – 50%; от 5,9 до 7,3 баллов – 70%; от 7,4 до 9,6 баллов – 90%; больше 9,7 баллов – больше 90%.

Выводы. Разработанная модель позволяет с высокой чувствительностью и специфичностью прогнозировать вероятность развития заболевания, что свидетельствует о возможности ее применения в диагностически-лечебном процессе.

Ключевые слова: гестационный диабет, факторы риска, прогнозирование.

**Prognostication of gestational diabetes
development probability**

N.Y. Lemish, Y.Y. Bobik

State Higher Educational Institution
“Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to develop a model for prognostication of gestational diabetes development probability.

Materials and methods. We have analyzed risk factors of gestational diabetes in 54 women and 50 pregnant with risk factors of the disease without the verification of this diagnosis.

Results. For prognostication of gestational diabetes we have used 7 most prognostically significant signs: BMI > 25 kg/m²; excessive increase of body weight during pregnancy; big fetus, spontaneous abortions, perinatal loss, DM type 2 in first degree relatives in history; age > 30 years.

We have established a clear link between the sum of points and probability of gestational diabetes development. So, in case the sum of points is 1.9 – the probability is around 0%; from 2.0 to 4.2 – 30%; from 4.3 to 5.8 – 50%; from 5.9 to 7.3 – 70%; from 7.4 to 9.6 – 90%; more than 9.7 points – more than 90%.

Conclusions. This model allows to prognosticate the probability of the disease development with high sensitivity and specificity that indicates the possibility of their application in diagnostic and treatment process.

Key words: gestational diabetes, risk factors, prognostication.

Відомості про авторів

Леміш Наталія Юрїївна – к.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології медичного факультету ДВНЗ «УжНУ»; площа Народна, 3, Ужгород, 88000, Україна.

Бобик Юрїй Юрїйович – д.мед.н., доц., завідувач кафедри охорони материнства та дитинства факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «УжНУ»; площа Народна, 3, Ужгород, 88000, Україна.

УДК 616-31-002:616-02:616-03

О.В. Клітинська¹, Т.І. Зорівчак¹, Н.В. Гасюк²

Особливості лікування гострого пульпіту тимчасових зубів з урахуванням стадії їх розвитку

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

²Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль, Україна

Мета – розробити покази до вибору оптимального методу лікування гострих пульпітів тимчасових зубів з урахуванням стадії розвитку кореня ураженого зуба.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали наукові розробки вітчизняних та закордонних дослідників. В ході дослідження використано бібліосемантичний метод та структурно-логічний аналіз. Методичною основою дослідження став системний підхід.

Результати. Розроблено методіку вибору лікування пульпітів тимчасових зубів з урахуванням стадії кореня, на якій знаходиться уражений зуб, групи здоров'я, до якої належить пацієнт та стоматологічного статусу його ротової порожнини. Таким чином, пацієнтам, які відносяться до III та IV груп здоров'я з субкомпенсованою або декомпенсованою формами карієсу (III та IV групи стоматологічного здоров'я) ефективним та правильним буде проведення екстирпації пульпи. Пацієнтам, які належать до I та II груп здоров'я з компенсованою формою карієсу (I та II групи стоматологічного здоров'я) і не хворіють більше чотирьох разів на рік, можна здійснювати лікування пульпіту ампутаційним методом.

Висновки. Обираючи той чи інший метод лікування пульпіту тимчасових зубів, необхідно врахувати вік пацієнта, стадію кореня, на якій знаходиться уражений зуб, стоматологічний статус ротової порожнини та загальносоматичний стан організму.

Ключові слова: тимчасові зуби, гострий пульпіт, стадія сформованого кореня, стадія резорбції кореня, методи лікування.

Вступ

Пульпіт являє собою запалення судинно-нервового пучка зуба, яке в більшості випадків виникає в результаті проникнення патогенної мікрофлори з каріозної порожнини. Оскільки пульпіт є найчастішим ускладненням карієсу, а Закарпатська область займає одне з лідируючих місць за поширеністю (98%) та інтенсивністю (14,9%), то дана патологія часто реєструється на прийомі у лікаря-стоматолога.

На сьогоднішній день недостатньо розроблені питання поетапного лікування гострих пульпітів у дітей, які б, в першу чергу, враховували стадію розвитку ураженого зуба, стан стоматологічного здоров'я та загальносоматичний стан макроорганізму дитини, який є критерієм імунологічної реактивності організму [5].

Мета роботи – розробити покази до вибору оптимального методу лікування гострих пульпітів тимчасових зубів з урахуванням стадії розвитку кореня ураженого зуба.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження стали наукові розробки вітчизняних та закордонних дослідників. В ході дослідження використано бібліосемантичний метод та структурно-логічний аналіз. Методичною основою дослідження став системний підхід.

Результати дослідження та їх обговорення

Проаналізувавши численні літературні джерела, стає зрозумілим, що найчастішими формами гострого пульпіту тимчасових зубів, які реєструються на прийомі в дитячого лікаря – стоматолога, є гострий серозний та гнійний пульпіти.

Головною метою лікування пульпіту у дітей є ліквідація запалення пульпи та профілактика захворювань періодонта, щелепних кісток і м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки. Оскільки у даному випадку необхідно забезпечити всі умови для подальшого розвитку коренів несформованих зубів, фізіологічної резорбції коренів тимчасових зубів та уникнути інфікуванню фолікулів постійних зубів [11].

Відповідно до термінів формування тканин зуба виділяють такі вікові періоди розвитку пульпи:

- 1-й період – розвиток функціональної активності пульпи (формування кореня зуба);
- 2-й період – функціональної зрілості пульпи (стабілізації сформованого кореня зуба);
- 3-й період – згасання функціональних властивостей пульпи (розсмоктування кореня зуба).

Кожен з них характеризується певними особливостями, які необхідно враховувати при постановці діагнозу та виборі методу лікування. Для періоду функціональної активності пульпи характерним є те, що порожнина тимчасового зуба, який прорізався, не має

постійної сталої форми та розмірів внаслідок формування кореня. У центральному шарі наявні малодиференційовані клітини, а у периферичному – одонтобласти розташовані в 3–4 ряди. У складі пульпи практично відсутні колагенові волокна, особливо виражені її пластичні властивості [4].

У періоді сформованого кореня пульпова камера масивна за своїми розмірами, коренева пульпа має систему розгалужених додаткових каналів. У центральному шарі спостерігається велика кількість дозрілих фіброblastів, макрофагів, одонтобласти розташовані на всьому протязі, але в кореневій частині пульпи їх шар тонший. Широкий верхівковий отвір та короткі кореневі канали забезпечують тісний зв'язок пульпи з періодонтом. Судини пульпи анастомозують між собою, а через додаткові дельтавидні каналці кореня зуба – з судинами періодонту [4].

Для періоду розсмоктування зубів – згасання функціональних властивостей пульпи – характерним є зменшення клітинного складу та збільшення кількості колагенових волокон, проміжної речовини та тканинної рідини у складі пульпи. При цьому відбуваються жирова або ретикулярна дистрофія, фіброз. Також редукується частина кровоносних судин, товщують їх стінки і як результат – виникає застійна гіперемія. Життєздатність та функціональність пульпи підтримується завдяки резорбційному органу, звідки надходять поживні речовини [4].

При лікуванні пульпіту тимчасових зубів доцільним є застосування виключно хірургічних методів лікування: ампутація та екстирпація, проведення яких дає позитивні результати. При виборі методу лікування, окрім клінічної картини пульпіту, віку та стадії розвитку, на якій знаходиться уражений зуб, лікар-стоматолог повинен врахувати стоматологічний статус ротової порожнини пацієнта та загальносоматичний стан організму [8].

Для цього необхідно визначити, до якої групи здоров'я відноситься дитина. Взагалі виділяють п'ять груп здоров'я дитячого населення. Залежно від приналежності до тієї чи іншої групи здоров'я, діти та підлітки потребують диференційованого підходу при розробці комплексу лікувально-профілактичних заходів [9].

Перша група – здорові діти, з нормальним розвитком і нормальним рівнем функцій – діти, що не мають хронічних захворювань; не хворіли або рідко хворіли за період спостереження; мають нормальний, відповідний віку, фізичний і нервово-психічний розвиток (здорові діти, без відхилень).

Друга група – здорові діти, які мають функціональні та деякі морфологічні відхилення, а також знижену опірність до гострих та хронічних захворювань – діти, які не страждають хронічними захворюваннями; мають деякі функціональні та морфологічні відхилення; часто (4 рази на рік і більше) або тривало (більше 25 днів по одному захворюванню) хворіють (здорові, з морфологічними відхиленнями і зниженою опірністю).

Третя група – діти, хворі хронічними захворюваннями в стані компенсації, із збереженими функціональними можливостями організму – діти, які мають хронічні захворювання або з вродженою патологією в стадії компенсації, з рідкими і неважко

протікаючими загостреннями хронічного захворювання, без вираженого порушення загального стану та самопочуття (хворі в стані компенсації).

Четверта група – діти, хворі хронічними захворюваннями в стані субкомпенсації, зі зниженими функціональними можливостями – особи з хронічними захворюваннями, вродженими вадами розвитку в стані субкомпенсації, з порушеннями загального стану та самопочуття після загострення, із затяжним періодом реконвалесценції після гострих захворювань (хворі в стані субкомпенсації).

П'ята група – діти, хворі хронічними захворюваннями в стані декомпенсації, зі значно зниженими функціональними можливостями організму.

Стан стоматологічного здоров'я дітей характеризується зростанням питомої ваги факторів ризику формування та прогресування основних стоматологічних захворювань, а також значною поширеністю цих захворювань. Показники поширеності карієсу зубів у дітей України шестирічного віку становлять 87,9% при інтенсивності ураження кпз+КПВз – 4,6 та у дітей дванадцятирічного віку – 72,3% при значенні КПВз – 2,75 [5].

При проведенні епідеміологічного дослідження на території Закарпатської області, при обстеженні 2171 дитини було встановлено, що поширеність карієсу тимчасових зубів у дітей віком 5–6 років становить $98,3 \pm 2,2\%$, причому серед 1106 хлопців показник недостовірно вищий, та складає $98,7 \pm 2,2\%$, а серед 1065 дівчат дещо нижчий – $97,1 \pm 2,2\%$, проте дані цифри залишаються критичними для обох статей. При оцінці інтенсивності карієсу тимчасових зубів індекс кп у 5–6 річних дітей з'ясовано, що вона є практично ідентичною як у хлопців, так і у дівчат та становить в середньому $14,9 \pm 0,2$ [6].

За даними О.В. Удовицької (2000) індекс рівня стоматологічного здоров'я (ІРСЗ) дітей враховує ступінь компенсованості основних стоматологічних захворювань, вірогідність їх негативного впливу на загальний стан організму та першочерговість надання необхідної стоматологічної та загальної допомоги кожному окремому пацієнтові. Виділяють 5 ступенів стоматологічного здоров'я дітей, з такою оцінкою в балах: дуже високий – 1,0 бал; високий – 0,9–0,8 бала; середній – 0,6–0,7 бала; низький – 0,5–0,3 бала; дуже низький – 0,2–0,3 бала [7].

В залежності від ступеня стоматологічного здоров'я пацієнтів поділяють на 4 групи:

- практично здорові;
- особи з компенсованою формою карієсу, які мають фактори ризику захворювань твердих тканин зубів, пародонта та зубощелепні аномалії;
- особи з субкомпенсованою формою карієсу;
- з декомпенсованою формою карієсу, а також особи з субкомпенсованою формою цього захворювання та обтяженим анамнезом [7].

Враховуючи даний поділ пацієнтів на групи здоров'я, при виборі методу лікування ураженого зуба на стадії сформованого кореня, доречним буде такий підхід до вибору методу лікування: пацієнтам, які відносяться до III та IV груп здоров'я з субкомпенсованою або

декомпенсованою формами карієсу (III та IV групи стоматологічного здоров'я) ефективним та правильним буде проведення екстирпації пульпи. Це пояснюється тим, що організм дитини невзможі компенсувати запальні явища в організмі, а в даному випадку – відновлення функціональної активності пульпи та утворення вторинного дентину [1].

Пацієнтам, які належать до I та II груп здоров'я з компенсованою формою карієсу (I та II групи стоматологічного здоров'я) і не хворіють більше чотирьох разів на рік, можна здійснювати лікування пульпіту ампутаційним методом [2].

В період функціональної активності пульпи застосовують виключно ампутаційні методи лікування: вітальні та девіталні, а в разі наявності явищ періодонтиту – тільки вітальні. Для девіталізації пульпи використовують параформальдегідні препарати, наприклад, Devipulp, Depulpin, Parapasta, при цьому залишаючи їх на 6–14 днів [3].

Якщо уражений зуб перебуває на стадії резорбції кореня і при цьому діагностується пульпіт, то в такому випадку доцільним є використання рентгендіагностики, яка допоможе зрозуміти: видалити цей зуб, чи проводити ендодонтичне лікування. Оскільки наявність декструкції кортикальної пластинки навколо фолікула постійного зуба та вогнища просвітлення кісткової тканини біля верхівок коренів та в ділянці їх біфуркації, є показанням до його видалення, для попередження виникнення його пошкоджень. У разі відсутності даних рентгенологічних ознак проводять девіталну ампутацію пульпи згідно з протоколом лікування [10].

На стадії згасання життєздатності пульпи необхідно використовувати ампутаційний метод лікування з урахуванням того, що корінь ураженого зуба знаходиться на стадії резорбції і в разі використання екстирпаційного методу є можливість виникнення пошкоджень периапікальних тканин [12].

Застосування консервативного методу лікування є доречним при випадковому розкритті порожнини зуба під час препарування каріозної порожнини, при переломі

коронки зуба з оголенням або без оголення пульпи в період до шести годин після травми. Крім того, даний пацієнт має належати до першої або другої групи стоматологічного статусу та мати першу групу здоров'я [13].

Як правило, лікування гострого гнійного пульпіту проводять у два відвідування. Спочатку розкривають порожнину зуба для забезпечення відтоку гнійного ексудату. При цьому пульпу девіталізують, накладаючи девіталізуючу пасту. У друге відвідування знімають пов'язку, проводять екстирпацію пульпи. Деякі автори рекомендують провести імпрегнацію корневих каналів розчином нітрату срібла, але в тому випадку, якщо уражений зуб знаходиться на стадії сформованого кореня, адже на стадії резорбції кореня є ризик пошкодження зачатків постійних зубів, а на етапі формування – пошкодження росткової зони [1].

Висновки

При виборі методу лікування пульпіту тимчасових зубів необхідно врахувати вік пацієнта, стадію кореня, на якій знаходиться уражений зуб, стоматологічний статус ротової порожнини та загальносоматичний стан організму. На стадії функціональної активності пульпи правильним буде здійснення ампутаційного методу лікування, на етапі сформованого кореня – ампутаційний або екстирпаційний метод з урахуванням групи здоров'я, до якої належить пацієнт: компенсована форма – ампутація пульпи, субкомпенсована та декомпенсована форми – екстирпація пульпи. При наявності ураженого зуба на стадії резорбції кореня – ампутаційний метод лікування.

Перспективи подальших досліджень

Описати критерії вибору пломбувального матеріалу для заповнення корневих каналів в залежності від стадії розвитку ураженого зуба з урахуванням стоматологічного статусу ротової порожнини та групи здоров'я, до якої відноситься пацієнт.

