

ISSN 2415–8763

**Економіка і право  
охорони здоров'я**

**№ 2 (10), 2019**

## Економіка і право охорони здоров'я

№ 2 (10), 2019

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

ПЕРІОДИЧНІСТЬ ВИХОДУ – 2 рази на рік

ЗАСНОВАНИЙ – грудень 2014 року

### 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** – 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.

**ГОЛОВА СЕКРЕТАРІАТУ** – Дудник С.В.

**СЕКРЕТАРІАТ** – Касинець С.С. (Полтава), Бутенко І.В. (Київ), Качала Л.О. (Ужгород)

### РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ (голова редакційної колегії – д.мед.н., проф. Ковальова О.М.)

Голованова І.А., Істомін С.В., Карамзіна Л.А., Лазур Я.В., Мельник П.С., Мікловда В.П.,  
Нагорна А.М., Приходько В.О., Рогач І.М., Рогач О.Я., Ситенко О.Р., Слабкий Г.О.,  
Фера О.В., Чепелевська Л.А., Черемухіна О.М., Чопей І.В., Шатило В.Й.

### РЕДАКЦІЙНА РАДА (голова редакційної ради – д.мед.н., проф. Лехан В.М. (Дніпропетровськ))

Васильєв К.К. (Одеса), Вороненко Ю.В. (Київ), Голубчиков М.В. (Київ), Грузєва Т.С. (Київ),  
Децик О.З. (Івано-Франківськ), Камінська Т.М. (Харків), Клименко В.І. (Запоріжжя),  
Кобер Л. (Словаччина), Коваленко О.С. (Київ), Кочет О.М. (Київ), Краков'як Я. (Польща),  
Кудренко М.В. (Київ), Лашкул З.В. (Запоріжжя), Лобас В.М. (Красний Лиман), Любінець О.В. (Львів),  
Медведовська Н.В. (Київ), Миرونюк І.С. (Ужгород), Моїсеєнко Р.О. (Київ), Овоц А. (Польща),  
Огнєв В.А. (Харків), Тодоров І.Я. (Ужгород), Толстанов О.К. (Київ), Шафранський В.В. (Київ)

Журнал включено до Переліку наукових фахових видань

України, в яких можуть публікуватися результати  
дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів  
доктора і кандидата наук, затвердженого наказом  
Міністерства освіти і науки України від 07.10.2016 № 1222

Рекомендовано до друку Вченою радою  
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень  
МОЗ України» (протокол № 9 від 29.10.2019 р.)

#### АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

провулок Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна  
телефон: +380 44 576-41-19; 576-41-09  
факс: +380 44 576-41-20; 576-41-09  
e-mail: s.nauka@ukr.net

Свідоцтво про державну реєстрацію  
КВ № 21125-10925Р від 24.12.2014 р.

Підписано до друку 30 жовтня 2019 р.  
Загальний наклад 100 прим. Зам. № 10//06/01

#### ВИДАВЕЦЬ:

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

#### ВИДАВНИК:

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

Надруковано у МВЦ «Медінформ»  
вулиця Котельникова, 95, м. Київ, 03179, Україна  
тел./факс +380 44 501-35-69

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи  
до Державного реєстру видавців, виготівників  
і розповсюджувачів видавничої продукції  
ДК № 1194 від 15.01.2003 р.

Усі статті рецензовано. 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.

## ЗМІСТ / CONTENT

<i>Августиневич Я.І.</i> <b>Амбулаторно-поліклінічна допомога з точки зору медичних працівників в аспекті сучасних змін</b> <i>Avgustovych Ya.I.</i> <b>Outpatient care from the point of view of medical professionals in the aspect of modern changes</b>	5
<i>Брич В.В., Гудюк Н.А., Гуцол І.Я.</i> <b>Характеристика захворюваності та поширеності хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини в Закарпатській області</b> <i>Brych V.V., Hudiuk N.A., Hutsol I.Y.</i> <b>Characteristics of the incidence and prevalence of diseases of musculoskeletal system and connective tissue in Transcarpathian region</b>	10
<i>Дзюба О.М., Брацюнь О.П.</i> <b>Стан обізнаності сімейних лікарів щодо питань законодавчого регулювання медичного забезпечення паліативних пацієнтів</b> <i>Dziuba O.M., Bratsyun O.P.</i> <b>Condition of family doctor awareness on legislative regulation of medical care of paliative patients</b>	15
<i>Кошля В.І., Піскун А.В.</i> <b>Структурно-функціональні зміни коронарних судин у хворих на ішемічну хворобу серця у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу</b> <i>Koshlya V.I., Piskun A.V.</i> <b>Structural and functional changes of coronary vessels in patients with ischemic heart disease in conjunction with diabetes mellitus type 2</b>	19
<i>Михальчук В.М., Бондарь С.О.</i> <b>Тенденції змін у формуванні безпечної поведінки за результатами впровадження удосконаленої моделі профілактики шкільного травматизму</b> <i>Mikhalchuk V.N., Bondar S.A.</i> <b>The tendencies of changes in safe behaviour formation as a result of implementation of the improved preventive model of school traumatism</b>	25
<i>Мочалов Ю.О.</i> <b>Порівняльне клінічне дослідження застосування вітчизняного мікрогібридного стоматологічного фотокомпозиту і його імпортованих аналогів для лікування зубів з дефектами твердих тканин</b> <i>Mochalov I.O.</i> <b>Comparative clinical study of domestic microhybrid dental photocomposite and its imported analogues using for treatment of teeth with hard tissues defects</b>	32
<i>Рогач І.М., Смірнов М.М., Жорник В.В.</i> <b>Порівняльний аналіз європейських систем однорідних груп пацієнтів</b> <i>Rogach I.M., Smirnov M.M., Zhornyk V.V.</i> <b>Comparative analysis of European systems of homogeneous patient groups</b>	39
<i>Рубцова Є.І., Оберемко С.В., Ламбрух Л.М., Тимчик В.В.</i> <b>Особливості захворюваності на дифтерію та розвитку епідемічного процесу дифтерійної інфекції в Закарпатській області</b> <i>Rubtsova Y., Oberemko S., Lambruch L., Timchik V.</i> <b>Peculiarities of diphtheria morbidity and epidemic process of diphtheria infection in Transcarpathian region</b>	46
<i>Самойленко А.В., Возна І.В.</i> <b>Поширеність стоматологічних захворювань, які потребують ортопедичного лікування у працівників заводу «Дніпроспецсталь»</b> <i>Samoilenko A.V., Vozna I.V.</i> <b>Prevalence of dental diseases requiring orthopedic treatment in Dniprospeetsstal employees</b>	53
<i>Слабкий Г.О., Рогач І.М., Керецман А.О., Погоріляк Р.Ю.</i> <b>Динаміка кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області</b> <i>Slabkiy G.O., Rogach I.M., Keretsman A.O., Pohoriliak R.Yu.</i> <b>Dynamics of personnel provision of primary medical assistance in the Transcarpathian region</b>	57

---

<i>Чепелевська Л.А., Рудницький О.П., Скрип В.В.</i> <b>Порівняльна характеристика смертності чоловіків в Україні та країнах Європейського союзу</b> <i>Chepelevska L.A., Rudnitsky O.P., Skryp V.V.</i> <b>Comparative characteristics of male mortality in Ukraine and the European Union</b>	64
<i>Гирявець М.В.</i> <b>Якість життя у пацієнтів з руховими та когнітивними порушеннями після півкульного ішемічного інсульту</b> <i>Huryavets M.V.</i> <b>Quality of life in patients with motor and cognitive impairment after hemispheric ischemic stroke</b>	69
<i>Доцюк Л.Г., Кушнір І.Г.</i> <b>Прояви ціннісних орієнтацій у студентів I та II курсу спеціальності «фізична терапія, ерготерапія»</b> <i>Dotsyuk L.G., Kushnir I.G.</i> <b>Manifestations of value orientations in the 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> year of specialty "Physical therapy, ergotherapy"</b>	73
<i>Печиборщ В.П., Якимець В.М., Чернявський В.В., Вороненко В.В.</i> <b>Дефібрилятори – складова успіху серцево-легеневої реанімації</b> <i>Pechiborshch V.P., Yakymets V.M., Chernyavskiy V.V., Voronenko V.V.</i> <b>Defibrillators are a component of the success of cardiopulmonary resuscitation</b>	77
<i>Сабадос М.В., Дуткевич-Іванська Ю.В., Русин Л.П.</i> <b>Вплив аквааеробіки на стан дихальної системи у дітей молодшого шкільного віку, хворих на хронічний бронхіт в стадії ремісії</b> <i>Sabadosh M.V., Dutkevych-Ivanska Y.V., Rusyn L.P.</i> <b>The effect of aqua aerobics on the respiratory system of primary school age children with bronchitis in remission</b>	82
<i>Гавловський О.Д., Голованова І.А., Товстяк М.М.</i> <b>Динаміка контингентів ветеранів війни в Україні</b> <i>Gavlovsky O.D., Golovanova I.A., Tovstyak M.M.</i> <b>Dynamics of contingents of war veterans in Ukraine</b>	86
<i>Рогач І.М., Данко Д.В.</i> <b>Характеристика показників захворюваності та поширеності хвороб серед населення Закарпатської області</b> <i>Rohach I.M., Danko D.V.</i> <b>Characteristics of morbidity and prevalence of diseases among the population of Transcarpathian region</b>	91
<i>Кошеля І.І.</i> <b>Характеристика епідеміології гіпертонічної хвороби серед населення Закарпатської області</b> <i>Koshelya I.I.</i> <b>Characteristics of the epidemiology of hypertensive disease among population of Transcarpathian region</b>	94
<i>Прокопів М.М., Слабкий Г.О.</i> <b>Рівень готовності сімейних лікарів до проведення цільової диспансеризації населення з цереброваскулярними хворобами</b> <i>Prokopiv M.M., Slabkiy G.O.</i> <b>The level of family doctors readiness for target screening of population as for cerebrovascular diseases</b>	98
<i>Сміянов В.А., Горох В.В.</i> <b>До питання надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів на первинному рівні надання медичної допомоги</b> <i>Smilianov V.A., Horoh V.V.</i> <b>To the issue of providing medical care to patients with diseases of blood and hemopoietic organs at the primary level of medical care</b>	101
<b>Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю присвяченої 20-й річниці з дня заснування факультету здоров'я та фізичного виховання УжНУ «Сучасні підходи до формування професійних компетентностей фахівців фізичної терапії та ерготерапії» (17–18 жовтня 2019 р., м. Ужгород)</b>	105

---

## Амбулаторно-поліклінічна допомога з точки зору медичних працівників в аспекті сучасних змін

КНП ВРР Васильківський РЦПМСД, м. Васильків, Київська область

При оцінці діяльності системи охорони здоров'я, зокрема, первинної медико-соціальної допомоги (ПМСД) одним із критеріїв є визначення ступеня її реагування на суспільні та галузеві зміни. Зазначене мотивувало мету дослідження: виявити резерви удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги в умовах децентралізації та впровадження реформи.

В роботі представлені результати соціологічного опитування 327 медичних працівників: 157 – лікарів, із яких 100 – сімейних, а також 170 – медичних сестер. Переважна більшість респондентів пов'язує покращення якості медичної допомоги із реалізацією реформ та створенням об'єднаних територіальних громад (69,0±4,9%, 73,6±5,8%, 72,3 сімейних «вузьких» фахівців та медичних сестер), решта – не визначилась чи має негативну думку. Серед шляхів зміни ситуації на краще вважають необхідним підвищення рівня знань з питань профілактики, диспансеризації з уточненням контингенту, доопрацювання конкордатності дій із фахівцями інших спеціальностей, а також маршрутизації пацієнтів. Виникає необхідність підготовки роботи в нових умовах впровадження інформаційно-комунікаційних технологій. Має значення врахування регіональних особливостей поширеності захворюваності при складанні переліку безкоштовних чи частково оплачувальних ліків. Сучасний підхід децентралізації та реформування вимагає тісної співпраці із місцевими органами управління для врахування доступності медичної допомоги та реалізації основних принципів збереження здоров'я населення.

**Ключові слова:** амбулаторно-поліклінічна допомога, реформа, децентралізація, об'єднані територіальні громади, лікарі, медичні сестри.

### ВСТУП

Сучасний стан здоров'я населення України характеризується негативною тенденцією на тлі трансформації повікової структури в бік постаріння. Ситуація, що склалася, створює реальну загрозу формуванню належних трудових ресурсів в найближчій та віддаленій перспективі і пред'являє високі вимоги до системи охорони здоров'я, як інструменту підтримки здоров'я [1, 2]. У зв'язку із розумінням необхідності перетворень, спрямованих на збереження чисельності населення і його якісних характеристик, вона динамічно розвивається. Метою її модернізації є поліпшення якості та забезпечення доступності медичної допомоги і, в першу чергу, її амбулаторно-поліклінічної складової [3]. Адже до її прямих функціональних обов'язків входить профілактика, раннє виявлення захворювань та своєчасне адекватне лікування. Провідне місце в їх реалізації належить лікарям загальної практики/сімейним лікарям, значення яких набуває особливого статусу з огляду покладених на них обов'язків, як лікарів первинного контакту із пацієнтами [4]. Зазначене обумовлено й зміною конфігурації структури медичної допомоги, за умов реформування якої акцент переноситься на первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД) із актуалізацією ролі сімейних лікарів. При цьому передбачається їх тісна співпраці із «вузькими» спеціалістами, механізми такого взаємозв'язку на тепер також вимагають свого удосконалення [5]. Впровадження нових принципів надання ПМСД співпало із децентралізацією, яка тягне за собою й територіальні зміни, що проявляються, в тому числі, створенням об'єднаних територіальних громад (ОТГ) і не обминають

своїм впливом організаційні форми амбулаторно-поліклінічної допомоги [6, 7]. Одним із важливих напрямів при здійсненні вказаних процесів у сфері охорони здоров'я є аналіз тенденцій думки медичної спільноти стосовно мети, задач та ходу виконання відповідних заходів. Оскільки ефективність їх життєдіяльності залежить від того, яку точку зору мають власне самі учасники процесу, актуальним викристалізуються її вивчення.

Вищевикладене обумовило **мету** даного дослідження, суть якої полягала в оцінці сучасних змін в первинній медичній допомозі в умовах її реформування та децентралізації із систематизацією заходів щодо їх покращення.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Робота виконана на базі Коштовних некомерційних підприємств: Васильківської районної ради «Васильківський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» та Фастівської районної ради «Фастівський районний центр первинної медико-санітарної допомоги». Всього соціологічному опитуванню підлягало 327 медичних працівників: 157 лікарів та 170 – медичних сестер. Із 157 лікарів – 100 були сімейними, решта – різні за фахом. Працюючих в міській місцевості було 57,0±4,9% та 61,4±6,4% відповідно. При повсюдній більшості жінок серед «вузьких» спеціалістів відсоток чоловіків становив 42,1±6,5% проти 33,0±4,4% серед сімейних. В сільській місцевості повіковий контингент лікарів старіший: після 50 років – 30,2±7,0% та 41,0±10,4% серед сімейних та інших за фахом спеціалістів відповідно проти 24,6±5,6% та 20,0±6,7% серед лікарів міста та міських поселень. Більше

в 1,7 рази було й сімейних із стажем до 10 років (30,2±7,0% проти 17,5±5,0% в міській), тоді як понад 20 років – «вузьких фахівців (45,4±10,6% проти 37,1±8,1% в міській).

Із 170 опитаних медичних сестер практично однакова кількість працювала в міській та сільській місцевості (52,9% та 47,1% відповідно), у 2,4 рази більше було жінок (70,6±3,5%), а також осіб до 40 років, особливо в сільській місцевості (70,0±5,1% проти 50,0±5,2% в містах), де також відповідно більше було із стажем роботи до 10 років (25,0±4,8% проти 20,0±4,2% в міській місцевості).

Дані подаються в форматі  $M \pm m$ . У випадках необхідності доведення достовірності відмінностей порівнюваних параметрів застосовувався критерій Ст'юдента.

### **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

На основі порівняльного, аналітико-синтетичного аналізів анкет виявлена відсутність суттєвих відмінностей відповідей лікарів різних спеціальностей на принципові питання, що обумовлює доцільність представляти результати в цілому, а за умов наявності особливостей, концентрувати на них увагу в ході викладення матеріалу.

На момент опитування переважна більшість сімейних лікарів (89,5±4,0% серед усіх та 93,0±3,8% міської та сільської місцевості) завершила оформлення декларації, процесом якого були задоволені. Із переходом на новий стиль обслуговування населення на збільшення навантаження вказали 85,0±3,5% лікарів (80,7% та 90,7% в міських та сільських умовах праці відповідно). Приєднуються до них й фахівці інших спеціальностей (72,0±5,9%; 62,8±8,1% та 86,4±7,3% відповідно). Для підтвердження положення пацієнти по частоті амбулаторних контактів сгруповані за традиційним підходом. В групу з оптимальним числом звернень (4-5 на особу за рік) увійшло 37,0±4,8%,  $\geq 6$  разів – 57,0±4,9% пацієнтів, решта (1-3) – 6,0±2,3%. До «вузьких» відмічені випадки рідких та оптимальних за чисельністю спілкувань (54,4±6,5% та 45,6±6,5% відповідно).

З початком впровадження нової форми взаємовідносин «пацієнт – лікар» у 65,0±4,7% випадках спостерігається зростання їх напруженості, збільшення конфліктних ситуацій (серед міських – 68,4±6,1% проти 60,4±7,4% сільських жителів). В значно меншому відсотку ситуація поширюється і відбивається серед інших лікарів (43,9±6,5%; 37,1±8,0%; 54,5±10,6% відповідно). Проте, що в даному випадку, вона, навпаки, більше притаманна для сільської місцевості. Причина положення знаходить логічне пояснення недосконалістю опрацювання зв'язків між лікарями первинної та вторинної ланок медичної допомоги, незадоволеністю маршрутом пацієнта, на що вказують як сімейні лікарі, так й «вузькі» спеціалісти; а саме серед перших: 34,0±4,7%; 42,1±6,5% 23,2±6,4%; других: 29,8±6,0%; 28,6±7,6; 31,8±9,9% відповідно. Простежується певна особливість. В містах сімейні лікарі частіше відмічають неналагодженість спілкування з лікарями інших спеціальностей, тоді як в селах, навпаки, фахівці вторинної ланки не знаходять повноцінного консенсусу при наданні допомоги населенню. Тобто, про

вплив негативного досвіду взаємодії із системою охорони здоров'я в нових умовах амбулаторного обслуговування свідчить частота скарг на організацію доступності та результативність.

За відповідями сімейних лікарів основною причиною спілкування залишається лікування (65,0±4,7%; 68,4±6,1%; 60,5±7,4% відповідно), практично відсутні диспансерні спостереження та профілактичні огляди (не більше 2–3%). Структура звернень до інших за фахом лікарів відрізняється частотою диспансерних спостережень (22,8±5,5%), консультативних прийомів (17,6±5,0%) та однаковою – з лікувальною метою (59,6±6,4% проти 65,0±4,7% сімейних;  $p > 0,05$ ). При цьому більша половина лікарів висловлює незадоволення власною роботою щодо диспансеризації (52%) та профілактики (61%). Більше того, понад 1/3 (37,0%) оцінюють рівень своєї підготовки для ранньої діагностики захворювань як недостатній. В такій же мірі незадоволені вони власною просвітницькою діяльністю, що є складовою першої. Серед причин вказується на організаційні труднощі в зв'язку з навантаженням (28,0%), нестачею часу, недостатньо чіткою регламентацією диспансеризації хворих із поєднаною патологією (25,0%), відсутність пріоритетів диспансеризації різних контингентів за умов великої кількості хворих, що підлягають такому нагляду (15%). Разом з цим, аналіз інформаційних джерел свідчить про насиченість їх інформацією із обґрунтованих алгоритмів, схем, рекомендацій з різних спеціальностей і, навіть, за окремими нозологічними формами, особливо найбільш поширених, які можуть служити інструментом у повсякденній практиці сімейних лікарів для раннього виявлення хвороб, їхньої профілактики та попередження розвитку ускладнень. Виникає питання актуалізації доведення її до відома сімейних лікарів, як й контролю їх впровадження. В контексті зазначеного 91,0% сімейних лікарів бажає розширити професійний кругозір (95,3% та 87,7% в сільській та міській місцевості). Дотримуються такої думки й фахівці «вузьких» спеціальностей: 94,7±3,0%; 91,0%; 97,1% відповідно. Мотивуючими факторами є також наступні дані. Так, певний досвід користуватися засобами телемедицини мають лише 17,7±3,7% сімейних лікарів та 17,5±5,0% – фахівців інших спеціальностей. В електронній мережі запису на прийом працює 49,0±4,9% і частіше в міських умовах (50,9±6,6% проти 46,5±7,6% в сільських). При цьому серед них практично половина вважає такий варіант незручним через його недосконалість, що спричинює недотримання запису в реальному спілкуванні із пацієнтами. Важливим на сьогодні є сформованість ставлення до нових інформаційних технологій, що стали ознакою прогресу поліпшення якості медичних послуг. При позитивному відношенні до них переважної більшості (66,0±4,7% сімейних та 72,0±5,9% інших лікарів) не можна залишати поза лаштунками (11,0±3,1% та 5,2±2,9% сімейних та «вузьких» відповідно) тих, хто не сприймає, або, яких більше, займають нейтральну позицію (23,0±4,2% та 22,8±5,5% відповідно). Наведені прямі докази причин об'єктивізують незадоволення організаційним та інформаційним процесом забезпеченням медичними послугами, а професійний безперервний розвиток лікарів в сфері охорони здоров'я виступає ключовим елементом у

досягненні якісної, ефективної медичної допомоги. Варто зазначити, що із впровадженням реформ покращення якості та доступності медичної допомоги очікує переважна більшість лікарів (69,0±4,9% та 73,6±5,8% сімейних та «вузьких» спеціалістів відповідно). Проте, важливим є факт, що практично кожен четвертий, п'ятий з них відповідно не зміг стверджено відповісти на це питання (23,0% та 17,5%), а решта (10,0% та 2,9% відповідно) – не вважає, що ситуація зміниться. На думку лікарів, доопрацювання потребують питання виписки безкоштовних чи частково компенсовано оплачуваних ліків, а також медичних послуг. Кожен четвертий (25,0±4,3%) сімейний лікар та другий (50,9±6,6%;  $p<0,01$ ) критично відноситься до переліку специфічних рецептурних ліків. Вважають потрібним його розширення та корекції з врахуванням регіональних особливостей поширеності захворювань. Належну увагу приділяють опитані лікарі значенню міжсекторальної взаємодії з питань охорони здоров'я населення. Вказаний аспект питання викристалізувався з відповідей респондентів стосовно з'ясування їх думки щодо створення об'єднаних територіальних громад (ОТГ). При їх підтримці більшістю (69,0±4,9% та 65,0±6,3% сімейними та «вузькими» лікарями відповідно) і розумінні мети сприяння їх позитивному вирішенню ключових завдань, в тому числі в отриманні медичних послуг, існує й інша точка зору. Ситуація не зміниться або стане гіршою за нових умов територіального розподілу вважає 33,0±4,7% і 8,0±4,3% відповідно сімейних та 26,3±5,8% і 8,7±3,7% «вузьких» лікарів. Як видно, більшість вагається в остаточній оцінці. Вони, як до речі, й ті, що підтримують територіальні зміни (79,0±4,0%; 82,4±5,0% сімейних та «вузьких» лікарів відповідно) обумовлюють обставини їх перспективності. Керівники представницьких органів влади повинні більше уваги приділяти організації охорони здоров'я на підпорядкованій їм території. Однакова доступність ПМСД в отриманні усіма верствами населення якісних медичних послуг виступає при цьому провідним моментом. При стратегічному та поточному плануванні необхідно врахування потреб сільського населення. Підтвердженням чого є більший відсоток вагаючих та незадоволених територіальною розбудовою, а разом з цим необхідним сучасним матеріально-технічним забезпеченням лікарів ПМСД, на нестачу якого вони вказують (59,1±7,4% в селах проти 33,3±6,2% сімейних лікарів міст; 31,8±9,9% проти 8,5±4,7% відповідно інших за фахом;  $p<0,01$ ). В рамках умов децентралізації головною метою місцевого розвитку є створення органами місцевого самоврядування й утвореними ними установами доступних та зручних, якісних та ефективних медичних послуг, спрямованих на збереження життя та покращення його якості у громадян. При оцінці ролі посадових осіб, які відносяться до вирішення питань розвитку охорони здоров'я, найбільша значимість належить голові адміністрації при домінуючій участі, в зв'язку із професійною специфікою, керівника охорони здоров'я конкретної території з метою напямної та координуючої функцій.

Отримані дані доповнюються аналізом опитування середнього медичного персоналу, що разом дозволяє скласти повноцінне уявлення з проблемних питань. Так, при загальному позитивному сприйнятті переходу

обслуговування населення сімейними лікарями, практично кожен п'ятий скептично ставиться до поліпшення якості і доступності ПМСД за таких умов. Виявилось, що цей показник близький до величини того, який отриманий при вивченні відношення до можливих змін у сфері отримання медичних послуг при створенні ОТГ. Не пов'язують із цим очікуваних результатів 23,5% в цілому та відповідно серед працюючих в містах та селах 20,0±4,2% та 27,5±4,9% ( $p>0,05$ ). Збільшення навантаження, а також непорозуміння у взаємовідносинах з пацієнтом, колегами проявилось у 88,2% опитаних з переходом на сімейну практику обслуговування населення. Респондентами дана критична оцінка такої ситуації. При стовідсотковій власній відповідальності до обсягу своєї роботи, з'ясовані фактори, що неуможливають повноцінну реалізацію потреб. Визнається необхідність в підготовці належного рівня знань з профілактичної, роз'яснювальної роботи, їх обмеженість призводить до непорозуміння та незадоволеності при взаємодії з пацієнтами. До напруженості стосунків сприяє недосконало опрацьований маршрут пацієнта, на шляху якого виникає потреба спілкування з лікарями інших спеціальностей, колегами. Ускладнює виконання роботи, що також негативно відбивається як на якості, так міжособистісних стосунках, відсутність повноти забезпечення згідно табеля оснащення. Лише кожен п'ятий не має таких проблем (20,0%), частіше претензії в такому плані пред'являють сестри, що працюють в сільській місцевості (85,6%).

Середній медичний персонал активно підтримує впровадження в свою практику новітніх технологій. Позитивні відповіді отримано від 144 із 170 (84,7%) респондентів; з них 78 із 90 (86,7%) та 66 із 80 (82,5%) в міській та сільській місцевості. Проте, 64,7% опитаних вважає власну підготовку до такої роботи недостатньою, щоб керуватись для збору, обробки, передачі інформації. Зазначене мотивувало оцінити комп'ютерну грамотність (таблиця). Для чого проведена самооцінка за п'ятибальною в порядку зростання системою.

Виявлена усереднена оцінка рівня комп'ютерної грамотності становить лише 3,6±0,06 бали. Підтверджується, що більш високим він є в міській місцевості 3,7±0,1 проти 3,4±0,1 бали в сільській ( $p<0,05$ ), при достовірній різниці також між чоловіками та жінками (3,5±0,1 проти 3,7±0,07 бали жінок).

Як з'ясувалось, високим її рівнем володіють лише 12,4±2,5%, показник коливався від 10,0±3,3% серед сільських до 14,4±3,7% міських середніх медичних працівників. Навпаки, низьким (1–2 бали) його оцінили 8,8±1,5% та 12,8±2,5% і 4,4±0,9% відповідно. Тобто, більшість оцінили рівень власної підготовки для роботи з комп'ютером як середню (3–4 бали) – 78,8±3,5%, 81,1±4,1% та 76,2±4,7% відповідно. Як видно, більшої уваги потребують працюючі в сільській місцевості.

Таким чином, за результатами дослідження виявлені проблемні питання в роботі середнього медичного персоналу, що не сприяють в наданні якісних та очікуваних пацієнтами та здоровими медичних послуг. В єдиному контексті з отриманими даними при аналізі відповідей лікарів, вони допоможуть визначитись в підходах та принципах при прийнятті рішень щодо удосконалення надання ПМСД в умовах децентралізації.

Бали	Всього			Місто n=90								
	n=170			разом n=90			чоловіки n=20			жінки n=70		
	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m	абс.	%	m
1	7	4,1	1,5	3	3,3	1,8	2	10,0	6,7	1	1,4	1,2
2	8	4,7	1,6	1	1,1	0,9	-	-	-	1	1,4	1,2
3	51	30,0	3,5	25	27,8	4,7	5	25,0	9,6	20	28,6	5,4
4	83	48,8	3,8	48	53,3	5,2	10	50,0	7,0	38	54,3	5,9
5	21	12,4	2,5	13	14,4	3,7	3	15,0	7,9	10	14,3	4,1
Разом	170	100,0		90	100,0		20	100,0		70	100,0	
				Село n=80								
				разом n=80			чоловіки n=30			жінки n=50		
1				4	5,0	2,4	-	-	-	4	8,0	3,8
2				7	8,8	3,1	6	20,0	7,3	1	2,0	1,9
3				26	32,5	7,3	12	40,0	8,9	14	28,0	6,3
4				35	43,7	5,5	7	23,3	7,7	28	56,0	7,0
5				8	10,0	3,3	5	16,7	6,8	3	6,0	3,3
Разом				80	100,0		30	100,0		50	100,0	

**ВИСНОВКИ**

Виявлено, що основною причиною спілкування з пацієнтами залишається лікування (65,0±4,7%); практична відсутність диспансерних (при 22,2% серед «вузьких» фахівців) та профілактичних оглядів, на що вказують 52,0–61,0% сімейних лікарів, пов'язується із навантаженням, нестачею часу (28,0%), відсутністю пріоритетів (15,0%) диспансерного контингенту, чіткої регламентації при поєднаній патології (25,0%); кожен третій відмічає недосконалість опрацювання взаємозв'язків та маршрутів пацієнта.

Виявлена потреба у підготовці з сучасних інформаційно-комунікативних систем, розширення професійного кругозору у сімейних (87,7–95,3%) та «вузьких» спеціалістів (91,0–97,1%); лише до 20,0% серед усіх мають досвід застосування телемедицини, близько половини користуються електронною системою запису, проте кожен третій вважає її недосконалою і чверть не дотримується. При підтримці інноваційних технологій кожен четвертий займає нейтральну позицію, яка залежить від обізнаності та віку. Рівень комп'ютерної грамотності становить тільки 3,6±0,06 бали за 5-бальною системою.

Із реалізацією реформи в галузі 69,0±4,9% та 73,6±5,8% сімейних та «вузьких» фахівців відповідно

очікують покращення якості надання медичної допомоги, кожен четвертий – п'ятий не впевнений; 25,0±4,3% та 50,9±6,6% відповідно вважає необхідним врахування регіональних особливостей захворюваності та поширеності хвороб при створенні реєстру безкоштовних та частково оплачуваних ліків.

Підтримуючи територіальні зміни і утворення об'єднаних територіальних громад, кожен третій опитаний вагається в досягненні позитивних змін за умов відсутності відповідальності з боку органів місцевого самоврядування при утворенні ними установ, доступних та зручних для надання якісних медичних послуг.

З переходом на сімейну практику обслуговування населення спостерігається збільшення навантаження, непорозуміння з пацієнтом, колегами на що вказали 88,2% медпрацівників. Визнають потребу в підготовці з профілактичної роботи 87,6% респондентів.

**Перспектива подальшого дослідження** в аспекті отриманих і представлених в роботі матеріалів полягає у використанні їх при розробці удосконаленої моделі первинної медико-санітарної допомоги в умовах децентралізації із створенням об'єднаних територіальних громад в період їх реформування.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Матюха Л.Ф., Медведовська Н.В. Підходи до оцінки ефективності лікарської практики з надання первинної медичної допомоги // України. Здоров'я нації. – 2017. - №2 (43). – С.140-142. Matyuha LF., Medvedovska NV. Pldhodi do otslnki effektivnostl likarskojy praktiki z nadannya pervinnoyi medichnoyi dopomogi // Ukrayini. Zdorov'ya natsiyi. 2017;2 (43): 140-142.
2. Слабкий Г.О., Русняк В.А. До питання наукового забезпечення проведення реформи системи охорони здоров'я в Україні // Україна. Здоров'я нації. – 2013. - №4(28). – С.78-82. Slabkij GO., Rusnyak VA. Do pitannya naukovogo zabezpechennya provedennya reformi sistemi ohoroni zdorov'ya v Ukrayini. Ukrayina. Zdorov'ya natsiyi. 2013;4(28):78-82.
3. Андрух В.С., Слободян М.В. Засади післядипломної медичної освіти лікарів України в аспекті Болонського процесу // Практикуючий лікар. – 2013. - №1. – С. 89-93. Andruh VS., Slobodyan MV. Zasadi plslyadiplomnoyi medichnoyi osviti likariv Ukraini v aspekti Bolonskogo protsesu // Praktikuyuchiy likar. 2013;41:89-93.
4. Щербінська О.С. Характеристика забезпечення системи охорони здоров'я України лікарями загальної практики-сімейними лікарями // України. Здоров'я нації. – 2019. – №1. – С.126-130. Scherbinska OS. Charakteristika zabezpechennya sistemi ohoroni zdorov'ya Ukrayini likaryami zagalnoyi praktiki-slmeynimi likaryami // Ukrayini. Zdorov'ya natsiyi. 2019;1:126-130.