Література

1. *Беер Р.* Иллюстрированный справочник по эндодонтологии / Р. Беер, М. Бауман // М.: МЕДпресс-информ. – 2006. – С. 56–62.
2. *Годованець О.І.* Пульпіти у дітей: етіологія, клініка, діагностика, лікування / О.І. Годованець, Т.С. Кіцак, О.О. Вітковський, Ю.О. Павлов // Навчальний посібник. Чернівці: БДМУ. – 2018. – С. 28–35.
3. *Гутман Дж. Л.* Решение проблем в эндодонтии / Дж. Л. Гутман, Т.С. Думша, П.Э. Ловдег // М.: МЕДпресс-информ. – 2008. – С. 310–315.
4. *Даггая М.М.* Лечение и реставрация молочных зубов / М.М. Даггая // М.: МЕДпресс – информ. – 2006. – с. 160.
5. *Казакова Р.В.* Анатомо-фізіологічні особливості пульпіту у дітей / Р.В. Казакова, Є.В. Ковальов, А.П. Мотуляк // Полтава: УМСА. – 2008. – 240 с.
6. *Клітинська О.В.* Аналіз поширеності карієсу у дітей дошкільного віку міста Ужгорода / О.В. Клітинська, Е.Й. Дячук // Матеріали науково-практичної конференції «Актуальні питання стоматології сьогодення». – Тернопіль. – 2010. – С. 1–2.
7. *Клітинська О.В.* Оцінка стоматологічного статусу дітей 6-7 років, які постійно проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду / О.В. Клітинська, Я.О. Мухіна., Н.В. Лайош // Молодий вчений. – № 11 (38). – 2016. – С. 82-85.
8. *Клітинська О.В.* Ранжування уражень карієсом зубів у дітей при ретроспективному аналізі первинної медичної документації / О.В. Клітинська, А.А. Васько// Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 3 (39). – С. 39-44.
9. *Полтавський В.П.* Интраканальная медикация : современные методы / В.П. Полтавский // Москва, 2007. – с. 10.
10. *Ткаченко С.К.* Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики / С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрко, Л.В. Беш // «Медицина». – 2018. – с.10.
11. *Хоменко Л.А.* Практична ендодонтия / Л.А. Хоменко, Н.В. Біденко // Київ: Книга Плюс. –2002. – С. 83–91.
12. *Хоменко Л.А.* Терапевтическая стоматология детского возраста / Л.А. Хоменко, Л.П. Кисельникова, Н.И. Смоляр // К.: Книга Плюс. – 2013. – 864 с.
13. *Шумський А.В.* Ендодонтия в вопросах и ответах / А.В. Шумський, А.Ю. Поздний. – Самара, 2003. – 207 с.
14. *Garg N.* Textbook of Endodontics / N. Garg, A. Garg // Jaypee Brothers Medical Publishers. – 2010. – p. 215–220.
15. *Klitinska O.V.* Exogenous drug prevention of dental caries in primery school children with high caries activity / O.V.Klitinska, A.A. Vasko, Y.A. Mukhina // Intermedical journal. – 2016. – Vol. I (7). – P. 10-12.
16. *Klitinska O.V.* Influence of different types of plant extracts on the Streptococcus sobrinus culture / O.V. Klitinska, Y.Y. Kostenko, V.R. Gurando, V.M. Karpinets// Journal of Stomatology. – 2016. – Vol. 69, Issue 4. – P. 443-447.
17. *Klitinska O.V.* Efficiency estimation of using phased program of caries prevention in children domiciled in Transcarpathian region / O.V.Klitinska, Y.Y. Kostenko, Y.A. Mukhina, A.A. Vasko, N.V. Layosh // Acta stomatologica Naissi. – 2016. – Vol. 32, № 74. – P. 1635-1649. DOI: 10.5937/asnl674635K.
18. *Klitinska O.V.* Determination of criteria early caries diagnostics in children of different ethnic groups domiciled in biogeochemical deficiency of fluorine and iodine / O.V. Klitinska, Y.Y. Kostenko, V.R. Gurando // Journal of Stomatology. – 2016. – Vol. 70 (1), Issue 1. – P. 51-56.
19. *Klitinska O.V.* Statistical model of caries formation and progression in children of preschool and early school age domiciled in biogeochemical deficiency of fluorine and iodine / O.V. Klitinska, N.V. Gasyuk, Yeugen Y. Kostenko, Viacheslav R. Gurando // Journal of Stomatology. – 2017. – Vol. 70 (6), Issue 1. – P. – 674-678 (Polish Dental Association) DOI: 10.5604/01.3001.0010.7725.
20. *Klitinska O.V.* Clinical and Laboratory Grounds for the Rational Selection of Filling Material for the Restoration of Deciduous Teeth / O.V. Klitinska, Artur A Vasko, Volodymyr O Borodach, Natalia V Hasiuk, Larisa V Kornienko, Dmytro V Tsukanov // Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clinica Integrada 2018, 18(1):e3949 DOI: <http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2018.181.52> ISSN 1519-0501 7 p.
21. *Klitinska O.V.* Evaluation of Frontal Teeth Stabilization After Root Apex Resection Among the Ukrainian Young People / O.V.Klitinska, Pavlo O. Mastruk, Natalia V. Hasiuk, Yuriy O. Mochalov // Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clinica Integrada 2018, 18(1):e4181 DOI: <http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2018.181.104> ISSN 1519-0501.
22. *Klitinska O.V.* Morphological substantiation of criteria of prediction of clinical course of generalized periodontitis / O.V.Klitinska, N.V. Hasiuk, R.A. Levandovsky, V.O. Borodach // Світ медицини та біології. – 2018. – № 3 (65). – p.46-50.DOI 10.26724/2079-8334-2018-3-65-46-50. ISSN 2079-8334.
23. *Klitinska O.V.* Features of the cell complex of the mortal shell of the rolle cavity on the field of tolerancy / O.V. Klitinska, N.V. Hasiuk, G.A. Yeroshenko, P.O. Mastruk // Світ медицини та біології. – 2018. – № 4 (66). – p.157-160. DOI 10.26724/2079-8334-2018-4-66-157-160. ISSN 2079-8334.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.12.2018 р.

Особенности лечения острого пульпита временных зубов с учетом стадии их развития

О.В. Клитинская¹, Т.И. Зоривчак¹, Н.В. Гасюк²
¹ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
 г. Ужгород, Украина
²Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского,
 г. Тернополь, Украина

Цель – разработать показания к выбору оптимального метода лечения острых пульпитов временных зубов с учетом стадии развития корня пораженного зуба.

Материалы и методы. Материалами исследования стали научные разработки отечественных и зарубежных исследователей. В ходе исследования использованы библиосемантический метод и структурно-логический анализ. Методической основой исследования стал системный подход.

Результаты. Разработана методика выбора лечения пульпитов временных зубов с учетом стадии корня, на которой находится пораженный зуб, группы здоровья, к которой принадлежит пациент и стоматологического статуса его ротовой полости. Таким образом, пациентам, которые относятся к III и IV групп здоровья с субкомпенсированной или декомпенсированной формами кариеса (III и IV группы стоматологического здоровья) эффективным и правильным будет проведение экстирпации пульпы. Пациентам, которые относятся к I и II групп здоровья с компенсированной формой кариеса (I и II группы стоматологического здоровья) и не болеют более четырех раз в год, можно проводить лечение пульпита ампутиационным методом.

Выводы. Выбирая тот или иной метод лечения пульпита временных зубов, необходимо учесть возраст пациента, стадию корня, на которой находится пораженный зуб, стоматологический статус полости рта и общесоматический состояние организма.

Ключевые слова: временные зубы, острый пульпит, стадия сформированного корня, стадия резорбции корня, методы лечения.

The peculiarities of treatment of acute pulpitis of temporary teeth taking into account the stage of their development

O.V. Klitynska¹, T.I. Zorivchak¹, N.V. Gasyuk²
¹Department of Pediatric Dentistry, Higher Educational Establishment “Uzhhorod National University”,
 Uzhhorod, Ukraine
²Ternopil State Medical University named after I.Ya. Gorbachevskiy, Ternopil, Ukraine

Purpose – to develop presentments for the choice of the optimal method of treatment of acute pulpitis of temporary teeth, taking into account the development stage of the root of the affected tooth.

Materials and methods. Research materials have become scientific developments of national and foreign researchers. The study used a bibliosemantic method and structural and logical analysis. The systematic basis of the study was a systematic approach.

Results. The method of selecting the treatment of pulpitis of temporary teeth is developed taking into account the stage of the root, on which is the affected tooth, the health group, which includes the patient and the dental status of his/her oral cavity. Thus, for patients who are in the III and IV groups of health with sub-compensated or decompensated forms of caries (III and IV group of dental health), pulp extraction is effective and correct. Patients who belong to I and II health care groups with a compensated caries form (I and II groups of dental health) and do not suffer more than four times a year can treat pulpitis by amputation method.

Conclusions. Choosing this or that method of treating pulpitis of temporary teeth, it is necessary to consider the age of the patient, the stage of the root, on which is the affected tooth, the dental status of the oral cavity and the general somatic state of the organism.

Key words: temporary teeth, acute pulpitis, stage of the formed root, stage of resorption of the root, methods of treatment.

Відомості про авторів

Клітинська Оксана Василівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000, Закарпатська область, м. Ужгород, вул. Університетська 16-а.

Зорівчак Тетяна Іванівна – старший лаборант кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000, Закарпатська область, м. Ужгород, вул. Університетська 16-а.

Гасюк Наталія Володимирівна – доктор медичних наук, доцент, доцент кафедри терапевтичної стоматології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001.

УДК 616-31-002:616-02:616-03

О.В. Клітинська, В.В. Шетеля

Обґрунтування вибору пломбувального матеріалу з урахуванням ступеня карієсрезистентності емалі зубів у дітей

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

Мета – створити алгоритм вибору пломбувального матеріалу в залежності від рівня карієсрезистентності твердих тканин зубів у дітей.

Матеріали та методи. В ході дослідження було обстежено 74 дитини, учнів 1 та 2 класів загальноосвітньої середньої школи № 20 міста Ужгорода (30 хлопчиків та 44 дівчинки). Карієсрезистентність емалі визначали за допомогою ТЕР-тесту.

Результати. Для своєчасної профілактики та лікування карієсу важливо на ранніх стадіях діагностувати мінеральний склад твердих тканин зубів в обстеженого пацієнта та врахувати рівень карієсрезистентності при виборі пломбувального матеріалу з метою попередження ускладнень.

Висновки. При пломбуванні зубів у дітей з низьким рівнем карієсрезистентності доцільним є використання компомерів та склоіономерних цементів, оскільки для них характерними є виділення молекул фтору, простота у використанні, гідрофільність.

Ключові слова: карієс, карієсрезистентність, компомер, склоіономерний цемент, композитний матеріал.

Вступ

На сьогоднішній день карієс займає провідне місце серед стоматологічних патологій, оскільки його поширеність в тимчасових зубах на території України досягає 98%, зокрема в Закарпатській області при інтенсивності – 14,9%. У зв'язку з наявністю таких високих показників, питання стосовно патогенезу, профілактики та лікування карієсу залишаються актуальними і на даний час [1–3, 8–12].

Карієсрезистентність емалі зубів залежить від особливостей організму та від ступеня догляду за здоров'ям ротової порожнини. Як правило, стійкість до ураження карієсом визначається на генетичному рівні та передається по спадковості. Цей фактор пояснює, чому у деяких людей карієс виникає часто, навіть при дотриманні правильного харчування та гігієни ротової порожнини, а в деяких – навпаки рідко [4, 13–15].

Мета дослідження – обґрунтувати створення алгоритм вибору пломбувального матеріалу основою якого є рівень карієсрезистентності емалі зубів у дітей.

Матеріали та методи

В ході дослідження було обстежено 74 учня 1 та 2 класів загальноосвітньої середньої школи № 20 міста Ужгорода, серед яких було 30 хлопчиків та 44 дівчинки.

Методом дослідження стало проведення ТЕР-тесту, методика якого полягає в тому, що краплю 1 ммоль/л HCL наносять на очищену та висушену губну поверхню різця верхньої щелепи на дистанції 2 мм від краю. Через 5 сек. кислоту змивають дистильованою водою і висушують зуб. Після цього наносять краплю 1% водного розчину метиленового синього, залишки видаляють сухим ватним

тампоном. Інтенсивність фарбування емалі оцінюють по бальній еталонній шкалі в балах.

При проведенні ТЕР-тесту інтенсивність фарбування емалі оцінюють по бальній еталонній шкалі в балах [5].

Шляхом порівняння забарвлення зі стандартною синього кольору 10-бальною шкалою можна одержати кількісну (в балах) оцінку карієсрезистентності емалі зуба:

- від 1 до 3 балів – протравлена кислотою ділянка має блідо-голубе забарвлення, що свідчить про значну резистентність емалі до карієсу;
- від 4 до 6 балів – голубе забарвлення, що вказує на середній ступінь функціональної резистентності емалі;
- від 7 до 9 балів – синє забарвлення, що свідчить про значне зниження резистентності емалі та високий ступінь ризику виникнення карієсу [5].

Для об'єктивності отриманих результатів був застосований апарат «DIAGNOdent». Робота апарату «DIAGNOdent» базується на дослідженні рівня порушення флюоресценції у тканинах зуба. Джерелом світла є напівпровідний лазер з довжиною хвилі 655 нм. Лазерне світло, проведене центрально розташованими пучками світловода, потрапляючи на демінералізовані тканини, піддається більш сильному розсіюванню порівняно зі здоровими тканинами. Для того, щоб уніфікувати інтерпретацію даних про каріозний процес, розроблена відповідна шкала:

- межа I – величини від 0 до 13 – немає необхідності проведення профілактичних процедур;
- межа II – величини від 14 до 20 – необхідне проведення неконтрольованих профілактичних процедур;
- межа III – величини від 21 до 29 – необхідне проведення професійних профілактичних процедур або мінімального стоматологічного втручання залежно від ступеня карієсрезистентності зубів;

- межа IV – величини більше 30 – необхідне стоматологічне втручання і проведення професійних профілактичних процедур [6].

Результати дослідження та їх обговорення

Карієс зубів – це поширене захворювання, яке в дитячому віці посідає перше місце серед всіх хронічних захворювань. Існує безліч теорій виникнення даної патології, але провідною серед них є локальна зміна рН на поверхні зуба під дією зубного нальоту, утвореного в результаті гліколізу вуглеводів, який здійснюють патогенні мікроорганізми та продуктами їх розпаду. Крім того, важливе значення при цьому має рівень стійкості емалі до ураження каріозним процесом. Не дивлячись на стрімкий розвиток стоматології, на сьогоднішній день недостатньо вивченні питання вибору пломбувального матеріалу, які б чітко враховували рівень карієсрезистентності уражених зубів, тому дане питання має актуальний характер [4, 7, 11–15].

Проаналізувавши численні літературні джерела вітчизняних та закордонних дослідників, стає зрозумілим, що карієсрезистентність емалі має важливе прогностичне значення щодо ураження зубів карієсом. Тому існує багато методик визначення даного показника, адже він дозволяє встановити функціональну резистентність емалі щодо дії кислоти та може бути використаний в якості первинно-діагностичного тесту та показника для об'єктивної оцінки ефективності ремінералізуючої терапії під час диспансерного спостереження та лікування хворих [5–10].

Враховуючи значний відсоток поширеності та інтенсивності карієсу тимчасових зубів, його лікування залишається важливою проблемою в дитячій стоматології. Адже від якості проведення лікувальних маніпуляцій залежить подальша доля тимчасового зуба, що полягає в можливості збереження його функції на весь фізіологічний період існування в ротовій порожнині [2].

Необхідно пам'ятати про те, що патологічний процес у твердих тканинах тимчасових зубів поширюється досить швидко, тому лише своєчасне та ефективне лікарське втручання може уповільнити приріст карієсу та запобігти його переходу в ускладнені форми [6].

Адже ускладнений карієс тимчасових зубів, в свою чергу, може негативно впливати на формування та внутрішньоощелепну мінералізацію твердих тканин постійних зубів: від порушення формування емалі постійного зуба до загибелі його зачатка. Крім того, ускладнений карієс є головною причиною раннього видалення тимчасових зубів, що в подальшому може порушувати процеси формування зубощелепної системи дитини в цілому та призвести до виникнення зубощелепних аномалій та деформацій [5].

В ході обстеження 74 учнів отримані наступні результати: високий рівень карієсрезистентності емалі діагностувався в 13,33±2,2% хлопців та 15,91±2,3% дівчат, середній ступінь – 30±2,2% серед хлопчиків та 27,27±2,3% серед дівчат (табл.). Практично ідентичними є показники низького рівня карієсрезистентності, що свідчить про високу ймовірність ураження каріозним процесом як серед дівчат так і серед хлопців, і становить 56,82±2,3% та 56,67±2,2% відповідно.

Таблиця
Рівень карієсрезистентності емалі, %

| Обстежувані | Хлопці | | Дівчата | | Всього | |
|--|--------|-----------|---------|-----------|--------|-----------|
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Значна резистентність емалі до карієсу (1–3 бали) | 4 | 13,33±2,2 | 7 | 15,91±2,3 | 11 | 14,86±2,2 |
| Середній ступінь функціональної резистентності емалі (4–6 балів) | 9 | 30±2,2 | 12 | 27,27±2,3 | 21 | 28,38±2,2 |
| Високий ступінь ризику виникнення карієсу (7–9 балів) | 17 | 56,67±2,2 | 25 | 56,82±2,3 | 42 | 56,76±2,2 |

Визначивши рівень карієсрезистентності зубів у пацієнта, врахувавши його вік, групову приналежність ураженого карієсом зуба та термін, на який є необхідним зберегти його цілість та функціонування до моменту прорізування постійного зуба постає питання вибору пломбувального матеріалу [8].

При зниженому рівні карієсрезистентності емалі найчастіше застосовують такі пломбувальні матеріали як компомери та склоіономерні цементи. Склоіономерні цементи характеризуються високою адгезією без попереднього протравлювання, за рахунок високої біологічної сумісності з твердими тканинами зуба. Зв'язок між якими відбувається за рахунок халатного з'єднання карбоксилатних груп з молекулами кальцію твердих

тканин зуба. Перевагою їх використання є те, що вони виділяють молекули фтору, що, у свою чергу, підвищує рівень карієсрезистентності емалі та запобігає розвитку вторинного карієсу [10].

Компомери – це пломбувальні матеріали, які мають у собі переваги композиційних матеріалів та склоіономерів. У цьому матеріалі поєдналися технології композитів та іономерів, що дозволило створити унікальну комбінацію високих естетичних якостей, фізичних властивостей та простоти використання. Але у порівнянні зі склоіономерами, вони мають кращі естетичні властивості та стабільність кольору протягом тривалого часу, без виникнення характерних для склоіономерів матовості та розтріскуванні поверхні пломби. Крім того,

компомери виділяють молекули фтору, що забезпечує протикаріозний ефект [9].

На даний момент широко використовують такі компомерні пломбувальні матеріали як: «TwinkyStar» (VOCO, Німеччина) для тимчасових зубів та компомер «DyracteXtra» (Densply, США) [13].

Висновки

Проаналізувавши літературні джерела та врахувавши клінічні спостереження, встановлено, що при пломбуванні зубів у дітей з низьким рівнем карієсрезистентності, доцільним є використання компомерів, оскільки для них характерним є подвійна полімеризація, що забезпечує рівномірну полімеризацію на всій товщині пломбувального матеріалу не залежно від

товщини його шару, постійне виділення фтору, що значно знижує можливість виникнення вторинного карієсу. Також дані матеріали, як і склоіомери, є гідрофільними, що дає можливість застосовувати їх навіть у тих випадках, де неможливо досягти повну ізоляцію робочого поля, а також важливим є можливість їх використання при глибокому карієсі.

Перспективи подальших досліджень

Встановлення карієсрезистентності емалі зубів у дітей, як фактора вибору відновлювального матеріалу дозволить знизити ускладнення після пломбування порожнин зубів та тим самим є методом профілактики основних стоматологічних захворювань.

Література

1. *Клітинська О.В.* Аналіз поширеності карієсу у дітей дошкільного віку міста Ужгорода / О.В. Клітинська, Е.Й. Дячук // Матеріали науково-практичної конференції «Актуальні питання стоматології сьогодення». – Тернопіль, 2010. – С. 1–4.
2. *Клітинська О.В.* Оцінка стоматологічного статусу дітей 6-7 років, які постійно проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду / О.В. Клітинська, Я.О. Мухіна, Н.В. Лайош // Молодий вчений. – № 11 (38). – 2016. – С. 82–85.
3. *Клітинська О.В.* Ранжування уражень карієсом зубів у дітей при ретроспективному аналізі первинної медичної документації / О.В. Клітинська, А.А. Васько // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 3 (39). – С. 39–44.
4. *Косенко Д. К.* Экспериментальное обоснование применения комплексной профилактики основных стоматологических заболеваний у детей при ортодонтическом лечении / Д. К. Косенко, А. Э. Деньга, О. А. Макаренко // Дентал. технологии. – 2010. – № 2. – С. 25 – 27.
5. *Окушко В.Р.* Теоретические и практические аспекты функциональной резистентности зубной эмали / В.Р. Окушко // VIII Всесоюзный съезд стоматологов. – Тезисы. – М. – 1987. – Т. 2 – С. 15 – 22.
6. *Клітинська О.В.* Особливості проведення мінімально інвазивної терапії початкових форм карієсу в дітей із застосуванням препаратів фірми "VOCO" (Німеччина) / О. В. Клітинська // Новини стоматології. – 2012. – № 4. – С. 14–19.
7. *Попруженко Т. В.* Профилактика кариеса зубов с использованием местных средств, содержащих фториды, кальций и фосфаты / Т.В. Попруженко, М.И. Кленовская // учеб.-метод. Пособие. Т. В. – Минск: БГМУ. – 2010. – С. 86–91.
8. *Klitinska O.V.* Exogenous drug prevention of dental caries in primary school children with high caries activity / O.V.Klitinska, A.A. Vasko, Y.A. Mukhina // Intermedical journal. – 2016. – Vol. I (7). – P. 10-12.
9. *Klitinska O.V.* Influence of different types of plant extracts on the Streptococcus sobrinus culture / O.V. Klitinska, Y.Y. Kostenko, V.R. Gurando, V.M. Karpinets // Journal of Stomatology. – 2016. – Vol. 69, Issue 4. – P. 443-447.
10. *Klitinska O.V.* Efficiency estimation of using phased program of caries prevention in children domiciled in Transcarpathian region / O.V. Klitinska, Y.Y. Kostenko, Y.A. Mukhina, A.A. Vasko, N.V. Layosh // Acta stomatologica Naissi. – 2016. – Vol. 32, № 74. – P. 1635-1649. DOI: 10.5937/asnl674635K.
11. *Klitinska O.V.* Determination of criteria early caries diagnostics in children of different ethnic groups domiciled in biogeochemical deficiency of fluorine and iodine / O.V. Klitinska, Y.Y. Kostenko, V.R. Gurando // Journal of Stomatology. – 2016. – Vol. 70 (1), Issue 1. – P. 51-56.
12. *Klitinska O.V.* Statistical model of caries formation and progression in children of preschool and early school age domiciled in biogeochemical deficiency of fluorine and iodine / O.V.Klitinska, N. V. Gasyuk, Yeugen Y. Kostenko, Viacheslav R. Gurando // Journal of Stomatology. – 2017. – Vol. 70 (6), Issue 1. – P. 674-678 (Polish Dental Association) DOI: 10.5604/01.3001.0010.7725.
13. *Klitinska O.V.* Clinical and Laboratory Grounds for the Rational Selection of Filling Material for the Restoration of Deciduous Teeth / O.V. Klitinska, Artur A Vasko, Volodymyr O Borodach, Natalia V Hasiuk, Larisa V Kornienko, Dmytro V Tsukanov // Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clinica Integrada 2018, 18(1):e3949 DOI: <http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2018.181.52> ISSN 1519-0501 7 p.

14. Klitinska O.V. Morphological substantiation of criteria of prediction of clinical course of generalized periodontitis / O.V. Klitinska, N.V. Hasiuk, R.A. Levandovsky, V.O. Borodach // Світ медицини та біології. – 2018. – № 3 (65). – P. 46–50. DOI 10.26724/2079-8334-2018-3-65-46-50. ISSN 2079-8334.
15. Klitinska O.V. Features of the cell complex of the mortal shell of the rolle cavity on the field of tolerancy / O.V. Klitinska, N.V. Hasiuk, G.A. Yeroshenko, P.O. Mastruk // Світ медицини та біології. – 2018. – № 4 (66). – P. 157-160. DOI 10.26724/2079-8334-2018-4-66-157-160. ISSN 2079-8334.

Дата надходження рукопису до редакції: 28.01.2019 р.

Обоснование выбора пломбировочного материала на основе степени кариесрезистентности эмали зубов у детей

The substance of election of filling material with the consideration of the stage of the caries resistance of solid teeth tissues in children

О.В. Клитинская, В.В. Шетеля

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

O.V. Klitynska, V.V. Shetelia

State Higher Educational Establishment “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Цель – создать алгоритм выбора пломбировочного материала в зависимости от уровня кариесрезистентности твердых тканей зубов у детей.

Материалы и методы. В ходе исследования было обследовано 74 школьника 1 и 2 классов общеобразовательной средней школы № 20 города Ужгорода (30 мальчиков и 44 девочки). Кариесрезистентность эмали определяли с помощью ТЭР-теста.

Результаты. Для своевременной профилактики и лечения кариеса важно на ранних стадиях диагностировать минеральный состав твердых тканей зубов в обследованного пациента и учесть уровень кариесрезистентности при выборе пломбировочного материала с целью предупреждения возникновения вторичного кариеса.

Выводы. При пломбировании зубов у детей с низким уровнем кариесрезистентности, целесообразным является использование компомеров и стеклоиономерных цементов, поскольку для них характерно выделение молекул фтора, простота в использовании, гидрофильность.

Ключевые слова: кариес, кариесрезистентность, компомер, стеклоиономерный цемент, композитный материал.

Purpose – to create an algorithm for selecting the filling material, depending on the level of caries resistance of solid teeth tissues in children.

Materials and methods. During the study, 74 children, pupils of grades 1 and 2 of secondary school № 20 of Uzhhorod (30 boys and 44 girls) were examined. The caries resistance of the enamel was determined using the TER test.

Results. For timely prophylaxis and treatment of caries, it is important at an early stage to diagnose the mineral composition of solid tissues of the teeth in the examined patient and to take into account the level of caries resistance when choosing filling material to prevent the emergence of secondary caries.

Conclusions. When sealing teeth in children with low caries resistance, it is expedient to use compomer and glass ionomer cements, because they are characterized by the separation of fluorine molecules, easy to use, hydrophilicity.

Key words: caries, caries resistance, compomer, glass ionomer cement, composite material.

Відомості про авторів

Клітинська Оксана Василівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; вул. Університетська 16-а, м. Ужгород, 88000, Україна.

Шетеля Володимир Володимирович – асистент кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; вул. Університетська 16-а, м. Ужгород, 88000, Україна.

Новий індекс оцінки важкості коморбідності та його використання у пацієнтів із неалкогольною жирною хворобою печінки, що розвинулася на фоні порушень вуглеводного обміну, та супутнім субклінічним гіпотиреозом

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

Мета – розробити та описати новий індекс для оцінки важкості перебігу коморбідних захворювань у пацієнтів із неалкогольною жирною хворобою печінки та супутнім субклінічним гіпотиреозом.

Матеріали та методи. Обстежено 226 пацієнтів із НАЖХП та супутніми порушеннями вуглеводного обміну, 60 осіб із субклінічним гіпотиреозом, 30 – з цукровим діабетом другого типу без ознак НАЖХП, 30 пацієнтів із НАЖХП та нормальним вуглеводним обміном, а також 30 практично здорових осіб контрольної групи. Використано новий індекс оцінки коморбідності, що враховує можливу наявність НАЖХП; порушень функціонального стану щитоподібної залози; абдомінального ожиріння; дисліпідемії; анемії; діабетичної мікроангіопатії та нейропатії; захворювань сполучної тканини; обтяжений за гострими кардіо-васкулярними подіями анамнез.

Результати. Використання індексу важкості перебігу коморбідних захворювань (Comorbidity severity index – ComSI) у обстеженого контингенту пацієнтів показало, що із збільшенням віку та числа супутніх захворювань зростає не тільки числове значення ComSI, а й кількість осіб із поєднаною патологією, у яких клінічний перебіг захворювання, оцінений за допомогою даного індексу, є важким. Натомість, у осіб без супутніх захворювань (групи 6, 7, 8) відмічалися значення ComSI, що свідчили про легкий або середньо-важкий перебіг.

Висновки. Індекс ComSI можна використовувати для оцінки важкості перебігу коморбідної патології у пацієнтів із НАЖХП та супутніми ЦД-2 або предіабетом.

Ключові слова: неалкогольна жирова хвороба печінки, індекс важкості перебігу коморбідних захворювань, оцінка коморбідності, супутній субклінічний гіпотиреоз.

Вступ

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) – найбільш часте захворювання печінки [10]. Її поширеність у загальній популяції варіює від 6,3% до 51% і залежить від як від етнічної різниці, так і від методу оцінки накопичення жиру в печінці [2, 8, 9]. Серед хворих на порушення вуглеводного обміну (цукровий діабет другого типу – ЦД-2; предіабет – ПД) поширеність НАЖХП більше ніж 75% [3]. НАЖХП як печінковий дебют метаболічного синдрому (МС) пов'язана із інсулінорезистентністю та асоціюється із частим поєднанням із серцево-судинними захворюваннями, хронічними хворобами нирок, ЦД-2, ожирінням, МС [3]. Ось чому НАЖХП є типовим прикладом коморбідності.

Коморбідність – це одночасна наявність у хворого декількох різноманітних за характером і перебігом захворювань [4]. Коморбідність вважається однією із важливих проблем сучасної медицини, оскільки поєднання хвороб, які конкурують за своєю діагностичною і прогностичною значущістю, потребує призначення багатьох (часто й несумісних) препаратів, призводячи до поліпрагмазії та, із-за можливості виникнення взаємодій між ліками, часто змінює відповідь на терапію, знижуючи результати лікування [4].