5. Слабкий Г.О., Зозуля І.С., Зозуля А.І. Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини // Сімейна медицина. – 2014. - №3 (53). – С.25-27. Slabkiy GO., Zozulya IS., Zozulya AI. Prioritetniy rozvitok pervinnoyi mediko-sanitarnoyi dopomogi na zasadah simeynoyi meditsini // Simeyna meditsina. 2014;3(53):25-27.

6. Соколова О.М., Ковальчук А.В. Теоретичні засади фінансової децентралізації в умовах реформування системи державного управління // Вісник Національної академії державного управління при Президенті України. Серія: Державне управління. – 2016. - №4. – С.117-24. Sokolova OM., Kovalchuk AV. Teoretichni zasadi finansovoyi decentralizaciyi v umovah reformuvannya sistemi derzhavnogo upravlinnya. Visnik Nacionalnoyi akademiyi derzhavnogo upravlinnya pri Prezidentovi Ukrayini Seriya: Derzhavne upravlinnya. 2016;4:117-24.

7. Проценко Ю.М. Особливості діяльності територіальних громад в Україні // Економіка і суспільство. – 2018. - №14. – С.838-842. Procenko YuM. Osoblivosti diyalnosti teritorialnih громад v Ukrayini. Ekonomika i suspilstvo. 2018;14:838-842.

*Дата надходження рукопису до редакції: 12.09.2019 р.*

**Амбулаторно-поліклінічна допомога з точки зору медичних працівників в аспекті сучасних змін**

*Я.І. Августинівич*

КНП ВРР Васильківський РЦМПСП,  
г. Васильків, Київська область

При оцінці діяльності системи здравоохранения, в частности, первичной медико-социальной помощи одним из критериев является определение степени ее реагирования на общественные и отраслевые изменения. Указанное мотивировало цель исследования: выявить резервы совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи в условиях децентрализации и внедрения принципов.

В работе представлены результаты социологического опроса 327 медицинских работников: 157 – врачей, из которых 100 – семейных, а также 170 – медицинских сестер. Подавляющее большинство респондентов связывает улучшение качества медицинской помощи с реализацией реформ и созданием объединенных территориальных общин (69,0±4,9%, 73,6±5,8 семейных, «узких» специалистов и медицинских сестер), остальные – не определились или имеют отрицательное мнение. Среди путей изменения ситуации к лучшему необходимо повышение уровня знаний по вопросам профилактики диспансеризации с уточнением контингента, доработки координации действий с другими специалистами, а также маршрутизации пациентов. Возникает необходимость подготовки к работе в новых условиях внедрения современных информационно-коммуникационных технологий. Имеет значение учет региональных особенностей распространенности заболеваний при составлении перечня бесплатных или частично возмездных лекарств. Современный подход децентрализации и реформирования требует тесного сотрудничества с местными органами управления для обеспечения доступности медицинской помощи и реализации основных принципов сохранения здоровья населения.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Августинівич Ярослава Ігорівна** – головний лікар Комунального некомерційного підприємства Васильківської районної ради Васильківський Центр первинної медико-санітарної допомоги; вул. Декабристів, 87, м. Васильків, Київська обл., 08600, Україна.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** амбулаторно-поликлиническая помощь, реформа, децентрализация, объединенные территориальные общины, врачи, медицинские сестры.

**Outpatient care from the point of view of medical professionals in the aspect of modern changes**

*Ya.I. Avgustovych*

КНЕ Васильківський, ДС Васильківський ДСРМСА,  
Васильків-місто, Київська область

When assessing the health system, in particular, primary health care (PHC), one of the criteria is to determine the extent to which it responds to social and branch changes. This motivated the purpose of the study: to identify the reserves for improving outpatient care in the context of decentralization and implementation of reform.

The paper presents the results of a sociological survey of 327 health workers: 157 - doctors, of whom 100 - family, and 170 - nurses. The overwhelming majority of respondents attributed the improvement of the quality of medical care to the implementation of reforms and the creation of integrated territorial communities (69.0±4.9%, 73.6±5.8%, 72.3±4.7%, family ones, "narrow" specialists and nurses), the rest - undecided. Among the ways of changing the situation for the best, it is necessary to increase the level of knowledge on prevention, dispensary examination with refinement of the contingent, refinement of the concordance of actions with specialists of other specialties, as well as routing of patients. There is a need to prepare work in the new conditions of introduction of information and communication technologies. It is important to take into account the regional prevalence of morbidity when compiling a list of free or partially paid medicines. The current decentralization and reform approach requires close collaboration with local governments to take into account the accessibility of care and the basic principles of preserving the health of the population.

**KEY WORDS:** outpatient care, reform, decentralization, united territorial communities, doctors, nurses.

## Характеристика захворюваності та поширеності хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини в Закарпатській області

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

**Мета:** проаналізувати показники захворюваності та поширеності хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини в Закарпатській області за 5-річний період (2014-2018 рр.).

**Матеріали та методи.** Матеріалом стали показники статистичних довідників «Мережа закладів та основні показники діяльності системи охорони здоров'я Закарпатської області» за 2014-2018 роки. Методи: системного аналізу, статистичний, графічний.

**Результати.** Встановлено, що у 2018 році в порівнянні з 2014 роком у Закарпатській області спостерігалось зниження рівнів захворюваності та поширеності хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини на 8,7% та 3,2% відповідно. При цьому визначено, що за обласними показниками динаміка реєстрації вперше виявлених захворювань за класом М00-М99 не пов'язана з загальними тенденціями реєстрації цих захворювань.

**Висновки.** Рівні захворюваності та поширеності хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини у Закарпатській області мають тенденцію до зниження та потребують більш детального вивчення за районами та нозологіями.

**Ключові слова:** захворюваність, поширеність, кістково-м'язова система, сполучна тканина.

### ВСТУП

Захворювання опорно-рухового апарату є провідним фактором інвалідизації у всьому світі і поширені у всіх вікових групах. За даними дослідження 2017 року «Глобальний тягар хвороб» захворювання опорно-рухового апарату займають друге місце серед чинників інвалідності в світі (на їх частку припало 16% всіх років, прожитих з інвалідністю) [1]. Згідно з переліком Міжнародної класифікації хвороб, до захворювань опорно-рухового апарату відноситься велика кількість нозологій, що вражають скелетно-м'язову систему: м'язи, кістки, суглоби і сполучні тканини, такі як сухожилля і зв'язки. Вони варіюються в широкому діапазоні, від гострих і короточасних явищ - переломів, розтягнень і вивихів - до довільних порушень, що супроводжуються хронічним болем та інвалідністю.

Порушення і захворювання кістково-м'язової системи представляють собою глобальну проблему громадського здоров'я, їх номенклатура включає понад 200 найменувань патологічних станів, що вражають кістки, суглоби, м'язи і хребет [2].

Отже, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини – одні з найбільш поширених неінфекційних захворювань, які значно погіршують стан здоров'я працездатного населення і є причиною втрати працездатності. В Україні проблема впливу хвороб кістково-м'язової системи на стан здоров'я працездатного населення також дуже актуальна [3]. Рівень захворюваності в Україні за класом «Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (М00-М99)» в останні роки більш стабільний і коливається від 2912 на 100 тис. населення у 2014 році до 2878 у 2017 році. Хоча ще у 2000 та 2010 роках цей показник був більше 3000 на 100 тис. населення (3191 та 3353 на 100 тис. населення відповідно) [4, 5]. З метою розробки ефективних заходів

профілактики поширення хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини на рівні регіону слід проаналізувати стан та динаміку показників їх захворюваності та поширеності.

**Мета роботи:** проаналізувати показники захворюваності та поширеності хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини в Закарпатській області за 5-річний період (2014-2018 рр.).

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалом стали показники статистичних довідників «Мережа закладів та основні показники діяльності системи охорони здоров'я Закарпатської області» за 2014-2018 роки. Методи: системного аналізу, статистичний, графічний.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В результаті аналізу показників (табл. 1) встановлено, що протягом 2014-2018 років у Закарпатській області спостерігалось зниження рівнів захворюваності та поширеності хвороб кістково-м'язової системи (КМС) та сполучної тканини (СТ), хоча і відмічались їх коливання у окремі роки (рис. 1).

Так, у 2018 році показник поширеності хвороб КМС та СТ (5887,3 на 100 тис. населення) в порівнянні з 2014 р. (6079,8 на 100 тис. населення) знизився на 3,2%. При цьому, найнижче значення показника в описаний період зафіксовано у 2017 році (5815,6 на 100 тис населення). Отже, можна говорити про зниження поширеності хвороб КМС та СТ у 2018 році в порівнянні з даними 2014 та 2015 років та незначний ріст її у порівнянні з даними 2016 та 2017 років (рис. 1).

Таблиця 1  
Захворювання кістково-м'язової системи та сполучної тканини  
у Закарпатській області (на 100 тис. населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Зареєстровано захворювань КМС та СТ М00-М99					В т.ч. вперше в житті зареєстровано захворювань КМС та СТ М00-М99				
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
Берегівський район	6012,3	5738,0	5190,0	5443,3	5145,8	2935,8	2801,1	2311,2	2446,3	2084,6
Великобerezнянський район	6615,3	6249,5	6492,3	6482,1	6731,3	1392,7	1172,3	1499,9	1358,4	1295,9
Виноградівський район	5971,1	5913,8	6180,9	6061,5	5626,1	2169,5	2100,1	2268,0	2314,0	1922,1
Воловецький район	6312,5	5724,1	5905,2	5365,6	5149,6	2482,5	2416,4	2500,4	1509,1	1380,9
Іршавський район	6022,0	5497,0	5423,5	5433,4	5028,1	2618,1	2271,4	2396,1	2246,8	1950,0
Міжгірський район	4942,1	4321,2	4519,6	5398,0	6031,1	1230,3	1120,5	1177,5	1880,2	2543,6
Мкачівський район	5641,3	5058,9	4652,3	4734,7	5662,1	1503,2	1288,6	1727,9	1684,0	1324,7
Перечинський район	5448,3	5069,4	5293,3	5065,7	4427,6	2015,7	1899,9	2046,9	2000,2	1301,0
Рахівський район	6741,9	6307,6	6549,1	6971,8	6514,6	2416,0	2061,1	1824,5	1822,3	1607,7
Свалявський район	5478,6	4818,9	4520,2	4818,8	4847,4	2060,7	1927,6	1814,4	2203,1	2554,2
Тячівський район	5017,5	4832,9	4796,4	4785,7	5048,4	1474,4	1361,7	1343,6	1297,1	1352,8
Ужгородський район	8230,1	8187,5	8523,4	6696,2	8542,5	1930,7	1666,0	1661,0	1379,4	1940,1
Хустський район	8531,6	9187,9	9985,5	10180,2	9075,6	6143,3	6818,8	7576,2	7547,4	6512,6
м. Ужгород	4635,1	4069,0	3989,3	3817,8	3888,4	1152,2	848,5	1009,7	945,3	1053,0
<b>Закарпатська область</b>	<b>6079,8</b>	<b>5981,4</b>	<b>5848,5</b>	<b>5815,6</b>	<b>5887,3</b>	<b>2315,5</b>	<b>2270,9</b>	<b>2346,6</b>	<b>2328,0</b>	<b>2143,3</b>

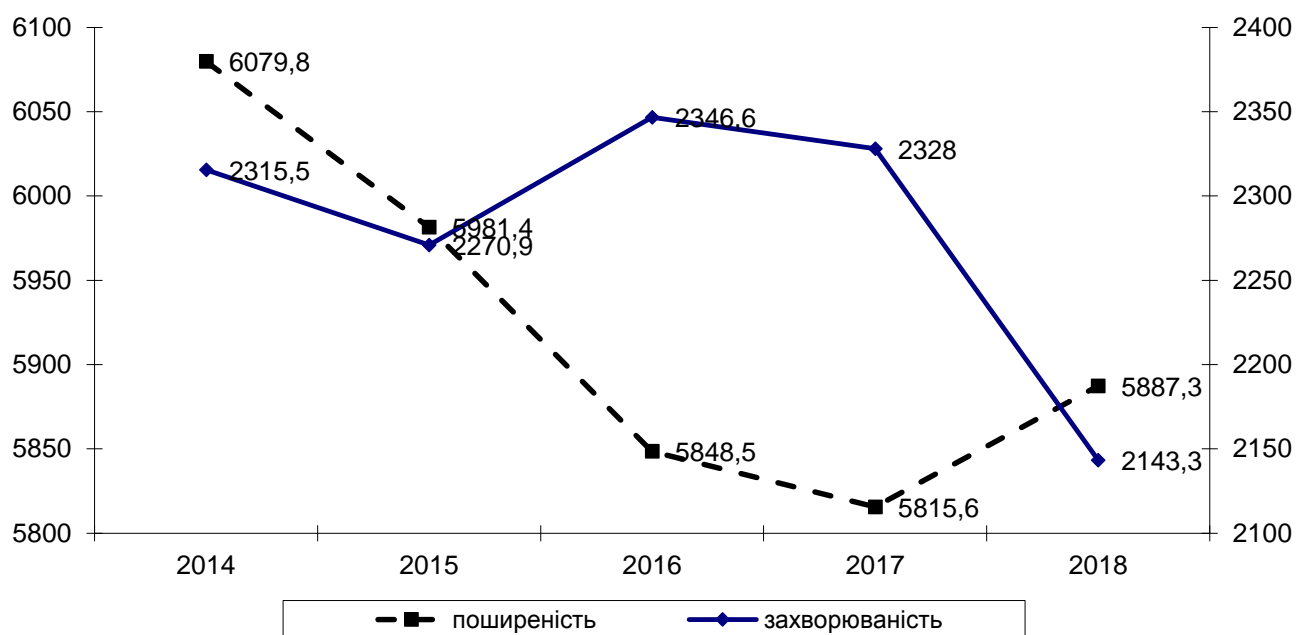


Рис. 1. Порівняння динаміки показників захворюваності та поширеності хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини в Закарпатській області (2014–2018 роки), на 100 тис. населення

Виокремлені дані щодо вперше в житті зареєстрованих випадків із усіх зареєстрованих захворювань за класом «Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини» в Закарпатській області свідчать також про зниження рівня захворюваності у 2018 році в порівнянні з 2014 роком на 8,7%: 2143,3 та 2315,5 на 100 тис населення відповідно. Зростанням захворюваності характеризувалися 2016–2017 роки, а найвище значення цього показника протягом періоду, що аналізувався, зафіксовано у 2016 році (2346,6 на 100 тис. населення) (рис. 1).

На діаграмі (рис. 1) чітко видно, що тенденції захворюваності та поширеності у 2014-2018 роках відрізняються. Так, у 2016 і 2017 роках відмічався ріст вперше виявлених захворювань при зниженні загальних показників, у 2018 році – навпаки: суттєве зниження показника первинної захворюваності при незначному рості показника поширеності хвороб КМС та СТ (М00-М99).

Отже, за обласними показниками динаміка реєстрації вперше виявлених захворювань не пов'язана з загальними тенденціями реєстрації захворювань кістково-м'язової системи та сполучної тканини.

Слід відмітити, що вищі за обласні показники поширеності хвороб КМС та СТ протягом 2014-2018 років відмічалися у окремих районах області: Хустському, Ужгородському, Великоберезнянському. Найнижчі показники поширеності хвороб за класом M00-M99 спостерігались у Міжгірському, Тячівському та Свалявському районах.

Для детального аналізу показників захворюваності та поширеності хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини в районах області проведено усереднення даних показників за 2014-2018 роки (табл. 2).

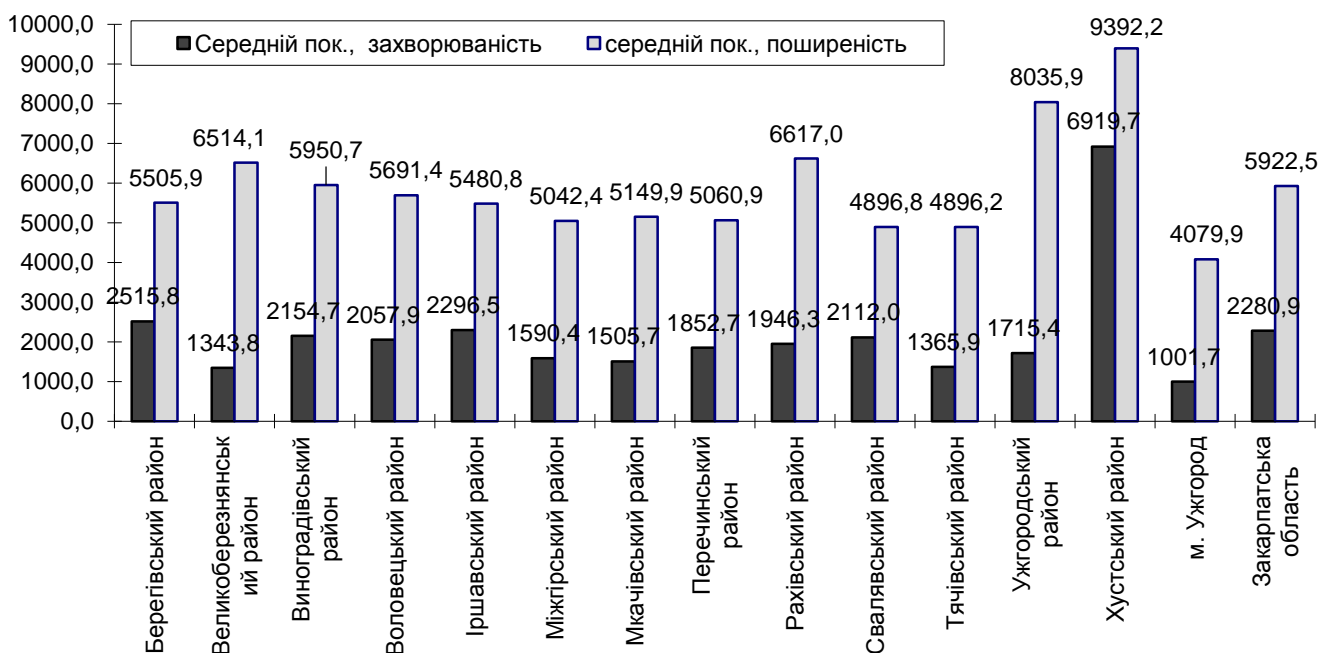
Як бачимо з таблиці 2, середні показники первинної захворюваності Берегівського та Хустського районів перевищують значення обласного показника (2515,8 на 100 тис населення та 6919,7 на 100 тис населення проти 2280,9 на 100 тис населення відповідно), на рівні обласного значення показник Іршавського району (2296,5 на 100 тис населення), показники первинної захворюваності в інших районах області є нижчими за обласний.

Для унаочнення отриманих даних динаміку показників захворюваності та поширеності хвороб КМС та СТ у 2014-2018 роках зображено на рисунку 2.

Таблиця 2

**Середні показники захворюваності та поширеності хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини за 2014-2018 роки в розрізі районів Закарпатської області, на 100 тис. населення**

Адміністративно-територіальна одиниця	Вперше в житті зареєстровано захворювань КМС та СТ M00-M99	Всього зареєстровано захворювань КМС та СТ M00-M99
Берегівський район	2515,8±282,1	5505,9±295,4
Великоберезнянський район	1343,8±87,8	6514,1±127,4
Виноградівський район	2154,7±114,9	5950,7±144,6
Воловецький район	2057,9±490,3	5691,4±347,0
Іршавський район	2296,5±168,5	5480,8±223,0
Міжгірський район	1590,4±497,2	5042,4±537,7
Мкачівський район	1505,7±160,2	5149,9±401,5
Перечинський район	1852,7±220,7	5060,9±253,3
Рахівський район	1946,3±233,8	6617,0±191,9
Свалявський район	2112,0±213,3	4896,8±232,7
Тячівський район	1365,9±43,4	4896,2±109,4
Ужгородський район	1715,4±176,0	8035,9±535,9
Хустський район	6919,7±513,7	9392,2±552,6
м. Ужгород	1001,7±83,9	4079,9±222,1
<b>Закарпатська область</b>	<b>2280,9±59,0</b>	<b>5922,5±86,5</b>



**Рис. 2.** Порівняння середніх показників первинної та загальної захворюваності хворобами кістково-м'язової системи та сполучної тканини в розрізі районів області (2014–2018 рр., на 100 тис. населення)

Враховуючи вище викладене, можемо стверджувати, що на формування обласного показника захворюваності за класом «Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини» у 2014–2018 роках значною мірою вплинули надані закладами охорони здоров'я показники Хустського району.

Середній показник поширеності хвороб КМС та СТ перевищує обласне значення (5922,5 на 100 тис. населення) у Великоберезнянському (6514,5), Рахівському (6617), Ужгородському (8035,9) та Хустському (9392,2) районах області. На рівні обласного значення показник Виноградівського району (5950,7), в інших районах області вказаний рівень є нижчими за обласний.

Враховуючи вище викладене, можемо стверджувати, що на формування обласного показника поширеності хвороб КМС та СТ у 2014–2018 роках значною мірою вплинули показники Ужгородського та Хустського районів.

Отже, на підставі аналізу даних щодо показників захворюваності та поширеності хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини у 2014–2018 роках в розрізі районів області із застосуванням методу усереднення можна прийти до висновку, що в більшості районів області динаміка реєстрації вперше виявлених захворювань кістково-м'язової системи та сполучної тканини пов'язана з загальними тенденціями реєстрації цих нозологій.

Значно відрізняються за кількісним та якісним складом показники захворюваності та поширеності хвороб класу M00-M99 Хустського району. Так, середній показник первинної захворюваності в Хустському районі втричі перевищує середній показник по області (6919,7 на 100 тис населення проти 2280,9 на 100 тис населення по області). Середній показник поширеності хвороб КМС та СТ Хустського району майже на 60% перевищує значення

обласного показника, при цьому значні перевищення показників району у порівнянні з обласними показниками фіксуються щороку (табл. 1). Подібна ситуація зі значним щорічним перевищенням районного над обласним показниками поширеності спостерігається в Ужгородському районі, а середній показник поширеності у вказаному районі перевищує обласний на 36%.

### ВИСНОВКИ

В результаті проведеного аналізу можна зробити наступні висновки:

1. Встановлено, що у 2018 році в порівнянні з 2014 роком у Закарпатській області спостерігалось зниження рівнів захворюваності та поширеності хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини на 8,7% та 3,2% відповідно;

2. Визначено, що за обласними показниками динаміка реєстрації вперше виявлених захворювань за класом M00-M99 не пов'язана з загальними тенденціями реєстрації цих захворювань;

3. Виявлено, що на формування обласного показника поширеності у 2014–2018 роках значною мірою вплинули показники Ужгородського та Хустського районів.

4. Отримані результати аналізу захворюваності та поширеності хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини потребують додаткового детального вивчення за районами та окремими нозологіями.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у подальшому детальному вивченні показників захворюваності та поширеності хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини.

### ЛІТЕРАТУРА

1. James SL, Abate D, Abate KH, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018; 392: 1789-858. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7.
2. Ali, Nuzhat, Ellis, Benjamin, Woolf, Anthony, Hamilton, Susan, Fenton, Kevin A. et al. (2018). Создание партнерств и внедрение общесистемного подхода для профилактики нарушений и заболеваний костно-мышечной системы в Англии. *Панорама общественного здравоохранения*, 04 (03), 415-425. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324963>.
3. Очеретяна Н. Ініціатива "Fit for Work Europe" в Україні: мета, завдання, перспективи *Український ревматологічний журнал*. 2014. № 4. С. 21-22. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Urj\\_2014\\_4\\_5](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Urj_2014_4_5).
4. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2016 році: статистичний збірник. URL: [http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/2016/bl/06/bl\\_zoz\\_15xl.zip](http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2016/bl/06/bl_zoz_15xl.zip).
5. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році: статистичний збірник. URL: [http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/2016/bl/06/bl\\_zoz\\_15xl.zip](http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2016/bl/06/bl_zoz_15xl.zip).

**Дата надходження рукопису до редакції:** 16.08.2019 р.

**Характеристика захворюваності  
і розповсюдженості захворювань  
кістково-м'язової системи і зв'язуючої  
ткани в Закарпатській області**

В.В. Брич, Н.А. Гудюк, І.Я. Гуцол  
ГВУЗ «Ужгородський національний університет»,  
г. Ужгород, Україна

**Цель работы:** проаналізувати показателі захворюваності і розповсюдженості захворювань кістково-м'язової системи і зв'язуючої тканини в Закарпатській області за 5-літній період (2014-2018 гг.).

**Материалы и методы.** Матеріалом стали показателі статистических справочників «Сеть учреждений и основные показатели деятельности системы здравоохранения Закарпатской области» за 2014-2018 годы. Методы: системного аналізу, статистический, графіческий.

**Результаты.** Установлено, що в 2018 году по сравнению с 2014 годом в Закарпатской области наблюдалось снижение уровней заболеваемости и распространенности заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани на 8,7% и 3,2% соответственно. При этом определено, что за областными показателями динамика регистрации впервые выявленных заболеваний по классу М00-М99 не связана с общими тенденциями регистрации этих заболеваний.

**Выводы.** Уровни заболеваемости и распространенности заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани в Закарпатской области имеют тенденцию к снижению и требуют более детального изучения по районам и нозологиям.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** захворюваність, розповсюдженість, кістково-м'язова система, зв'язуюча тканина.

**Characteristics of the incidence and prevalence  
of diseases of musculoskeletal system  
and connective tissue in Transcarpathian region**

V.V. Brych, N.A. Hudiuk, I.Y. Hutsol  
„Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

**The purpose** is to analyze the indicators of incidence and prevalence of musculoskeletal system and connective tissue diseases in Transcarpathian region for 5-year period (2014-2018).

**Materials and methods.** The material is based on the indicators of statistical directories "Network of institutions and main indicators of health system activity in Transcarpathian region" for 2014-2018. Methods: system analysis, statistical, graphical.

**Results.** It was found that in 2018 compared to 2014 in Transcarpathian region there was a decrease in the incidence and prevalence of diseases of musculoskeletal system and connective tissue by 8.7% and 3.2% respectively. At the same time, it was determined that, by regional indicators, the dynamics of registration of firstly detected diseases in the class M00-M99 is not related to the general trends of the registration of these diseases.

**Conclusions.** The incidence and prevalence rates of musculoskeletal and connective tissue diseases in Transcarpathian region tend to decrease and require more detailed study by area and nosology.

**KEY WORDS:** incidence, prevalence, musculoskeletal system, connective tissue.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Брич Валерія Володимирівна** – к.мед.н., доцент кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання, ДВНЗ «Ужгородський національний університет», вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Гудюк Наталія Арпадівна** – лікар-епідеміолог, центр з профілактики та боротьби із СНІДом, вул. Другетів, 72, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Гуцол Іванна Ярославівна** – асистент кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання, ДВНЗ «Ужгородський національний університет», вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

О.М. Дзюба, О.П. Брацюнь

## Стан обізнаності сімейних лікарів щодо питань законодавчого регулювання медичного забезпечення паліативних пацієнтів

У статті проведено оцінку рівня обізнаності сімейних лікарів з питань призначення та виписування лікарських засобів (далі – ЛЗ) з вмістом наркотичних речовин. Висвітлено деякі зміни до чинного законодавства в Україні з питань обігу ЛЗ з вмістом наркотичних речовин в закладах охорони здоров'я з метою спрощення виписування та призначення опіоїдних анальгетиків (далі – ОА) для лікування хронічного больового синдрому (далі – ХБС) на первинному рівні надання медичної допомоги. Підкреслена необхідність отримання базових знань та навичок з питань організації та надання медичної допомоги пацієнтам, які потребують паліативної допомоги як однієї з важливих професійних компетентностей сімейного лікаря.

**Ключові слова:** паліативна допомога, сімейні лікарі, практика призначення та виписування ЛЗ з вмістом наркотичних речовин, лікування ХБС.

### АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ

Паліативна допомога – це вид медичної допомоги, що спрямована на допомогу пацієнтам із захворюваннями, які загрожують або обмежують їхнє життя з метою зменшення фізичних, психологічних, соціальних та духовних проблем [14]. Актуальність розвитку паліативної допомоги у всьому світі та в Україні зумовлена зростанням смертності та захворюваності (зокрема, на онкологічну патологію), погіршення демографічних чинників (старіння населення) та зростання хронічних невиліковних недуг. В Україні близько 600 тисяч пацієнтів щороку потребують професійних послуг паліативної допомоги [15]. Однією із важливих складових паліативної допомоги є ефективне лікування болю [2]. Про необхідність постійного контролювання симптомів хронічних захворювань при наданні паліативної допомоги: знеболення, психосоціальної та духовної підтримки наголошується у результатах досліджень міжнародної правозахисної організації з прав людини Human Rights Watch [8]. В Україні паліативна допомога перебуває у стані становлення, зроблено чимало, проте дослідження вітчизняних вчених свідчать про існуючу в державі проблему недоскональності законодавства, низьку доступність до адекватного знеболення та необхідність приведення практики знеболення до міжнародних рекомендацій [2, 8]. Необхідно зауважити, що протягом тривалого часу в Україні доступ пацієнтів до знеболення був ускладнений через жорсткі державні правила контролю за нелегальним обігом підконтрольних засобів, що ускладнювало використання препаратів з вмістом наркотичних речовин у медичних цілях. Окрім того, на дії лікарів часто впливали поширені міфи та страх призначення ОА [2, 3]. Слід зауважити, що в Україні, як і у всьому світі медичну допомогу щодо знеболення паліативні пацієнти переважно отримують через сімейного лікаря [12]. Завдяки трансформації системи охорони здоров'я на первинному рівні в Україні у 2018 році було затверджено норми, згідно яких при наданні загальної паліативної допомоги пацієнтам в амбулаторних умовах та вдома законодавством гарантовано отримання окремих послуг паліативної допомоги, які включені в зелений пакет [12]. При цьому у функції сімейного лікаря

включено оцінку ступеня болю та лікування больового синдрому, призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування больового синдрому [12]. Нововведення у медичну практику з питань знеболення паліативних пацієнтів вказують на підвищення ролі освіти медичних кадрів з питань паліативної допомоги в вищих медичних навчальних закладах до- та післядипломного рівня [1, 4, 5].

**Метою** нашого дослідження було визначення та оцінка рівня знань норм чинного законодавства з питань призначення і виписування ЛЗ з вмістом наркотичних речовин з метою лікування ХБС у паліативних пацієнтів з боку сімейних лікарів та керівників закладів охорони здоров'я первинного рівня.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення мети було застосовано метод анкетування. Результати опитування оцінювалися шляхом статистичної обробки за допомогою програм Microsoft Excel 2010.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В останні роки в Україні ведеться прогресивна робота у напрямку удосконалення законодавства з питань доступу до знеболення. Першим документом, норми якого значно спростили процедури призначення та виписування ліків з вмістом наркотичних речовин для медичних цілей стала Постанова КМУ № 333 від 13.05.2013 року [10]. Зокрема, відповідно до положень Постанови лікуючий лікар самостійно (за старими нормами – у складі комісії з трьох лікарів) може призначити ЛЗ з вмістом наркотичних речовин для лікування пацієнта вдома чи за місцем його перебування. Окрім того, Наказом МОЗ України № 203 15.03.2013 р. було відмінено застарілі норми відпуску ліків тільки з таких аптек, які містились в одній адміністративно-територіальній одиниці з лікувально-профілактичним закладом [11].

Окрім того, з 2013 року норми законодавства дозволяють призначати хронічно хворому пацієнту ЛЗ з вмістом наркотичних речовин у обсязі п'ятнадцятиденної потреби (за старими нормами – на 3 дні) [10, 13]. Чинними нормами регламентовано, що дозвіл виписування рецептів на ЛЗ з вмістом наркотичних речовин здійснюється лікарями без необхідності отримання ліцензії на провадження діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів за наявності в закладі охорони здоров'я незалежно від форми власності ліцензії на медичну практику [9].