Для стандартизації наукових досліджень поєднаних захворювань запропоновано використання індексів коморбідності. В літературних даних знайдено 12 методів

оцінки коморбідності [4–6], кожен з яких має свої переваги та недоліки. Найпопулярнішими із них є система CIRS (Cumulative Illness Rating Scale), індекс Kaplan–Feinstein, індекс Чарлсона (Charlson Comorbidity Index – CCI), індекс поліморбідності (Multimorbidity Index – MMI). Проте немає ідеального індексу, яким можна «виміряти» коморбідність. База Medline (англомовний сегмент) не містить відомостей щодо використання індексів коморбідності для визначення важкості стану хворих на НАЖХП. Індекс Kaplan-Feinstein, який створений для оцінки впливу супутніх хвороб для пацієнтів із ЦД-2, також не враховує можливої наявності НАЖХП, що часто поєднується із ЦД-2. Також залишаються неврахованими можливі супутні розлади роботи щитоподібної залози, гіперглікемія, дисліпідемія, анемія, гіперурикемія, які погіршують загальний стан хворого та зменшують ефективність лікування основного захворювання.

Широке розповсюдження НАЖХП та часте поєднання її із гіпотиреозом, в тому числі і субклінічним [7], а також відсутність індексів коморбідності, які б враховували наявність даних хвороб, зумовлюють необхідність розробки нового інструменту для оцінки стану здоров'я таких пацієнтів.

Метою дослідження є розробка нової методики оцінки коморбідності для пацієнтів, що страждають на НАЖХП, шляхом удосконалення шкали Kaplan-Feinstein, адаптувавши її до більшої кількості можливих коморбідних станів.

Матеріали та методи

Робота є частиною дисертаційного дослідження на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук на тему «Неалкогольна жирова хвороба печінки: клініко-патогенетичні, діагностичні та терапевтичні аспекти, поєднання із субклінічним гіпотиреозом». Дослідження виконувалося із дотриманням норм біоетики, згідно вимог Гельсінської Декларації. Кожен із учасників дослідження підписував інформовану згоду, затверджену комісією з біоетики факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки УжНУ.

Обстежено 226 пацієнтів із НАЖХП та порушенням вуглеводного обміну (ЦД-2, ПД). Діагнози ЦД-2 або ПД базувалися на критеріях American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology (AACE/ACE) (2015 р.) [2]. Ознаками предіабету вважалися: підвищення рівня глюкози натще до 5,6–6,9 ммоль/л; порушення толерантності до глюкози: рівень глюкози через 2 години після їди (або випадковий рівень) 7,8–11,0 ммоль/л; глікозильований гемоглобін (HbA1C) 5,7–6,4%. Діагноз НАЖХП базувався на клінічних рекомендаціях European Association for the Study of the liver (EASL), European Association for the Study of Diabetes (EASD), European Association for the Study of Obesity (EASO) [9]. Діагностика НАЖХП ґрунтувалася на результатах ультразвукового та лабораторного обстеження, передбачала виключення алкогольної та вірусної природи ураження печінки, включала повне клінічне обстеження, оцінку анамнезу та антропометричних показників. Оцінка функціонального стану щитоподібної залози (ЩЗ) проводилася за вмістом тиреотропного гормону (ТТГ), вільного тироксину (Т4) та вільного трийодтироніну (Т3) в крові, що визначалися за допомогою імунохемілюмінесцентного методу з використанням автоматичної лабораторної системи Roche Hitachi Cobas e411 (Швейцарія, Японія). У дослідженні використана наступна інтерпретація рівня ТТГ в крові: значення ТТГ від 0,4 до 4,0 МО/л вказувало на нормальну функціональну здатність щитоподібної залози (еутиреоз), рівень ТТГ більше 4 МО/л – на знижену її функцію (гіпотиреоз), а менше 0,4 МО/л – на підвищену (гіпертиреоз), причому підвищення ТТГ в межах 4,0–10,0 інтерпретувалося як субклінічний, а більше 10 МО/л – як клінічно виражений (маніфестний) гіпотиреоз.

Враховуючи функціональний стан щитоподібної залози, всі пацієнти з НАЖХП були поділені на кілька клінічних груп. Перша група включала 32 пацієнти з НАЖХП, ЦД-2 та супутнім субклінічним гіпотиреозом, друга – 40 хворих на НАЖХП на фоні предіабету із супутнім субклінічним гіпотиреозом. 73 пацієнти із НАЖХП, ЦД-2 та нормальним станом ЩЗ склали третю; а 55 хворих із НАЖХП на фоні предіабету, що мали еутиреоз, – четверту групу. П'ята клінічна група складалася із 26 пацієнтів із НАЖХП на фоні ЦД-2 або предіабету, що мали маніфестний гіпотиреоз. Шоста клінічна група була сформована із 60 осіб, що мали

субклінічний гіпотиреоз, сьома – із 30 хворих на ЦД-2 без НАЖХП, а восьма – із 30 пацієнтів, що страждали на НАЖХП без ЦД-2, ПД та з нормальною функцією щитоподібної залози. Контрольна група складалася із 30 практично здорових осіб (без НАЖХП, ЦД-2, ПД) з еутиреозом, без статично значимої міжгрупової різниці за віком та статтю.

Кожному із обстежених пацієнтів розраховувався індекс Kaplan–Feinstein [6] та новий індекс важкості перебігу коморбідних захворювань (Comorbidity Severity Index – ComSI) [1]. Для розрахунку ComSI використовувалася шкала Kaplan–Feinstein, доповнена такими патологічними станами: НАЖХП; порушення функціонального стану щитоподібної залози (гіпотиреоз, в тому числі і субклінічний; гіпертиреоз); абдомінальне ожиріння (окружність талії більше 80 см у жінок та більше 94 см у чоловіків і/або індекс маси тіла більше 30); дисліпідемія; анемія; діабетична мікроангіопатія (ретинопатія, нефропатія); діабетична нейропатія; наявність в анамнезі гострого порушення мозкового кровообігу і/або гострого інфаркту міокарда, тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА); алергічні захворювання; захворювання сполучної тканини (системні захворювання).

Методика розрахунку ComSI [1]. Для розрахунку індексу вираженість всіх захворювань та патологічних станів, що є у хворого, оцінюють у балах: «0» – відсутність хвороби, «1» – хвороба на доклінічній стадії, субклінічний стан або легкий перебіг, «2» – захворювання середньої важкості, компенсоване або субкомпенсоване прийомом медикаментів, «3» – важка хвороба в стадії суб- або декомпенсації незважаючи на призначення медикаментів згідно діючих протоколів. Після цього підраховують суму балів та оцінюють важкість перебігу коморбідної патології. До 10 балів вказує на легкий перебіг коморбідних захворювань; 11–20 балів свідчить про клінічний перебіг середньої важкості; 21–35 балів вказує на важкий клінічний перебіг коморбідних захворювань; більше 36 балів – вкрай важкий перебіг. Залежно від суми балів, розробляють подальшу тактику ведення пацієнта. Для пацієнтів із значенням індексу від 0 до 10 рекомендовано модифікацію способу життя (відмова від алкоголю та куріння, дозовані фізичні навантаження, корекція харчового раціону) та контроль рівня глікемії. При клінічному перебігу середньої важкості (індекс від 11 до 20) необхідною є медикаментозна терапія тих супутніх захворювань, яким дано 2 або 3 бали (домінуюча патологія). При значенні індексу коморбідності більше 21, що відповідає важкому або вкрай важкому (більше 36) клінічному перебігу, слід переглянути всі медикаментозні призначення для того, щоб уникнути поліпрагмазії, взаємодії між ліками та ймовірного розвитку побічних ефектів. Корекцію лікування слід проводити із врахуванням кардіо-васкулярного ризику, по можливості зменшуючи його рівень.

Статистичний аналіз отриманих результатів проведено за допомогою пакету програм Statistica 10.0 після формування бази даних в електронних таблицях Excel.

Результати дослідження та їх обговорення

Вік пацієнтів, включених у дослідження, коливався від 35 до 73 (57,8±4,1) років. Із зростанням віку збільшувалася кількість коморбідних захворювань та погіршувався загальний стан. Як приклад застосування індексу ComSI слід навести його розрахунок для хворого В., 46 років. Із перерахованих захворювань у пацієнта наявні: артеріальна гіпертензія (2 бали), хвороби серця і судин (2 бали), захворювання центральної та периферичної нервової системи (1 бал), захворювання дихальної системи (1 бал), нирок (2 бали), шлунково-кишкового тракту (2 бали), НАЖХП (2 бали), абдомінальне ожиріння (3 бали), дисліпідемія (2 бали),

анемія (1 бал), субклінічний гіпотиреоз (1 бал) та загострення хронічних гаймориту та тонзиліту (відмічено як 2 бали у рубриці «різне»). Сумарне значення індексу – 21 бал. Це вказувало на важкий клінічний перебіг коморбідної патології та потребу перегляду тактики лікування хворого: основну увагу приділено лікуванню абдомінального ожиріння, надані рекомендації щодо усунення модифікованих факторів кардіо-васкулярного ризику, призначено медикаментозне лікування із урахуванням можливих міжмедикаментозних взаємодій та ризику побічних ефектів.

Важкість клінічного перебігу коморбідних захворювань (за індексом ComSI) у обстежених хворих проілюстрована у таблиці.

Таблиця

Важкість клінічного перебігу коморбідної патології (за індексом ComSI) у різних групах обстежених осіб

| Група обстежених осіб | n | Середнє значення ComSI | Легкий перебіг (ComSI≤10) абс. (%) | Перебіг середньої важкості (ComSI 11–20) абс. (%) | Важкий перебіг (ComSI 21–35) абс. (%) | Вкрай важкий перебіг (ComSI≥36) абс. (%) |
|-----------------------|-----|------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------------|--|
| Група 1 | 32 | 27,7±3,1 | 1 (3,125%) | 11 (34,375%) | 18 (56,25%) | 2 (6,25%) |
| Група 2 | 40 | 21,4±2,8 | 6 (15%) | 19 (47,5%) | 14 (35%) | 1 (2,5%) |
| Група 3 | 73 | 21,8±2,1 | 7 (9,59%) | 34 (46,58%) | 30 (41,1%) | 2 (2,74%) |
| Група 4 | 55 | 17,5±2,6 | 8 (14,5%) | 40 (72,7%) | 7 (12,7%) | 0 |
| Група 5 | 26 | 23,5±3,1 | 0 | 12 (46,15%) | 12 (46,15%) | 2 (7,7%) |
| Група 6 | 60 | 5,2±1,3 | 55 (91,7%) | 5 (8,3%) | 0 | 0 |
| Група 7 | 30 | 14,3±2,7 | 11 (36,7%) | 18 (60%) | 1 (3,3%) | 0 |
| Група 8 | 30 | 9,7±1,3 | 23 (76,7%) | 7 (23,3%) | 0 | 0 |
| Контрольна група | 30 | 2,3±0,2 | 30 (100%) | 0 | 0 | 0 |
| Всього | 376 | | | | | |

Як видно із табл. 1, із збільшенням числа коморбідних захворювань зростає не тільки числове значення ComSI, а й кількість осіб із поєднаною патологією, у яких клінічний перебіг захворювання є важким. Натомість, у групах 6, 7, 8, де не було поєднання досліджуваних хвороб, відмічалися значення ComSI, що свідчили про легкий або середньо-важкий перебіг.

Цьому ж хворому В., 46 років, проведено розрахунок інших індексів коморбідності. Його індекс CIRS дорівнював 17 і вказував на коморбідність середньої важкості. Розрахунок індексу Kaplan–Feinstein дав 14 балів, вказавши на «легкий» стан пацієнта. Супутній гіпотиреоз, ожиріння II ступеню та дисліпідемія, що є серйозними патологічними станами в умовах субкомпенсованого ЦД-2 середнього ступеня важкості та неалкогольного стеатогепатозу, при визначенні індексу Kaplan–Feinstein в сумі дали лише 1 бал (як «різне»), тому загальний стан хворого оцінився як «легкий» із значенням індексу 14. В той же час, Charlson Index у нього склав 5 балів, що відповідало важкій коморбідності і свідчило про 21% 10-річного виживання таких пацієнтів.

Наведений приклад оцінки важкості стану за допомогою розрахунку різних індексів коморбідності показав суперечливі дані. Проаналізувавши коморбідний статус хворого В., 46 років, за допомогою найбільш вивчених міжнародних шкал оцінки коморбідності, отримуємо принципово різні результати. Їх неоднозначність утруднює об'єктивну оцінку важкості стану хворого та ускладнює призначення раціональної фармакотерапії. Новий, запропонований нами, індекс оцінки коморбідності не тільки оцінює важкість стану, а й може використовуватися для визначення подальшої тактики ведення пацієнтів. Перевагами індексу ComSI є те, що він може використовуватися для осіб із ЦД, оскільки враховує можливу наявність його хронічних ускладнень (мікроангіопатії, нейропатії), НАЖХП, гіпофункції щитоподібної залози (в тому числі на доклінічній стадії – субклінічний гіпотиреоз), анемії (тканинна гіпоксія погіршує стан пацієнта), дисліпідемії (є фактором кардіо-васкулярного ризику), а також дає можливість лікарю переглянути тактику лікування коморбідного хворого із врахуванням виявлених чинників для подальшої якісної і своєчасної терапії всіх захворювань та оптимальної профілактики їх ускладнень.

Висновки

Враховуючи поширеність НАЖХП у пацієнтів із цукровим діабетом, серйозність ускладнень та високий кардіо-васкулярний ризик коморбідних пацієнтів, беручи до уваги недоліки існуючих способів оцінки важкості перебігу захворювань та переваги способу, що пропонується, доцільним є впровадження у практичну діяльність нового індексу коморбідності, який є єдиним та унікальним для такого контингенту пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень

Враховуючи актуальність запропонованої методики, необхідним видається її впровадження для запропонованого контингенту пацієнтів. Проте, з огляду на новизну способу, потрібно проводити дослідження можливого розширення області його застосування для оцінки іншої коморбідної патології. Крім того, запропонований спосіб може використовуватися як один із можливих методів «стандартизації» клінічних досліджень з участю коморбідних пацієнтів.

Література

1. *Свідоцтво* на авторське право (заявка № АПС/6712-18 від 27.09.2018) авторів Фейса С.В., Чопей І.В. Методичні рекомендації «Розрахунок індексу важкості перебігу коморбідних захворювань (індекс ВПКЗ)».
2. American association of clinical endocrinologists and American College of Endocrinology. Clinical practice guidelines for developing a diabetes mellitus comprehensive care plan-2015 // *Endocr pract.* – 2015. – № 21.
3. *Ballestri S.* Nonalcoholic fatty liver disease is associated with an almost two-fold increased risk of incident type 2 diabetes and metabolic syndrome. Evidence from a systematic review and meta-analysis / S. Ballestri // *J Gastroenterol Hepatol.* – 2016. – № 31 (5). – p. 936–944. doi: 10.1111/jgh.13264.
4. *Campbell-Scherer D.* Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine / D. Campbell-Scherer // *Evid Based Med.* – 2010. – № 15. – p. 165-166.
5. *Fawad Aslam* Tools for the assessment of comorbidity burden in rheumatoid arthritis / Fawad Aslam, Nasim Ahmed Khan // *Front Med (Lausanne).* – 2018. – №5. – p. 39. doi: 10.3389/fmed.2018.00039.
6. *Kaplan M.H.* A critique of methods in reported studies of long-term vascular complications in patients with diabetes mellitus / M.H. Kaplan, A.R. Feinstein // *Diabetes.* – 1973. – № 22 (3). – p. 160–174.
7. *Kassem A.* Association and impact of non-alcoholic fatty liver disease on thyroid function / A. Kassem, F. Khalil, M. Ramadan et al. // *Int. J Curr Res Med Sci.* – 2017. – № 3 (7). – p. 94-107. DOI: <http://dx.doi.org/10.22192/ijcrms.2017.03.07.016>.
8. *Nascimbeni F.* From NAFLD in clinical practice to answers from guidelines / F. Nascimbeni, R. Pais, S. Bellentani et al. // *J Hepatol.* – 2013. – № 59. – p. 859-871.
9. *Non-alcoholic fatty liver disease.* Clinical recommendations of EASL-EASD-EASO // *J Hepatol.* – 2016. – № 64. – p. 1388-1402.
10. *Vernon G.* Systematic review: the epidemiology and natural history of non-alcoholic fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis in adults / G. Vernon, A. Baranova, Z.M. Younossi // *Aliment Pharmacol Ther.* – 2011. – № 34. – p. 274-285. Doi: 10.1111/j.1365-2036.2011.04724.x.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.02.2019 р.