Для визначення рівня обізнаності сімейних лікарів із зазначеними нормами чинного законодавства, як значно спростили призначення та виписування ЛЗ з вмістом наркотичних речовин, зокрема ОА, було проведено анкетування лікарів з 20 регіонів України, які взяли участь у навчальних семінарах на тему «Обіг підконтрольних засобів в закладах охорони здоров'я». Семінари проводились в рамках реалізації проекту ВБФ «Соборність» протягом 2015-2018 років. До лекторів семінару були залучені юристи, викладачі кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика та викладачі кафедри організації та економіки фармації Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Запрошення слухачів до участі в навчальних семінарах здійснювали Департаменти охорони здоров'я територіальних ОДА.

Загальна кількість слухачів семінарів склала 1 200 осіб, за результатами опитування було проаналізовано 1 200 анкет. Слухачі склали вибірку з загальної популяції, яка була репрезентативною, оскільки в дослідження були включені представники усіх регіонів України, і яка дозволила оцінити результати відповідей на запитання з точністю 2,85% [16].

За результатами анкетування вдалося виявити наступну картину. При відповіді на запитання: «Чи має необхідність заклад охорони здоров'я отримувати ліцензію на обіг наркотичних речовин для можливості виписування сімейними лікарями рецептів форми ф-3?» 57,7% (95% ДІ: 54,9–60,4%) вважають, що така необхідність є, отже, більше половини респондентів виявили необізнаність з законодавчими нормами. Серед них 18% (95% ДІ: 15,9–20,3%) – це керівники закладів охорони здоров'я та 39,7% (95% ДІ: 39,9–42,5%) – сімейні лікарі.



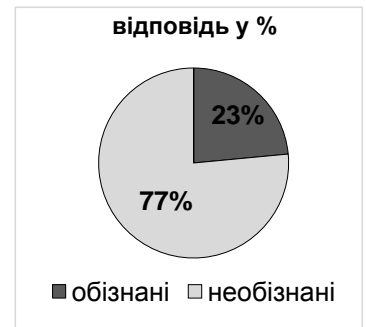
На запитання анкети: «Лікарі якої спеціальності мають право виписувати ЛЗ з вмістом наркотичних речовин на рецептурних бланках форми ф-3?» всього 1,6% (95% ДІ: 1,0–2,5%) респондентів правильно зазначили, що це право мають лікарі усіх спеціальностей, 31,7% (95% ДІ: 29,1–34,4%) респондентів вважають, цим правом наділені лише онкологи, наркологи, хірурги чи сімейні лікарі, ще 66,7% (95% ДІ: 64,0–69,3%) опитаних переконані, що це право надається лікарям окремих спеціальностей відповідно до наказу головного лікаря.

На запитання «Чи має право фармацевт відмовитися відпускати ліки пацієнту за власні кошти, якщо рецепт форми ф-3 виписаний лікувальним закладом, розташованим в іншому районі?», більше половини респондентів 58,3% (95% ДІ: 55,5–61,1%) не були обізнані зі зміною правил відпуску з аптек, відповідно до яких територіальна прикріпленість аптеки та лікувального закладу скасована.

Для визначення рівня обізнаності щодо нововведень у нормативну базу, що регулює призначення та виписування ЛЗ з вмістом наркотичних речовин з боку керівництва та лікарів закладів охорони здоров'я первинного рівня м. Києва у листопаді 2017 року було проведено анонімне анкетування під час проведення навчального семінару. Лекторами семінару виступили викладачі кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика та викладачі кафедри організації та економіки фармації Київського медичного університету імені О.О. Богомольця. Запрошення слухачів до участі в навчальному семінарі здійснював Департамент охорони здоров'я ОДА м. Києва.

За підсумками опитування 40 учасників семінару проаналізовано 40 анкет. Серед респондентів: 7 керівників районних управлінь охорони здоров'я, 11 керівників ЦПМД, 15 заступників керівників ЦПМСД, 4 сімейних лікарів, у 3 анкетах – посади не зазначено.

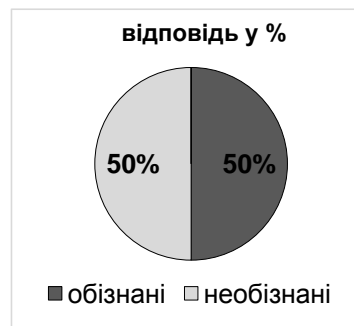
За даними опитування слухачів семінару щодо обізнаності норм чинного законодавства щодо правил виписування та призначення ЛЗ для лікування сильного болю у пацієнтів на первинному рівні було виявлено наступні результати. На запитання про те, якими ліцензіями повинен володіти заклад охорони здоров'я для здійснення його лікарями виписування ліків на рецептурних бланках форми ф-3 отримано 34 відповіді, серед них такі: на медичну практику – 8 (23, 5%), на медичну практику і на обіг ЛЗ з наркотичних речовин – 15 (44,1%), на обіг ЛЗ з наркотичних речовин – 11 (32,4%). Розподіл відповідей вказує на те, що 76,5% лікарів закладів охорони здоров'я первинного рівня, зокрема і керівники закладів не обізнані з новими правилами щодо обігу ЛЗ з вмістом наркотичних речовин в закладах охорони здоров'я.



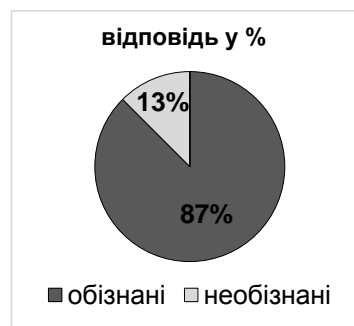
З метою з'ясування якою практикою послуговуються лікарі при призначенні ЛЗ з вмістом наркотичних речовин було поставлене питання: «Зазначте, будь ласка, у якому випадку необхідно утворювати комісію з призначення підконтрольних лікарських засобів» було отримано 19 відповідей, з яких тільки 2 респондентів зазначили, що комісії не утворюються в жодному випадку. Серед інших відповідей зазначались наступні: при виписуванні ЛЗ з наркотичних речовин (6), у всіх випадках (2), при зміні препарату, збільшенні дози (4), при первинному призначенні чи зміні препарату (1), при призначенні на амбулаторному рівні (1), якщо немає підтвердження діагнозу (1), в складних випадках (1), при різних поглядах спеціалістів (1). Слід



зазначити, що утворення комісій з призначення ЛЗ з вмістом наркотичних речовин скасовано у 2015 році наказом МОЗ України від 07.08.2015 р. № 494 [13].



Постановою КМУ від 13.05.2013 року [10] визначено, що у випадку призначення лікування паліативним пацієнтам дозволяється виписувати ЛЗ на рецептурних бланках форми ф-3 у межах 15-ти денної потреби. Визначення обізнаності лікарів щодо зазначеної норми, респондентам було поставлено запитання: «Вкажіть, будь-ласка, на скільки днів лікар має право виписати ліки з вмістом наркотичних речовин для паліативного пацієнта на рецептурних бланках форми ф-3»? Із 38 отриманих відповідей у 19 (50%) було вказано правильну відповідь: термін – 15 днів, інших 50% респондентів вказували термін: 5 днів, 7 днів, 10 днів, 30 днів.



Окрім того, чинним Порядком придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я [10] урегульовано отримання рецепту на ЛЗ з вмістом наркотичних речовин як пацієнту самостійно так і особі, яка здійснює за ним догляд (члену сім'ї, опікуну або піклувальнику). За результатами опитування на запитання: «Чи має право лікар, виписуючи рецептурний бланк форми ф-3, передавати його родичам пацієнта або особі, що здійснює за ним догляд»? виявлено, що 35 слухачів із 40 обізнані з зазначеним пунктом Правил.

Отже, отримані результати оцінювання рівня знань медичних працівників щодо чинних норм законодавства з

питань призначення та виписування ЛЗ з вмістом наркотичних речовин, що проводилось у 20 регіонах України виявили обмежений рівень обізнаності лікарів щодо сучасної законодавчої бази та використання лікарями на практиці застарілих вимог законодавства.

Окрім того, анкетування з питань оцінювання вмінь призначати та виписувати ЛЗ з вмістом наркотичних речовин для знеболлення, що охоплювало керівництво та сімейних лікарів закладів охорони здоров'я м. Києва виявило недоліки у створенні у закладах перепон організаційного та інформаційного характеру для доступу пацієнтів до знеболлення.

## ВИСНОВКИ

- Зміни вітчизняного законодавства щодо регулювання обігу, призначення та виписування ЛЗ з вмістом наркотичних речовин у бік спрощення дозволяють безперешкодно призначати та виписувати зазначені ЛЗ та забезпечувати ефективне медикаментозне забезпечення паліативних пацієнтів, зокрема лікування ХБС.

- Вважаємо за необхідне підвищувати рівень обізнаності законодавства з боку сімейних лікарів з метою поліпшення медикаментозного забезпечення пацієнтів при наданні паліативної допомоги.

- Одним із подальших напрямів обговорення може бути питання включення в програми ТУ післядипломної підготовки тем з основ паліативної допомоги, з акцентом на питаннях обігу ОА в закладах охорони здоров'я первинного рівня.

- Є необхідність збільшити поінформованість лікарів сімейної практики щодо нових правил регулювання обігу ЛЗ з вмістом наркотичних речовин з лікувальною метою шляхом проведення регіональних тренінгів, навчальних семінарів в інтерактивному форматі.

- З метою поліпшення освіти медичних працівників з питань паліативної допомоги на до- та післядипломному рівні є необхідність затвердження в переліку спеціальностей субспеціальності з дисципліни «Паліативна допомога».

## ЛІТЕРАТУРА

1. Вороненко Ю. В. Питання підготовки кадрів та розвиток наукових досліджень з паліативної медицини як передумова створення сучасної системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні / Вороненко Ю. В., Губський Ю. І., Царенко А. В. // Реабілітація та паліативна медицина. - 2015. – № 2. – С. 59–69.
2. Губський Ю. І. Проблема болю в паліативній медицині: соціальний виклик та молекулярна фармакологія / Губський Ю. І. // Фармакологія та лікарська токсикологія. - 2013. – № 6 (36). – С. 85–90.
3. Дацюк Н.О., Брацюнь Л.П., Волох Д.С. Губський Ю.І. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. Аналіз чинників, що мають вплив на доступність опіоїдних анальгетиків для медичних цілей (за даними літератури). Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал «Здоров'я суспільства» №3-4, 2018, с.176-180.
4. Золотарьова Ж. М. Обґрунтування моделі удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичного персоналу для надання паліативної допомоги : автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня к. мед. наук: спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / Золотарьова Ж. М. – К. : НМАПО ім. П. Л. Шупика, 2015. – 26 с.
5. Царенко А. В. Питання контролю хронічного больового синдрому в паліативних хворих у програмах післядипломної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини / Царенко А. В., Висоцька О. І., Шекера О. Г., Виноградова Г. М. // Практикуючий лікар. - 2012. – № 1. – С. 26–32. 129.
6. Практичний poradnik: Забезпечення пацієнтів лікарськими засобами, що містять наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори. – К.: «КІМ», 2017. - 44 с. Під загальною редакцією О.В. Коваль, Н.О. Дацюк.

7. Паліативна допомога. Інформаційний бюлетень / Брацюнь О.П. Шаповал К.Ю. // Паліативна допомога Інформаційний бюлетень № 5, 2017 р.

8. Звіт за результатами дослідження «Неконтрольований біль. Зобов'язання України забезпечити надання паліативної допомоги згідно із принципами доказової медицини» / Х'юман Райтс Вотч, Інститут правових досліджень та стратегій, м. Харків, ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ»: К., 2011 – 99 с.; С. 8.

9. Наказ МОЗ України від 19 липня 2005 року № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень». Режим доступу: [www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=29842](http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=29842).

10. Постанова КМУ від 13.05.2013 року № 333 «Порядок придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів в закладах охорони здоров'я». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2013-п/card5>.

11. Наказ МОЗ України № 203 15.03.2013 р. «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 19 липня 2005 року N 360». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z0525-13>.

12. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504 «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18>.

13. Наказ МОЗ України від 07.08.2015 р. № 494 «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z1028-15>.

14. ВООЗ, 2002. Дефініція паліативної допомоги: [www.who.int/cancer/palliative/definition/en](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en).

15. 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». – Київ, 2017. – 516 с.

16. Х. Малхотра, Г. Нэреш Маркетинговые исследования. Практическое руководство, 3-е издание.: Пер. с англ. – М.: Издательский дом «Вильямс», 2002. – 960 с.: ил.

*Дата надходження рукопису до редакції: 25.09.2019 р.*

#### **Состояние осведомленности семейных врачей по вопросам законодательного регулирования медицинского обеспечения паллиативной помощи пациентов**

А.Н. Дзюба<sup>1</sup>, О.П. Брацюнь<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДУ «Украинский институт стратегических исследований»

<sup>2</sup>НМАПО имени П. Л. Шупика

В статье проведена оценка уровня осведомленности семейных врачей по вопросам назначения и выписывания лекарственных средств с содержанием наркотических веществ. Освещены некоторые изменения в действующее законодательство в Украине по вопросам обращения лекарственных средств с содержанием наркотических веществ в учреждениях здравоохранения с целью упрощения выписки и назначения опиоидных анальгетиков (далее – ОА) для лечения хронического болевого синдрома (далее – ХБС) на первичном уровне оказания медицинской помощи. Подчеркнута необходимость получения базовых знаний и навыков по вопросам организации и оказания медицинской помощи пациентам, которые нуждаются в паллиативной помощи как одного из важных профессиональных компетенций семейного врача.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** паллиативная помощь, семейные врачи, практика назначения и выписывания

лекарственных средств с содержанием наркотических веществ, лечения ХБС.

#### **Condition of family doctor awareness on legislative regulation of medical care of paliative patients**

O.M. Dziuba<sup>1</sup>, O.P. Bratsyun<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SE «Ukrainian institute of strategic research of Ministry of public health»

<sup>2</sup>National Medical Academy of Postgraduate Education

The article assesses the level of awareness of family doctors on prescribing drugs containing narcotic substances. Here was highlighted some changes in the current legislation on circulation of drugs containing narcotic substances in healthcare facilities in order to simplify the prescribing of opioid analgesics (hereinafter referred to as OA) for the treatment of chronic pain syndrome (hereinafter – CPS) at the primary care level. The need for basic knowledge and skills in organizing and providing medical care to patients requiring palliative care as one of the important professional competencies of the family physician is emphasized.

**KEY WORDS:** palliative care, family doctors, practice of prescribing and prescribing drugs with substance, treatment of chronic pain syndrome.

#### **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Дзюба Олександр Миколайович** – д.мед.н., професор, заступник директора з наукової роботи ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; м. Київ, провулок Волго-Донський, 3.

**Брацюнь Олександра Петрівна** – асистент кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика; 03039, м. Київ, просп. Голосіївський, 59Б.

## Структурно-функціональні зміни коронарних судин у хворих на ішемічну хворобу серця у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

**Мета.** Оцінити особливості уражень коронарних судин у хворих на ішемічну хворобу серця в залежності від наявності цукрового діабету 2 типу.

**Матеріал та методи.** Обстежено 100 хворих на ІХС: стабільна стенокардія напруги, серед яких 60 пацієнтів ІХС поєднувалась з цукровим діабетом 2 типу та 40 хворих на ІХС: стабільна стенокардія напруження II-III ФК без порушень вуглеводного обміну. Для оцінки стану і прохідності коронарних артерій була проведена неінвазивна КТ-ангіографія. За допомогою МСКТ можливо отримувати унікальну інформацію про наявність кальцинозу коронарних артерій, так званого сумарного кальцієвого індексу (СКІ) - кальцинозу коронарних артерій, що відображає його ступінь.

**Результати.** При проведенні МСКТ було виявлено наявність кальцинозу коронарних артерій – сумарний кальцієвий індекс. Отримані у проведенному дослідженні дані свідчать про несприятливий вплив порушення показників вуглеводного обміну на розвиток і прогресування атеросклеротичного процесу. Для хворих з ЦД 2-го типу характерне багатосудинне, диффузне ураження коронарного русла. Серед пацієнтів 1 групи достовірно частіше зустрічалось трьохсудинне ураження КА, у той час як у пацієнтів 2 групи достовірно частіше реєструвалось одно- і двохсудинне атеросклеротичне ураження КА. У пацієнтів з ІХС і супутнім ЦД 2 типу реєструвались більш виражені ураження коронарних судин, ніж у осіб без супутнього ЦД 2 типу. Для пацієнтів з ІХС та супутнім ЦД 2 типу характерний ранній кальциноз великих судин серця за даними МСКТ. Виявлена висока кореляційна залежність між сумарним кальцієвим індексом і показниками вуглеводного обміну (HbA1c, %), ліпідного обміну (ЛПДНЩ, ТГ, ІА) у хворих на ІХС з супутнім ЦД 2 типу, що вказує на вплив порушення вуглеводного та ліпідного обмінів на процес атерогенезу, який більшою мірою виражений у пацієнтів з ЦД 2 типу.

**Висновки.** Показник СКІ, отриманий при МСКТ, свідчить про давність атеросклеротичного ураження та дає змогу оцінити ризик дестабілізації атеросклерозу й розвитку серцево-судинних катастроф. МСКТ-коронарографія відкриває нові можливості діагностики ІХС з виявленням атеросклеротичних змін у судинах коронарного русла, встановленням локалізації та ступеня стенозу у вінцевих артеріях.

**Ключові слова:** цукровий діабет 2 типу, ішемічна хвороба серця, сумарний кальцієвий індекс, безболіва ішемія міокарда.

### ВСТУП

Епідеміологічними дослідженнями доведено, що серцево-судинні ускладнення стають головною причиною захворюваності й смертності при цукровому діабеті (ЦД) (80% пацієнтів із ЦД 2 типу помирають від серцево-судинних ускладнень) [2]. В Україні офіційно зареєстровано 1,2 млн пацієнтів з ЦД 2 типу, тоді як реальна кількість, за оцінками експертів, у 2-3 рази перебільшує статистичні дані [8]. Ішемічна хвороба серця (ІХС) у хворих на ЦД 2 типу маніфестує у 2-3 рази частіше, ніж в осіб того ж віку без діабету. Наявність цукрового діабету у хворих на ІХС визначає більш тяжкий клінічний перебіг і несприятливий прогноз захворювання, особливо при розвитку інфаркту міокарда [9].

Серце є одним із головних органів мішеней при ЦД, а його функціональний стан в значній мірі зумовлює перебіг і прогноз серцево-судинних ускладнень у хворих на ЦД. Проявами ураження серця при ЦД являються діастолічна і систолічна дисфункція ЛШ, ГЛШ та атеросклероз. Вони пов'язані між собою як єдиними факторами ризику, так і загальними патогенетичними процесами. Для хворих на ЦД характерним є раннє виявлення діастолічної дисфункції ЛШ.

Відповідно до патоморфологічних та ангіографічних даних для ІХС на тлі ЦД характерно більш розповсюджене (трьохсудинне ураження), диффузне (багатосегментарне ураження в одній артерії) і дистальне ураження КА. Крім того, атеросклероз при ЦД 2 типу частіше має мультифокальний характер і наряду з коронарними артеріями поширюється і на інші артеріальні басейни [2, 5]. Не зважаючи на інтенсивні дослідження атеросклерозу, асоційованого з ЦД, механізми тісного взаємозв'язку між діабетом і ІХС поки повністю не визначені, внаслідок цього інтенсивно продовжується пошук інших причин, які прискорюють і поглиблюють розвиток атеросклеротичного ураження судин і їх ускладнень при поєднанні клінічних станів [2, 6]. Серед усіх серцево-судинних захворювань саме ураження КА (які живлять серце) з формуванням ІХС є найбільш частою причиною смертності у хворих на ЦД. Загальновизнано, що коронарографія є самим інформативним методом діагностики коронарного атеросклерозу і по праву називається «золотим стандартом» дослідження коронарного русла. У зв'язку з цим, діагностичну цінність всіх інших методів досліджень при цій патології визначають, зіставляючи їх точність з результатами коронарографії. Без проведення ангіографії КА серця діагноз ІХС носить, певною мірою, імовірнісний характер. Останнім часом отримує розвиток

мультиспіральна комп'ютерна томоангіографія коронарних артерій, що носить також назву «неінвазивної коронарографії» за свою здатність до візуалізації власне вінцевих артерій. Сьогодні мультиспіральна комп'ютерна томографія (МСКТ) використовується у кардіологічній практиці як неінвазивна діагностика для виявлення коронарного атеросклерозу з оцінкою кальцієвого індексу (КІ), а також з метою визначення стенозів змін під час МСКТ-коронарографії [13]. Показник КІ, отриманий при МСКТ, свідчить про давність атеросклеротичного ураження та дає змогу оцінити ризик дестабілізації атеросклерозу й розвитку серцево-судинних катастроф [12]. МСКТ-коронарографія відкриває нові можливості діагностики ІХС з виявленням атеросклеротичних змін у судинах коронарного русла, встановленням локалізації та ступеня стенозу у вінцевих артеріях [3, 5].

**Мета** – оцінити особливості уражень коронарних судин у хворих на ішемічну хворобу серця в залежності від наявності цукрового діабету 2 типу.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження були залучені 100 хворих на ІХС: стабільна стенокардія напруги, які знаходилися на лікуванні у терапевтичному та поліклічному відділеннях лікарні. Усі хворі з ІХС поділені на 2 групи: першу складали хворі на ЦД 2 типу у поєднанні з ІХС, стабільна стенокардія напруги (n=60), другу – хворі на ІХС: стабільна стенокардія напруження II-III ФК без порушень вуглеводного обміну (n=40). До першої групи увійшли хворі у віці від 45 до 65 років (медіана віку – 57,0 (47,0; 65,0) років, серед них 23 (38%) чоловіки і 37 (62%) жінок). Середній вік чоловіків хворих ЦД 2 типу склав (55,0±4,3) років, середній вік жінок – (54,7±4,7) років. 2 групу склали хворі у віці від 45 до 65 років (медіана віку – 55,0 (48,0; 64,0) років, серед них 15 (38%) чоловіків і 25 (62%) жінок). Критерії включення: наявність документально підтвердженого ЦД 2 типу середнього та тяжкого ступеня з тривалістю захворювання не менше 5 років, верифікована (документована) ІХС: стабільна стенокардія напруження II-III функціонального класу (ФК); письмова інформована згода на участь у дослідженні. Діагноз ІХС та функціональний клас стабільної стенокардії ґрунтувався на комплексному аналізі скарг, даних фізикального обстеження, результатах лабораторних та інструментальних досліджень згідно з Національними стандартами (Наказ МОЗ України № 152 від 02.03.2016) [195]. Діагностика ЦД проведена за критеріями, наведеними в Уніфікованому клінічному протоколі первинної та вторинної допомоги «Цукровий діабет 2 типу» (Наказ МОЗ України № 1118 від 21.12.2012) [195]. Ступінь компенсації вуглеводного обміну оцінювали за величиною глюкози натщесерце та постпрандіальної глікемії, HbA1c. Критерії вилучення – цукровий діабет 1 типу; загострення хронічних запальних процесів або наявність гострих запальних захворювань, гострого інсульту, гострої ліво- або правошлуночкової недостатності; серцева недостатність III-IV функціонального класу (NYHA); гострий інфаркт міокарда або нестабільна стенокардія; коматозні стани будь-якої

етиології; інсулінзалежним цукровим діабетом або цукровим діабетом у стадії декомпенсації; анемія (Hb<90 г/л); гострі інфекційні захворювання.

Тривалість ЦД 2 типу варіювала від 5 до 20 років, в середньому 9,3±3,6 років. Тривалість ЦД 2 типу від 5 до 10 років – у 28 хворих, більше 10 років у 32 осіб. У 36,6% хворих зареєстрована середня ступінь тяжкості захворювання ЦД, 63,3% пацієнта мали тяжкий перебіг. Обтяжену спадковість по ЦД мали 43,3% хворих. Усі хворі першої групи страждали на ЦД 2 типу у стані субкомпенсації (глікемія натще <7,6 ммоль/л, постпрандіальна <9,0 ммоль/л, глікозильований гемоглобін <8,5%).

Базисна терапія ЦД 2 типу проводилась згідно протоколом МОЗ України № 1118 від 21.12.2012 р.: усі пацієнти 1 групи отримували цукрозовнижуючу терапію: препарати сульфонілсечовини (глімеперід 4 мг на добу) та бігу аніди (метформін) в стабільних дозах – 2000 мг на добу. Спутня терапія відповідно до наказу МОЗ України № 436 від 03.07.2006 р. проводилась у повному обсязі у складі антиагрегантних, антигіпертензивних препаратів в незмінних дозах.

При дослідженні хворих проводився аналіз скарг, кардіологічного анамнезу, факторів судинного ризику, даних об'єктивного дослідження, клініко-лабораторних та клініко-інструментальних методів дослідження, які включали ЕКГ, холтеровське моніторування ЕКГ, Ехо-КГ та МСКТ. Для оцінки стану і прохідності коронарних артерій була проведена неінвазивна КТ-ангіографія. За допомогою МСКТ можливо отримувати унікальну інформацію про наявність кальцинозу коронарних артерій, так званого сумарного кальцієвого індексу (СКІ) - кальцинозу коронарних артерій, що відображає його ступінь. Для кількісної оцінки ступеню кальцинозу коронарних артерій методом МСКТ використовувалось програмне забезпечення томографа «Smart Score» по методу Agatston (1990 р.), що дозволяло виявити коронарний кальциноз і визначити його ступінь за рахунок кількісного підрахунку кальція у судинах.

Гемодинамічно значимими вважались звуження коронарної артерії на 50% і більше по діаметру. Стенози від 50% до 70% по діаметру оцінювались як пограничні, стенози більше 70% – як виражені, повне перекриття просвіту артерії розцінювалось як тотальна оклюзія. Ангіографічна класифікація звужень виконувалась відповідно до рекомендацій Американської Кардіологічної Асоціації (ACC/ANA).

Статистична обробка отриманих даних проводилась за стандартними програмами на персональному комп'ютері з використанням пакету прикладних програм «Statistica» for Windows 6.0» (№ ліцензії AXXR712D833214FAN5).

Розраховували параметри нормального розподілення: середні вибірки (M), середнє квадратичне відхилення (σ), середню похибку середньої арифметичної (m) та t-критерій Ст'юдента. При співвідношенні  $t < t$  критичного для заданого рівня значимості ( $\alpha=0,05$ ) по таблиці квантильми t – розподілення визначається достовірність розбіжностей.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У хворих на ІХС з супутнім ЦД 2 типу у 45% випадків (27 пацієнтів 1 групи, з яких 10 чоловік (37,03%) і 17 жінок (62,9%)) зареєстрована депресія сегмента ST не супроводжувалась больовими відчуттями (ББІМ) (n=40хв.). У хворих на ІХС, що не мали супутнього ЦД безбольова ішемія міокарда зустрічалась лише у 20% (n=6 хв.).

За результатами дослідження виникнення (ST ер.) епізодів ББІМ в 1 групі пацієнтів (35,54±4,70) зустрічалось достовірно частіше у порівнянні з 2 групою пацієнтів (22,37±1,52), (p<0,05). Глибина зсуву сегменту ST (ST деп.) у групі, що страждала на ЦД 2 типу (1,52±0,24) достовірно перевищувала в групі пацієнтів без супутнього ЦД 2 типу (1,07±0,52) на (42,05%).

За результатами аналізу добового розподілу епізодів ББІМ, виявлені періоди найбільшої частоти епізодів ББІМ – з 8<sup>00</sup> до 12<sup>00</sup> годин (19 епізодів 42%), і з 17<sup>00</sup> до 20<sup>00</sup> годин (11 епізодів 24,4%), з деяким зниженням у проміжку часу між 14<sup>00</sup> до 17<sup>00</sup> і різким зниженням в проміжку часу з 24<sup>00</sup> до 6<sup>00</sup> годин. Більша частина епізодів ББІМ доводилось на денний час доби, а більше 50% розвивалось з 8<sup>00</sup> до 14<sup>00</sup>, що відповідало періоду найбільшої активності пацієнтів.

Особи, у яких мали місце епізоди ББІМ, відрізнялися більш старшим віком і тривалістю ЦД 2 типу, у них була суттєво більша тривалість ЦД 2 типу, ніж у групі хворих без ББІМ (на 47,12%) (табл. 1).

При оцінці ураження коронарних судин у обстежуваних хворих було виявлено, що серед пацієнтів 1 підгрупи з безбольовою формою ІХС у поєднанні з ЦД 2 типу односудинне ураження реєструвалось достовірно рідше (n1=1; 16,6%) ніж у групі з больовою формою ІХС (n1=3; 50%) в той час як серед пацієнтів 2 групи односудинне ураження реєструвалось достовірно частіше (n2=4; 66,6%) (p=0,016). Також серед пацієнтів 1 групи достовірно частіше виявлялось двохсудинне ураження коронарного русла (підгрупа з ББІМ n=2; підгрупа з БІМ n=2) у той час як серед пацієнтів 2 групи двохсудинне ураження реєструвалось достовірно рідше (n2=1; 16,6%) (p=0,025). Серед пацієнтів 1 групи, зокрема серед пацієнтів з ББІМ достовірно частіше зустрічалось трьохсудинне ураження КА (n1=3; 50%) у порівнянні з пацієнтами 2 групи (n2=1; 16,6%), що підтверджує більш несприятливий перебіг атеросклеротичного процесу у групі осіб з ЦД 2 типу з епізодами ББІМ (p=0,0008).

Кількість уражених судин у обстежених хворих представлені на рис. 1.

Таблиця 1

### Характеристика хворих на ЦД 2 типу з епізодами ББІМ та без

Показник	Категорія хворих	
	з ББІМ, n=27	без ББІМ, n=33
Вік	56,3±4,55*	49,5±8,38
Тривалість СД	12,8±6,31*	8,7±5,27
Стать (ч/ж)	8 (47,1%) / 9 (52,9%)	15 (42,9%) / 20 (57,1%)
Кількість хворих з надлишковою масою тіла / ожирінням	15 (88,2%) / 11 (64,7%)	28 (80%) / 18 (51,4%)
ІМТ	33,2±3,64	31,0±5,23

Примітка: статистична значимість у порівнянні з групою хворих без ББІМ: \* - p<0,05

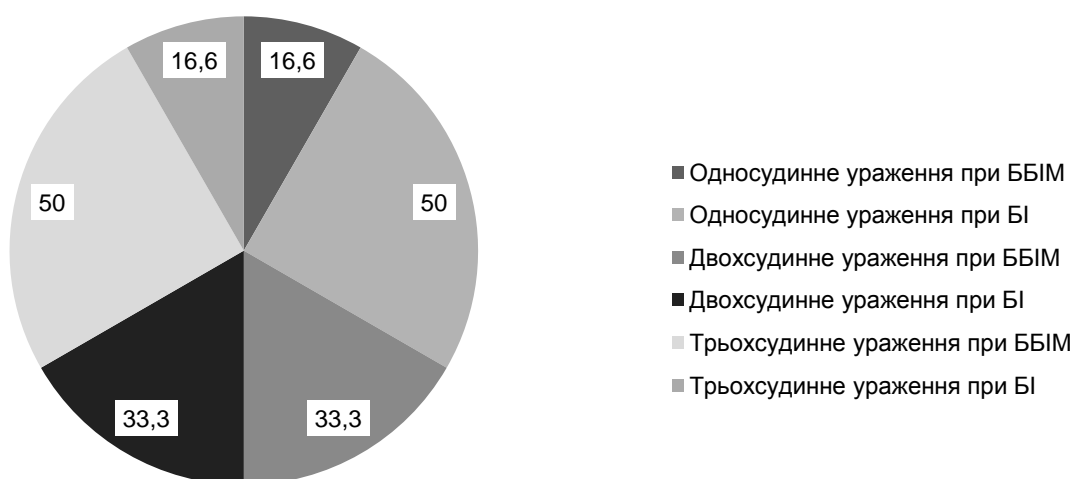
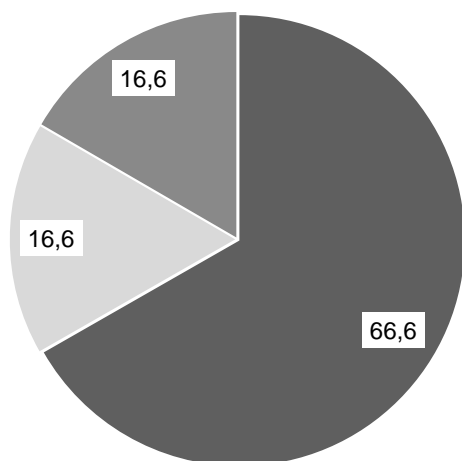


Рис. 1. Кількість уражених судин у хворих на ІХС у поєднанні з ЦД 2 типу



**Рис. 2.**  
Кількість уражених судин у хворих ІХС без ЦД 2 типу

- Односудинне ураження
- Двохсудинне ураження
- Трьохсудинне ураження

Нами були проаналізовані взаємозв'язки тривалості ЦД 2 типу з характером атеросклеротичного ураження судин. Встановлені середні позитивні кореляційні зв'язки між тривалістю ЦД 2 типу і кількістю уражених коронарних судин ( $R=0,5$ ;  $p<0,000001$ ). Також було встановлено наявність слабого позитивного кореляційного зв'язку між рівнем глюкози сировотки крові і кількістю уражених сегментів коронарних артерій ( $R=0,27$ ;  $p=0,002$ ). Рівень HbA1c був пов'язаний сильним позитивним кореляційним зв'язком з кількістю уражених коронарних судин ( $R=0,70$ ;  $p<0,000001$ ).