Новый индекс оценки тяжести коморбидности и его использование у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени на фоне нарушений углеводного обмена с сопутствующим субклиническим гипотиреозом

С.В. Фейса

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород

Цель – разработать и описать новый индекс для оценки тяжести течения коморбидных заболеваний у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени и сопутствующим субклиническим гипотиреозом.

Материалы и методы. Обследовано 226 пациентов с НАЖБП и сопутствующими нарушениями углеводного обмена, 60 больных субклиническим гипотиреозом, 30 – сахарным диабетом второго типа без признаков НАЖБП, 30 пациентов с НАЖБП и нормальным углеводным обменом, а также 30 практически здоровых лиц контрольной группы. Использован новый индекс оценки коморбидности, учитывающий возможное наличие у больных НАЖБП; нарушений функционального состояния щитовидной железы; абдоминального ожирения; дислипидемии; анемии; диабетической микроангиопатии и нейропатии; заболеваний соединительной ткани; острые кардио-васкулярные события в анамнезе.

Результаты. Использование индекса тяжести течения коморбидных заболеваний (Comorbidity severity index – ComSI) в обследованного контингента пациентов показало, что с увеличением возраста и числа сопутствующих заболеваний возрастает не только числовое значение ComSI, но и количество лиц с сочетанной патологией, в которых клиническое течение заболевания, оцененный с помощью данного индекса, оценивалось как тяжелое. У лиц без сопутствующих заболеваний (группы 6, 7, 8) значения ComSI свидетельствовали о легком или средне-тяжелом течении.

Выводы. Индекс ComSI можно использовать для оценки тяжести течения коморбидной патологии у пациентов с НАЖБП и сопутствующими СД-2 или предиабетом.

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, индекс тяжести течения коморбидных заболеваний, оценка коморбидности, сопутствующий субклинический гипотиреоз.

A new index for assessment the severity of comorbidity and its using in patients with non-alcoholic fatty liver disease at the background of carbohydrate metabolism disorders and concomitant subclinical hypothyroidism

S.V. Feysa

Uzhhorod National University, Uzhhorod

The aim – to develop and describe a new index for comorbidity severity assessment in patients with nonalcoholic fatty liver disease and concomitant subclinical hypothyroidism.

Materials and methods. 226 patients with NAFLD and associated carbohydrate metabolism disorders were examined. Also 60 persons with subclinical hypothyroidism, 30 patients with type 2 diabetes mellitus (without signs of NAFLD) and 30 NAFLD patients (with normal carbohydrate metabolism) were examined. 30 healthy persons were formed the control group. A new index of comorbidity has been used. Calculation of comorbidity severity index (ComSI) includes the possible presence of NAFLD, thyroid disorders, abdominal obesity, dyslipidemia, anemia, chronic complications of T2-DM, aggravated anamnesis.

Results. The using of Comorbidity severity index (ComSI) in the examined patients showed that increasing of patients' age was associated with increasing of concomitant diseases number and with deteriorating of the patients' general condition, which is reflected in an increasing of the ComSI value. The increasing of concomitant diseases number associated not only with the higher ComSI, but also with the number of persons with a severe comorbidity according the ComSI value. Instead, persons without comorbidity (groups 6, 7, 8) were marked as the patients with mild or moderate disease according the ComSI.

Conclusions. The ComSI index can be used to evaluate the severity of comorbidity in patients with NAFLD and concomitant T2-DM or pre-diabetes.

Key words: non-alcoholic fatty liver disease, index of the severity of comorbid diseases, comorbidity assessment, concomitant subclinical hypothyroidism.

Відомості про автора

Фейса Сніжана Василівна – к.мед.н., доц., доцент кафедри терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; площа Народна, 3, Ужгород, 88000, Україна.

Перспективи впровадження сучасних інформаційно-комунікаційних систем на рівні первинної медико-санітарної допомоги

Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Мета – проаналізувати існуючі системи та розробити нові інформаційно-комунікаційні програмні засоби, що дозволять оперативно визначати, аналізувати та контролювати психоемоційний та фізичний стан здоров'я людини.

Матеріали та методи. В процесі дослідження використано системний підхід, мета-аналіз, проектування інформаційно-аналітичних схем технічних умов та систем, описового моделювання. Розроблено концепцію модульної автоматизованої мультифункціональної інформаційно-комунікаційної системи із сервісною платформою, яка призначена для моніторингу та контролю основних фізіологічних показників, що характеризують стан організму людини із обов'язковим залученням пацієнтів до процесу профілактики та лікування.

Результати. Розглянуто складові якості медичної допомоги та визначені стратегії для її поліпшення, а також ключові питання залучення пацієнта до процесу тривалого спостереження та контролю основних показників організму, які заслуговують більшого розгляду та вивчення з метою підвищення доступності та якості медичної допомоги. Обґрунтовано актуальність впровадження інформаційно-комунікаційних технологій на рівні закладу первинної медико-санітарної допомоги для поліпшення якості медичних послуг.

Висновки. Питання забезпечення якості медичної допомоги, що надається населенню, належить до пріоритетних у діяльності регіональних управлінь охорони здоров'я. Інструменти електронного медичного обслуговування розглядаються як спосіб досягнення рівня сучасної медичної допомоги пацієнту. Дистанційний двосторонній обмін медичною інформацією між пацієнтами та лікарями забезпечує важливу можливість спілкування, збільшення відповідальності та участі пацієнтів в контролі власного здоров'я.

Ключові слова: якість медичної допомоги, автоматизована інформаційно-комунікаційна система, дистанційний моніторинг.

Вступ

Сьогодні головним принципом удосконалення організації медичної допомоги є впровадження змін там, де якість медичної допомоги та її результати не досягають очікуваного рівня. Даний підхід до забезпечення якості побудований на внутрішніх потребах та оцінці якості самими виконавцями і пацієнтами. У статті розглянуті деякі технологічні досягнення в галузі охорони здоров'я та актуальність їх впровадження в організацію управління якістю медичної допомоги. Такі технології управління внесли значні зміни в конфігурації стандартних служб охорони здоров'я.

В статті аналізуються основні переваги та перспективи використання сучасних комунікаційних технологій в галузі охорони здоров'я для підвищення ефективності та доступності медичного обслуговування пацієнтів, скорочення адміністративних витрат, залучення пацієнта до участі в процесі профілактики та лікування неінфекційних захворювань, поліпшення та оптимізації первинної медико-санітарної допомоги.

Мета дослідження – проаналізувати існуючі системи та розробити нові інформаційно-комунікаційні програмні засоби, що дозволять оперативно визначати, аналізувати та контролювати психоемоційний та фізичний стан здоров'я людини.

Матеріали та методи

Розроблено концепцію створення модульної автоматизованої мультифункціональної інформаційно-комунікаційної системи із сервісною платформою, яка призначена для моніторингу, тривалого спостереження, контролю основних фізіологічних показників, що характеризують стан організму людини із обов'язковим залученням пацієнтів до самоконтролю в процесі профілактики та лікування. В процесі дослідження ми використали системний підхід, мета-аналіз, проектування інформаційно-аналітичних схем технічних умов та систем, описового моделювання.

Результати дослідження та їх обговорення

Глобальна стратегія Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) «Здоров'я для всіх» пріоритетними завданнями визнає якість обслуговування та відповідну технологію у переконанні, що всі країни-члени повинні мати відповідні структури та механізми для безперервного підвищення якості медичної допомоги та вдосконалення розвитку і використання технологій в охороні здоров'я [9, 16].

Членство України у ВООЗ зобов'язує до реалізації її міжнародних стратегій, які спрямовані на поліпшення

медичної допомоги, яка на сьогодні в Україні характеризується недостатньою якістю. Шістнадцята задача міжнародної стратегії ВООЗ «Здоров'я 21 – здоров'я для всіх в 21-ому столітті» ставить перед країнами завдання щодо забезпечення ефективного управління якістю медичної допомоги та забезпечення якості медико-санітарної допомоги. У стратегії зазначається, що країни повинні запровадити новий механізм управління якістю медичної допомоги. Його суть полягає в тому, що для забезпечення постійного підвищення якості медико-санітарного обслуговування населення необхідно здійснювати систематичний моніторинг показників результативності клінічної допомоги, використовуючи міжнародно визнані стандарти [5].

У цій роботі розглянуто складові якості медичної допомоги та визначені стратегії для її поліпшення, а також ключові питання залучення пацієнта до процесу тривалого спостереження та контролю основних фізіологічних показників організму, які заслуговують більшого розгляду та вивчення з метою підвищення доступності та якості медичної допомоги. Розглядаємо актуальність впровадження інформаційно-комунікаційних технологій на рівні закладу первинної медико-санітарної допомоги для поліпшення якості медичних послуг.

В країнах, що розвиваються, зусилля, спрямовані на поліпшення якості первинної медичної допомоги, зосереджувалися на різних стратегіях від підготовки та стимулювання діяльності до організаційних інновацій в приватному секторі та використання нових технологій, таких як інформаційно-комунікаційні системи [18].

Мета багатьох стратегій щодо поліпшення якості медичної допомоги полягає в забезпеченні основними ресурсами – технологіями, експлуатаційними засобами, фармацевтичними препаратами та підготовкою кваліфікованих медичних працівників [31]. Такі стратегії зосереджені на пропозиції та розроблені для підтримки надання послуги відповідно до клінічних рекомендацій [26]. Але недостатньо вивченими залишаються підходи щодо поліпшення якості медичної допомоги шляхом залучення самого пацієнта до процесу моніторингу стану здоров'я та впровадження дистанційного зворотного зв'язку між лікарем і пацієнтом [40].

Нові інформаційні технології в сучасному суспільстві стали ознакою прогресу, поліпшення якості медичних послуг, які визначають наше життя і грають важливу роль в санітарно-профілактичній освіті, яка пов'язана з профілактикою, діагностикою та лікуванням захворювання. Інформаційні системи – комплекс методологічних прийомів, технічних засобів і алгоритмів керування, призначених для збору, зберігання, обробки й передачі інформації з питань контролю якості медичної допомоги на різні рівні управління [3].

Моніторингові інформаційні системи в охороні здоров'я надають широкі можливості з використання баз медичних даних. У таких системах реалізується концепція «гнучкого» моніторингу, заснована на використанні технології комп'ютерних локальних мереж [34].

Дистанційний моніторинг стану здоров'я пацієнта проводять шляхом дослідження основних фізіологічних

параметрів, таких як частота серцевих скорочень, артеріальний тиск, показники ЕКГ, життєвий об'єм легень та інших. До оцінки стану фізичного здоров'я залучаються також суб'єктивні відчуття конкретної людини, соціальні, кліматичні та інші фактори [17, 19, 21].

На сьогоднішній день вже абсолютно спокійно і впевнено можна говорити, що комп'ютер «увійшов в повсякденну практику» життя і роботи людей, в т. ч. і в практику роботи лікарів [2]. Сучасні смартфони в деяких випадках навіть перевершують стаціонарні персональні комп'ютери за своїми показниками продуктивності. А їх світові продажі за 2017 р. склали 1,54 млрд пристроїв. Такі пристрої зв'язку, як bluetooth, WiFi, перетворюють смартфон в незамінного помічника [33].

Науково-технічний прогрес не обійшов стороною і охорону здоров'я. Так, в період з 2015 по 2020 роки продажі медичних технологій, пов'язаних з мобільними пристроями, виростуть на третину. Такий прогноз зробили в аналітичній компанії Big Market Research в березні 2015 року. Експерти підрахували, що в 2014 р. обсяг ринку мобільної охорони здоров'я досяг \$10,5 млрд. Середньорічне зростання ринку в 2015–2020 рр. очікується на рівні 33,5% багато в чому із-за збільшення захворювань, пов'язаних з неправильним способом життя. У 2015 р. найбільші продажі припадали на сервіси моніторингу за станом пацієнтів [1, 12].

Особливу увагу країн в наступному десятилітті для загальнодоступного і якісного надання медичної допомоги населенню незалежно від соціального стану та місця проживання громадян повинна приділятися наступним напрямкам співробітництва в області електронної охорони здоров'я:

- розвитку нормативно-правової бази, що регулює застосування ІКТ в охороні здоров'я, в т.ч. з урахуванням модельного закону «Про телемедичні послуги»;
- розробки та впровадження стандартів у сфері електронної охорони здоров'я на основі міжнародних стандартів;
- створення сумісних національних телемедичних консультативно-діагностичних систем;
- розвитку технологій персонального моніторингу здоров'я;
- використання ІКТ для вдосконалення доступу до послуг охорони здоров'я, а також надання громадянам більш широких можливостей охорони здоров'я;
- розвитку системи надання державних послуг населенню та бізнесу в електронному вигляді в галузі охорони здоров'я;
- створення загальної інформаційної системи для профілактики захворювань, моніторингу та контролю поширення небезпечних і інфекційних захворювань;
- формування на базі ІКТ мережі з надання медичної допомоги при гуманітарних катастрофах і надзвичайних ситуаціях;
- створення системи надання послуг телемедицини населенню важкодоступних районів;
- дистанційного навчання в системі професійної освіти і підвищення кваліфікації персоналу закладів охорони здоров'я;

- розробці уніфікованих електронних протоколів обміну інформацією про пацієнтів на основі міжнародних стандартів, що застосовуються в сфері електронної охорони здоров'я [29].

З початку XXI століття до числа основних причин смерті у всьому світі відносяться неінфекційні захворювання. Через високу захворюваність, інвалідність та смертність хронічні захворювання завдають серйозної шкоди здоров'ю людей, знижують продуктивність праці і соціально-економічний розвиток. Швидка урбанізація, індустріалізація, старіння населення і зміни в екологічному середовищі і способі життя ще більш загострили внутрішню проблему хронічних захворювань [27].

Щорічно від неінфекційних захворювань помирає понад 36 млн чоловік (63% випадків смерті в світі), включаючи, насамперед, серцево-судинні захворювання (48% випадків неінфекційних захворювань), онкологічні захворювання (21%), хронічні респіраторні захворювання (12%) і діабет (3,5%). 14 млн чоловік вмирають передчасно, тобто у віці до 70 років. На країни з низьким і середнім рівнем доходів вже зараз припадає близько 80% такої передчасної смертності, пов'язаної з чотирма найбільш поширеними факторами ризику – вживанням тютюну, нездоровим харчуванням, відсутністю фізичної активності і шкідливим вживанням алкоголю. За прогнозами експертів, при збереженні нинішніх тенденцій 2030 р епідемія НІЗ буде щорічно забирати 52 млн людських життів [15, 25].

У 2013 р 67-я сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я схвалила «Глобальний план дій з профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями (2013–2020 рр.)» та «Глобальні рамки моніторингу щодо неінфекційних захворювань». План дій встановив шість цілей: підвищити глобальний пріоритет, що надається профілактиці хронічних захворювань і боротьбі з ними; посилити національні заходи з профілактики неінфекційних захворювань і боротьби з ними; знизити модифікуючі фактори ризику неінфекційних захворювань і соціальні детермінанти, що лежать в їх основі, шляхом створення сприятливих умов для здоров'я; зміцнювати і переорієнтовувати системи охорони здоров'я; проводити якісні дослідження; і контролювати й оцінювати. Інтегрована система моніторингу визначила 25 глобальних показників моніторингу в трьох основних областях, включаючи смертність і захворюваність на хронічні захворювання, фактори ризику та відповідні заходи національних систем охорони здоров'я. Глобальні цілі по смертності направлені на зниження передчасної смертності від неінфекційних захворювань на 25% до 2025 р. [22]. Також одними з основних цілей Глобального плану дій ВООЗ з профілактики неінфекційних захворювань і боротьби з ними на 2013–2020 роки є: зміцнення заходів реагування системи охорони здоров'я на неінфекційні захворювання, включаючи діабет, особливо на рівні первинної медико-санітарної допомоги; дотримання керівних принципів і протоколів з метою поліпшення діагностики і лікування діабету в установах первинної медико-санітарної допомоги; створення політики та програм для забезпечення справедливого доступу до основних технологій діагностики та лікування [24].

Основна частина потреб та затрат на наданні медичної допомоги в розвинених країнах і країнах із середнім та низьким рівнем доходів приходиться саме на хронічні неінфекційні захворювання. Тим не менше, система освіти для фахівців з охорони здоров'я зберігали традиційні освітні моделі минулого століття, які зосереджені на діагностиці і лікуванні патологій. Немає потреби говорити, що ми терміново потребуємо нових підходів, технологій, навичок та знань, для вирішення цієї нової реальності [36, 38]. Основна мета будь-якого зв'язку лікар-пацієнт полягає у збереженні та поліпшенні здоров'я пацієнта. Тепер двосторонній обмін інформацією вважається однією з найкращих моделей в управлінні якістю медичної допомоги. Такий зворотний зв'язок направлений на первинну та вторинну профілактику захворювань [14, 32].

Всі експерти, як правило, погоджуються, що спілкування «face-to-face» залишається основним способом досягнення контакту між медичними працівниками та пацієнтами, але інструменти електронного медичного обслуговування розглядаються як спосіб досягнення більш якісного медичного обслуговування пацієнта [30].

В даний час існування великої кількості Інтернет-користувачів дозволяє швидко розповсюджувати електронний сервіс в медичній практиці [28]. Так, станом на жовтень 2018 року майже 4,2 млрд людей були активними користувачами Інтернету та 3,4 млрд – це користувачі соціальних мереж. Дистанційний обмін медичною інформацією між пацієнтами та лікарями забезпечує важливу можливість спілкування, збільшення відповідальності та участі пацієнтів в контролі власного здоров'я. Це, безсумнівно, є новим способом відносин лікаря – пацієнта [16].

Інформаційні технології охорони здоров'я пропонують різні електронні засоби збору, аналізу, керування та зберігання даних, незалежно від місця проживання пацієнта, що дозволяє вирішувати завдання на різних рівнях охорони здоров'я, починаючи від центрів первинної медичної допомоги або клінік до громадських організацій. Інформаційні технології мають охоплювати широкий діапазон послуг, від охорони здоров'я та профілактичної допомоги до діагностики та лікування, забезпечуючи потенціал для безперервного, одночасного та інтерактивного спілкування з будь-якого місця [35]. Нововведення в інформаційних технологіях охорони здоров'я дають можливість пацієнтам взяти на себе більш активну участь в моніторингу та управлінні їх хронічними захворюваннями, а також збільшити відповідальність за своє здоров'я [20].

Зі зростанням поінформованого та комп'ютеризованого населення, де Google замінює енциклопедії, існує велика кількість дезінформації, яка часто шкодить, як здоров'ю пацієнта, так і роботі лікаря. Медичні інформаційні технології, як спосіб ефективного спілкування лікаря з пацієнтами, забезпечує якісну інформацію, доступну для загального спілкування [13].

В Україні ще не створена електронна охорона здоров'я з формуванням єдиного електронного простору на всіх рівнях управління галуззю, що гальмує рух

інформації для потреб пацієнтів, медичних працівників, керівників, науковців, зокрема, в частині її використання з метою контролю якості медичної допомоги. Залишається актуальним впровадження сучасної індустріальної моделі безперервного покращення якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я з розробкою та використання автоматизованих інформаційно-комунікаційних систем. Суттєвим моментом вдосконалення стане впровадження електронних документів – електронної історії хвороби, електронного паспорту пацієнта, які містять відомості про клінічні діагнози, лікарські призначення, результати лабораторних тестів і діагностичних досліджень, динаміку захворювання і дефекти під час надання медичної допомоги, що дозволить в режимі реального часу і в найкоротші терміни відслідковувати клінічний результат та вести динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнта [8, 10, 11].

В розвинених країнах світу ведеться розробка та впровадження громадської системи Електронних Медичних послуг [39]. На території нашої країни мобільні та електронні технології в охороні здоров'я починають розвиватися [6]. Для подолання проблем в сфері реформування охорони здоров'я у березні 2017 р. між МОЗ України та представники громадської ініціативи був підписаний Меморандум щодо співпраці у побудові в Україні прозорої та ефективної електронної системи охорони здоров'я [7].

Нами було розроблено та впроваджено інформаційно-аналітичну систему нагадування хворим артеріальною гіпертензією, яка довела свою медичну, соціальну і фінансову ефективність на регіональному рівні [37]. Проте, недостатньо вивченими залишаються аспекти вибору методу взаємодії диспансерних хворих з лікарем загальної практики – сімейної медицини, а саме система двостороннього спілкування та обміну інформацією, що дозволяє оптимізувати роботу лікаря, вести динамічне диспансерне спостереження за пацієнтом із залучення його до участі в моніторингу стану свого здоров'я і процесу лікування.

Таким чином, впровадження інформаційних технологій дозволить лікарю дистанційно відслідковувати пацієнта і втілювати в нього відповідальність за власне здоров'я. З іншого боку, лікарі можуть використовувати інформаційно-комунікаційні системи для тривалого дистанційного стеження за станом пацієнта та призначення дати візиту пацієнта до лікарняного закладу.

Для вирішення вищезазначених проблем ми вважаємо актуальною розробку автоматизованої

інформаційно-комунікаційної системи дистанційного моніторингу (ІКСДМ) на рівні закладу первинної медико-санітарної допомоги.

Нами розроблена ІКСДМ, що дасть змогу автоматизувати різні процеси в організації медичної допомоги населенню, в тому числі збір та реєстрація фізикальних даних (артеріальний тиск, ЧСС, рівень глюкози крові та ін.). Даний програмний модуль передбачає зворотний зв'язок пацієнта зі своїм лікарем, що дасть змогу досягти поліпшення самоконтролю і зміцнити відповідальність самого пацієнта за стан свого здоров'я, дотримуватись здорового способу життя та виконання призначень.

ІКСДМ може бути використана на рівні первинної ланки охорони здоров'я для інформаційного забезпечення амбулаторного ведення пацієнтів, які страждають хронічними захворюваннями, також пацієнтів, що входять до груп ризику та потребують активного спостереження. Дана система направлена на вирішення наступних задач:

- амбулаторне ведення пацієнтів з встановленим клінічним діагнозом, що входять до груп ризику, і інших пацієнтів, яким потрібне диспансерне спостереження;
- збір та реєстрація даних життєво важливих показників здоров'я людини, їх зберігання, консолідація і аналіз;
- прогнозування і виявлення ризиків погіршення здоров'я людини;
- організація оперативного реагування в екстрених ситуаціях;
- супровід процесу відновного лікування та динамічного спостереження;
- можливість дистанційного двостороннього спілкування пацієнта з лікарем;
- активізувати контроль пацієнтів за станом свого здоров'я з метою підвищення якості життя, забезпечення здорового способу життя, виявлення захворювань на ранніх стадіях;
- інформаційне забезпечення лікувально-профілактичних медичних заходів та дистанційний моніторинг показників здоров'я пацієнтів, які знаходяться у віддалених районах.

Впроваджена ІКСДМ для хворих на неінфекційні захворювання на рівні закладу первинної медико-санітарної допомоги показала свою ефективність в процесі профілактики та лікування.

На рисунку представлена схема алгоритму диспансерного спостереження та лікування пацієнта з використанням ІКСДМ.

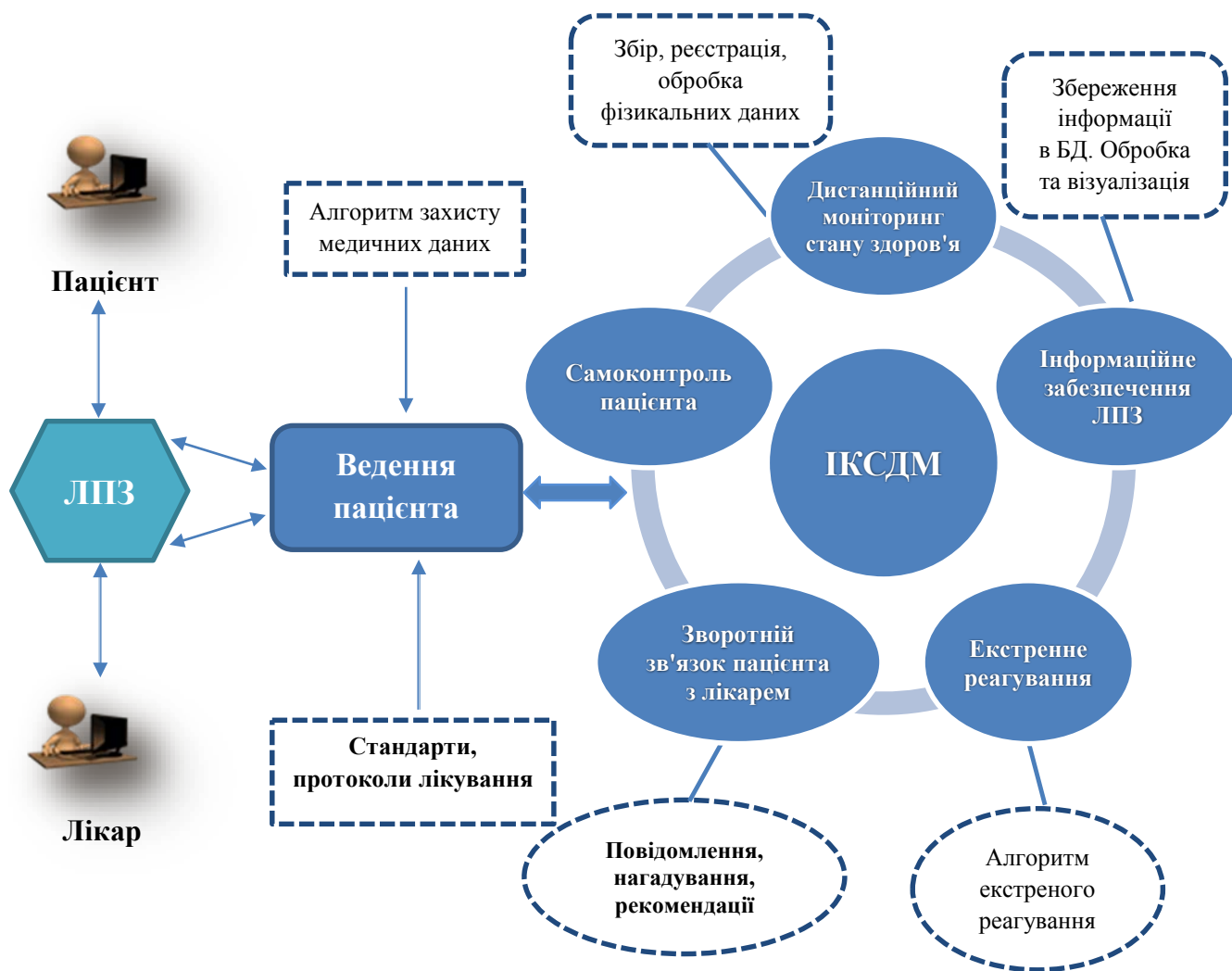


Рис. Алгоритм диспансерного спостереження та лікування пацієнта з використанням ІКСДМ

Висновки

1. Проведений нами аналіз засвідчив, що питання забезпечення якості медичної допомоги, що надається населенню, належить до пріоритетних у діяльності регіональних управлінь охорони здоров'я. В процесі державного управління якістю надання медичної допомоги населенню активно застосовується нормативно-правовий механізм державного управління. Але сьогодні важливим принципом удосконалення є впровадження змін там, де якість медичної допомоги та її результати не досягають очікуваного рівня.

2. Хронічні неінфекційні захворювання через високу поширеність, інвалідність та смертність завдають серйозної шкоди здоров'ю людей, знижують продуктивність праці і соціально-економічний розвиток. Тому постає все більш важливим питання профілактики та управління хронічних неінфекційних захворювань.

3. Інструменти електронного медичного обслуговування розглядаються як спосіб досягнення рівня сучасної медичної допомоги пацієнту. Дистанційний двосторонній обмін медичною інформацією між пацієнтами та лікарями забезпечує важливу можливість спілкування, збільшення відповідальності та участі пацієнтів в контролі власного здоров'я.

4. Перспективи подальших досліджень полягають у розробці моделі управління якістю медичної допомоги населенню України з використанням автоматизованої ІКСДМ на рівні первинної ланки охорони здоров'я для інформаційного забезпечення амбулаторного ведення пацієнтів, які страждають хронічними захворюваннями, також пацієнтів, що входять до груп ризику та потребують активного спостереження.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності використання ІКСДМ в процесі диспансерного спостереження та лікування пацієнтів.