У процесі дослідження встановлено, що рівень СКІ у пацієнтів обох підгруп не мав достовірної різниці ( $p>0,05$ ). Відсутність достовірної різниці СКІ може бути розцінено, як результат раннього кальцинозу у хворих на ЦД 2 типу, обумовленого порушенням кальцієвого обміну.

Ступінь кореляції з показниками ліпідного та вуглеводного обміну різнився у пацієнтів різних груп. Так, якщо у пацієнтів 2 групи СКІ мав високий ступінь кореляції лише з ЛПНЩ ( $r=0,55$ ), з ЗХС ( $r=0,58$ ), то у пацієнтів 1 групи спостерігався високий показник кореляції з ЛПДНЩ ( $r=0,65$ ), з ТГ ( $r=0,65$ ) та з коефіцієнтом атерогенності, що можна пояснити особливостями обміну у даної групи пацієнтів.

Очікувано високою була кореляція між СКІ і HbA1c ( $r=0,67$ ), що може свідчити про зв'язок ступеня компенсації ЦД та інтенсивності кальцинозу судин серця у пацієнтів з ЦД 2-типу. Кореляційні зв'язки між вуглеводним, ліпідним обміном та СКІ наведені в таблиці 2.

Таблиця 2  
**Показники кореляційного зв'язку вуглеводного, ліпідного обмінів та СКІ у хворих на ІХС**

Показник	Коефіцієнт кореляції з СКІ	
	1 група	2 група
ЗХС, ммоль/л	0,32	0,58*
ТГ, ммоль/л	0,65*	0,10
ЛПНЩ, ммоль/л	0,21	0,55*
ЛПДНЩ, ммоль/л	0,65*	0,11
ЛПВЩ, ммоль/л	0,57	0,03
ІА, ум. од.	0,67*	0,45
Глюкоза, ммоль/л	0,15	0,097
HbA1c, %	0,67*	-

Примітки: 1.\* - високий ступінь кореляції;  
2.  $p<0,05$  достовірність.

Таким чином, існує чітка паралель між формуванням і прогресуванням коронарного і не коронарного атеросклерозу.

Отримані у проведенному нами дослідженні дані свідчать про несприятливий вплив порушення показників вуглеводного обміну на розвиток і прогресування атеросклеротичного процесу.

#### ВИСНОВКИ

Таким чином, ББІМ у пацієнтів з супутнім ЦД 2 типу зустрічалась в два рази частіше (45% від загальної кількості пацієнтів з ЦД), ніж у пацієнтів без ЦД (20% від загальної кількості пацієнтів без ЦД 2 типу). особи, які мали епізоди ББІМ, були більш старшого віку і тривалість ЦД 2 типу у них була більша, ніж у хворих без епізодів ББІМ. У той час, не спостерігалось переважання однієї із статі серед хворих з ББІМ, що мабуть, можна пояснити нивелюванням статевих відмінностей у захворюваності ІХС обумовлених цукровим діабетом.

Існує чітка паралель між формуванням і прогресуванням коронарного і не коронарного атеросклерозу.

Отримані у проведенному нами дослідженні дані свідчать про несприятливий вплив порушення показників вуглеводного обміну на розвиток і прогресування атеросклеротичного процесу.

Для хворих з ЦД 2-го типу характерне багатосудинне, диффузне ураження коронарного русла. Серед пацієнтів 1 групи достовірно частіше зустрічалось трьохсудинне ураження КА, у той час як у пацієнтів 2 групи достовірно частіше реєструвалось одно- і двохсудинне атеросклеротичне ураження КА.

У пацієнтів з ІХС і супутнім ЦД 2 типу реєструвались більш виражені ураження коронарних судин, ніж у осіб без супутнього ЦД 2 типу.

Встановлені середні позитивні кореляційні зв'язки між тривалістю ЦД і кількістю уражених коронарних судин. Також були встановлені позитивні взаємозв'язки між рівнем глюкози сировотки крові, глікозильованим гемоглобіном і кількістю уражених коронарних судин.

Для пацієнтів з ІХС та супутнім ЦД 2 типу характерний ранній кальциноз великих судин серця за даними МСКТ. Виявлена висока кореляційна залежність між сумарним кальцієвим індексом і показниками вуглеводного обміну (HbA1c, %), ліпідного обміну (ЛПДНЩ,

ТГ, ІА) у хворих на ІХС з супутнім ЦД 2 типу, що вказує на вплив порушення вуглеводного та ліпідного обмінів на

процес атерогенезу, який більшою мірою виражений у пацієнтів з ЦД 2 типу.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Паньків В.І., Хуторська Л.А. Ризик загальної і серцевосудинної смертності, основних серцевосудинних подій у хворих на цукровий діабет 2-го типу залежно від вибору терапії після встановлення діагнозу // Буковинський медичний вісник. – 2013. – Т. 17, № 1 (65). – С. 80–85.
2. Особенности нарушенной структурно-функциональных параметров сердца у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и диабетической автономной кардиальной невропатией / М.Е. Стаценко, С.В. Туркина, С.С. Шалаева [и др.] // Терапевтический архив. – 2013. – №10. – С. 23-28.
3. Бильченко А.В. Многофакторный подход к терапии сахарного диабета 2 типа и новые горизонты в контроле заболевания // "Здоров'я України 21 сторіччя". - 2016. - №3. - С. 4-6.
4. Бондарь И.А., Демин А.А., Королева Е.А., Состояние сердца и сосудов при диабетической автономной нейропатии // Сахарный диабет. – 2014. – №2. – С.41-46.
5. Metabolic control and cardiovascular risk factors in type 2 diabetes mellitus patients according to diabetes duration / Primary care Group for the study of Diabetes, J. F. Nadal, P. Roura-Olmeda, B. Benito-Badorrey, A. Rodriguez-Poncelas, G. Coll-de-Tuero, M. Mata-Cases // Family Practice. – 2015. – 32(1). – P. 27–34.
6. Попруга А. О., Стародубцев С. Г., Л. Є. Бобирьова, Особливості клінічного перебігу ішемічної хвороби серця у хворих на цукровий діабет 2-го типу залежно від віку і статі // Сімейна медицина. - 2016. - № 3. - С. 89-93.
7. Долженко М.М., Перепельченко Н.А., Базилевич А.Я. Ішемічна хвороба серця на тлі цукрового діабету 2 типу: своєрідність перебігу та обґрунтування терапії // WebCardio.org. – 2010.
8. Наказ МОЗ України № 1118 від 21.12.2012 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу». Сергиенко О.О., Сергиенко В.О. Кардіоваскулярна автономна нейропатія у хворих на цукровий діабет // Здоров'я України. - 2013. - № 3. - С.38-41.
9. Cardiovascular safety of anti-diabetic drugs / R. Kumar, D. M. Kerins, T. Walther // European Heart Journal. Cardiovascular Pharmacotherapy. – 2015. – P. 202–208. – Doi : 10.1093/ehjcvp/pvv035.
10. Ткаченко В.І., Маньковський Б.М., Долженко М.М. Аналіз медичного стану пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу та його вплив на розвиток ускладнень // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2014. – № 8. – С. 18-23.
11. Pop-Busui R. Cardiac autonomic neuropathy in diabetes. A Clinical perspective // Diabetes Care. – 2010. – 33(2). – P. 437-441.
12. Diabetes and cardiovascular disease in older adults: current status and future directions / J. B. Halter, N. Musi, H. F. McFarland, J. P. Crandall, A. Goldberg // Diabetes. – 2014. – 63. – P. 2578-2589. Standards of Medical Care in Diabetes-2014 // Diabetes Care. – 2014. – Vol. 37.
13. Rodriguez-Poncelas A., Coll-de-Tuero G., Saez M. et al. Comparison of different vascular risk engines in the identification of type 2 diabetes patients with high cardiovascular risk // BMC Cardiovasc. Disord. – 2015. – Vol. 15 (1). – P. 121. doi: 10.1186/s12872-015-0120-3.
14. Standards of Medical Care in Diabetes-2014. Diabetes Care. 2014: 37.

*Дата надходження рукопису до редакції: 05.08.2019 р.*

### **Structural and functional changes of coronary vessels in patients with ischemic heart disease in conjunction with diabetes mellitus type 2**

*V.I. Koshlyu, A.V. Piskun*

**The aim** – to evaluate the features of coronary artery disease in patients with coronary heart disease, depending on the presence of type 2 diabetes.

**Materials and methods.** 100 patients with coronary heart disease were examined: stable angina pectoris, among which 60 patients with CHD were combined with type 2 diabetes and 40 patients with coronary heart disease: stable angina pectoris II-III FK with no carbohydrate metabolism disorders. Non-invasive CT angiography was performed to assess the status and coronary artery patency of the coronary arteries. With the help of MSCT it is possible to obtain unique

information on the presence of coronary artery calcinosis, the so-called total calcium index (SCI) – calcinosis of coronary arteries, reflecting its degree.

**Results.** In the course of MSCT, the presence of coronary artery calcinosis was found – the total calcium index. The data obtained in the study show the adverse effect of the violation of carbohydrate metabolism on the development and progression of the atherosclerotic process. For patients with type 2 diabetes mellitus is characterized by a multicentric, diffuse defeat of the coronary bed. Among patients in group 1, three-vessel lesions of the CA were significantly more common, while in patients of the 2nd group, one and two-vessel atherosclerotic lesions of the CA were significantly more likely to be registered. Patients with coronary heart disease and concomitant type 2 diabetes had more severe coronary artery disease than those without concomitant DM type 2. For patients with coronary heart disease and concomitant diabetes

mellitus type 2, early calcinosis of the large cardiac vessels is characteristic according to the MSCT. A high correlation between the total calcium index and carbohydrate metabolism indices (HvA1c, %), lipid metabolism (LPDH, TG, IA) was found in patients with coronary artery disease with concomitant DM type 2, indicating the effect of carbohydrate and lipid metabolism disruption on the process of atherogenesis, which is more pronounced in patients with type 2 diabetes.

**Conclusions.** The SCI score obtained by the MSCT indicates the prescription of atherosclerotic lesions and allows

to assess the risk of destabilization of atherosclerosis and the development of cardiovascular catastrophes. MSCT-coronography opens new possibilities for the diagnosis of coronary artery disease with the detection of atherosclerotic changes in the vessels of the coronary bed, the establishment of localization and the degree of stenosis in the coronary arteries.

**KEY WORDS:** diabetes mellitus type 2, ischemic heart disease, total calcium index, painless ischemia of the myocardium.

### ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

**Кошля В.І.** – д.мед.н., професор, завідуючий кафедрою загальної практики – сімейної медицини з курсами дерматовенерології та психіатрії ДЗ «ЗМАПО МОЗ України».

**Піскун А.В.** – асистент кафедри загальної практики – сімейної медицини з курсами дерматовенерології та психіатрії ДЗ «ЗМАПО МОЗ України».



## Тенденції змін у формуванні безпечної поведінки за результатами впровадження удосконаленої моделі профілактики шкільного травматизму

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна  
Кіровоградський медичний коледж імені Є.Й. Мухіна, м. Кропивницький, Україна

В роботі представлені результати впровадження окремих елементів удосконаленої моделі профілактики шкільного травматизму на регіональному рівні, основні положення якої були опубліковані. Організаційний експеримент з зазначеною метою проводився на базі навчально-тренінгового центру при Кіровоградському медичному коледжі імені Є.Й. Мухіна, що був передбачений моделлю. Основу роботи склали дані опитування 313 осіб, із них 47 – учнів початкових класів, 54 – 5-9; 54 – 10-11; 58 – студентів медичного коледжу, а також по 50 їх батьків та вчителів. З цією метою була розроблена спеціальна анкета, якою передбачена самооцінка респондентами рівня таких ознак як мотивація, знання, уміння, вольова наполегливість, що необхідні для формування культури здоров'я, складовою якої є безпечна поведінка. Особливість полягала в порівнянні даних до – та після участі опитаних в процесі оволодіння знаннями та практичними навичками в означеному центрі, а також в результаті проведення комплексу організаційно-інформаційних, методичних цілеспрямованих заходів.

За даними втілення на практиці окремих елементів моделі профілактики шкільного травматизму, виявлені особливості формування культури здоров'я серед вчителів, батьків учнів, учнівської молоді, що полягають і їх залежать від визначених відмінностей базових рівнів чотирьох компонент, які її складають (мотиваційна, пізнавальна, діяльнісна, вольова) і пов'язані із підпорядкуванням їх змін різним віковим категоріям учнівської молоді та стану взаємозв'язків між учнями, батьками, вчителями.

**Ключові слова:** шкільний травматизм, профілактика, вчителі, батьки, учні, мотивація, знання, уміння, наполегливість.

### ВСТУП

Спосіб життя і стан нинішнього здоров'я населення України віддзеркалює соціально-економічний їх розвиток, а сучасні адміністративно-територіальні перетворення, нововведення та реформи не обминають й систему охорони здоров'я [1, 2]. Ситуація, що склалася, вимагає покращення здоров'я населення, що за умов досягнень і можливостей медичної галузі, більшою мірою, пов'язано із профілактикою захворювань [3, 4]. Оскільки становлення майбутнього української держави, її трудових ресурсів та безпеки в період демографічної кризи залежить від фізичного здоров'я підростаючого покоління, особливої, першорядної уваги потребує учнівська молодь. Тим більше, що останніми роками відмічається його негативна тенденція [5, 6]. Тому зараз тема профілактики набула актуалізації і широко обговорюється в публікаціях, зачіпаючи різні її аспекти при різних патологіях [7, 8]. Проте, в них недостатньо висвітлюються безпосередні якісні зміни, які відбулися за результатами тих чи інших заходів по модернізації її організаційно-професійних положень. Тоді як саме ці відомості демонструють необхідність перетворень, їх реальність та перспективність.

Одним із важливих напрямів збереження здоров'я учнівської молоді є попередження травматизму, в тому числі шкільного, яке входить в першу п'ятірку структури дитячої захворюваності [9, 10]. Зазначене обумовило актуальність ретельного вивчення питання. Таке дослідження нами було проведене, результатом якого стала розроблена удосконалена модель профілактики шкільного травматизму [11, 12].

В подальшому інтерес представила оцінка проведених заходів по впровадженню окремих елементів моделі, що здійснювалась з 01 січня 2014 р. по 01 вересня 2019 року. Основним інструментом для здійснення такої роботи було обрано соціологічне опитування.

Вищевикладене зумовило **мету** даної роботи: вивчити тенденції змін в свідомості учнівської молоді, їх батьків та вчителів щодо формування та потреби дотримання безпечної поведінки, як складової попередження шкільного травматизму.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Базою організаційного експерименту був навчально-тренінговий центр при Кіровоградському медичному коледжі імені Є.Й. Мухіна, створення якого було передбачено запропонованою удосконаленою моделлю профілактики шкільного травматизму (затверджений наказом Кіровоградської державної адміністрації №943/220/92/567-од/145-од/14130 від 09 серпня 2018 р.). Він став організаційно-методичним центром для навчання учнів, їх батьків та працівників освіти з питань здорового і безпечного способу життя на основі формування потреби та розвитку відповідних навичок. Згідно методології дослідження, проведено соціологічне опитування за спеціально складеною анкетною, за якою вивчались чотири основні компоненти, що формують культуру здоров'я і включають в себе безпечну поведінку. Наслідком останньої обумовлюється попередження шкільного травматизму. До компонент віднесені: наполегливість, знання, уміння та вольова

наполегливість. Особливість роботи полягала у передбаченій можливості отримати дані за наступними рівнями самооцінки, відповідно перерахованим ознакам, як низький, середній, високий до- та після участі в процесі оволодіння знаннями та практичними навичками в означеному центрі. В дослідженні прийняли участь 313 респондентів, із них учнів, в тому числі початкових класів – 47, 5-9 – 54, 10-11 – 54, студентів вказаного медичного коледжу 58, а також по 50 чоловік їх батьків та вчителів.

Дані подаються в форматі  $M \pm m$ . У випадках необхідності доведення достовірності відмінностей порівнювальних параметрів використовувався критерій Ст'юдента.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ  
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Відоме значення впливу світогляду вчителів та батьків на формування у підростаючого покоління культури здоров'я, потреби дотримання принципів здорового способу життя, яке включає безпечну поведінку, обумовило доцільність спочатку прокоментувати дані аналізу їх відповідей. На рис. 1 наочно представлена така інформація від вчителів.

Як видно із діаграми, відсутність достатніх знань у вчителів до впровадження принципів попередження шкільного травматизму, неможливістю реальності широкомасштабної роботи по популяризації здоров'я-зберігаючих технологій серед учнів. На її низький рівень вказало 98,0% опитаних і тільки 2% – визнали його середнім. Умінням і навичками практичною втіленої оздоровчих технологій на низькому та середньому рівнях володіли 3,7% та 86,3% відповідно. При цьому мотивація до проведення такої, достатньо складної роботи, що не повністю вкладається в пряму професійну діяльність вчителів, у більшості їх половини була низького рівня (у 62,7%) і у 37,3% – середнього. Наполегливість, яку проявило 60,8% вчителів середнього рівня і яка була в 1,5 рази частішою за низьку (39,2%), свідчить про

готовність, розуміння і бажання проводити необхідні заходи по покращенню культури здоров'я, поширенню безпечної поведінки серед учнів. Варто зазначити, що в жодному випадку самооцінки високого рівня проявлено не було. Ситуація докорінно змінилася після впровадження моделі. А саме: в жодному випадку оцінка за параметрами не була низького рівня. Найбільш суттєві зміни відбулися в рівнях здобутих знань та уміння їх використовувати. В першому випадку він став високим у 15,8%, а середній зріс з 2,0% до 84,2%. Високий рівень здатності їх практичного застосування стали відмічати 88,2% респондентів. Суттєвих позитивних змін зазнали й показники мотивації та наполегливості; їх рівні стали високими 37,3% та 62,7% і середніми: 62,7% та 37,3% відповідно. Оскільки мотивація та наполегливість, на нашу думку, більшою мірою залежить від характеру особистості та оточуючих умов виконання професійних обов'язків, на перший план виходить необхідність активізації кваліфікованої просвітницької діяльності разом із проведенням тренінгових занять з освоєнням практичного використання набутих знань. Саме цей напрям повинен реалізуватись під егідою медичних працівників.

На рис. 2 представлена подібна інформація від батьків.

Вражає, що батьки не вважають своїм обов'язком виховувати у власних дітей культуру здоров'я, налагоджувати на безпечну поведінку. Адже мотивація низького рівня виявилася у 98,0% опитаних, на такому рівні був й практичний досвід (92,2%). При цьому у більшості (60,8%) такою була також наполегливість та нестачі знань з її низьким (31,4%) та середнім рівнями (68,6%). Впровадження моделі змінило ситуацію. Низький рівень за усім критеріями не проявлявся. Високий рівень набутих знань (74,5%) та середній у кожного четвертого прямим чином відбився на розумінні необхідності (мотивації) забезпечення безпечної поведінки дітей (високий рівень – 43,1%, середній – 56,9%), а також належної наполегливості у досягненні бажаного результату (45% та 55,0% високий та середній рівні відповідно).

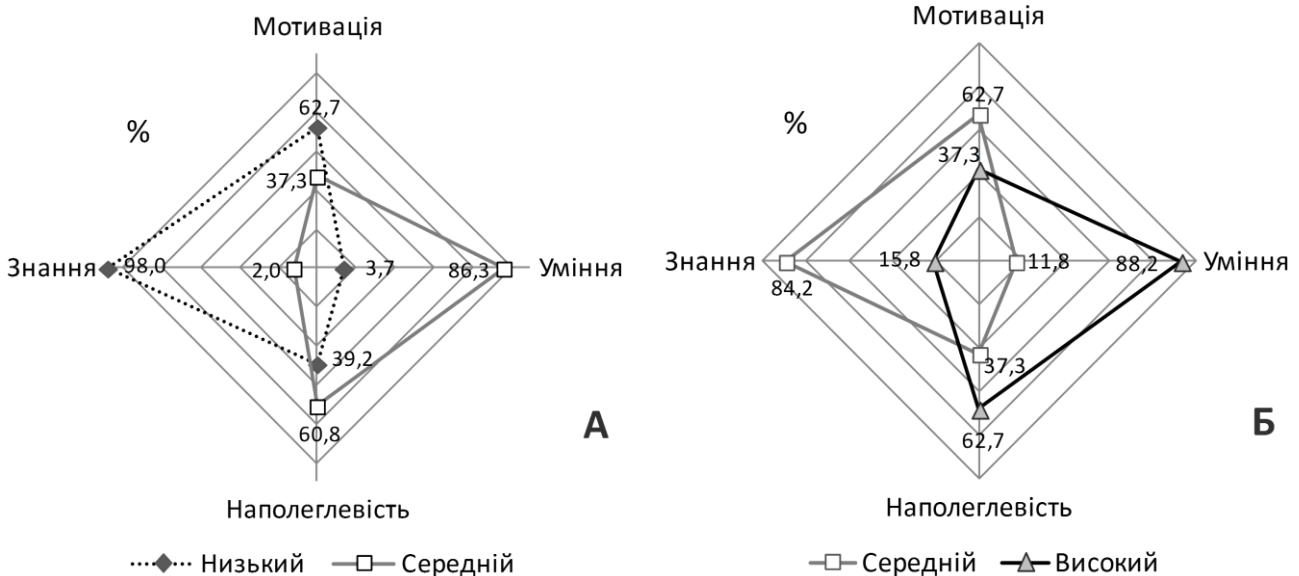
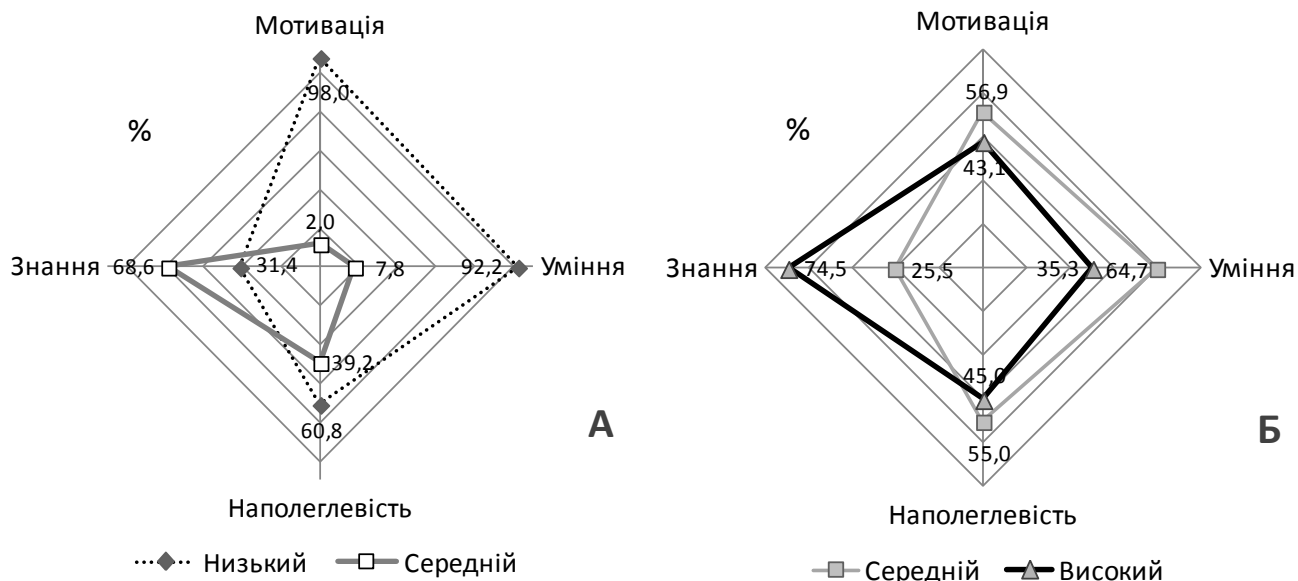


Рис. 1. Діаграма самооцінки вчителями готовності до профілактики шкільного травматизму, здоров'язберігаючої поведінки до (А) та після (Б) впровадження моделі (%)



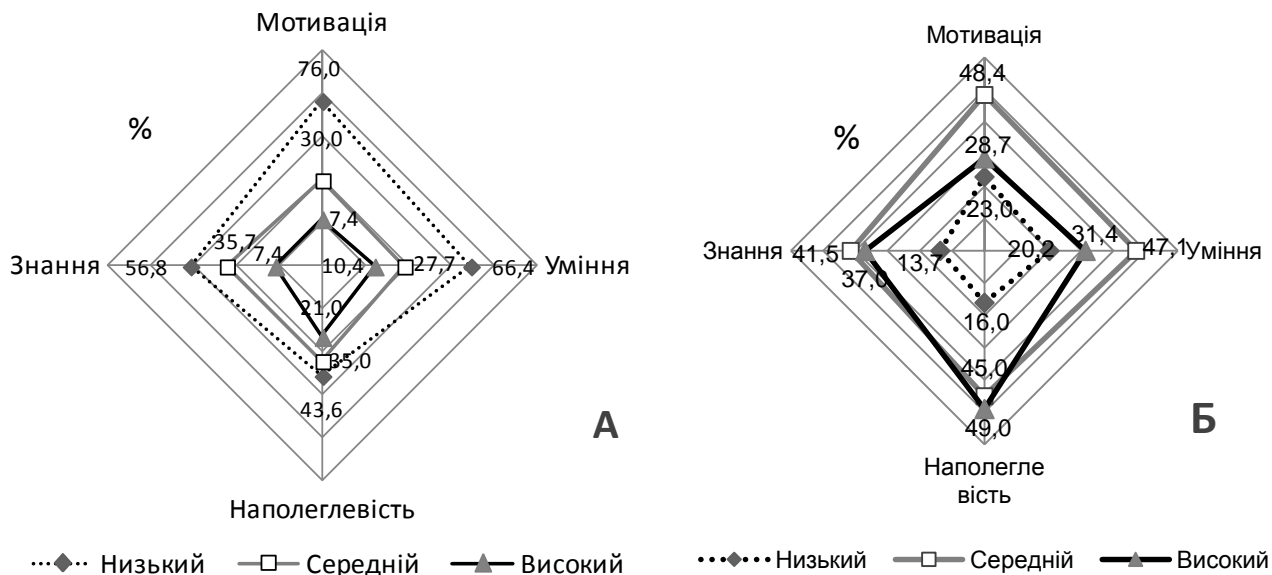
**Рис. 2.** Діаграма самооцінки батьками готовності до профілактики шкільного травматизму, здоров'язберігаючої поведінки до (А) та після (Б) впровадження моделі (%)

Не менш важливе значення мають практичні навички. Уміння їх реалізації зросло з 7,8% до 64,7% опитаних до середнього рівня, а у 35,3% до високого.

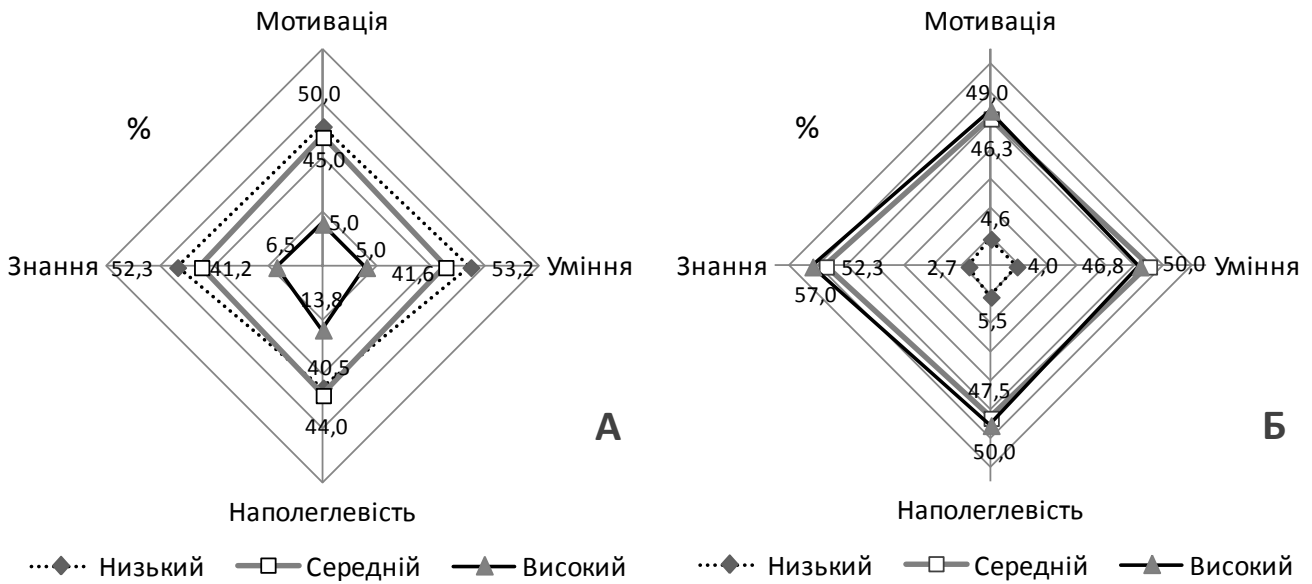
Таким чином, до початку промоції здоров'язберігаючих технологій у більшості вчителів виявлена недостатність знань та навичок їх практичного застосування, у більшості батьків – переважала низька мотивація та діяльнісна компонента. За результатами

впровадження елементів запропонованої моделі досягнута чітка сформованість за усіма чотирма компонентами серед вчителів та батьків, що безпосередньо має відбитися й у свідомості учнівської молоді.

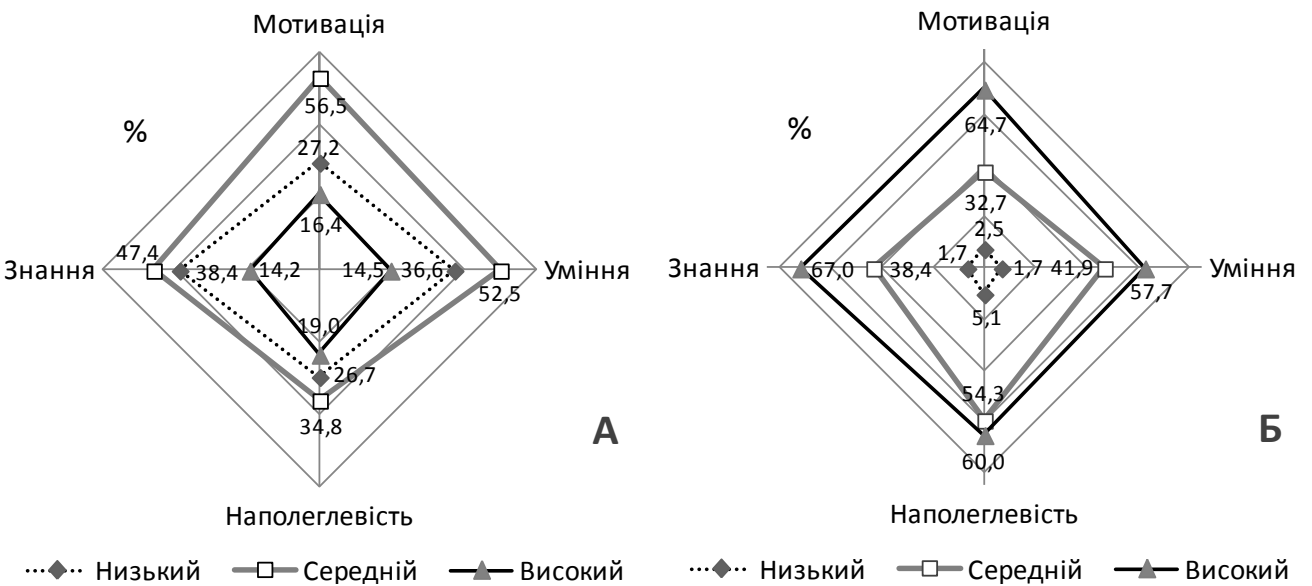
Зазначене положення знайшло підтвердження за даними вивчення анкет опитаних учнів. Результати його з урахуванням їх вікових категорій подаємо на рис. 3–6.