Література

1. *Абдулаев В.Г.* Мобильные приложения для здоровья / В.Г. Абдулаев, Т.К. Аскеров, И.В. Чуба // Радиоэлектроника и информатика. – 2014. – Т. 1, № 64. – С. 89-92.
2. *Берсенева Е. А., Седов А. А.* Автоматизированный лексический контроль как средство повышения качества медицинских документов. // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 2. – С. 49–53.
3. *Гойда Н.Г., Горачук В.В.* Медико-соціологічна інформація як інструменти управління якістю медичної допомоги / Тези доповідей конференції з міжнародною участю «Медична та біологічна інформатика та кібернетика: віхи розвитку». – Київ, 2011. – С. 27.
4. *Здоровье–2020.* Основы политики и стратегии / Шестидесят вторая сессия, Европейский региональный комитет EUR/RC62/8, Мальта, 10-13 сентября. Док. EUR/RC62/Conf.Doc./8. – ЕРК ВОЗ, 2012. – 192 с.
5. *Здоровье 21 – здоровье для всех в 21-ом столетии* // Европейская серия «Здоровье для всех». – ВОЗ, Копенгаген, 1999. – 314 с.
6. *Мобільні технології для моніторингу показників стану здоров'я* / Н. В. Дорош, К. І. Ільканич, О. І. Дорош, І. Р. Бойко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2017. – № 3. – С. 47-50. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2017_3_11.
7. *МОЗ України та представники громадської ініціативи підписали меморандум щодо співпраці в розробці e-health.* URL: <http://moz.gov.ua/article/news/moz-ukraini-ta-predstavniki-gromadskoi-initsiativi-pidpisali-memorandum-schodo-spiivpraci-v-rozrobci-e-health>.
8. *Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я* / Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда, О. З. Дедик та ін., Методичні рекомендації. – Київ, 2013. – С. 24-25.
9. *Предварительный обзор институциональных моделей выполнения основных оперативных функций общественного здравоохранения в Европе.* – Копенгаген: ВОЗ, Европейское региональное бюро, 2012. – 45 с.
10. *Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року* : Наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454 / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html.
11. *Про порядок контролю якості медичної допомоги* : Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12>.
12. *Рынок мобильных приложений для бизнеса.* URL: <http://zdrav.expert/index.php/.15>.
13. *Reisa A., Pedrosab A., Douradoc M., Reisd C.* Information and Communication Technologies in Long-term and Palliative Care. *Procedia Technology*, 2013. Vol. 9, pp. 1303–1312.
14. *Beaglehole R. & Yach, D.* Globalisation and the prevention and control of non-communicable disease: the neglected chronic diseases of adults. *The Lancet*, 2003. 362(9387), 903-908.
15. *Causes of death 2008: data sources and methods.* Geneva, World Health Organization, 2011. Available from: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf.
16. *Cline R. J. & Haynes, K. M.* Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art. *Health education research*, 2001. 16(6), 671-692.
17. *Clinical pharmacogenetics and potential application in personalized medicine* / S. F. Zhou, Y. M. Di, E. Chan [et al.] // *Curr. Drug Metab.* – 2008. – Vol. 9, No. 8. – P. 738-784.
18. *Das J, Chowdhury A, Hussam R, Banerjee A.* The impact of training informal health care providers in India: a randomized controlled trial. *Science*. 2016; 354 (6308): aaf7384. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.aaf7384> PMID: 27846471.
19. *DeGoma E. M.* Personalized vascular medicine: individualizing drug therapy / E. M. DeGoma, G. Rivera, S. M. Lilly // *Vascular Med.* – 2011. – Vol. 16, No. 5. – P. 391-404.
20. *Demiris G., Afrin LB, Speedie S., Courtney K.L., Sondhi M., Vimarlund V., Lovis C., Goossen W., Lynch C.* Patient-centered applications: use of information technology to promote disease management and wellness: a white paper by the AMIA Knowledge in Motion Working Group. *J Am Med Inform Assoc.* 2008;15:8–13. doi: 10.1197/jamia.M2492.
21. *Ginsburg G. S.* Prospects for personalized cardiovascular medicine: the impact of genomics / G. S. Ginsburg, M. P. Donahue, L. K. Newby // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2005. – Vol. 46, No. 9. – P. 1615-1627.
22. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020.* World Health Organization. 2013; 2; 107.
23. *Global digital population as of January 2019 (in millions)* URL: <https://www.statista.com/statistics/617136/digital-population-worldwide/.29>.
24. *Global report on diabetes, 2016.* Geneva: World Health Organization; 2016, Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf.
25. *Global status report on noncommunicable diseases 2010.* Geneva: World Health Organization. 2013. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789244564226_rus.pdf.
26. *Heiby J.* The use of modern quality improvement approaches to strengthen African health systems: a 5-year agenda. *Int J Qual Health Care.* 2014 Apr;26(2):117–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzt093> PMID: 24481053.

27. *Implementing WSIS Outcomes: A Ten-Year Review / United Nations Conference on Trade and Development World Summit on the Information Society.* Geneva, 2015.
28. *Kidd, L.; Cayless, S.; Johnston, B. & Wengstrom, Y. Telehealth in palliative care in the UK: a review of the evidence.* Journal of Telemedicine and Telecare, 2010. 16(7), 394-402.
29. *Ling-Zhi Kong China's Medium-to-Long Term Plan for the Prevention and Treatment of Chronic Diseases (2017–2025) under the Healthy China Initiative.* Chronic Diseases and Translational Medicine. – 2017. – Vol. 3, Issue 3, 135-137, doi.org/10.1016/j.cdtm.2017.06.004.
30. *Littlejohns, P.; Wyatt, J. C. & Garvican, L. Evaluating computerised health information systems: hard lessons still to be learnt.* Bmj, 2003. 326(7394), 860-863.
31. *Maternal and Child Undernutrition Study Group. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival / Bhutta Z.A., Ahmed T., Black R.E., Cousens S., Dewey K., Giugliani E. [et al] // Lancet.* – 2008 Feb 2; 371(9610):417–40. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61693-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61693-6) PMID: 18206226.
32. *Nilsson, C.; Sker, L. & Stjnderberg, S. Swedish district nurses' experiences on the use of information and communication technology for supporting people with serious chronic illness living at home—a case study.* Scandinavian journal of caring sciences, 2010. 24(2), 259-265.
33. *Number of smartphones sold to end users worldwide from 2007 to 2018 (in million units).* URL: <https://www.statista.com/statistics/263437/global-smartphone-sales-toend-users-since-2007>.
34. *Redekop W. K. The faces of personalized medicine: a framework for understanding its meaning and scope / W. K. Redekop, D. Mladsi // Value Health.* – 2013. – Vol. 16, Suppl. 6. – P. 4-9.
35. *Reis C. I.; Freire C. S.; Fern6ndez J. & Monguet J. M. Patient Centered Design: Challenges and Lessons Learned from Working with Health Professionals and Schizophrenic Patients in e-Therapy Contexts' ENTERprise Information Systems.* Springer, 2011. pp. 1-10.
36. *Ruiz, J. G.; Mintzer, M. J. & Leipzig, R. M. The impact of e-learning in medical education.* Academic medicine, 2006. 81(3), 207-212.
37. *Smeyanov V, Tarasenko S, Smeyanova O. Development and application of the informational and communication technologies in quality standards of health care management for patients with arterial hypertension.* Georgian Medical News. 2014;7(232): 65–68.
38. *Strandberg, E. L.; Ovhd, I.; Borgquist, L. & Wilhelmsson, S. The perceived meaning of a holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: a qualitative study.* BMC Family Practice, 2007. 8(1), 8.
39. *The impact of electronic health records on workflow and financial measures in primary care practices / Fleming N., Becker E., Culler S. [et al.] // Health Services Research.* 2014 Feb; 49(1 Pt 2):405–420. American Medical Association. Department of Health and Human Services – Centers for Medicare and Medicaid Services. Chronic care management services. 2016.
40. *WHO global strategy on people-centred and integrated health services.* Geneva: World Health Organization; 2015. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf.

Дата надходження рукопису до редакції: 04.03.2019 р.

**Перспективи впровадження сучасних
інформаційно-комунікаційних систем
на рівні первинної медико-санітарної допомоги**

В.А. Сміянов, Н.А. Дрига

Медицинський інститут

Сумського державного університету

Цель – проаналізувати існуючі системи і розробити нові інформаційно-комунікаційні програмні засоби, що дозволяють оперативно визначати, аналізувати і контролювати психо-емоційне і фізичне стан здоров'я людини.

Матеріали і методи. В процесі дослідження використано системний підхід, мета-аналіз, проектування інформаційно-аналітичних схем технічних умов і систем, описателю моделювання. Розроблено концепцію модульної автоматизованої мультифункціональної інформаційно-комунікаційної системи з сервісної платформою, призначеною для моніторингу і контролю основних фізіологічних показувачів, що характеризують стан організму людини з обов'язковим залученням пацієнтів в процес профілактики і лікування.

Результати. Розглянуто складові якості медичної допомоги і визначено стратегії для її покращення, а також ключові питання залучення пацієнта в процес тривалого спостереження і контролю основних показувачів організму, що заслуговують більшого розгляду і вивчення з метою покращення доступності і якості медичної допомоги. Обґрунтовано актуальність впровадження інформаційно-комунікаційних технологій на рівні закладу первинної медико-санітарної допомоги для покращення якості медичних послуг.

Висновки. Питання забезпечення якості медичної допомоги, що надається населенню, належить до пріоритетних в діяльності регіональних управлінь охорони здоров'я. Інструменти електронного медичного обслуговування розглядаються як спосіб досягнення рівня сучасної медичної допомоги пацієнту. Дистанційний двосторонній обмін медичною інформацією між пацієнтами і лікарями забезпечує важливу можливість спілкування, збільшення відповідальності і участі пацієнтів в контролі власного здоров'я.

Ключові слова: якість медичної допомоги, автоматизована інформаційно-комунікаційна система, дистанційний моніторинг.

**Perspectives of implementing modern information
and communication systems at the primary
medical health care level**

V.A. Smiyanov, N.O. Dryha

Medical institute of the Sumy State university

The aim is to analyze the existing systems and develop new information and communication software tools that will enable to quickly identify, analyze and monitor human psycho-emotional and physical health conditions.

Materials and methods. The study applied the systematic approach, the meta-analysis, the information analytical systems` scheme design of the technical specifications and expositive modelling systems. A concept of module-based, automated, multifunctional information, and communication system with a service platform has been developed. The service platform is intended for monitoring and controlling basic physiologic metrics that determine human health conditions with an obligatory involvement of patients in the prevention and treatment process.

Results and discussions. The quality components of health care have been reviewed and strategies for improvement identified. Additionally, key issues of involving a patient in the process of long-term observation and control of basic body indicators have been analyzed. These issues deserve more consideration and study in order to improve the availability and quality of health care. The study substantiated the relevance of implementing information and communication technologies at the level of the primary health care institution for improving the medical services quality.

Conclusions. The issue of health care quality assurance provided to the population is one of the regional health departments priorities. Electronic health care tools are considered as a means for providing the modern health care level to a patient. A remote two-way medical information exchange between patients and doctors provides an important opportunity for communication, increased responsibility and participation of patients in their own health monitoring.

Key words: quality of health care, automated information and communication system, remote monitoring.

Відомості про авторів

Сміянов Владислав Анатолійович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри громадського здоров'я «Медичний інститут Сумського державного Університету»; вул. Праці, 3, м. Суми, 40004, Україна.

Дрига Наталія Олександрівна – аспірант кафедри громадського здоров'я «Медичний інститут Сумського державного Університету»; вул. Праці, 3, м. Суми, 40004, Україна.

УДК 61(09):617(477.87)

І.М. Рогач, Д.В. Данко, В.І. Ряшко

Микола Георгійович Вітенбергер – ювелір хірургічної справи. До 110-річчя від дня народження

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

Мета – вивчити професійну діяльність Миколи Георгійовича Вітенбергера, колишнього завідувача хірургічного відділення Мукачівської центральної районної лікарні, вчителя наступних поколінь лікарів-хірургів.

Матеріали: спогади сучасників, документи особової справи та родинного архіву.

Методи: історичний, системний та структурно-логічний аналіз.

Результати. У роботі висвітлено яскраві сторінки життя і діяльності видатного лікаря, одного із старійшин хірургії Закарпаття, організатора хірургічної служби Мукачева – Миколи Георгійовича Вітенбергера (1909–1997 рр.). Публікація приурочена 110-ій річниці від дня його народження.

Висновки. Микола Вітенбергер – це людина, яка створила хірургічну службу в Мукачеві, людина реформатор-шукач, особистість ризикована, але в той же час відповідальна, талановита та освічена, яка сміливо робила перші кроки в нових на той час галузях хірургії. Це дійсно видатна особистість минулого століття, яку будуть пам'ятати в Закарпатті ще не одне десятиліття.

Ключові слова: лікарі, біографії, хірургія Закарпаття, історія.

Вступ

Одним із старійшин хірургічної справи на Закарпатті є Микола Вітенбергер – лікар-експериментатор, лікар-новатор та майстер своєї справи. До 110-ї річниці від дня його народження варто розповісти сучасникам про його життя та лікарську діяльність.

Мета роботи – вивчити професійну діяльність Миколи Георгійовича Вітенбергера, колишнього завідувача хірургічного відділення Мукачівської центральної районної лікарні, вчителя наступних поколінь лікарів-хірургів.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети використано методи історичного, синтетичного та структурно-логічного аналізу. Матеріалами були спогади сучасників, документи особової справи та родинного архіву.

Результати дослідження та їх обговорення

Микола Георгійович Вітенбергер народився 11 жовтня 1909 року в місті Свалява, Закарпаття (на той час Підкарпатська Русь) в родині службовця. Був п'ятою дитиною, мав ще двох братів і двох сестер. Батько був начальником відділення зв'язку, помер у 1937 році; мати – домогосподаркою, померла у 1930-му.

З 1915 р. Микола Георгійович навчався у місцевій угорськомовній початковій школі, яку закінчив у 1919-му. У цьому ж році вступив до Мукачівської реальної гімназії, в якій навчався до 1927 року. Одержавши атестат зрілості,

продовжив навчання на медичному факультеті Празького Карлового університету. Під час навчання допитливий юнак працював у терапевтичній та хірургічній університетських клініках, а під час літніх канікул – в лікарнях Трнави, Мукачева, Римавської Собботи, переважно хірургом [1].

У своєму останньому інтерв'ю Микола Георгійович пригадував, що за час навчання в університеті мав кілька Perezdach, і, як не дивно, саме з хірургії. Даний предмет викладав професор Ірасек, який вимагав блискучих знань і вмінь, миттєво і безпомилково встановлювати діагноз. Студент М.Г. Вітенбергер після кількох невдалих спроб здати іспит був змушений просити дозволу на Perezdachu у самого міністра. Вже через багато років після цього, відповідаючи на запитання «як ви стали хірургом», талановитий лікар відповідав: «...частково випадково, а частково – зі злості на хірургію» [5, 7].

14 грудня 1934 року Микола Георгійович одержав диплом з «...присвоєнням наукового ступеня і звання «Доктора загальної медицини» з правом займатися медичним мистецтвом» [1].

Повернувшись на Закарпаття, з 13.06.1935 по 31.12.1938 року працював ординатором хірургічного та акушер-гінекологічного відділень Мукачівської лікарні. З 1.01.1939 по 1.09.1944 року працював лікарем і завідувачем медичного пункту табачної фабрики в Мукачеві. У зв'язку з туберкульозом легень був звільнений від військової повинності в угорському війську. Однак восени 1944 року був призваний у робітничий батальйон, в якому прослужив чотири місяці у якості лікаря. Після цього до визволення Закарпаття Червоною Армією, за автобіографією, працював дільничним лікарем у Волівці [1].



На фото М.Г. Вітенбергер

З приходом на Закарпаття радянської влади наказом Ч:ХІ.120.250/1945 від 15 лютого 1945 р. Уповноваженим у справах охорони народного здоров'я Народної Ради Закарпатської України Микола Георгійович був призначений дільничним лікарем міста Мукачева та дільниці, яка до нього відносилась, а з липня 1945 р. відділом охорони здоров'я Закарпатської України у зв'язку з урядовою потребою призначається завідувачем хірургічного кабінету в Мукачівську поліклініку на один робочий день тижня і лікарем-хірургом в Мукачівську лікарню (0,5 ставки), де потім працював до кінця життя. За перші роки роботи в Мукачеві Микола Георгійович деякий час очолював акушер-гінекологічне відділення, виконував обов'язки завідувача першого хірургічного відділення, був ургентним хірургом. У цей час доводилось виконувати багато різної складності операції. Багато чого Микола Георгійович навчився саме від головного хірурга лікарні – Олександра Васильовича Фединця, крім того постійно вивчав нові методики оперативних втручань, аналізував нові дані у тих чи інших галузях хірургії, він постійно читав книги, до того ж європейських авторів. Інакше кажучи, він постійно збагачував багаж своїх знань, днював і ночував в операційних [1, 4, 6].