**Рис. 3.** Діаграма самооцінки учнями навчальних класів готовності до профілактики шкільного травматизму до (А) та після (Б) впровадження моделі (%)



**Рис. 4.** Діаграма самооцінки учнями 5-9-х класів готовності до профілактики шкільного травматизму до (А) та після (Б) впровадження моделі (%)



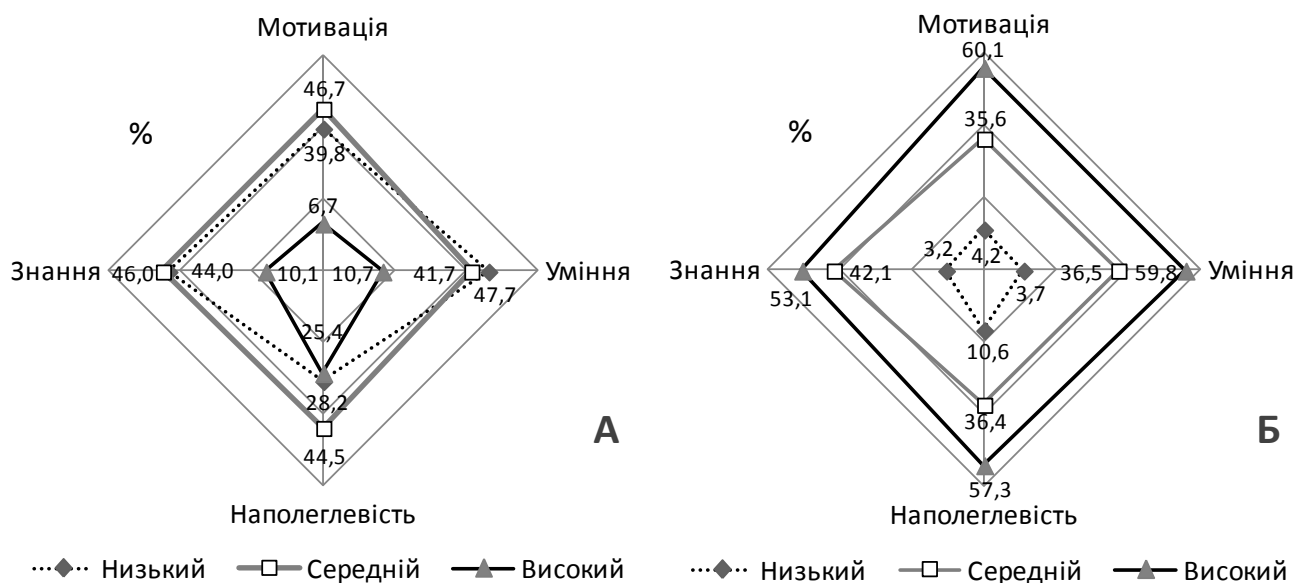
**Рис. 5.** Діаграма самооцінки учнями 10–11-х класів готовності до профілактики шкільного травматизму до (А) та після (Б) впровадження моделі (%)

За порівняльним аналізом отриманих даних, при відсутності різниці за статтю, виявлені наступні особливості. Спочатку звернемо увагу на мотиваційний компонент, як основи подальших дій для формування особистісної потреби збереження здоров'я, дотримання культури здорового способу життя. У переважній більшості учнів початкових класів він практично не був сформований. Так, рівень його низький – у 76,0±8,1% випадках, середній – 30,0±5,4% і тільки у 7,4±2,2% – високий. З віком ситуація позитивно змінюється. Серед учнів середньої школи (5–9 класів) достовірно менше із низьким рівнем мотиваційного посилу і одночасно більше мали середній (50,0±5,5% та 45,0±5,0% проти 76,0±8,1% та 30,0±5,4% учнів початкових класів відповідно) при високому рівні –

5,0±1,5% проти 7,4±2,2%. В свою чергу низька мотивація у старшокласників була у достовірно меншій їх кількості порівняно із попередніми (33,5±4,6% серед усіх, в тому числі учнів – 27,2±7,0% та 39,8±2,3% студентів), більшою із середнім (серед усіх 51,6±6,1% та 56,5±8,3% та 46,7±3,9% – учнів і студентів відповідно), а також високим (серед усіх 11,5±2,1%; 16,4±4,2% та 6,7±0,1% проти 5,0±1,5% відповідно). Подібна тенденція виявлена й при оцінці рівня знань з питань формування культури власного здоров'я, що логічним ланцюгом пов'язана з мотивацією до цього. У більшості учнів початкової та середньої шкіл він був низьким (56,8±5,6% та 52,3±4,9% відповідно), дещо меншим за величиною серед старшокласників (41,2±6,1% серед усіх та 38,4±6,9% і 44,0±5,3% учнів, студентів

відповідно). Без суттєвої різниці за частотою між групами учнів відсоток середнього рівня знань коливався від  $35,7 \pm 5,4\%$  до  $47,4 \pm 6,5\%$  серед учнів 2–4 та 10–11 класів відповідно. Цілком закономірно вірогідно більше учнів старших класів мали високий рівень знань з окресленого питання (серед усіх у  $12,2 \pm 1,7\%$  проти  $6,2 \pm 1,8\%$  серед інших;  $p < 0,05$ ). Оскільки уміння користуватись знаннями ще більшою мірою підпорядковується віковим особливостям, то за низьким рівнем сформованості діяльнісного компонента виділяються наймолодші ( $66,4 \pm 2,4\%$  проти  $36,6 \pm 1,9\%$  відповідно учнів початкових та старших класів). Низька оцінка власних можливостей діяльнісної складової студентами медичного коледжу ( $47,4\%$ ) пояснюється вимогливішим ставленням до себе з точки зору обраної професії і набуття певного

професійного досвіду. Практично у такої ж кількості ( $41,7\%$ ) вона була середнього рівня. Достовірно менший показник відмічено учнями початкових класів ( $27,7 \pm 3,3\%$ ), серед решти:  $41,7 \pm 1,4\%$  –  $52,5 \pm 3,4\%$ . На високий рівень уміння підтримувати здоров'я вказало лише від  $5,0 \pm 1,6\%$  до  $14,5 \pm 3,8\%$  учнів. Позитивної оцінки вартий факт намагання дітей до безпечної поведінки. Самооцінка вольової ознаки відрізняється від інших компонент високим рівнем її наявності у кожного четвертого, п'ятого учня. Величини показників в розрізі груп вивчення вірогідно вищі, ніж при трьох інших вище оговорених, компонентах. Проте, простежена серед них повикова особливість зберігається. Рівень вольової наполегливості середньої сили мав місце від  $45,0 \pm 9,0\%$  до  $54,3 \pm 0,2\%$  випадків.



**Рис. 6.** Діаграма самооцінки учнями коледжу готовності до профілактики шкільного травматизму до (А) та після (Б) впровадження моделі (%)

Таким чином, учнівській молоді характерна відсутність належної мотивації та обізнаності з практичних основ здоров'язбереження при обмеженому обсязі знань на тлі недостатньо сформованої наполегливості. Відповідні величини показників зменшуються із дорослішанням.

За результатами втілення елементів моделі профілактики шкільного травматизму, були виявлені суттєві зрушення у досягненні позитивних змін за рівнем сформованості компонентів, що обумовлюють здоров'язберігаючу поведінку учнів. За порівняльним аналізом виявлені особливості, відмінності та подібності процесу, спрямованого на підвищення рівня усіх компонент. Зокрема, учні початкових класів суттєво відставали за частотою досягнення високих результатів. А саме: за критерієм мотивації показник дорівнював  $28,7 \pm 2,5\%$ , знань –  $37,0 \pm 5,0\%$ , уміння –  $31,4 \pm 2,0\%$ , наполегливості –  $49,0 \pm 8,1\%$ , тоді як, наприклад, серед старшокласників їх величини найбільші і становили  $64,7 \pm 6,3\%$ ,  $67,0 \pm 3,3\%$ ,  $57,7 \pm 4,7\%$  та  $60,0 \pm 5,1\%$  відповідно. повільніше за інші формувались мотиваційний та діяльнісний компоненти. Так, після проведених заходів

відсоток молодших учнів з низьким рівнем за ними залишався найбільшим –  $23,0 \pm 5,4\%$  та  $20,2 \pm 3,4\%$  відповідно. У разі набуття знань та прояву наполегливості показника були дещо меншими ( $13,7 \pm 3,0\%$  та  $16,0 \pm 3,6\%$  відповідно), але все таки більшими за величини серед учнів середніх та старших класів. Наприклад, вони дорівнювали  $2,7 \pm 0,5\%$  та  $5,5 \pm 0,1\%$ , проти  $1,7 \pm 0,1\%$  та  $5,1 \pm 0,5\%$  відповідно. Залежність формування мотиваційної і діяльнісної компонент за віком підтверджується досягненням за ними високого рівня – серед учнів 5–9 класів вони виявилися достовірно кращими, ніж серед 2–4 класів і меншими, ніж серед старшокласників ( $49,0 \pm 8,0\%$  та  $46,8 \pm 5,3\%$  проти  $64,7 \pm 6,3\%$ ;  $60,1 \pm 0,2\%$  та  $57,7 \pm 4,7\%$ ;  $59,8 \pm 3,1\%$  серед учнів 10–11 класів і студентів коледжу відповідно).

Підсумовуючи вище наведені дані, можна прийти до однозначного висновку, що за результатами впровадження окремих елементів запропонованої удосконаленої моделі профілактики шкільного травматизму підтверджена її реальна ефективність. Отримані достовірні докази позитивного впливу на формування у учнівської молоді усіх компонент, за якими

визначається культура здоров'я, складовою якої є безпечна поведінка. Окремо наголосимо, що подібні зміни спостерігались у свідомості вчителів та батьків учнів. Зазначене свідчить, що процес розуміння потреби, бажання, обізнаності, набуття навичок при зростанні вольових якостей у учнів буде безперервним у своїй меті до здорового способу життя. Виявлені особливості залежності формування окремих компонентів від віку розкривають можливості подальшого зосередження уваги на цих питаннях та їхнього відкорегування.

### ВИСНОВКИ

За результатами втілення на практиці окремих елементів запропонованої удосконаленої моделі

профілактики шкільного травматизму, виявлені особливості формування культури здоров'я серед вчителів, батьків учнів, учнівської молоді, що полягають і залежать від визначених відмінностей базових рівнів чотирьох компонентів, які її складають (мотиваційна, пізнавальна, діяльнісна, вольова) і пов'язані із підпорядкуванням їх змін різним віковим категоріям учнівської молоді та стану взаємозв'язку між учнями, батьками, вчителями.

**Перспектива результатів** даного дослідження полягає в обґрунтуванні подальшого впровадження положень, передбачених запропонованою удосконаленою моделлю профілактики шкільного травматизму, із узагальненням інформації для підтвердження можливостей її використання в інших регіонах України.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Айталиева Р.Р., Буйлашев Т.С. Состояние здоровья школьников как факторы, влияющие на них (обзор литературы). Наука, новые технологии и инновации. – 2017. – №6. – С.38-42. Aitalyeva R.R., Builashhev T.S. Sostoiaynye zdorovia shkolnykov kak faktory, vliyaiushchye na nykh (obzor lyteratury). Nauka, novyye tekhnolohyy y unnovatsyy. – 2017. – №6. – С.38-42.
2. Николаєнко В. Охорона здоров'я дітей та підлітків в Україні – проблеми, досягнення, перспективи. Укр. часопис. – 2018. - №5(127). – С.4-11. Nykolaienko V. Okhorona zdorovia ditei ta pidlitkiv v Ukraini – problemy, dosiahnennia, perspektyvy. Ukr. chasopys. – 2018. - №5(127). – С.4-11.
3. Андришченко Т.К. Формування здоров'язбережувальної компетентності як соціально-педагогічна проблема. Наук. вісник Волинського НУ ім. Лесі Українки: Пед. науки. – 2012. - №7. – С.123-127. Andriushchenko T.K. Formuvannia zdoroviazberezhuvalnoi kompetentnosti yak sotsialno-pedahohichna problema. Nauk. visnyk Volynskoho NU im. Lesi Ukrainky: Ped. nauky. – 2012. - №7. – С.123-127.
4. Бухановська Т.М., Мальцева Л.О., Андрейчин Л.В. Стан здоров'я сучасних школярів, шляхи його збереження та поліпшення. Україна. Здоров'я нації. – 2012. - №1(21). – С.44-50. Bukhanovska T.M., Maltseva L.O., Andreichyn L.V. Stan zdorovia suchasnykh shkoliariv, shliakhy yoho zberezhennia ta polipshennia. Ukraina. Zdorovia natsii. – 2012. - №1(21). – С.44-50.
5. Волосовец Т.В. Проблемы здоровья детей и факторы внутришкольной среды образовательного учреждения. Психология обучения. – 2012. - №5. – С.88-96. Volosovets T.V. Problemy zdorovia detei y faktory vnutyshkolnoi sredy obrazovatelnoho uchrezhdeniia. Psykholohyia obucheniia. – 2012. - №5. – С.88-96.
6. Михальчук В.М., Бондарь С.О. Педагогічні умови формування безпечної поведінки у школярів під час навчального процесу. Професійна освіта: проблеми і перспективи. – 2017. - №13. – С.32-38. Mykhalchuk V.M., Bondar S.O. Pedahohichni umovy formuvannia bezpechnoi povedinky u shkoliariv pid chas navchalnoho protsesu. Profesiina osvita: problemy i perspektyvy. – 2017. - №13. – С.32-38.
7. Габеркорн И.И. Формирование здорового образа жизни в процессе валеологического образования учащихся. Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2017. - №10(152). – С.35-39. Haberkorn Y.Y. Formyrovanye zdorovoho obraza zhyzny v protsesse valeolohycheskoho obrazovaniia uchashchykhsia. Uchenyye zapysky unyversyteta im. P.F. Leshafta. – 2017. - №10(152). – С.35-39.
8. Всемирный доклад о профилактике детского травматизма. Женева: Всемирная организация здравоохранения. Информационный бюллетень. Февраль 2018;1(59). Vsemyrnyi doklad o profylaktyke detskoho travmatyzma. Zheneva: Vsemyrnaia orhanyzatsyia zdravookhraneniia. Ynformatsyonnyi biulleten. Fevral 2018;1(59).
9. Бондарь С.О. Шкільний травматизм: особливості, тенденції. Професійна освіта: проблеми й перспективи. – 2018. - № 14. – С.49-54. Bondar S.O. Shkilnyi travmatyzm: osoblyvosti, tendentsii. Profesiina osvita: problemy y perspektyvy. – 2018. - № 14. – С.49-54.
10. Михальчук В.М., Бондарь С.О. Шкільний травматизм: особливості формування безпечної поведінки серед учнів як основи удосконалення принципів профілактики. Економіка і право охорони здоров'я. – 2017. - №2. – С.58-65. Mykhalchuk V.M., Bondar S.O. Shkilnyi travmatyzm: osoblyvosti formuvannia bezpechnoi povedinky sered uchniv yak osnovy udoskonalennia pryntsypiv profylaktyky. Ekonomika i pravo okhorony zdorovia. – 2017. - №2. – С.58-65.
11. Михальчук В.М., Бондарь С.О. Удосконалена регіональна модель профілактики шкільного травматизму. Економіка і право охорони здоров'я. – 2018. - № 2(8). – С. 47- 53. Mykhalchuk V.M., Bondar S.O. Udoskonalena rehionalna model profylaktyky shkilnoho travmatyzmu. Ekonomika i pravo okhorony zdorovia. – 2018. - № 2(8). – С. 47-53.
12. Михальчук В.М., Бондарь С.О. Проблеми дитячого травматизму: структура, динаміка видів за довготривалим спостереженням. Journal of Education, Health and Sport. – 2017. - №7. – С.1064-76. Mykhalchuk V.M., Bondar S.O. Problemy dytiachoho travmatyzmu: struktura, dynamika vydiv za dovhotryvalym sposterezhenniam. Journal of Education, Health and Sport. – 2017. - №7. – С.1064-76.

*Дата надходження рукопису до редакції: 03.10.2019 р.*

**Тенденции изменений в формировании безопасного поведения в результате внедрения усовершенствованной модели профилактики школьного травматизма**

*В.Н. Михальчук, С.А. Бондарь*

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина  
Кировоградский медицинский колледж имени Е.И. Мухина, г. Кропивницкий, Украина

В работе представлены результаты внедрения отдельных элементов предложенной усовершенствованной модели профилактики школьного травматизма на региональном уровне, основные положения которой были опубликованы. Организационный эксперимент с указанной целью проводился на базе учебно-тренингового центра, созданного согласно модели, при Кировоградском медицинском колледже имени Е.И. Мухина. В основу работы положены данные опроса 313 человек, из них учащихся начальных классов – 47, 54 – 5-9, 54 – 10-11, 58 – студентов медицинского колледжа, а также по 50 человек их родителей и учителей. Для решения вопроса была разработана специальная анкета, которой предусмотрены данные самооценки респондентами уровня таких характеристик как мотивация, знания, умения, волевая настойчивость, которые необходимы для формирования культуры здоровья, составляющей которой является безопасное поведение. Особенность заключалась в сравнении данных до- и после участия опрошенных в процессе овладения знаниями и практическими навыками в этом центре, а также в результате проведенных комплексных организационно-информационных, методических целенаправленных мероприятий.

Согласно данным внедрения в практику отдельных элементов модели профилактики школьного травматизма, выявлены особенности формирования культуры здоровья среди учителей, родителей учеников, учащейся молодежи, которые проявились их зависимостью от различных базовых уровней четырех компонент, которые ее составляют (мотивационная, познавательная, деятельностная, волевая), а их изменения взаимосвязаны с возрастом учащейся молодежи и состоянием взаимоотношений между учениками, родителями, учителями.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** школьный травматизм, профилактика, учителя, родители, ученики, мотивация, знания, умения, настойчивость.

**The tendencies of changes in safe behaviour formation as a result of implementation of the improved preventive model of school traumatism**

*V.N. Mikhalchuk, S.A. Bondar*

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine  
Kirovohrad Medical College named after E.Yo. Mukhin, Kropyvnytskyi, Ukraine

The results of implementation of separate elements of the proposed improvements in school traumatism prophylaxis model on the regional level are presented in this work. Basic points of the model were published earlier. An organizational experiment with the specified aim was held in Kirovohrad medical college on the base of a training centre, founded according to the model.

The report is built on the results of polling data. 313 people took part in the poll, among them there are 47 pupils of primary school (5-9 forms – 54 pupils, 10-11 forms – 54 pupils), 58 students of Medical college, their 50 parents and 50 teachers. In order to solve the problem, a special questionnaire form was prepared. It contained the data of respondents' self-esteem in such characteristic level as motivation, knowledge, skills, strong-willed persistence that are necessary for a formation of health culture which includes safe behavior. The peculiarity of poll is a comparison of data before and after the participation of interviewed people in the process of mastery of knowledge and practical skills in the training centre and in the result of complex organizational, informative and methodically aimed events.

In accordance with the data of the implementation of separate elements of the school traumatism preventive model the peculiarities of formation of health culture among teachers, pupils, their parents, student youth were identified. They showed the dependence on various basic levels of four model consistuing components (motivational, cognitive, activity orientated, volitional) and their changes that connected with the student youth and the state of the relationship among pupils, parents and teachers.

**KEY WORDS:** school traumatism, prophylaxis, teachers, parents, motivation, knowlrdge,skills, persistence.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Михальчук Василь Миколайович** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри управління охороною здоров'я НМАПО ім. П.Л.Шупика.

**Бондарь Світлана Олександрівна** – директор Кіровоградського медичного коледжу імені Є.І. Мухіна, Студентський бульвар, 16, м. Кропивницький, 25015 Україна.

## Порівняльне клінічне дослідження застосування вітчизняного мікрогібридного стоматологічного фотокомпозиту і його імпорتنних аналогів для лікування зубів з дефектами твердих тканин

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Найбільш поширеним сучасним методом лікування зубів з дефектами твердих тканин є пломбування коронкової частини зубів із використанням сучасних фотокомпозитних матеріалів. Чинне законодавство, норми права ЄС на етапі домаркетингових досліджень стоматологічних фотокомпозитів вимагають проведення порівняльної оцінки їх клінічного застосування.

**Мета дослідження:** провести порівняльну оцінку клінічного застосування вітчизняного стоматологічного мікрогібридного фотокомпозитного матеріалу «Jen-Radiance».

**Матеріали та методи.** У 580 пацієнтів було встановлено по 1 пломбі з матеріалів «Amelogen Plus» (n = 130), «Caro Universal» (n = 110), «Filtek Ultimate» (n = 130), «Jen-Radiance» (n = 130), «Estelite Σ Quick» (n = 30), «GrandiOso» (n = 50).

**Результати.** порівняння матеріалів за критеріями USPHS (збереження кольору, крайовий дисколорит, вторинний карієс, крайове прилягання, структура поверхні, перелом пломби) виявило схожість матеріалів «Caro Universal» та «Jen-Radiance» (p = 0,08–0,17), «Amelogen Plus» та «Jen-Radiance» (p = 0,07–0,13).

**Висновок:** досліджуваний фотокомпозитний матеріал «Jen-Radiance» отримав позитивну оцінку в ході клінічного застосування.

**Ключові слова:** зуби, стоматологія, композити, клініка, порівняння.

### ВСТУП

Високе поширення каріозних і некаріозних уражень твердих тканин зубів у населення України є комплексною і багатокомпонентною проблемою. Загально визнаним і найбільш використовуваним методом лікування таких зубів є пломбування (або реставрація) коронкової частини зубів із використанням сучасних фотокомпозитних матеріалів [2–4]. Незважаючи на значний асортимент таких продуктів на стоматологічному ринку України, спостерігається переважання матеріалів імпортного походження, хоча такі матеріали також виробляються і в Україні [6, 7]. Фотокомпозитні матеріали техніка їх застосування постійно вдосконалюється в напрямку підвищення зносостійкості матеріалу, його довговічності, естетичних властивостей та дотримання вимог біологічної безпеки [1]. Чинне законодавство та норми права ЄС на етапі домаркетингових досліджень і випробувань стоматологічних фотокомпозитних матеріалів вимагають проведення оцінки клінічного застосування нових матеріалів та порівняння ефективності їх застосування із відомими і дозволеними до використання аналогами. Надзвичайно важливим в ході такого дослідження є застосування уніфікованих критеріїв оцінки пломб і реставрацій зубів [5, 8].

**Мета дослідження:** провести порівняльну оцінку клінічного застосування вітчизняного стоматологічного мікрогібридного фотокомпозитного матеріалу «Jen-Radiance».

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

До групи дослідження було включено нараховувала 580 пацієнтів (290 чоловіків і 290 жінок), які були умовно розподілені на 5 підгруп, відповідно до класу порожнини

(за Блеком). Середній вік пацієнтів становив 32,39±4,14 років (табл. 1). Дослідження проводилися на базі стоматологічного центру ПП «Стаміл» (м. Київ).

Таблиця 1  
Середній вік пацієнтів групи клінічного дослідження

Клас порожнини за Блеком	Вік	Стать	
		ч	ж
I	30,55	31,6	29,5
II	30,95	29,5	32,4
III	27,85	28,2	27,5
IV	29,85	32,5	27,2
V	42,75	41,2	44,3
Середнє значення	32,39±4,14	32,6±3,44	32,18±4,94
Медіана	30,55	31,6	29,5

Пломби у пацієнтів були встановлені з наступних фотокомпозитних матеріалів «Amelogen Plus» (n=130), «Caro Universal» (n = 110), «Filtek Ultimate» (n = 130), «Jen-Radiance» (n = 130), «Estelite Σ Quick» (n = 30), «GrandiOso» (n = 50) (табл. 2). Повторний огляд пацієнтів проводився через 6 місяців, 1 рік та 1,5 року. Оцінка встановлених пломб проводилася за обраними модифікованими універсальними критеріями оцінки реставрацій зубів (редакція Національної служби охорони здоров'я США, за Barnes, D.M., 1995), зміст яких показано в таблиці 2 [9].

Результати огляду пломб відображали в індивідуальних картах і копіювали до електронних таблиць програмного пакету Microsoft Excel 2016, до проводилися статистичні розрахунки із використанням методів описової і порівняльної статистики.



Таблиця 2

## Оцінка стану пломб згідно модифікованих критеріїв USPHS

№ з.п.	Критерій оцінки	Оцінка та її інтерпретація		
		A («Alpha»)	B («Bravo»)	C («Charlie»)
1.	Збереження кольору	Повністю збережений, співпадає із навколишніми твердими тканинами	Відрізняється від навколишніх тканин зуба, але є в діапазоні норми	Повна зміна кольору і нефізіологічний відтінок
2.	Крайовий дисколорит	Відсутній	Незначний	Значний, із проникненням вглиб зони контакту «пломба-зуб»
3.	Розвиток вторинного карієсу	Відсутній	Наявний, незначний	Наявний, формування вторинної порожнини біля пломби
4.	Порушення крайового прилягання	Відсутнє	Помітно візуально, поверхневе розташування	Помітно візуально, проникнення зонда вглиб зони прилягання
5.	Структура поверхні	Збережена	Незначні зміни, відрізняється від навколишніх тканин	Виразені зміни, нефізіологічний вигляд поверхні
6.	Перелом пломби	Відсутній	Візуалізується в структурі пломби (тріщина)	Повне зруйнування (скол)

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ  
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами періодичних оглядів пацієнтів із групи дослідження було виявлено, що лікування зубів із дефектами твердих тканин пройшло без розвитку ускладнень. Тобто, у пацієнтів не було виявлено скарг на біль та відчуття дискомфорту. У пацієнтів не було виявлено випадків пульпітів та пародонтитів зубів, які було проліковано. Також не було випадків післяопераційної чутливості, порушення апроксимальних контактів і симптомів локалізованого пародонтиту. Аналіз стану пломб у групі дослідження в ході спостереження показав, що через 6 місяців після встановлення початковий колір пломб зберігався у всіх пацієнтів, у всіх матеріалів та всіх локалізаціях. Через рік функціонування 2,2% всіх пломб мали незначну зміну в кольорі (оцінка «В»), на момент завершення спостережень – 3,97%. Найчастіше колір

змінювався в матеріалі пломб порожнин I класу – 5,33% в кінці спостереження, найрідше – пломби порожнин класу V за Блеком. Протягом спостереження ні одна із пломб не змінилася до рівня оцінки «С» (табл. 3).

Оцінка встановлених пломб в порожнинах різних класів за Блеком згідно наступного модифікованого критерію USPHS – «крайовий дисколорит», – показав, що протягом 6 місяців функціонування пломб в групі дослідження такого явища не виникало. Через рік лише 1,67% пломб у порожнинах класу II за Блеком мали незначні ознаки такої проблеми (оцінка «В»). Через 1,5 років функціонування така проблема виявлялася у всіх класах порожнин, найбільше при I класі (4,67%) і найменше – при класі III і IV (по 2,5%). Загалом, у всій групі спостереження оцінка «В» зустрічалася у 3,26% пломб (табл. 4). Оцінка «С» протягом періоду спостереження не ставилася в жодному із випадків. Це означає, що через 1,5 року 97,74% пломб були без крайового дисколориту.

Таблиця 3

## Збереження кольору матеріалу пломби в порожнинах різного класу за Блеком, %

Період Оцінка	Огляд 1			Огляд 2			Огляд 3		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Клас I	100	0	0	97,33	2,67	0	94,67	5,33	0
Клас II	100	0	0	96,67	3,33	0	95	5	0
Клас III	100	0	0	97,5	2,5	0	96,25	3,75	0
Клас IV	100	0	0	97,5	2,5	0	96,25	3,75	0
Клас V	100	0	0	100	0	0	98	2	0

Оцінка пломб за критерієм USPHS – розвиток вторинного карієсу, – навколо встановлених пломб у порожнинах різного класу за Блеком показала, що протягом перших 6 місяців функціонування зубних пломб такої проблеми не виникало. Через рік вторинний карієс

було виявлено лише у 2,0% порожнин класу I (оцінка «В»). Через півтора року спостереження незначні ознаки вторинного карієсу (також оцінка «В») було відзначено у всіх класах порожнин, найбільше при класі V – 3,33%, найменше – при класі II (1,67%). Загалом по групі

дослідження в кінці спостереження ознаки вторинного карієсу виявилися у 2,53% пломб (табл. 5). Оцінка «С» при огляді пломб в групі дослідження не виявлялася.

Після того була проведена оцінка пломб за наступним критерієм USPHS – стан крайового прилягання пломб, – яка показала, що протягом першого року функціонування пломби всіх класів мали повноцінно збережене крайове прилягання (оцінка «А»). Через півтора року у всіх класів за Блеком можна було відзначити незначні порушення. Найбільше вражалися пломби порожнин класу I – 2,67% мали оцінку «В» і 1,33% – «С». Найчастіше в групі страждали пломби, встановлені в порожнинах класу V – 5,33% їх мали оцінку «В». Найрідше вражалися пломби порожнин класу III – 2,5% (табл. 6).

Згодом, було проведено оцінку наступного критерію USPHS – стану поверхні пломб порожнин різних класів за

Блеком. Результати оглядів продемонстрували, що протягом року функціонування поверхня пломб не зазнавала змін. Але через 1,5 року функціонування незначні ознаки руйнування поверхні з'явилися у пломбах всіх класів. Найбільше пошкоджувалися пломби IV класу – 7,5% мали оцінку «В», і 2,5% – «С». Найрідше пошкоджувалися пломби порожнин III класу (табл. 7).

В подальшому було проведено оцінку встановлених пломб за останнім критерієм USPHS – перелом маси пломби. Огляд встановлених пломб показав, що протягом року функціонування такої проблеми не виникло.

Через півтора року було встановлено, що найчастіше пошкоджувалися пломби V класу – 4,0% мали оцінку «В» і 2,67% – «С». 6,25% пломб класу IV мали оцінку «В». Повністю були збережені пломби в порожнинах класу III за Блеком (табл. 8).

Таблиця 4

**Наявність крайового дисколориту в порожнинах різного класу за Блеком, %**

Період Оцінка	Огляд 1			Огляд 2			Огляд 3		
	А	В	С	А	В	С	А	В	С
Клас I	100	0	0	100	0	0	95,33	4,67	0
Клас II	100	0	0	98,33	1,67	0	96,67	3,33	0
Клас III	100	0	0	100	0	0	97,5	2,5	0
Клас IV	100	0	0	100	0	0	97,5	2,5	0
Клас V	100	0	0	100	0	0	96,7	3,3	0

Таблиця 5

**Розвиток вторинного карієсу в порожнинах різного класу за Блеком, %**

Період Оцінка	Огляд 1			Огляд 2			Огляд 3		
	А	В	С	А	В	С	А	В	С
Клас I	100	0	0	98	2	0	97,33	2,67	0
Клас II	100	0	0	100	0	0	98,33	1,67	0
Клас III	100	0	0	100	0	0	97,5	2,5	0
Клас IV	100	0	0	100	0	0	97,5	2,5	0
Клас V	100	0	0	100	0	0	96,67	3,33	0

Таблиця 6

**Порушення крайового прилягання пломб в порожнинах різного класу за Блеком, %**

Період Оцінка	Огляд 1			Огляд 2			Огляд 3		
	А	В	С	А	В	С	А	В	С
Клас I	100	0	0	100	0	0	96,00	2,67	1,33
Клас II	100	0	0	100	0	0	98,33	1,67	0
Клас III	100	0	0	100	0	0	97,50	2,5	0
Клас IV	100	0	0	100	0	0	93,50	6,5	0
Клас V	100	0	0	100	0	0	94,67	5,33	0

Якщо провести аналіз зведених даних по середніх значеннях оцінки встановлених пломб за критеріями USPS в кінці періоду спостереження (1,5 року після встановлення пломби), то можна встановити, що загалом в групі

дослідження 3,97% встановлених пломб мали незначні зміни кольору матеріалу (оцінка «В»), що можна пояснити накопиченням обсягу мікротріщин на поверхні пломби та частковим проникненням в них пігментів із їжі (табл. 7, 8).

Явище крайового дисколориту слабо вираженого ступеня спостерігалось загалом у 3,26% встановлених пломб (оцінка «В»). Початкові ознаки розвитку вторинного карієсу були виявлені у 2,53% встановлених пломб (оцінка «В»). Порушення крайового прилягання пломби початкового ступеня (оцінка «В») спостерігалось у 3,73% випадків встановлення пломб, також виражене порушення (оцінка «С») була виявлена у 0,27% випадків. Порушення структури поверхні початкового ступеня було виявлено у 3,47% пломб, вираженого ступеня (оцінка «С») – у 0,5% випадків. Переломи маси пломби спостерігалися у 2,55% випадків застосування (незначне руйнування – оцінка «В») і виражене руйнування – 0,53% (оцінка «С»). Якщо порівняти середні оцінки стану пломб між класами за Блемом, то можна виявити, що зміни кольору матеріалу

найчастіше виникали у пломб класу I – 5,33%, і найрідше – у класу V (2,0%). Крайовий дисколорит також найчастіше реєструвався у порожнин I класу, менше всього враждалися пломби класів III і IV. Ознаки вторинного карієсу найчастіше виявлялися у порожнин класу V (3,33%) і найрідше у порожнин класу II (1,67%). Порушення крайового прилягання найбільш вираженими були у класу I (2,67% – «В» і 1,33% – «С»), хоча найчастіше зустрічалися у класу IV – 6,5%. Найменш вираженими були у класу порожнин II. Порушення структури поверхні пломби найбільш вираженими були у порожнин класу IV (7,5% – «В»; 2,5% – «С»), і найменш вираженими – у класу II (1,33%). Ознаки перелому пломби були виражені найбільше у класу V (4,0% – «В»; 2,67% – «С»). Повністю відсутні – у класів порожнин класі I і III (табл. 9).

Таблиця 7

**Стан поверхні пломб в порожнинах різного класу за Блемом, %**

Період Оцінка	Огляд 1			Огляд 2			Огляд 3		
	А	В	С	А	В	С	А	В	С
Клас I	100	0	0	100	0	0	96,67	3,33	0
Клас II	100	0	0	100	0	0	98,67	1,33	0,00
Клас III	100	0	0	100	0	0	97,50	2,5	0
Клас IV	100	0	0	100	0	0	90,00	7,5	2,5
Клас V	100	0	0	100	0	0	97,33	2,67	0

Таблиця 8

**Перелом (руйнування) пломб в порожнинах різного класу за Блемом, %**

Період Оцінка	Огляд 1			Огляд 2			Огляд 3		
	А	В	С	А	В	С	А	В	С
Клас I	100	0	0	100	0	0	100	0	0
Клас II	100	0	0	100	0	0	97,5	2,5	0
Клас III	100	0	0	100	0	0	100	0	0
Клас IV	100	0	0	100	0	0	93,75	6,25	0
Клас V	100	0	0	100	0	0	93,33	4	2,67

Таблиця 9

**Результати огляду пацієнтів групи дослідження із пломбами різних класів (згідно критеріїв USPHS) в кінці періоду спостереження, %**

	Збереження кольору		Крайовий дисколорит		Вторинний карієс		Порушення крайового прилягання		Структура поверхні		Перелом пломби	
	В	С	В	С	В	С	В	С	В	С	В	С
Клас I	5,33	0	4,67	0	2,67	0	2,67	1,33	3,33	0	0	0
Клас II	5	0	3,33	0	1,67	0	1,67	0	1,33	0	2,5	0
Клас III	3,75	0	2,5	0	2,5	0	2,5	0	2,5	0	0	0
Клас IV	3,75	0	2,5	0	2,5	0	6,5	0	7,5	2,5	6,25	0
Клас V	2	0	3,3	0	3,33	0	5,33	0	2,67	0	4	2,67
Середнє значення	3,97± 0,8	0,00	3,26± 0,51	0,00	2,53± 0,31	0,00	3,73± 1,45	0,27	3,47± 1,34	0,50	2,55± 1,72	0,53

В подальшому нами було оцінено середні показники оцінок встановлених пломб на момент завершення спостереження за критеріями USPS у різних пломбувальних матеріалів. Таким чином, показник збереження кольору матеріалу пломби максимально порушувався у пломбувальних матеріалів «Сапо Universal» та «Jen-Radiance» (7,27% та 6,15%). Крайовий дисколорит незначного ступеня максимально проявлявся у пломб, виготовлених із матеріалу «Estelite  $\Sigma$  Quick» та «Amelogen Plus» – 6,67% і 4,62% відповідно, і мінімально у «Filtek Ultimate». Явища вторинного карієсу реєструвалися найчастіше у порожнинах, запломбованих «Сапо Universal» та «Estelite  $\Sigma$  Quick» – 3,64% і 3,33% відповідно. Найменша частота такої проблеми була у «Filtek Ultimate» – 0,77% (табл. 10). Порушення крайового прилягання найбільш виражені були у матеріалів «Сапо

Universal» («В» – 5,45% і «С» – 0,91%) та у «Jen-Radiance» («В» – 5,38% і «С» – 0,77%). Така проблема була відсутня у пломб, виготовлених із матеріалу «Estelite  $\Sigma$  Quick». Структура поверхні пломби найбільш вражалася у матеріалів «Jen-Radiance» («В» – 4,62%, «С» – 0,77%) та у «Amelogen Plus» («В» – 3,08% і «С» – 0,77%).

Таких проблем не виявлялося у пломб із матеріалу «GrandiOso». Перелом пломби найчастіше зустрічався у матеріалів «Jen-Radiance» («В» – 3,85%, «С» – 0,77%), «Amelogen Plus» («В» – 3,08% і «С» – 0,77%), «Сапо Universal» («В» – 2,73% і «С» – 0,91%) та «Filtek Ultimate» («В» – 1,54% і «С» – 0,77%).

В подальшому було проведено розрахунок достовірності відмінностей оцінок результатів застосування в клініці різних композитних матеріалів для лікування дефектів твердих тканин зубів (табл. 11).

Таблиця 10

**Результати огляду пацієнтів групи дослідження із пломбами, виготовлених із різних пломбувальних матеріалів (згідно критеріїв USPS), %**

Критерій	Збереження кольору		Крайовий дисколорит		Вторинний карієс		Порушення крайового прилягання		Структура поверхні		Перелом пломби	
	В	С	В	С	В	С	В	С	В	С	В	С
Amelogen Plus	3,85	0,00	4,62	0,00	3,08	0,00	3,08	0,00	3,08	0,77	3,08	0,77
Сапо Universal	7,27	0,00	3,64	0,00	3,64	0,00	5,45	0,91	3,64	0,00	2,73	0,91
Filtek Ultimate	0,77	0,00	2,31	0,00	0,77	0,00	2,31	0,00	3,08	0,00	1,54	0,77
Jen-Radiance	6,15	0,00	3,08	0,00	3,08	0,00	5,38	0,77	4,62	0,77	3,85	0,77
Estelite $\Sigma$ Quick	3,33	0,00	6,67	0,00	3,33	0,00	0,00	0,00	3,33	0,00	0,00	0,00
Grandi-oSO	0,00	0,00	4,00	0,00	2,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Середні показники	3,56± 1,88	0,00	4,05± 0,91	0,00	2,65± 0,72	0,00	3,04± 1,37	0,28	2,96± 0,84	0,26	1,86± 1,16	0,54± 0,31

Таблиця 11

**Розрахунок достовірності різниці між оцінками за критеріями USPS результатів застосування різних пломбувальних матеріалів при їх порівнянні у клініці (вибрані статистичні тести)**

Пари матеріалів, які порівнюються	Значення рівня достовірності $p$ за різним критерієм розрахунку			
	t-тест Стьюдента	t-тест для двобічного розподілу	t-тест для однібічного розподілу	G-критерій знаків
Amelogen Plus / Сапо Universal	0,10	0,22	0,11	0,12
Amelogen Plus / Filtek Ultimate	0,01	0,02	0,01	0,04
Amelogen Plus / Jen-Radiance	0,07	0,13	0,07	0,11
Amelogen Plus / Estelite $\Sigma$ Quick	0,01	0,29	0,14	0,12
Amelogen Plus / GrandiOso	0,02	0,03	0,02	0,021
Сапо Universal / Filtek Ultimate	0,45	0,83	0,42	0,16
Сапо Universal / Jen-Radiance	0,08	0,17	0,08	0,09
Сапо Universal / Estelite $\Sigma$ Quick	0,08	0,17	0,08	0,09
Сапо Universal / GrandiOso	0,01	0,01	0,003	0,002
Filtek Ultimate / Jen-Radiance	0,01	0,01	0,004	0,003
Filtek Ultimate / Estelite $\Sigma$ Quick	0,22	0,45	0,22	0,12
Filtek Ultimate / GrandiOso	0,21	0,26	0,13	0,09
Jen-Radiance / Estelite $\Sigma$ Quick	0,08	0,17	0,08	0,07
Jen-Radiance / GrandiOso	0,01	0,002	0,001	0,0003
Estelite $\Sigma$ Quick/ GrandiOso	0,08	0,24	0,12	0,07

Відповідно до застосованих статистичних тестів достовірність різниці між середнім значенням балів USPS у пломб, які встановлювалися із матеріалів «Сапо Universal», «Jen-Radiance», «Amelogen Plus», «Filtek Ultimate», «Estelite  $\Sigma$  Quick», «GrandiOso», була різною. Варто відзначити високу подібність в результатах оцінки пломб із матеріалів «Amelogen Plus» та «Сапо Universal» ( $p = 0,1-0,22$ ), «Amelogen Plus» та «Jen-Radiance» ( $p = 0,07-0,13$ ), «Сапо Universal» та «Filtek Ultimate» ( $p = 0,16-0,83$ ), «Filtek Ultimate» та «GrandiOso» ( $p = 0,09-0,26$ ), «Filtek Ultimate» та «Estelite  $\Sigma$  Quick» ( $p = 0,12-0,45$ ), «Сапо Universal» та «Jen-Radiance» ( $p = 0,08-0,17$ ), «Estelite  $\Sigma$  Quick» та «GrandiOso» ( $p = 0,07-0,24$ ).

### ВИСНОВКИ

Отже, проведені клінічні порівняльні дослідження застосування вітчизняного стоматологічного мікро-

гібридного фотокомпозитного матеріалу «Jen-Radiance» для лікування зубів з дефектами твердих тканин показали, що в експлуатації такий матеріал подібний до імпортованих аналогів. Порівняння досліджуваних матеріалів за модифікованими критеріями USPHS, а саме: збереження кольору, крайовий дисколорит, розвиток вторинного карієсу, порушення крайового прилягання, структура поверхні, перелом пломби, виявило схожість матеріалів «Сапо Universal» та «Jen-Radiance» ( $p = 0,08-0,17$ ), «Amelogen Plus» та «Jen-Radiance» ( $p = 0,07-0,13$ ). Такі результати і загальний позитивний досвід застосування вітчизняного матеріалу, що полягав у відсутності ускладнень після лікування, дозволив надати позитивну оцінку клінічного застосування фотокомпозитного матеріалу, як того вимагає законодавство України щодо технічних регламентів, а також міжнародні стандарти ISO і Директива Ради Європи «MedDev».

### ЛІТЕРАТУРА

1. Абрамова Н.Е., Киброцашвили И.А., Рубежова Н.В., Туманова С.А. Стоматологическое материаловедение. Композиты: Учебное пособие. СПб-б., 2013. 46 с.
2. Безвушко Е.В., Шпотюк О.О. Оцінка застосування пломбувальних матеріалів для відновлення твердих тканин постійних зубів у дітей. *Вісник Української медичної стоматологічної академії*. 2017. Т. 17, Вип. 3. С. 191-194.
3. Мазур І. П. Про стан та перспективи стоматологічної допомоги в Україні. *Современная стоматология*. 2017. № 2. С. 69-71.
4. Маннхарт Р. Использование комбинации композитов для реставрации боковой группы зубов. *Современная стоматология*. 2014. №. 4. С. 7-12.
5. Мочалов Ю.О. Дослідження безпечності стоматологічних пломбувальних матеріалів відповідно до вимог групи стандартів ISO 10993 (огляд літератури). *Молодий вчений*. 2018. № 6 (58). С. 269 - 272.
6. Соколова І.І., Герман С.І., Бірюкова М.М. Клінічна ефективність відновлення бічних зубів вітчизняним композитним матеріалом за умов використання різних технік пломбування. *Світ медицини та біології*. 2016. № 2. С. 82-85.
7. Удод О. А., Борисенко О. М. Лабораторне дослідження крайового прилягання нанофото-композиційного матеріалу. *Вісник проблем біології і медицини*. 2019. № 1. С. 244-247.
8. Філіппенкова Л. О., Галатенко Н. А., Рожнова Р. А., Кулеш Д. В., Кебуладзе І. М. Порівняння біосумісності зразків матеріалів для виготовлення незнімних ортопедичних стоматологічних конструкцій за допомогою імплантаційного тесту. *Современная стоматология*. 2016. № 4. С. 92-95.
9. Barnes D.M., Blank L.W., Gingell J.C., Gilner P.P. A clinical evaluation of a resin-modified glass ionomer restorative material. *J.A.D.A.* 1995. Vol. 126. P. 1245-1253.

**Дата надходження рукопису до редакції: 23.09.2019 р.**

**Сравнительное клиническое исследование применения отечественного микрогибридного стоматологического фотокомпозита и его импортных аналогов для лечения зубов с дефектами твердых тканей**

Ю.А. Мочалов

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»

Наиболее распространенным методом лечения зубов с дефектами твердых тканей является пломбирование зубов с применением современных фотокомпозитных материалов. Действующее законодательство, нормы права ЕС на этапе домаркетинговых исследований стоматологических фотокомпозитов требуют сравнительной оценки их клинического применения.

**Цель:** провести сравнительную оценку клинического применения отечественного стоматологического микрогибридного фотокомпозитного материала «Jen-Radiance».

**Материалы и методы.** У 580 пациентов было установлено по 1 пломбе из материалов «Amelogen Plus» (n = 130), «Capo Universal» (n = 110), «Filtek Ultimate» (n = 130), «Jen-Radiance» (n = 130), «Estelite  $\Sigma$  Quick» (n = 30), «GrandiOso» (n = 50).

**Результаты:** сравнение материалов по модифицированным критериям USPHS (сохранение цвета, краевой дисколорит, вторичный кариес, краевое прилегание, структура поверхности, перелом пломбы) определило сходство материалов «Capo Universal» и «Jen-Radiance» (p = 0,08–0,17), «Amelogen Plus» и «Jen-Radiance» (p = 0,07–0,13).

**Вывод:** фотокомпозитный материал «Jen-Radiance» получил положительную оценку при клиническом применении.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** зубы, стоматология, композиты, клиника, сравнение.

**Comparative clinical study of domestic microhybrid dental photocomposite and its imported analogues using for treatment of teeth with hard tissues defects**

I.O. Mochalov

Uzhhorod National University

The most common method of dental treatment is filling of crown using photocomposite materials. Current legislation and EU law at pre-marketing research of dental photocomposite materials require comparative evaluation of their clinical application.

**Aim of the study:** a comparative evaluation of domestic dental microhybrid photocomposite material "Jen-Radiance" clinical application.

**Materials and methods.** Everyone of 580 patients obtained 1 dental filling by the next materials "Amelogen Plus" (n = 130), "Capo Universal" (n = 110), "Filtek Ultimate" (n = 130), "Jen-Radiance" (n = 130), "Estelite  $\Sigma$  Quick" (n = 30), "GrandiOso" (n = 50).

**Results:** the USPHS modified criterias (color stability, marginal discolorite, secondary caries, marginal disruption, surface, fracture) revealed a similarity between "Capo Universal" and "Jen-Radiance" (p = 0.08–0.17), "Amelogen Plus" and "Jen-Radiance" (p = 0.07–0.13).

**Conclusion:** Dental photocomposite material "Jen-Radiance" received a positive evaluation during clinical application.

**KEY WORDS:** teeth, dentistry, composites, clinic, comparison.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Мочалов Юрій Олександрович** – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та онкостоматології ДВНЗ «Ужгородський національний університет». 88015, м. Ужгород, вул. Університетська, 16А.

## Порівняльний аналіз європейських систем однорідних груп пацієнтів

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет,  
кафедра соціальної медицини та гігієни, м. Ужгород, Україна**

*В Європі в залежності від способу реімбурсації існують дві базові моделі фінансування лікувально-профілактичних закладів, що надають стаціонарну допомогу в умовах систем однорідних груп пацієнтів: ретроспективні платежі за випадок госпіталізації та проспективне бюджетне асигнування. Кожна модель має свій вплив на діяльність закладів охорони здоров'я. Також, існують різні методи розрахунку фактичної ставки оплати кожної групи. Узагальнено, дана ставка дорівнює добутку значення групи і коефіцієнта грошового перетворення. Але і значення і коефіцієнт можуть відрізнятися в залежності від країни і виражатися в різних величинах, що надалі змінює сукупність і інтенсивність стимулів діяльності закладів.*

**Метою** роботи було вивчення моделей ретроспективних ОГП-заснованих платежів за випадок госпіталізації, їх імплементації та впливу на національні системи охорони здоров'я в п'яти європейських країнах, а саме у Великій Британії, Франції, Німеччині, Польщі та Угорщині. Дані сучасної наукової літератури, щодо моделі ОГП-заснованих платежів за випадок госпіталізації, проаналізовано з використанням контент-аналізу, методу системного і порівняльного аналізу, а також бібліосемантичного методу вивчення відповідних наукових робіт.

В основній частині статті проаналізовано характеристики національних систем охорони здоров'я вищезазначених країн, а саме джерела фінансування, особливості методів реімбурсації витрат закладів охорони здоров'я, досвід з імплементації однорідних груп пацієнтів та сучасні методи калькуляції фактичної ставки оплати випадків госпіталізації. Також, для кожної залученої у дослідження країни, було зазначено еволюцію певних показників діяльності національних систем охорони здоров'я в умовах однорідних груп пацієнтів. Окремо наведено розділ, в якому проаналізовано навмисні та ненавмисні наслідки, які необхідно очікувати та заздалегідь попереджувати при імплементації систем однорідних груп пацієнтів.

В результаті, було визначено, що в досліджуваних країнах спостерігається послідовне скорочення ліжкових фондів і термінів госпіталізації з одночасним покращенням показників якості медичної допомоги населенню.

**Ключові слова:** фінансування, однорідні групи пацієнтів, ОГП, DRG, відшкодування витрат, стаціонарна допомога.

### ВСТУП

В Європі в залежності від способу реімбурсації існують дві базові моделі фінансування лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ), що надають стаціонарну допомогу в умовах систем однорідних груп пацієнтів (ОГП): ретроспективні ОГП-засновані платежі за випадок госпіталізації і проспективне ОГП-засноване бюджетне асигнування.

Теоретично, у порівнянні з ОГП-заснованим бюджетним асигнуванням ОГП-засновані платежі за випадок госпіталізації забезпечують більш сильні стимули для ЛПЗ за рахунок того, що зв'язок між наданням лікарняних послуг і відшкодуванням витрат є більш прямим і прозорим. У такій моделі керівництво ЛПЗ точно знає, які обсяги фінансування воно може очікувати, надаючи певний набір послуг конкретному пацієнту. І навпаки, в системах ОГП-заснованого бюджетного асигнування керівництво ЛПЗ знає тільки те, що надання певного набору послуг конкретним пацієнтам протягом року збільшить бюджет на наступний рік, але точний загальний розмір виплат за конкретну ОГП залишається невідомим [1].

Саму ж фактичну ставку оплати випадку госпіталізації європейські країни з різними національними системами ОГП обчислюють різними способами. Узагальнено, дана ставка дорівнює добутку значення ОГП і коефіцієнта грошового перетворення (КГП) [2]. Але і значення ОГП і КГП можуть відрізнятися в залежності від

країни і виражатися в різних величинах, що надалі змінює сукупність і інтенсивність стимулів ЛПЗ, що мають безпосередній вплив на стан національних систем охорони здоров'я.

Приймаючи до уваги той факт, що фінансування стаціонарної допомоги на основі систем ОГП має світове визнання і на даний момент імплементоване в багатьох європейських країнах, неможливо не розглядати можливість впровадження даної моделі в якості майбутньої моделі фінансування вторинної і третинної ланок медичної допомоги реформованої української системи охорони здоров'я. Тому, з огляду на існування різних класифікацій, способів реімбурсації та визначення фактичної ставки оплати, ми вважаємо необхідним вивчення національних систем ОГП певних країн. Але у вітчизняній літературі досі, на нашу думку, питання фінансування стаціонарної допомоги на основі систем ОГП залишається "terra incognita".

**Мета роботи** – вивчення моделі ОГП-заснованих платежів за випадок госпіталізації в європейських країнах, її імплементації та впливу на національні системи охорони здоров'я.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дані сучасної наукової літератури щодо моделі ОГП-заснованих платежів за випадок госпіталізації проаналізовано з використанням контент-аналізу, методу

системного і порівняльного аналізу, а також бібліосемантичного методу вивчення відповідних наукових робіт. Пошук джерел англійською, французькою, російською, українською, польською та німецькою мовами проводився в наступних інформаційних базах і пошукових системах: PubMed, ResearchGate і Google Scholar – відповідно до ключових слів: DRG, diagnosis related groups, implementation, reimbursement, КСГ.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для аналізу нами були обрані нижчеперераховані країни, виходячи з наступних міркувань:

- Великобританія, Франція і Німеччина є класичними прикладами провідних європейських країн з високим рівнем доходів, що мають тривалу історію функціонування в умовах систем ОГП;

- Польща та Угорщина, межуючи з Україною, входили до складу країн Варшавського договору і на момент імплементації ОГП були країнами із середнім рівнем доходів, якою на даний момент є Україна.

Також, з огляду на те, що країни імплементували системи ОГП в різний час, і вартість медичних послуг неодмінно зросла в порівнянні з 1990-ми роками, ми вважаємо за доцільне надати показники діяльності систем охорони здоров'я за більш сучасний відрізок часу, коли всі країни або вже функціонували в умовах систем ОГП, або перебували в процесі їх впровадження.

Таблиця 1  
Порівняння систем ОГП

Країна	Велика Британія	Франція	Німеччина	Польща	Угорщина
Назва ОГП	HRG	GHM	G-DRG	JGP	HBC
Основа ОГП	нема	HCFA-DRG	AR-DRG	HRG	HCFA-DRG
Рік введення	1993	2004	2003	2009	1993
Значення ОГП	Вихідні тарифи	Вихідні тарифи	Відносна вага	Бали	Відносна вага
КГП	Коефіцієнт поправки	Коефіцієнт поправки	Базова ставка	Вартість бала	Базова ставка

#### Велика Британія і HRG

Велика Британія витрачає близько 8% валового внутрішнього продукту (ВВП) на охорону здоров'я: 87% витрат припадає на державний сектор, і всього 13% на приватний. Для порівняння, в Євросоюзі середня питома вага витрат на приватний сектор дорівнює 23%. Приблизно 60% доходів ЛПЗ Англії – ОГП-засновані платежі за випадок госпіталізації, інша частина надходить з загальнодержавного бюджету і додаткових джерел [1]. Національна служба здоров'я (англ. *National Health Service – NHS*) фінансується за рахунок загального оподаткування (80,3%), внесків у національне страхування (18,4%) і безпосередніх платежів пацієнтів за лікарські призначення, стоматологічні та оптометричні послуги (1,3%) [3]. NHS знаходиться в юрисдикції Міністерства Здоров'я (англ. *Department of Health*), головою якого є Держсекретар з питань здоров'я (англ. *Secretary of State for Health*) [4].

Більшість послуг NHS надаються населенню державними провайдерми. У секторі первинної медичної допомоги, незважаючи на те, що фінансування надходить із державних фондів, лікарі загальної практики зазвичай об'єднуються в групові практики, де кожен лікар є приватним підприємцем. У сфері спеціалізованої медичної допомоги ЛПЗ об'єднуються в юридичні особи, відомі як трасти NHS [4].

Англійська версія ОГП називається HRG (англ. *Healthcare Resource Groups*, «Ресурсні групи охорони здоров'я») [5] і була імплементована в 1993 році для:

- Еталонного тестування, забезпечуючи основу для порівняльної оцінки ефективності ЛПЗ;
- Оптимізації управління внутрішніми ресурсами ЛПЗ;
- Стандартизації методів розподілу витрат, які в підсумку мали призвести до еволюції договірних відносин між ЛПЗ і NHS.

За час свого існування HRG була кілька разів змінена. Поточною версією є HRG4, яка щорічно оновлюється і для кодування використовує діагнози з МКХ-10, а також процедури з OPCS4.8. У 2002-2003 роках була представлена модель ОГП-заснованих платежів за випадок госпіталізації – PbR, яка замінила проспективне бюджетне асигнування [6].

Велика Британія використовує вихідні тарифи в якості значення HRG для визначення фактичної ставки оплати випадку госпіталізації. Вихідні тарифи мають грошове вираження і розраховуються безпосередньо з середніх витрат на лікування пацієнтів в рамках однієї HRG з урахуванням інфляції. Також існують різні вихідні тарифи однієї HRG для різних спеціальностей: невідкладної допомоги, педіатричної та ортопедичної служби. Надалі, вихідні тарифи помножуються на КГП – коефіцієнт поправки, або фактор ринкових сил (англ. *Market Forces Factor*), який враховує певні характеристики ЛПЗ (такі як вищий рівень заробітної плати в регіоні або наявність у лікарні статусу клінічної) [4, 7].

У Великій Британії згідно з бюджетом обмежуються виплати тільки за ургентну госпіталізацію: в поточному році оплачується повна вартість за кожен випадок до досягнення порогу, заснованого на активності ЛПЗ в попередньому році, і 50% вартості за випадки вище даного порогу. Для планової госпіталізації порогове значення не встановлено, і ЛПЗ можуть підвищувати активність без попереднього схвалення у вищих інстанціях [8].

У період з 2006 по 2012 роки (табл. 2, 3) у Великій Британії кількість стаціонарних ліжок зменшилася на 20%, терміни госпіталізації незначно зменшилися на 7,8%, дитяча смертність знизилася на 18%, смертність від раку знизилася на 4,2%, кількість консультацій спеціалістів на душу населення практично не відхилялась від значення 5,0, загальні витрати на охорону здоров'я на душу



населення збільшилися з \$2936 до \$3289, очікувана тривалість життя при народженні збільшилася на 1 рік [9].

#### Франція і GHM

Франція виділяє близько 11% ВВП на сектор охорони здоров'я, що є заснований на соціальному страхуванні, фонд якого поповнюється внесками, що вилучаються безпосередньо з заробітної плати у вигляді податків. Більшість внесків надходить в Національні каси медичного страхування (фр. *Caisse nationale d'assurance maladie*). Із загального обсягу фінансування ЛПЗ 91% витрат забезпечують каси соціального медичного страхування, 5% – додаткове приватне медичне страхування (фр. *Mutuellesanté*) і ще 4% – інші джерела (Міністерство освіти і т.д.). Щодо методу фінансування, 80% доходів ЛПЗ Франції – ОГП-засновані платежі за випадок госпіталізації, інша частина надходить з додаткових джерел і загальнодержавного бюджету [1].

Первинна ланка часто представлена приватною і, як правило, на відміну від Великої Британії, індивідуальною практикою. Стаціонарна і спеціалізована амбулаторна допомога надається як в державних ЛПЗ, так і в приватних комерційних і некомерційних ЛПЗ. Державні ЛПЗ складають 60% всіх лікарень і вміщують 65% всіх стаціонарних ліжок. Варто відмітити, що до впровадження систем ОГП у Франції державний і некомерційний приватний сектори фінансувалися за рахунок бюджетного асигнування, а комерційний сектор – на основі діяльності [10].

Перша французька система класифікації пацієнтів, GHM (фр. *Groupes homogènes des malades*, «Однорідні групи пацієнтів»), була запропонована в 1986 році вибірці державних ЛПЗ для оптимізації опису діяльності ЛПЗ. У 1991 році збір та подання даних про діяльність ЛПЗ з використанням GHM стали обов'язковими для всіх державних ЛПЗ. Ці дані використовувалися для порівняння продуктивності ЛПЗ і внесення коригувань в загальнодержавні бюджети. Дані зміни впровадили в приватний сектор тільки в 1998 році. В кінцевому підсумку, модель фінансування ЛПЗ на основі GHM було поступово імплементовано в період з 2004 по 2008 роки [10, 11].

Цілями імплементції GHM у Франції стали підвищення ефективності, створення рівних умов для платежів державним і приватним ЛПЗ, підвищення прозорості діяльності та управління ЛПЗ, і поліпшення якості медичної допомоги [10].

Спочатку французька GHM була заснована на американській версії (HCFA-DRG). Пізніше вона була кардинально модифікована. На даний момент використовується версія GHM11b, яка включає 2300 груп. Для класифікації пацієнтів використовується національна база даних – Програма медикалізації інформаційних систем (фр. *Programme de médicalisation des systèmes d'information*), а для розрахунку значень GHM – Національне вивчення витрат (фр. *Étude nationale de coûts à méthodologie commune*) [11, 12].

Для визначення фактичної ставки оплати випадку госпіталізації, як і в Великій Британії, використовуються вихідні тарифи, які встановлюються на національному рівні для державних і приватних ЛПЗ. Державні тарифи включають всі послуги, приватні ж, навпаки, позбавлені деяких медичних послуг, які оплачуються окремо

безпосередньо пацієнтом. Таким чином, приватні лікарні можуть стягувати додаткову плату за більш комфортне розміщення і додаткові послуги. Лікарі з приватною практикою в державних лікарнях також можуть стягувати додаткову плату з пацієнтів [8].

На відміну від Сполученого королівства, у Франції вихідні тарифи коригуються з урахуванням особливостей загальнодержавного бюджету. КГП є також коефіцієнт поправки, який відображає історичні шаблони витрат ЛПЗ [1, 8].

У Франції в період з 2006 по 2012 роки (табл. 2, 3) кількість стаціонарних ліжок зменшилася на 11,3%, терміни госпіталізації зменшилися на 10,5%, дитяча смертність знизилася на 7,9%, смертність від раку знизилася на 6,5%, кількість консультацій фахівців на душу населення практично не відхилялася від значення 6,7, загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення збільшилися з \$3411 до \$4288, очікувана тривалість життя при народженні збільшилася на 1,2 року [9].

#### Німеччина і G-DRG

Близько 10,4% ВВП Німеччини витрачається на охорону здоров'я. Трьома основними джерелами є національне медичне страхування (57,5% від загальних витрат на охорону здоров'я), приватне медичне страхування (9,3%) і безпосередні платежі пацієнтів (13,5%). Приблизно 80% доходів ЛПУ Німеччини – ОГП-засновані платежі за випадок госпіталізації, інша частина надходить з загальнодержавного бюджету і додаткових джерел [13].

З 2009 року медичне страхування є обов'язковим у Німеччині. Близько 86% населення Німеччини охоплено національним медичним страхуванням (нім. *Gesetzliche Krankenversicherung – GKV*), 10% – приватним медичним страхуванням (нім. *Private Krankenversicherung – PKV*), 4% відносяться до спеціальних станів. Система GKV заснована на внесках, що вилучаються безпосередньо з заробітної плати у вигляді податків, і складається з лікарняних кас. Доступ до PKV з'являється при наявності протягом трьох років посліпль доходу, що перевищує певний поріг (наприклад, €49950 на рік, або €4162,5 на місяць в 2010 році) [8, 13].

Цікавим є те, що в Німеччині на законодавчому рівні чітко розділені амбулаторна і стаціонарна допомога. Планування, розподіл ресурсів і фінансування здійснюються окремо в кожному секторі. Відшкодування витрат ЛПЗ на вторинному етапі надходить з двох різних джерел: державний бюджет підтримує функціонування інфраструктури в той час, як поточні витрати відшкодовуються лікарняними касами та PKV через систему ОГП. 49% ліжкових фондів Німеччини належать державним ЛПЗ, 35% – некомерційним і 16% – комерційним приватним ЛПЗ [7, 13].

Імплементція національної системи G-DRG (англ. *German diagnosis related groups*, «Німецькі зв'язані діагнозами групи») почалась в 2003 році на основі австралійської системи версії 4.1 (англ. *Australian refined diagnosis related groups – AR-DRG*). G-DRG використовує кодування захворювань по німецькій версії МКХ-10 і процедур по німецькій версії OPS. Від часу впровадження системи число груп збільшилася з 664 у 2003 році до 1200

у 2010 році [7, 13, 14]. Цілями впровадження системи G-DRG в Німеччині були:

- Заміна старої системи реімбурсації для більш підходящого та справедливого розподілу ресурсів;
- Полегшення точного та прозорого вимірювання кількості випадків госпіталізації і якості послуг, що надаються лікарнями;
- Покращення документообігу та підвищення управлінського потенціалу.