У 1948 році Президією Верховної Ради СРСР за досягнуті успіхи Микола Георгійович був нагороджений медаллю «За доблесну працю». Перебуваючи у постійному пошуці, він пройшов курси спеціалізації з легеневої хірургії в Українському НДІ туберкульозу (1948), грудної хірургії в Москві (1956), цикл торакальної

хірургії у Київському інституті удосконалення лікарів (1960).

З 1950 року Микола Георгійович – завідувач хірургічного відділення ортопедо-травматологічного напрямку. На базі міської лікарні ним було відкрито відділення хірургії легень, де він працював на громадських засадах. Згідно статистики з його власного архіву, хірург Вітенбергер М.Г. виконав півтора тисячі без двох подібних операцій, після яких померло тільки трое.

У 1952 році О.В. Фединець переїхав до Ужгорода, викладати в Ужгородській державній університет. Головним хірургом в Мукачеві став М.Г. Вітенбергер. Застосовуючи найсучасніші досягнення медицини – методи діагностики та лікування – він постійно оперував. Він брався за складні випадки, ризикував, створював нові способи вирішення тієї чи іншої хірургічної проблеми. Завдяки М. Вітенбергеру на Закарпатті почали виконувати перші операції на серці. Все почалось після того, як Микола Георгійович повернувся зі стажування в Києві і, збагатившись новими знаннями, почав втілювати здобутий ним досвід. За роки хірургічної практики Микола Георгійович оволодів усіма видами оперативної допомоги, в т. ч. операції по способу Вертгайма, резекції шлунка, кавернотомії, торакопластики... Однак більшість його часу забирала все таки хірургія черевної порожнини. Тут він був справжнім майстром: видаляв шлунок і формував новий з кишечника, формував новий сечовий міхур, після резекції останнього, прооперував не одного пацієнта з діагнозом рак. Він почав практикувати субдуральну анестезію, яку виконували одиниці на той час. Для нього поняття «неоперабельний випадок» не існувало. Як він сам говорив: «...розріжемо – побачимо» [4, 6, 7].

Микола Георгійович став одним із ведучих хірургів Мукачівської лікарні. Більше того, він працював над удосконаленням операційного інструментарію: винайшов апарат для зшивання кульги бронха і апарат для накладання анастомозу при резекції шлунку та кишечника. М.Г. Вітенбергером було створено макети, а сконструював власне ці апарати майстер Ярош. 1955 року Микола Георгійович був нагороджений значком «Відмінник охорони здоров'я». 1957 року – обраний депутатом до міської ради депутатів трудящих Мукачева. 1959 року за бездоганну роботу і у зв'язку з 50-літтям закарпатським облздороввідділом йому була оголошена подяка із занесенням до особової справи (Наказ № 216) [1].

Микола Георгійович був справжнім хірургом-практиком, щоденно рятуючи життя, він став легендою хірургії Мукачева – як і Олександр Фединець. Працював щодня. У свята і вихідні... Його часто викликали на консультації по області, на ургентні операції, чергування...

Єдиною справою, якою він не займався, була наука. Микола Вітенбергер вважав, що це просто марнування свого часу на папірці і дороги [5, 7]. Свій вільний час він витрачав на спорт (теніс, катання на лижах), подорожі чи просто отримував задоволення від гри на фортепіано. Був одружений з Катериною Кубіні, жили вони в будиночку навпроти міської поліклініки. Мав чотирьох дітей, всі дівчата, але тільки одна з них – Єва – пішла по стопах

батька – закінчила Ужгородський державний університет і стала лікарем. Всі інші доньки займались музикою. З онуків ніхто не продовжив медичну династію хірурга.

Але, не дивлячись на це, Микола Георгійович охоче ділився своїми знаннями і навчав своїх наступників усього чого вмів сам. Серед його учнів можна виділити Повча Андрія Івановича, Бігарі Омеляна Васильовича, Бабілю Василя Васильовича. Їх професіоналізм він постійно визнавав і поважав. Варто також згадати Одашевську Сюзанну Максимівну та Мозера Івана Івановича (онкологи), Химинця Юрія Юрійовича (травматолога), Кушніра Михайла Петровича і Росула Михайла Петровича (урологів). Що там говорити, його школа – вся мукачівська хірургія. Всі його учні згадують Миколу Георгійовича як талановитого лікаря, організатора хірургічної служби Мукачева, людину великої душі і серця. Такої ж думки про нього і його пацієнти, а їх було багато. В Мукачеві говорять: «Він знав пів-Мукачева, його – все Мукачево!».

Скільки людей йому вдячні за врятовані життя і повернене здоров'я? Таких тисячі.

Помер Микола Георгійович Віттенбергер 31 серпня 1997 року, самотньо проживаючи у старенькому будиночку навпроти мукачівської поліклініки. Сьогодні, як данина пам'яті, вулиця, на якій він проживав, названа на його честь [2].

Висновки

Микола Георгійович Віттенбергер був хірургом від Бога. По-перше – це людина, яка створила хірургічну службу в Мукачеві, по-друге – сміливо робила перші кроки в нових на той час галузях хірургії і по-третє – це людина реформатор-шукач, особистість ризикована, але в той же час відповідальна, талановита та освічена. Це дійсно видатна особистість минулого століття, яку будуть пам'ятати в Закарпатті ще не одне десятиліття.

Література

1. *Архів* департаменту охорони здоров'я Закарпатської облдержадміністрації, особова справа.
2. *Віттенбергер* Микола / Пагирия В. // Вулиці Мукачева в іменах: довідник вулиць міста Мукачева в іменах і назвах / В. Пагирия, Ф. Шандор. – Мукачево : Карпатська вежа, 2014. – С. 26.
3. *Віттенбергер* Микола, хірург (1909–1997) // Дочинець М. Енциклопедія Мукачева в іменах / М. Дочинець, В. Пагирия. – Мукачево : Карпатська вежа, 2006. – С. 240. – (Бібліотека мукачівця).
4. *Дочинець М.* Майстер плоті. Він міг стати професором в Ужгороді, світилом медицини в Києві чи Будапешті, але не мав на це часу, бо робив безупинно операції в Мукачеві. У ці дні Миколі Віттенбергу виповнилося б 100 років / М. Дочинець // Фест. – 2009. – 12–18 листопада. – С. 13.
5. *Дочинець М.* Останнє інтерв'ю з конструктором плоті: [до 90-річчя від дня народження] / М. Дочинець // Новини Закарпаття. – 1999. – 19 жовтня. – С. 7.
6. *Дочинець М.* Провінційний доктор Віттенбергер / М. Дочинець // Мукачево і мукачівці: науково-популярні нариси і статті / В. Пагирия, М. Дочинець. – Ужгород : Гражда, 1994. – С. 123–127.
7. *Дочинець М.* Провінційний доктор Віттенбергер / М. Дочинець // Новини Закарпаття. – 1992. – 21 липня. – С. 7.
8. *Соломонова А.* Врач-новатор : [о хирурге Мукачевской горбольницы Н.Г. Виттенбергере] / А. Соломонова, Т. Смелая // Советское Закарпатье. – 1956. – 21 октября.
9. *Сухан Ю.* Сердце, бейся! : [о работе хирурга Н.Г. Виттенбергера] / Ю. Сухан // Закарпатская правда. – 1960. – 19 апреля.

Дата надходження рукопису до редакції: 01.03.2019 р.

**Николай Георгиевич Витенбергер –
ювелир хирургического дела.
К 110-летию со дня рождения**

И.М. Рогач, Д.В. Данко, В.И. Ряшко
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
медицинский факультет, кафедра социальной медицины
и гигиены, г. Ужгород, Украина

Цель – изучить профессиональную деятельность Николая Витенбергера, бывшего заведующего хирургического отделения Мукачевской центральной районной больницы, учителя следующих поколений врачей-хирургов.

Материалы: воспоминания современников, документы личного дела и семейного архива.

Методы: исторический, синтетический и структурно-логический анализ.

Результаты. В работе освещены яркие страницы жизни и деятельности выдающегося врача, одного из старейшин хирургии Закарпатья, организатора хирургической службы в Мукачево – Николая Георгиевича Витенбергера (1909–1997). Публикация приурочена сто десятой годовщины со дня его рождения.

Выводы. Николай Витенбергер – это человек, который создал хирургическую службу в Мукачево, человек реформатор-искатель, личность рискованная, но в то же время ответственная, талантливая и образованная, которая смело делала первые шаги в новых для того времени областях хирургии. Это действительно выдающаяся личность прошлого века, которую будут помнить в Закарпатье еще не одно десятилетие.

Ключевые слова: врачи, биографии, хирургия Закарпатья, история.

**Mikola Georgiyovich Vityenberger –
jeweler of surgery business.
Dedicated to 110 anniversary of birth**

I.M. Rogach, D.V. Danko, V.I. Riashko
Uzhhorod National University,
Faculty of Medicine, Department of Social Medicine
and Hygiene, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to study the professional activities of Nikolai Vitenberger, a former head of the surgical department of the Mukachevo Central District Hospital, teacher of the next generation of surgeons.

Materials: memories of contemporaries, documents of personal affairs and family archive.

Methods: historical, synthetic and structural-logical analysis.

Results. The article highlights bright pages of life and activity of the outstanding physician, one of the elders of the Transcarpathian surgery, the organizer of the surgical service in Mukachevo – Nikolai Georgievich Vitenberger (1909–1997). The publication is dated one hundred and tenth anniversary from the date of his birth.

Conclusions. Nikolai Vitenberger is a man who created a surgical service in Mukachevo, a person who was a reformer-seeker, a risky person, but at the same time responsible, talented and educated, who boldly took the first steps in the new areas of surgery for that time. It is a truly outstanding personality of the last century, which will be remembered in Transcarpathia for another decade.

Key words: doctors, biographies, surgery of Transcarpathia, history.

Відомості про авторів

Рогач Іван Михайлович – завідувач кафедри соціальної медицини та гігієни ДВНЗ «Ужгородський національний університет», доктор мед. наук, професор; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Данко Дана Валеріївна – доцент кафедри соціальної медицини та гігієни ДВНЗ «Ужгородський національний університет», к.пед.н, доц.; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Ряшко Валерія Іванівна – студентка VI курсу медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Примітка. У статтях збережено орфографію, пунктуацію та стилістику авторів.

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.1993 р. №326 «Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики», рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.1998 р. №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 десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (тепер – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України») (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного зіставлення.

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, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи).

Довідки та замовлення за телефонами: (44) 576-41-19, 576-41-48.

**В.о. директора ДУ «Український інститут
стратегічних досліджень МОЗ України»**

П. С. Мельник

ДО ВІДОМА АВТОРІВ

Редакція журналу «Україна. Здоров'я нації» запрошує Вас до активної співпраці!

Тематична спрямованість журналу: здоров'я населення та його перспективи; проблеми демографічного розвитку; організація медичної допомоги; боротьба із соціально небезпечними хворобами; правове забезпечення охорони здоров'я; права та захист пацієнта і лікаря; управління охороною здоров'я; розвиток національної системи охорони здоров'я; сільська медицина; розвиток приватного сектору; розвиток стандартизації медичної допомоги; економіка охорони здоров'я; соціальні проблеми охорони здоров'я; доказова медицина; медичні кадри; проблеми медичної освіти; формування здорового способу життя; проблеми екології та охорони здоров'я; міжнародний досвід розвитку охорони здоров'я; історія медицини; фармація: на шляху до міжнародних стандартів; наукова дискусія; ювілей науково-дослідної установи; офіційна інформація; корпоративна інформація.

До редакції (за адресою: **м. Київ, 02099, пров. Волго-Донський, 3, отримувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»**) 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.

Правила подання матеріалу для опублікування

• **Структура матеріалу:** вступ (стан проблеми за даними літератури); мета, основні завдання та методи дослідження; основна частина (висвітлення статистично опрацьованих результатів дослідження); висновки; перспективи подальшого розвитку в даному напрямку; список літератури, резюме.

• Стаття має супроводжуватись **офіційним направленням** (супровідним листом), **гарантійним листом про оплату публікації**, **експертним висновком** (внутрішньою рецензією установи, в якій була виконана дана робота) та **рецензією** з візою керівництва (наукового керівника) і завіреною круглою печаткою установи. Експертний висновок, внутрішня рецензія та заява надаються у друкованому вигляді з підписами авторів. Додатково – на електронну адресу як відскановані документи. Рукописи, що не відповідають цій вимозі, повертаються авторам.

• На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, а також **авторська довідка: прізвище, ім'я та по батькові (повністю)**, науковий ступінь, вчене звання, посада, установа, поштова та електронна адреси, номери телефонів. **Звертаємо вашу увагу, що зазначена інформація буде надрукована наприкінці статті.**

• Авторський текстовий оригінал має складатися з двох примірників українською або російською мовою:

- тексту (обсяг статей, у тому числі рисунків, таблиць, списку літератури, резюме, має становити до 8–10 с., оглядів літератури, лекцій – до 15 с., рецензій – до 4 с., повідомлень, листів до редакції – до 3 с.);
- списку літератури (якщо в статті є посилання, – до 15–18 літературних джерел, в оглядах – до 50),
- таблиць;
- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;
- резюме (українською, російською та англійською мовами).

• Текст статті має набиратися на комп'ютері в програмі Word, зберігатися у форматі.rtf і подаватися в роздрукованому та електронному варіантах (на диску або електронною поштою – e-mail: **s.nauka@ukr.net**). Шрифт – 12 пунктів, міжрядковий інтервал – 1,5, розміри берегів (полів): ліве, верхнє, нижнє – 25 мм, праве – 15 мм. Сторінки мають нумеруватися у правому нижньому кутку. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають будуватися в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаватися на диску. **Обсяг однієї сторінки – не більше 40 рядків.**

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

- Бібліографія має включати наукові роботи переважно за останні 7 років, оформлятися згідно з ДСТУ, подаватися відразу за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, опубліковані російською чи українською мовою, далі – іноземних авторів, опубліковані іноземною мовою.

- Посилання в тексті мають позначатися цифрами у квадратних дужках і відповідати нумерації у списку літератури. Скорочення слів та їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582–97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила».

- Кількість ілюстрацій (рисунки, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщуються у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводиться його назва, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули виконуються в редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводяться відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (Х, ХІ). Назви фірм і апаратів зазначаються в оригінальній транскрипції.

- Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і не змінюється протягом усього тексту.

- У резюме вказуються: назва статті, прізвища та ініціали авторів, установа, мета, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; при цьому обсяг кожного резюме має становити 175 слів (у т.ч. назва, автори, установа); у резюме не подаються аббревіатури, зноски та посилання. Резюме подається українською, російською та англійською мовами. ***Звертаємо вашу увагу на якість перекладу резюме англійською мовою.***

- 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.

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

Журнал видається за рахунок авторів статей. Журнал не є комерційним, тому кошти витрачаються виключно на його видання. **Інформаційний спонсор журналу – Закарпатський обласний благодійний фонд «Закарпаття проти СНІДу». Кошти необхідно перераховувати на його рахунок ПР – 26006011339902; МФО 300346; ІНН – 26395674; ПАТ «Альфа-Банк» у м. Києві.** Вартість однієї повної (чи неповної) сторінки рукопису (відповідно до зазначених вище вимог) уточнюється.

Редакційна рада