У Німеччині використовується відносна вага в якості значення G-DRG і базові ставки в якості КГП для визначення фактичної ставки оплати випадку госпіталізації. Відносна вага кожної G-DRG і єдина базова ставка на федеральному рівні розраховуються Інститутом системи оплати лікарняних послуг (нім. *Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus*). Але до недавнього часу референтні значення базових ставок визначалися місцевими органами самоврядування і були унікальними для кожної федеративної одиниці Німеччини – Землі (нім. *Länder*). На території цих Земель кожний ЛПЗ мав, в свою чергу, власну ставку, що до 2010 року повинна була прийняти загальноземельне значення. Дана стратегія забезпечила поступовий перехід до стандартизованих значень. Загальний бюджет на G-DRG лімітований, і в умовах перевищення встановленого порогу більше, ніж на 35%, базова ставка може бути знижена [8, 13, 15].

Система G-DRG застосовується до всіх ЛПЗ, незалежно від форм власності, і майже до всіх пацієнтів, незалежно від того, чи є вони членами GKV або PKV системи. PKV може включати доплати за індивідуальні палати і інші додаткові послуги ЛПЗ [14].

У період з 2006 по 2012 роки (табл. 2, 3) кількість стаціонарних ліжок в Німеччині залишалась незмінною, терміни госпіталізації зменшилися на 10,3%, дитяча смертність знизилася на 13,2%, смертність від раку знизилася на 5,6%, кількість консультацій фахівців на душу населення трохи збільшилась, загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення збільшилися з \$3572 до \$4811, очікувана тривалість життя при народженні збільшилась на 1 рік [9].

#### Польща і JGP

У Польщі загальні витрати на галузь охорони здоров'я становлять 6,6% ВВП. Державні витрати становлять приблизно 72% і засновані на внесках на обов'язкове соціальне медичне страхування, що стягуються з заробітної плати. Витрати приватного сектора становлять 24% і в основному складаються з безпосередніх платежів пацієнтів [16]. З точки зору реімбурсації, понад 60% доходів ЛПЗ Польщі – ОГП-засновані платежі за випадок госпіталізації, інша частина надходить з загальнодержавного бюджету і додаткових джерел [1].

Основним покупцем медичних послуг для всіх членів системи соціального медичного страхування є Національний фонд здоров'я (пол. *Narodowy Fundusz Zdrowia* – NFZ). У свою чергу, Міністерство охорони здоров'я розробляє національну політику в галузі охорони здоров'я та займається її регулюванням, а територіальні органи влади керують державними ЛПЗ і розробляють стратегії зміцнення здоров'я на місцевому рівні [17].

У 1990-х роках система охорони здоров'я в посткомуністичній Польщі, як і в пострадянській Україні, зіткнулася з різким скороченням державного фінансування в умовах розвиненої інфраструктури охорони здоров'я і великої пільгової програми, що були створені попередньою владою. І хоча *de jure* в той час більшість функцій уряду залишилися без змін, *de facto* ці функції були нездійсненні, що призвело до появи неофіційного ринку послуг і корупції [18].

Для створення «здорових» ринкових умов в 1999 році була введена страхова медицина і оплата на основі діяльності, визначеної «Каталогом продуктів охорони здоров'я». Але проблемою даної моделі була недостатня прозорість. В цей же час було проведено кілька регіональних пілотних проектів впровадження адаптованої австрійської системи LFK (нім. *Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung*) [16].

Тільки в 2007 році була представлена польська система JGP (пол. *Jednorodne Grupy Pacjentów*, «Однорідні групи пацієнтів»), яка була заснована на британській HRG3.5. Для кодування діагнозів використовувалася МКХ-10, а процедур – польська версія МКБ-9. У 2008 році почалася її імплементація для класифікації пацієнтів, а з січня 2009 року JGP почала використовуватись для реімбурсації витрат державних і приватних ЛПЗ, які підписали контракти з NFZ. JGP була введена для оптимізації розподілу коштів та ресурсів, а також для забезпечення більш прозорих умов надання послуг [2, 16, 19].

Польща є однією з небагатьох країн, в яких значення JGP виражаються у вигляді балів, які помножуються на їх вартість (КГП), однакову для всієї країни. NFZ разом з Міністерством охорони здоров'я визначають вартість балу в залежності від доступного національного лікарняного бюджету [1, 8]. Польська система JGP постійно оновлюється, і з часом були додані реабілітаційні групи неврологічних і кардіологічних пацієнтів.

У період з 2006 по 2012 роки (табл. 2, 3) кількість стаціонарних ліжок лишилась незмінною – 6,5 на 1 тис. населення, терміни перебування в стаціонарі зменшилися на 10,5%, дитяча смертність знизилася на 23,3%, смертність від раку знизилася на 8,1%, кількість консультацій фахівців на душу населення трохи збільшилась з 6,6 до 7,0, загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення збільшилися з \$935 до \$1540, очікувана тривалість життя при народженні і збільшилась на 1,2 року [9].

#### Угорщина і HBC

Угорщина домоглася успішного переходу від централізованої інтегрованої системи охорони здоров'я – радянської моделі Семашко – до ринкової моделі «постачальника-покупця», що передбачає методи оплати, засновані на результатах діяльності ЛПЗ [20].

Охорона здоров'я Угорщини в значній мірі фінансується (65%) за рахунок соціального медичного страхування. Внески виходять з податків, об'єднуються на національному рівні і регулюються Адміністрацією національного фонду медичного страхування (угор. *Országos Egészségbiztosítási Pénztár* – OEP), яка в свою

чергу знаходиться в юрисдикції Державного секретаріату з охорони здоров'я (угор. *Egészségügyért Felelős Államtitkárság*), який входить до складу Міністерства національних ресурсів (угор. *Emberi Erőforrások Minisztériuma*). ОЕР укладає контракти з державними ЛПЗ, які надають більшість стаціонарних послуг. Що ж стосується приватних джерел, то їх більша частина припадає на безпосередні платежі пацієнтів, значну частину яких можна віднести до неформальних платежів з «власної кишені» [21], які є глибоко вкоріненою характеристикою посткомуністичної системи охорони здоров'я [20].

В останній роки в середньому 7-8% ВВП витрачається на галузь охорони здоров'я, при цьому витрати на державний сектор становлять в середньому 70% від загальних витрат. Історично, обсяги фінансування були нестабільними протягом багатьох років з кількома хвилями зростання, за якими слідували більш тривалі періоди стримування витрат і скорочення бюджету [20].

Угорщина, як і Польща, будучи посткомуністичною країною, зіткнулася зі схожими проблемами на початку 1990-х років. Для їх вирішення перший пілотний проект ОГП в Угорщині було здійснено ще в 1987 році, але загальнодержавна імплементація почалася тільки в 1993 році. Спочатку система ОГП в Угорщині була заснована на американській версії HCFA-DRG, але в подальшому була відкоригована і названа НВС (угор. *Homogén Betegségcsoportok*, «Групи однорідних захворювань»). Система НВС була розроблена і управляється Інформаційним центром охорони здоров'я. Основними цілями, пов'язаними із впровадженням системи НВС в

Угорщині, були політика стримування витрат на охорону здоров'я і підвищення ефективності ЛПЗ [2].

В середині 1990-х років кодування було змінено на МКХ-10, а ще пізніше були додані хірургічні групи і групи стаціонарної психіатричної допомоги [22].

У якості значення НВС в Угорщині використовується відносна вага, що координується Комітетом по оновленню платіжних кодів. Базові ставки НВС спочатку були специфічними для конкретних ЛПЗ, але поступово до 1998 року були введені національні базові ставки, які тепер встановлюються проспективно щороку [23, 24].

У 2004 році в Угорщині були введені «контракти за обсягом роботи». Кількість випадків госпіталізації 2003 року було встановлено в якості еталону, і 98% від зазначеного обсягу відшкодовувалися ЛПУ за повною ставкою до 2006 року. Додаткові ж випадки відшкодовувалися за зниженою ставкою (від 60% до 10%). Із 2006 року всього 95% обсягу 2003-го року відшкодовувалися повністю, а додаткові випадки більше не підлягали реімбурсації [2], що призвело до збільшення часу очікування пацієнтів [23]. Дана політика обмеження бюджету ведеться і до цього дня.

У період з 2006 по 2012 роки (табл. 2, 3) кількість стаціонарних ліжок зменшилася на 12,5%, терміни госпіталізації зменшилися на 14,8%, дитяча смертність знизилася на 15%, смертність від раку змінилася незначно, кількість консультацій фахівців на душу населення зменшилася на 7,8%, загальні витрати на охорону здоров'я на душу населення збільшилися з \$1513 до \$1803, очікувана тривалість життя при народженні збільшилася на 1,7 року [9].

Таблиця 2

**Показники діяльності систем охорони здоров'я (частина 1) [9]**

Показник	Кількість ліжок, на 1 тис. нас.		Строки госпіталізації, ліжко-днів		Кількість консультацій спеціалістів <i>percapita</i>	
	2006	2012	2006	2012	2006	2012
Рік	2006	2012	2006	2012	2006	2012
Велика Британія	3,5	2,8	6,4	5,9	5,1	5,0 (у 2009 р.)
Франція	7,1	6,3	7,6	6,8	6,8	6,7
Німеччина	8,3	8,3	8,7	7,8	7,9	9,7
Польща	6,5	6,5	7,6	6,8	6,6	7,0
Угорщина	8,0	7,0	6,1	5,2	12,8	11,8

Таблиця 3

**Показники діяльності систем охорони здоров'я (частина 2) [9]**

Показник	Смертність новонароджених, на 1 тис. живих новонароджених		Смертність від раку, на 100 тис. нас.		Витрати на охорону здоров'я <i>percapita</i> , \$		Очікувана тривалість життя при народженні, років	
	2006	2012	2006	2012	2006	2012	2006	2012
Рік	2006	2012	2006	2012	2006	2012	2006	2012
Велика Британія	5,0	4,1	236,2	226,3*	2936	3289	77,8	78,7
Франція	3,8	3,5	219,1	204,8§	3411	4288	80,9	82,1
Німеччина	3,8	3,3	213,5	201,6	3572	4811	77,7	78,7
Польща	6,0	4,6	261,5	240,3	935	1540	79,8	81,0
Угорщина	5,7	4,9	291,9	293,3	1513	1803	73,5	75,2

\* у 2010 році, § у 2011 році

*Наслідки впровадження систем ОГП*

Поряд з очікуваними навмисними наслідками імплементації систем ОГП, такими як збільшення ефективності і якості стаціонарної допомоги населенню, забезпечення прозорості діяльності ЛПЗ, стандартизація документообігу та стимуляція управлінського потенціалу, існують і ненавмисні наслідки, про які не варто забувати. До них відносяться «відбір вишеньок» (англ. «*Cherry picking*»), відсіювання пацієнтів, надлишкове кодування, надмірні призначення і часті повторні госпіталізації.

«Відбір вишеньок» і відсіювання можливі в тому випадку, коли в одній ОГП присутній великий розкид у витратах на різних пацієнтів. З огляду на те, що оплата всіх випадків госпіталізації однієї групи однакова, ЛПЗ вигідно вибирати більш високооплачуваних (БВО) пацієнтів і, як наслідок, уникати решту.

Надмірне кодування передбачає збільшення доходу ЛПЗ за рахунок переміщення пацієнтів у БВО групи шляхом кодування додаткових діагнозів. Також ЛПЗ можуть змінювати внутрішні шаблони і протоколи лікування пацієнтів, надаючи послуги, які переміщують пацієнтів у БВО групи. І на останок, ЛПЗ можуть повторно госпіталізувати пацієнтів для надання послуг, що можна забезпечити в амбулаторних умовах.

Але необхідно розуміти, що при правильній гармонійній організації груп і умов відшкодування витрат, належному контролі діяльності ЛПЗ і якості наданої допомоги, а також наявності зовнішнього аудиту

можливість виникнення вищевказаних небажаних наслідків зводиться до мінімуму [25].

**ВИСНОВКИ**

Більшість країн даного дослідження вирішило не створювати національну систему ОГП з нуля, а перетворити під свої потреби вже існуючу. Також в країнах спостерігається послідовне скорочення ліжкових фондів і термінів госпіталізації без негативного ефекту на якість наданої медичної допомоги, так як значення показників дитячої смертності та очікуваної тривалості життя при народженні, як індикаторів якості системи охорони здоров'я, поліпшуються.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у продовженні вивчення даної теми, розробці ефективної, якісної та інноваційної національної системи ОГП в Україні та створенні інтегрованої моделі фінансування стаціонарної допомоги заснованої на даній системі.

**Інформація про конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

**Особистий внесок кожного автора у виконання роботи.** Кожен з авторів займався пошуком та аналізом літературних джерел, написанням рукопису та його редагуванням.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. *Diagnosis-related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*. Glasgow: Open University Press; 2011. 490 p.
2. Mathauer I, Wittenbecher F. *DRG-based payments systems in low-and middle-income countries: Implementation experiences and challenges*. World Health Organization; 2012. Report No.: HSS/HSF/DP. E. 10.2.
3. Hawe E. *Compendium of health statistics [Internet]*. Office of Health Economics; 2009. 289 p. (000235). Available from: <https://ideas.repec.org/b/ohe/monogr/000235.html>.
4. Mason A, Ward P, Street A. *England: the healthcare resource group system*. In: *Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Glasgow: Open University Press; 2011. p. 197–220.
5. Anthony P. *Healthcare resource groups in the NHS: a measure of success*. Public Finance Account. 1993;(23):8–10.
6. Health D of. *Reforming NHS financial flows: Introducing payment by results*. Department of Health London; 2002.
7. O'Reilly J, Busse R, Häkkinen U, Or Z, Street A, Wiley M. *Paying for hospital care: the experience with implementing activity-based funding in five European countries*. Health Econ Policy Law. 2012 Jan 5;7(1):73–101.
8. *HealthSystemsInstitutionalCharacteristics: A Survey of 29 OECD Countries [Internet]*. 2010 Apr [cited 2019 Aug 29]. Report No.: 50. Available from: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-systems-institutional-characteristics\\_5kmfxfq9qbnr-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-systems-institutional-characteristics_5kmfxfq9qbnr-en).
9. OECD. *OECD iLibrary | Health: Key Tables from OECD [Internet]*. 2014 [cited 2019 Sep 16]. Available from: <https://doi.org/10.1787/20758480>.
10. Or Z, Bellanger M. *France: Implementing homogeneous patient groups in a mixed market*. In: *Diagnosis-related groups in Europe Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Glasgow: Cambridge University Press; 2011. p. 221–41.
11. Slabkiy GO, Rogach IM, Smirnov MM, Zhorniyk VV. *Financing model of healthcare institutions based on the example of France within the T2A system*. Economy and legislation of healthcare. 2018;(2 (8)):59–63. [in Ukrainian].
12. Geri-Trial C, Mas C, Guibon O. *Programme de médicalisation des systèmes d'information : valoriser les séjours des patients porteurs de plaies*. Rev Francoph Cicatrisation. 2017 Apr;1(2):61–4.
13. Geissler A, Scheller-Kreinsen D, Quentin W, Busse R. *Germany: Understanding G-DRGs*. In: *Diagnosis-related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*. Glasgow: Open University Press; 2011. p. 243–71.
14. Tuschen KH, Trefz U. *Krankenhausentgeltgesetz. Kommentar Mit Einer Umfassenden Einführ Vergüt Station Krankenhausleistungen Stuttgart Kohlhammer*. 2004.

15. Neubauer G, Pfister F. DRGs in Germany: Introduction of a comprehensive prospective DRG payment system by 2009. In: *The Globalization of Managerial Innovation in Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
16. Czach K, Klonowska K, Swiderek M, Wiktorza K. Poland: the Jednorodne Grupy Pacjentów – Polish experiences with DRGs. In: *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Glasgow: Cambridge University Press; 2011. p. 359–80.
17. Kuszewski K, Gericke C. Health care systems in transition: Poland. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2005 p. 130.
18. Stepurko T, Pavlova M, Gryga I, Murauskiene L, Groot W. Informal payments for health care services: The case of Lithuania, Poland and Ukraine. *J Eurasian Stud*. 2015 Jan;6(1):46–58.
19. Koziarkiewicz A. Jednorodne grupy pacjentów. Przewodnik po systemie. *Nar Fundusz Zdrowia-Cent Publ House Wars*. 2009.
20. Gaal P, Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D. Hungary health system review. *Health Syst Transit*. 2011;13(5): 1–266.
21. HealthConsumerPowerhouse. Euro health consumer index. 2015. Health Consumer Powerhouse; 2015.
22. Maylath E. DRGs in der psychiatrischen Krankenhausfinanzierung am Beispiel Ungarns. *Gesundheitswesen*. 2000;62(12):633–45.
23. Evetovits T. Paying hospitals by DRGs: case-study from Hungary Bangkok: Joint Learning Network; 2010.
24. Gaal P, Stefka N, Nagy J. Cost accounting methodologies in price setting of acute inpatient services in Hungary. *Health Care Manag Sci*. 2006 Aug 1;9(3):243–50.
25. Cots F, Chiarello P, Salvador X, Castells X, Quentin W. DRG-based hospital payment: Intended and unintended consequences. In: *Diagnosis-related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*. Glasgow: CambridgeUniversityPress; 2011. p. 75–92.

*Дата надходження рукопису до редакції: 30.09.2019 р.*

### **Comparative analysis of European systems of homogeneous patient groups**

*I.M. Rogach, M.M. Smirnov, V.V. Zhornyk*  
SU “Uzhhorod National University”, Medical Faculty,  
Department of Social Medicine and Hygiene,  
Uzhhorod, Ukraine

In Europe, depending on the method of reimbursement, there are two basic models of financing of health care facilities that provide acute inpatient care under homogeneous patient groups: retrospective payments for hospitalization cases and prospective budgetary allocations. Each model has its own impact on activities of health care facilities. Also, different methods of calculating the actual rate of payment for each group exist. Generally, this rate is equal to the product of the value of the group and the rate of conversion. But both the values and the coefficients may differ depending on the country and be expressed in different quantities. This further changes the totality and the intensity of the institution incentives.

The purpose was to study models of retrospective DRG-based payments for hospitalization cases, their implementation and impact on national health systems in five

European countries, namely in the United Kingdom, France, Germany, Poland and Hungary. Data from current scientific literature about the model of DRG-based payments have been analyzed using the content analysis, the method of systematic and comparative analysis, and the bibliosemantic method.

The main part of the article analyzes characteristics of national healthcare systems of the countries mentioned above: the sources of funding, the features of reimbursement methods for healthcare facilities, the experience of implementation of homogeneous patient groups, and current methods of calculating the actual rate of hospitalization case. Also, for each country of this study, the evolution of certain indices of national health care systems under homogeneous patient groups was noted. A separate section is provided to analyze the intended and unintended consequences that should be anticipated and prevented during the implementation of homogeneous patient group systems.

As a result, it was determined that in the countries studied there was a consistent reduction in bed funds and length of stay, while improving the quality of health care.

**KEY WORDS:** financing, homogeneous patient groups, OGP, DRG, reimbursement, inpatient care.

### **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Рогач Іван Михайлович** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри соціальної медицини та гігієни УжНУ, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

**Смірнов Микита Миколайович** – аспірант кафедри соціальної медицини та гігієни УжНУ, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

**Жорник Віталіна Василівна** – студентка УжНУ, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

## Особливості захворюваності на дифтерію та розвитку епідемічного процесу дифтерійної інфекції в Закарпатській області

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», ФПОДП, м. Ужгород, Україна  
Закарпатський обласний лабораторний Центр МОЗ України, м. Ужгород, Україна

**Мета** – дослідити сучасні особливості епідемічного процесу дифтерії в Закарпатській області.

**Матеріали та методи.** Було досліджено дані державної статистичної звітності Закарпатської області: показники захворюваності дифтерією, носійства, охоплення вакцинацією та напруженість популяційного протидифтерійного імунітету населення. Використано комплексний епідеміологічний метод, ретроспективний аналіз, прогнозування.

**Результати.** Встановлено, що роки з найнижчими показниками імунологічної захищеності населення від дифтерії передували епідемічному зростанню захворюваності. Виявлено наступні особливості сучасного епідемічного процесу дифтерії в Закарпатті: мінімальний рівень захворюваності та носійства збудника, або їх відсутність протягом тривалого періоду; суттєве зниження обсягів профілактичних щеплень проти дифтерії за останнє десятиліття (середній показник 31,4%) та, відповідно, зростання прошарку імунологічно незахищеного населення.

**Висновки.** Мінімальний рівень захворюваності на дифтерію, або її тривала відсутність на фоні значної кількості імунологічно незахищеного населення, реєстрація випадків дифтерії в інших регіонах України, активні міграційні процеси є тривожними прогностичними ознаками можливого розвитку чергового епідемічного підйому захворюваності дифтерією в Закарпатській області.

**Ключові слова:** дифтерія, захворюваність, носійство токсигенних та нетоксигенних штамів, епідемічний процес, охоплення щепленнями.

### ВСТУП

Дифтерія – інфекційне захворювання, небезпечне своїми ускладненнями, з високим рівнем летальності та інвалідизації. Джерело інфекції – хвора людина або бактеріоносій токсигенних штамів. Епідеміологічна небезпека хворого майже в 10 разів вища, ніж носія. Хворіють на дифтерію діти та дорослі, які не мають антитоксичного імунітету або в яких він має низькі показники напруженості (вміст антитоксину в 1 мл крові нижче від 0,03 МО). Дифтерія закінчується летально в 5-10% випадків. У дітей віком до п'яти років і дорослих віком після 40 років рівень смертності може досягати 20% [1].

Вогнища дифтерії, хоча і дуже рідко, все ще мають місце в усьому світі, в тому числі і в розвинених країнах, таких як Німеччина, Канада. Після розпаду Радянського Союзу на початку 1990-х років, рівень вакцинації проти дифтерії знизився, що зумовило вибухове зростання захворюваності та смертності від неї. Відсутність настороги щодо дифтерії та недостатня обізнаність медиків призводила до затримок у діагностиці та лікуванні хворих [2, 4].

Масова імунізація населення проти дифтерії, що здійснювалася з середини 50-х років минулого сторіччя сприяла різкому зниженню захворюваності та бактеріоносійства збудника хвороби. В кінці минулого сторіччя в Європі було дві хвилі захворюваності на дифтерію: у 1982–1985 рр. та у 1990–1999 рр. [7]. За даними ВООЗ, в пострадянських країнах за період 1990-1999 років було зареєстровано більше 158 тисяч захворювань на дифтерію, з яких 4 тисячі закінчилися летально. В Україні за вказаний період виявлено понад 20 тисяч захворювань, 700 летальних випадків та 13204 випадки носійства токсигенних

штамів збудника. Виникненню епідемії сприяв низький рівень охоплення дітей та, особливо, дорослих профілактичними щепленнями [2].

Епідемічний процес дифтерії в умовах масової імунізації проявляється спорадичними випадками захворювань та реєстрацією бактеріоносійства. Лабораторна бактеріологічна діагностика – провідний чинник в епідеміологічному нагляді за дифтерією. Невиявлені та несановані носії збудника створюють умови для поширення інфекції. Висока питома вага щеплених не запобігає колонізації збудником слизової оболонки носоглотки, тому важливо проводити скринінгові дослідження з метою максимального виявлення та санації носіїв коринібактерій. Основну долю серед носіїв складають носії нетоксигенних штамів, певна частина яких має ген токсигенності. У Західній Європі токсигенний штам *Corinebacterium ulcerans* все частіше був ідентифікований як етіологічний агент [3, 5, 8].

Частота виявлення бактеріоносіїв в післяепідемічний період щороку зменшується. Серйозним передвісником епідемії дифтерії 90-х років минулого сторіччя було збільшення реєстрації носіїв токсигенних штамів збудника. Співвідношення хворих на дифтерію до носіїв 1:2 і більше свідчило про приховану захворюваність за рахунок збільшення носіїв та помилок у діагностиці [3, 5].

Підсумки вивчення епідеміологічного значення виявленого носійства збудника дифтерії у м. Києві за 1989-1998 рр. свідчили, що рівні носійства токсигенних та нетоксигенних штамів коринібактерій дифтерії суттєво відрізнялись серед різних за епідемічним ризиком населення. Найбільш високою групою епідемічного ризику були хворі з патологією носа та горла (ангіни). До початку епідемії 1991 року мало місце поширення нетоксигенних

штамів коринебактерії дифтерії, а початок епідемії співпав з початком зростання інтенсивності циркуляції токсигенних штамів збудника в популяції [3, 4].

Вибіркові генетичні дослідження нетоксигенних штамів збудника дифтерії виявили, що 7–10,5% з них мали ген токсигенності та були здатні викликати захворювання. А в 1999 році в Україні у 17,3% хворих на дифтерію було виділено нетоксигенні штами коринебактерій. Найбільша кількість таких штамів реєструвалася у хворих з діагнозом «дифтерія» у місті Києві, де із 90 первинно обстежених хворих нетоксигенні штами було ідентифіковано у 43 (47,8%). Тому всі такі штами рекомендують досліджувати методом ланцюгової полімеразної реакції, з метою поглибленого вивчення нетоксигенних за фенотипом штамів, але таких, що можуть мати ген токсигенності [1, 7].

За даними Українського Центру Держсанепіднагляду протягом останніх 20 років відмічається зниження реєстрації захворювань на дифтерію навіть на фоні значного зниження обсягів профілактичних щеплень. Ймовірно, в окремих випадках, це відбувалося за рахунок «заліковування» дифтерії сучасними антибіотиками у ранній катаральний період захворювання та зняття попереднього діагнозу «дифтерії» при відсутності позитивного мікробіологічного дослідження. Мали місце випадки, коли у хворих з негативним бактеріологічним дослідженням діагноз дифтерії знімався та уточнювався на діагноз «Фолікулярна ангіна» при наявній клінічній картині та проведенні специфічного лікування хворого (введення протидифтерійної сироватки), що призводило до штучного зменшення показників захворюваності [3–5].

В системі епідеміологічного нагляду за дифтерією імунопрофілактика є найбільш дієвим заходом. Охоплення профілактичними щепленнями згідно з Календарем за останнє десятиліття в країні з року в рік зменшувалось. Цей процес був зумовлений такими чинниками як несвоєчасне та неритмічне постачання імунобіологічних препаратів (з 2019 року, на час написання статті, ця проблема врегульована на державному рівні), антивакцинальна пропаганда та відмови від щеплень, несвоєчасне їх проведення, порушення термінів проведення щеплень, тощо. В результаті, кількість імунологічно незахищеного від дифтерії населення збільшувалась щороку, що спонукало нас до вивчення цього питання у нашому регіоні [6].

**Мета** – дослідити сучасні особливості епідемічного процесу дифтерії в Закарпатській області.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалом дослідження слугували показники захворюваності дифтерією, носійства токсигенних та нетоксигенних штамів, охоплення вакцинацією проти дифтерії та результати досліджень напруженості протидифтерійного імунітету населення Закарпатської області з таких джерел інформації:

1. Офіційний сайт головного управління статистики в Закарпатській області.  
<http://database.ukrcensus.gov.ua>

2. Державна статистична звітність форма №2 «Звіт про окремі інфекції та паразитарні захворювання» по Закарпатській області за 2000-2018 роки.

3. Галузева звітність ф.№ 40 Закарпатської обласної санепідслужби та Лабораторного Центру МОЗ України за 2010-2018 роки.

4. Державна статистична звітність про профілактичні щеплення (Форма 70) за 2010-2018 роки.

5. Комп'ютеризована програма звітності з профілактичних щеплень «УКРВАК» по Закарпатській області за 2010-2018 роки.

Дані досліджень оброблялись за допомогою комплексного епідеміологічного методу (КЕМ), у т.ч. з використанням описово-оціночного (дескриптивного), аналітичного методів та прогнозування. Проведено ретроспективний епідеміологічний аналіз. Використовувались дані комплексу бактеріологічних та серологічних досліджень.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З часу введення державної реєстрації інфекційних захворювань в Закарпатській області (1946 р.) динаміка захворюваності дифтерією носила хвилеподібний характер, за період 1946-1959 роки показники коливались від 41,2 на 100 тисяч населення (328 випадків) у 1948 р. до 13,7 (120 випадків) у 1955 році. Протягом 1960-1980-х років, на фоні масового охоплення дитячого населення вакцинацією проти дифтерії, захворюваність носила спорадичний характер, проте реєстрація випадків відбувалась щорічно. Найвища захворюваність на дифтерію у вказаний період відмічалася у 1986 та 1987 роках 0,08 та 1,2 на 100 тис.нас. відповідно (див. рис. 1).

В період епідемічного підйому захворюваності на дифтерію в 90-х роках минулого століття на Закарпатті було зареєстровано 266 випадків захворювань, у тому числі 96 у дітей віком до 14 років (42,5%), 7 летальних випадків (3,1%). Протягом цього періоду виявлено 956 носіїв токсигенних штамів дифтерії, у т.ч. 322 – у дітей (33,7%). Найвищі показники захворювань в цей час відмічалися у 1992 році (61 випадок, 4,8 на 100 тис. населення) та у 1995 році (79 випадків, 6,2 на 100 тис. населення, пік останньої епідемії). У 2000-2004 роках не зареєстровано жодного захворювання дифтерією. Протягом 2005-2009 років виявлено вже 24 випадки дифтерії. Інтенсивні показники захворюваності коливались в межах 0,16-1,0 на 100 тис. нас. Останній випадок захворювання в області зареєстровано у 2011 році. За визначеними критеріями ВООЗ епідемічна ситуація характеризувалась як нестійка (див. рис. 2).

Показники носійства збудників дифтерії за період 1990-1999 рр. в Закарпатській області характеризувалась найвищим рівнем у 1993-1995 роках (11,1-12,5 на 100 тис. нас.) Середньорічний рівень носійства за вказаний період склав 3,67 на 100 тис. нас., а в наступному десятиріччі (2000-2010 роки) знизився у 3,7 рази до 0,98 на 100 тис. нас. За період 2010-2018 рр. виявлено 3 носіїв нетоксигенних штамів збудника дифтерії у 2010 році.

Бактеріологічними лабораторіями санітарно-епідеміологічної служби та медичних закладів Закарпатської області за вказаний період обстежено 68518 осіб, з них 70,2% з діагностичною метою, 0,3% – за епідемічними показами та 29,5% – з профілактичною

метою. В середньому, щорічно обстежується 7,5 тис. осіб. Обсяги досліджень, проведених в роки благополучної епідемічної ситуації для нашої області оцінюються як достатні. Їх зниження спостерігається у 2016-2018 роках, в основному профілактичних, що пов'язано з реформуванням санітарно-епідеміологічної служби України. Тенденція є загальною для всіх регіонів України.

Охоплення населення області плановими профілактичними щепленнями проти дифтерії за останні

9 років надзвичайно низьке Найкритичнішою ситуація була у 2015 році план щеплень було виконано лише на 7,2%. Слід відмітити, що переважним чином це було обумовлено низьким охопленням щеплень дорослого населення з коливанням від 0 у 2015 р. до 68,9% у 2018 р.). З 2018 року ситуація із виконанням щеплень суттєво покращилась. (див. таблицю).

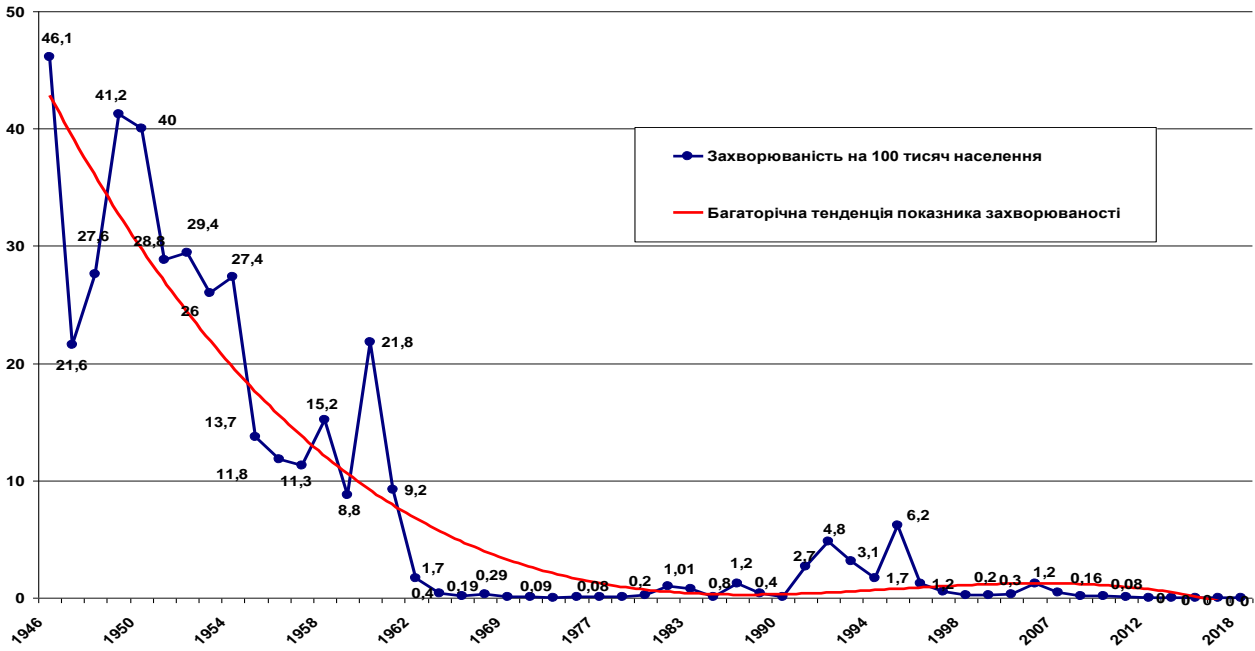


Рис. 1. Динаміка захворюваності дифтерією (на 100 тис. нас.) та її тенденція в Закарпатській області за період 1946-2018 років

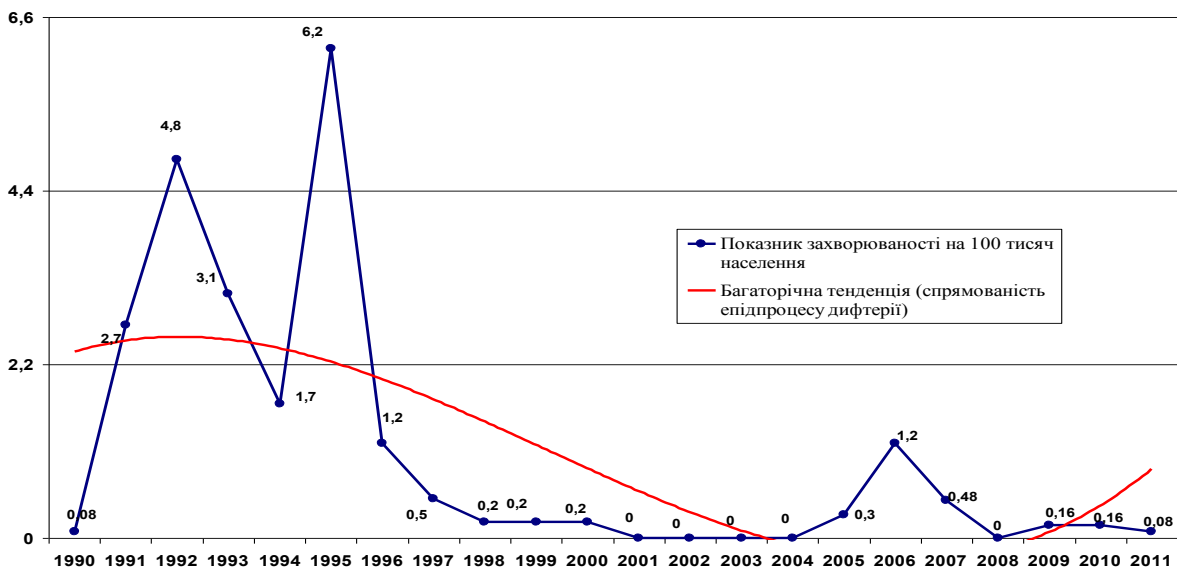


Рис. 2. Захворюваність на дифтерію в Закарпатській області (на 100 тис. нас.) та тенденція її багаторічної динаміки в 1990-2012 рр.



## Виконання зведеного плану щеплень проти дифтерії в Закарпатській області

Рік	Зведений план	Виконання		Невиконання	
		п	%	п	%
2010	121527	61344	50,5	60183	49,5
доросле населення	52135	14340	27,5	37795	72,5
2011	167596	39151	23,4	128445	76,6
доросле населення	83811	7800	9,3	76011	90,7
2012	228083	105719	46,3	122364	53,6
доросле населення	112581	41620	36,9	70961	63,0
2013	127721	42657	33,4	85064	66,5
доросле населення	48168	7726	16,04	40442	83,9
2014	132976	13060	9,8	119916	90,2
доросле населення	47352	854	1,8	46498	98,2
2015	169351	12144	7,2	157207	92,8
доросле населення	36499	0	0	36499	100,0
2016	218487	34030	15,7	184457	84,3
доросле населення	53210	1963	3,7	51247	96,3
2017	252551	95093	37,7	157458	62,3
доросле населення	103294	39665	38,5	63629	61,5
2018	160998	93675	58,1	67323	41,9
доросле населення	49736	34284	68,9	15452	31,2

Проте, сформований за останні роки потужний прошарок імунологічно незахищеного від дифтерії населення нашого регіону залишається серйозним чинником можливого розвитку та поширення епідемічного процесу дифтерії.

Вивчення стану популяційного імунітету населення Закарпатської області проводилося за період з 1987 по 2003 рік на основі серологічного методу вивчення титрів протидифтерійних антитіл у сироватках крові. В подальшому дослідження проводились в недостатніх обсягах для статистично достовірних висновків. За

вказаний період було виявлено дві хвилі підйому рівнів незахищеності до цієї нозології: у 1990 році - 23,9% імунонезахищених та у 1994 - 25,7%. Порівняння стану напруженості імунітету із динамікою показників захворюваності дифтерією виявило закономірність: роки з найвищими показниками відсотків імунологічно незахищеного населення передували росту захворюваності на дифтерію: у 1991 р. - 35 випадків; у 1992 р. - 61; у 1993 р. - 40 випадків. Другий пік незахищеності населення передував спалаху дифтерії у 1995 році - 79 випадків захворювання (див. рис. 3).

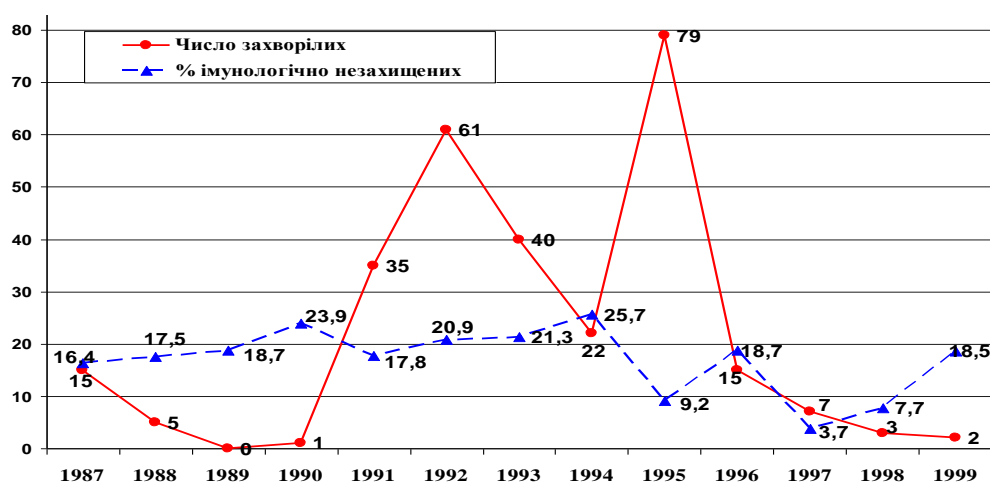


Рис. 3. Динаміка показників імунологічно незахищених проти дифтерії осіб (%) та числа випадків захворювань дифтерією в Закарпатській області за період спостереження 1987-1999 рр.

Аналіз вікової структури розповсюдженості, носійства та захворюваності дифтерією за період епідемії 90-х років свідчить про незначні відмінності в частоті ураження дітей та дорослих: питома вага дітей складала 52,2%, дорослих – 47,8%, що відображено на рис. 4.

Щодо носійства збудників дифтерії, то серед виявлених носіїв 58,3% становили діти, 41,7% - дорослі. Характеристика вікового розподілу хворих за період епідемії 90-х років була наступною: доросле населення 67,5%, діти віком до 14 років - 32,5%. За результатами

ретроспективного аналізу, не зважаючи на багаторічну масову вакцинопрофілактику, дифтерія зберегла характерну для довакцинальної ери періодичність і сезонність. Аналіз сезонності захворюваності дифтерією за епідемічний період 1990-2000 років у Закарпатській області свідчить про нерівномірний річний розподіл захворюваності та прояв характерної осінньо-зимової сезонності: 64% зареєстрованих випадків реєструвались в період з листопада по квітень (див. рис. 5).

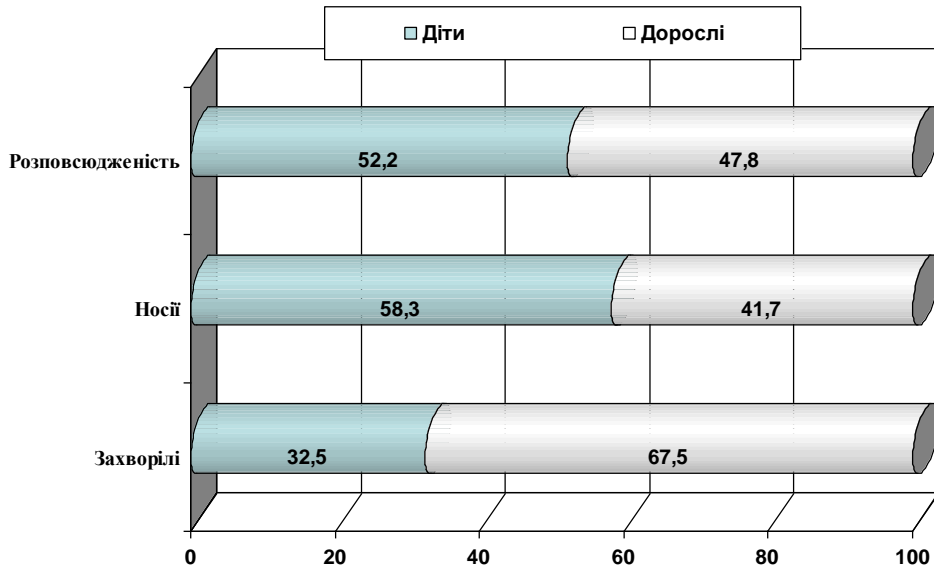


Рис. 4. Питома вага (%) дітей та дорослих серед хворих на дифтерію, носіїв та показника розповсюдженості дифтерії за період спостереження (1990-2000 рр.)

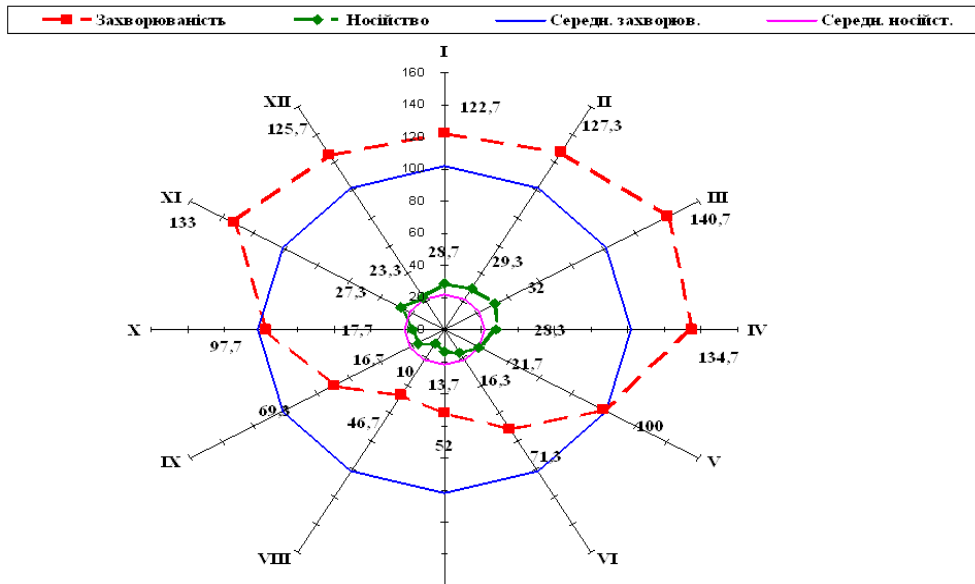


Рис. 5. Характеристика сезонності захворюваності та носійства дифтерії за період спостереження (1990-2000 рр.)

**ВИСНОВКИ**

На сучасному етапі для епідемічного процесу дифтерії в Закарпатській області характерні наступні особливості: мінімальний рівень захворюваності та її

відсутність протягом тривалого періоду 2012-2018 рр. (останній випадок – у 2011 році); мінімальний рівень виявлення носійства токсигенних та нетоксигенних штамів дифтерії при відсутності реєстрації захворюваності; суттєве зниження обсягів профілактичних щеплень проти

дифтерії та, відповідно, зростання прошарку імунологічно незахищеного населення у всіх вікових групах. Інфекція втратила свою «дитячий характер», відмінності в ураженні дітей та дорослих незначні. Реєстрація поодиноких випадків захворювань в інших регіонах України та високий рівень міграції населення уможлиблює завезення інфекції на територію області.

Такі прояви епідемічного процесу дифтерії, які мають місце зараз в Закарпатській області, за

визначеннями ВООЗ є тривожною прогностичною ознакою можливого початку чергового епідемічного підйому захворюваності цією інфекцією.

*P.S. На день подачі статті до друку в Закарпатті зареєстровано 3 випадка дифтерії та 12 носіїв інфекції серед студентів-іноземців. Токсигенність штамів з'ясується.*

## REFERENCES

1. Kozlova I.A. Epidemiologichne znachennya viyavleniya korinebakteriyi difteriyi v m. Kiyevi v period aktivizaciyi epidemichnogo procesu (1989-1998 rr.) / Kozlova I.A., Mohort G.A., Nosenko G.A., Golovnyia O.M., Klimova Zh.O., Kostriyca T.B. // Suchasni infekciji. – 2000. – №4. – S. 25-30.
2. Kolesnikova I.P. Zagalna ocinka stanu zahvoryuvanosti na vakcino kerovani infekciji v Ukrayini (1944-2014 rr.), za osnovnimi epidemiologichnimi kriteriyami / Kolesnikova I.P., Mohort G.A., Kolesnikov M.M., Petrusovich T.V., Zublenko O.V., Glushko-Makivska A.P., Sokolovska O.O. // Medichna nauka Ukrayini. – 2016. – Т. 12. – № 1-2. - S. 64-71.
3. Mohort G.A. Proyavi epidemichnogo procesu difteriyi v suchasni umovah i shlyahi udoskonalennya epidemiologichnogo naglyadu / Mohort G.A. // Avtoreferat dis. k.m.n. – Kiyiv. – 2003.
4. Nekrasova L.S. Pro stan zahvoryuvanosti ta laboratornoyi diagnostiki difteriyi v krayini u 1999 roci / Nekrasova L.S. // Informacijnij list Ukrayinskogo Centru Derzhsanepidnaglyadu. – 2000.
5. Nekrasova L.S. Pro stan zahvoryuvanosti ta laboratornoyi diagnostiki difteriyi v Ukrayini v 2011 roci / Nekrasova L.S., Glushkevich L.G. // Informacijnij list CSES MOZ Ukrayini. – 2012.
6. Podavalenko A.P. Estimating the Complication Risk of Epidemic Situation with Diphtheria in Ukraine // Asian Journal of Epidemiology. – 2018. – 11(1). – P. 26-33.
7. Wagner K.S. Diphtheria in the postepidemic period, Europe, 2000-2009 / Wagner K.S., J.M. White, I. Lucenko, D. Mercer and N.S. Crowcroft et al. // Emerg. Infect. Dis. - 2012. - 18: pp. 217-225.
8. WHO Vaccine-Preventable Diseases: Monitoring System. 2008 Global Summary: Immunization, Vaccines and Biologicals. – World Health Organization : Geneva, Switzerland, 2008. – P. 385.

*Дата надходження рукопису до редакції: 10.10.2019 р.*

### **Особенности заболеваемости дифтерией и развития эпидемического процесса дифтерийной инфекции в Закарпатской области**

*Е.И. Рубцова, С.В. Оберемко, Л.М. Ламбрух, В.В. Тимчик*  
ДВНЗ «Ужгородский национальный университет», ФПОДП  
Закарпатский областной лабораторный Центр МЗ Украины

**Цель** – исследовать современные особенности эпидемического процесса дифтерии в Закарпатской области.

**Материалы и методы.** Было исследовано данные государственной статистической отчетности Закарпатской области: показатели заболеваемости дифтерией, носительства, охват вакцинацией и напряженность популяционного противодифтерийного иммунитета населения. Использован комплексный эпидемиологический метод, ретроспективный анализ, прогнозирование.

**Результаты.** Установлено, что годы с низкими показателями иммунологической защищенности населения от дифтерии предшествовали эпидемическому росту заболеваемости. Выявлены следующие особенности современного эпидемического процесса дифтерии в Закарпатье: минимальный уровень заболеваемости и носительства возбудителя, или их отсутствие в течение длительного периода; существенное снижение объемов профилактических прививок против дифтерии за последнее десятилетие (средний показатель 31,4%) и, соответственно, рост прослойки иммунологически незащищенного населения.

**Выводы.** Минимальный уровень заболеваемости дифтерией, или ее длительное отсутствие на фоне значительного количества иммунологически незащищенного населения, регистрация случаев дифтерии в других регионах Украины, активная миграция населения являются тревожными прогностическими признаками возможного развития очередного эпидемического подъема заболеваемости дифтерией в Закарпатской области.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** дифтерия, заболеваемость, носительство, эпидемический процесс, прививки.

***Peculiarities of diphtheria morbidity and epidemic process of diphtheria infection in Transcarpathian region***

Y. Rubtsova, S. Oberemko, L. Lambruch, V. Timchik  
Uzhgorod National University, Faculty  
of Postgraduate Education  
Transcarpathian Regional Laboratory Center  
of the Ministry of Health of Ukraine

**The purpose** was to study the current features of the diphtheria epidemic process in the Transcarpathian region.

**Materials and methods.** The data of the state statistical reporting of infectious diseases and vaccination in the Transcarpathian region were studied, namely diphtheria incidence rates, carriers of toxigenic and non-toxigenic strains, diphtheria vaccination coverage and the tension of the population's anti-diphtheria immunity. The complex epidemiological method, retrospective analysis and prediction methods were used.

**Results.** In Ukraine, during the last epidemic of diphtheria 1990-1999, there were more than 20 thousand diseases, 700 deaths (3.5%) and 13204 cases of toxigenic strains of the pathogen. The low coverage of children and, especially, adults with preventive vaccinations facilitated the outbreak of the epidemic process [2]. Then 266 cases of diphtheria were recorded, including 96 incidences in children under 14 years (42.5%). The mortality rate was 3.1%. The highest diphtheria incidence rate was in 1995 (79 cases, 6.2 per 100,000 population). Since 2000, diphtheria has been diagnosed sporadically in the region. The last case was in 2011. The average annual carrier level of toxigenic bacterial strains was 3.67 per 100,000 population. It has declined 3.7 times over the next decade (2000-2010).

The tension of anti-diphtheria immunity in the population was investigated based on a serological method. There were detected two waves of decrease in the protection level to this infection for the period 1987-2003. In 1990, 23.9% of the population had no protective titer of antibodies to diphtheria and in 1994 - 25.7%, respectively. The years with

the lowest levels of immunological protection of the population preceded the epidemic rise in the incidence of diphtheria. In 1991 it achieved 35 cases; in 1992 - 61; in 1995 - 79 cases.

The population's coverage with vaccinations against diphtheria has been extremely low for the last 10 years. It was 31.4% on average of what was needed to do by the plan in this period. The most critical situation was in 2015 when this indicator declined to 7.2%. It is necessary to note that the lowest rate of vaccination was among adults. Since 2018, the vaccination level against diphtheria has increased significantly.

An analysis of the age structure of the prevalence, carrier and incidence of diphtheria during the 1990s epidemic shows little variation in the morbidity of children and adults. The share of children was 52.2%, of adults - 47.8%. Concerning to the carrier of diphtheria pathogens, among the detected carriers, 58.3% were children, 41.7% - adults. The characteristics of the age distribution of patients were as follows: adult population 67.5%, children under 14 years - 32.5%.

The current epidemic process of diphtheria in the Transcarpathian region has the following features: minimal incidence of disease and its absence during the long period 2012-2018; minimum level of diphtheria carrier detection; a significant decrease in the preventive vaccination coverage against diphtheria over the last decade (average of 31.4%) and, accordingly, an increase in the layer of immunologically vulnerable population in all age groups.

**Conclusions.** Currently, there is an alarming situation in Transcarpathia regarding the diphtheria epidemic process. The worrying signs are the minimum level of diphtheria morbidity or lack thereof against the background of a large number of immunologically unprotected populations. By the WHO definition, such alarm prognostic signs indicate a possible onset of another epidemic rise of diphtheria incidence. Registration of single cases of diphtheria in the other regions of Ukraine makes it possible to spread the infection to the territory of the region.

**KEY WORDS:** diphtheria, morbidity, carrier, epidemic process, vaccination.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Рубцова Єлизавета Іллівна** – к.м.н., доцент каф. терапії та сімейної медицини ФПОДП УжНУ.

**Оберемко Світлана Володимирівна** – зав. відділу організації епідеміологічних досліджень УМРФ ДУ Закарпатський обласний лабораторний Центр МОЗ України, м. Ужгород.

**Ламбрух Лариса Михайлівна** – зав. бактеріологічної лабораторії, Закарпатський обласний лабораторний Центр МОЗ України, м. Ужгород.

**Тимчик Вікторія Василівна** – зав. відділом організації епідеміологічного нагляду, Закарпатський обласний лабораторний Центр МОЗ України, м. Ужгород.

## Поширеність стоматологічних захворювань, які потребують ортопедичного лікування у працівників заводу «Дніпроспецсталь»

<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

<sup>2</sup>Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

**Мета.** Провести аналіз поширеності стоматологічних захворювань, які потребують ортопедичного лікування, серед працівників заводу «Дніпроспецсталь» м. Запоріжжя.

**Матеріал та методи.** З метою вивчення поширеності стоматологічних захворювань, що потребують ортопедичного лікування, серед робітників заводу «Дніпроспецсталь» міста Запоріжжя нами було оглянуто 913 працівників: 675 (73,9%) чоловіків та 238 (26,1%) жінок. Всі обстежені були розподілені на чотири вікові групи.

**Результати.** Патологія твердих тканин зубів у віці 31-40 років досягає максимальної величини – 91,1±1,75%. З віком деформація зубних рядів поступово зніжується та становить у віці 41-50 років – 36,7±3,03%, у віці 51-60 років 32,4±4,25%. Часткова відсутності зубів в цілому складає 62,2±0,45%, з віком збільшується і досягає максимального значення у віці 51-60 років – 90,3±2,49%. Захворювання тканин пародонту в цілому дорівнює 58,7±0,14%. Частота підвищеної стертості зубів складає 25,70±0,41%.

**Висновки.** На першому місці серед стоматологічних захворювань, що потребують ортопедичного лікування, патологія твердих тканин зубів 68,6±0,91%, на другому – часткова відсутність зубів 62,2±0,45%, на третьому – захворювання тканин пародонту 58,7±0,14%.

**Ключові слова:** розповсюдженість, стоматологічні захворювання, потреба в протезуванні.

### ВСТУП

Виробництво сталі характеризується наявністю великої кількості джерел виникнення професійних шкідливостей: пил, газоподібні токсичні речовини (триоксид заліза, бензол, хлористий водень, марганець, оливо, фенол, формальдегід, діоксид азоту, оксид вуглецю та ін.), нагріваючий мікроклімат, шум, вібрація, важка та напружена праця [1, 5, 7, 8].

Загальновідомий несприятливий вплив шкідливих виробничих чинників сталепромислового виробництва на здоров'я працівників. Виробничі шкідливості призводять до розвитку не лише професійних, загальних захворювань, але й впливають на розвиток основних стоматологічних захворювань [3, 4, 6, 8].

Враховуючи високий процент населення Запорізької області, зайнятого на підприємствах металургійної промисловості, є необхідність вивчення впливу професійних факторів на стоматологічне здоров'я працюючих [5, 7].

Проте досі не вироблено цілісне уявлення про характер і темпи розвитку у цієї категорії працюючих основних стоматологічних захворювань. Недостатній обсяг знань про поширеність у них стоматологічних захворювань, які потребують ортопедичного лікування залежно від стажу та віку, що утрудняє планування лікувально-профілактичної допомоги [1, 2, 5, 7].

**Мета дослідження** – провести аналіз поширеності стоматологічних захворювань, які потребують ортопедичного лікування, серед працівників заводу «Дніпроспецсталь» м. Запоріжжя.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

З метою вивчення поширеності стоматологічних захворювань, що потребують ортопедичного лікування, серед робітників заводу «Дніпроспецсталь» міста Запоріжжя нами було оглянуто 913 працівників: 675 (73,9%) чоловіків та 238 (26,1%) жінок. Всі обстежені були розподілені на чотири вікові групи: 1-а (21-30 років) – 145; 2-а (31-40 років) – 270; 3-я (41-50 років) – 278; 4-а (51-60 років) – 220 працівників.

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

Оцінку поширеності стоматологічних захворювань проводили з використанням стандартної схеми обстеження, розробленої з урахуванням рекомендацій ВООЗ. На кожного пацієнта була оформлена карта стоматологічного хворого (форма № 043/о). Дослідження проводили в рамках профілактичного огляду працівників заводу «Дніпроспецсталь». Робітників обстежували загально клінічними методами. Вивчали стан і локалізацію дефектів зубних рядів, ступінь рухливості зубів, стан твердих тканин зубів, тканин пародонту. Дефекти зубних рядів діагностували за класифікацією Кеннеді.

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

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Особливості поширеності основних стоматологічних захворювань, що підлягають ортопедичному лікуванню,

впливають на масштаби руйнування жувального апарату і визначають потребу в ортопедичній стоматологічній допомозі. Дані, отримані в результаті епідеміологічного обстеження працівників заводу "Дніпроспецсталь"

м. Запоріжжя, характеризують поширеність стоматологічних захворювань, що вимагають ортопедичного лікування, представлені в таблиці.

Таблиця

**Розповсюдженість у працівників заводу «Дніпроспецсталь» стоматологічних захворювань, що потребують ортопедичного лікування (%)**

Вікові групи (роки)	Стоматологічні захворювання, що потребують ортопедичного лікування						
	Патологія твердих тканин	Часткова відсутність зубів	Повна відсутність зубів	Деформації зубних рядів	Захворювання пародонта	Підвищена стертість зубів	Захворювання СНЩС
21-30	72,5±3,11	21,8±3,15	-	17,0±3,42	22,2±3,88	17,4±4,35	23,9±2,88
31-40	91,1±1,75	60,6±2,55	-	38,3±4,12	54,9±2,95	23,8±2,75	19,1±1,76
41-50	63,2±2,83	76,2±2,11	6,45±2,34	36,7±3,03	71,4±4,13	29,4±3,85	32,3±3,39
51-60	47,7±3,95	90,3±2,49	12,3±3,75	32,4±4,25	86,2±5,26	32,2±3,11	20,4±3,61
В цілому	68,6±0,91	62,2±0,45	9,37±0,28	31,1±0,27	58,7±0,14	25,7±0,41	23,9±0,35

Результати дослідження показують, що у віці 21-30 років поширеність патології твердих тканин зубів, що потребують стоматологічного ортопедичного лікування, становить 72,5±3,11%. У віці 31-40 років цей показник досягає максимальної величини – 91,1±1,75%. З віком відбувається поступове зниження захворюваннями твердих тканин зубів. Так у віці 41-50 років цей показник становить вже 63,2±2,83%, а в 51-60 років – 47,7±3,95%, що цілком пояснюється збільшенням з віком кількості видалених зубів з приводу ускладнень карієсу та патології пародонту. За нашими даними патологія твердих тканин зубів в цілому зустрічається у 68,6±0,91% випадків.

Схожу тенденцію ми помітили при аналізі наявності деформацій зубних рядів у працівників заводу. Так у віці 31-40 років показник розповсюдженості деформацій зубних рядів зростає відносно показника у віковій категорії 21-30 років в 2,2 рази і відповідає 38,3±4,12%. З віком ми спостерігаємо поступове зниження осіб, що мають деформацію зубних рядів у віці 41-50 років - 36,7±3,03% до 32,4±4,25% у віці 51-60 років. На нашу думку, зменшення цього показника відбувається у зв'язку зі збільшенням осіб, що мають знімні та незнімні ортопедичні конструкції.

Інакше простежується вікова динаміка поширеності серед працівників заводу часткової відсутності зубів. За нашими даними є певна залежність втрати зубів від віку обстежених. Показник часткової відсутності зубів в цілому складає 62,2±0,45%. Нас засмучує той факт, що вже у віці 21-30 років цей показник становить 21,8±3,15%. З віком рівень поширеності часткової відсутності зубів значно збільшується, майже в 3 рази у віці 31-40 років – 60,6±2,55% і досягає максимального значення у віковій групі 51-60 років – 90,3±2,49%.

Захворювання тканин пародонту в значній мірі зумовлюють руйнування зубощелепної системи у зв'язку з наявністю дефектів зубних рядів. Клінічно виражені форми захворювань тканин пародонту, що вимагають ортопедичної корекції, з віком постійно збільшуються і знаходяться в межах 22,2±3,88% – 86,2±5,26%, що в цілому дорівнює 58,7±0,14%.

Повна відсутність зубів виявляється у віковій групі 41-50 років і збільшується у віковій групі 51-60 років,

складаючи відповідно 6,45±2,34% та 12,3±3,75%. На нашу думку, на розповсюдженість цієї патології впливають не тільки вік, але й шкідливі фактори виробництва. Повної відсутності зубів у жінок нами не було виявлено ( $P < 0,05$ ).

Також у працівників заводу спостерігається підвищена стертість зубів, що вимагає, окрім стандартного терапевтичного лікування цієї патології, ще і ортопедичного лікування по відновленню висоти коронкової частини зубів. Поширеність у обстежених патологічної стертості зубів поступово з віком підвищується з 17,4±4,35% у 21-30 років до 32,2±3,11% у 51-60 років. В середньому частота розповсюдженості підвищеної стертості зубів складає 25,70±0,41% випадків.

Однією з причин погіршення стану зубощелепної системи з віком є рання втрата зубів. До патології, властивої зубощелепним аномаліям, приєднуються такі симптоми, як деформація оклюзійної площини, блокування руху нижньої щелепи, що негативно впливає на стан і функцію скронево-нижньощелепного суглоба. Частота проявів різних симптомів захворювань скронево-нижньощелепного суглобу (кляцання, хрускіт, біль в області суглобів, дискомфорт і неприємні відчуття) серед працівників в середньому складає 23,9±0,35%. При цьому, більш частіше проявлення патології скронево-нижньощелепного суглобу відмічається у віці 41–50 років – 32,3±3,39%.

Необхідно відмітити, що рівень поширеності стоматологічних захворювань серед працівників, що вимагають ортопедичного лікування, у чоловіків достовірно вище ніж у жінок ( $P < 0,05$ ).

## ВИСНОВКИ

Таким чином, результати нашого дослідження свідчать про масове ураження досліджуваної патології всіх вікових груп працівників.

Тривалий вплив комплексу несприятливих факторів виробничого середовища різної інтенсивності призводить до руйнування жувального апарату та визначають величину потреби в стоматологічній ортопедичній допомозі.

Поглиблений аналіз поширеності у працівників заводу «Дніпроспецсталь» основних стоматологічних

захворювань, які потребують ортопедичного лікування, показав, що на першому місці знаходиться патологія твердих тканин зубів  $68,6 \pm 0,91\%$ , на другому місці знаходиться часткова відсутність зубів  $62,2 \pm 0,45\%$ , на третьому – захворювання тканин пародонту  $58,7 \pm 0,14\%$ , які, в більшій мірі і визначають потребу в зубному протезуванні. На четвертому – деформації зубних рядів  $31,1 \pm 0,27\%$ , на п'ятому – патологічна стертість зубів  $25,7 \pm 0,41\%$ , на шостому – прояви симптомів захворювань скронево-нижньощелепного суглоба –  $23,9 \pm 0,35\%$  і на останньому – повна відсутність зубів  $9,37 \pm 0,28\%$ .

**Перспективи подальших досліджень** будуть направлені на вивчення впливу шкідливих факторів виробництва на поширеність стоматологічних захворювань, що потребують ортопедичного лікування та потреби працівників заводу в ортопедичній допомозі.

## REFERENCES

1. Denga, O.V. & Yefremova, O.B. (2014). Poshirenist i struktura osnovnih stomatologichnih zahvoryuvan u robitnikiv himichnoyi promislivosti. «Innovatsiyi v stomatologiyi», 2, 89-92 [in Ukrainian].
2. Denga, O.V. & Gavrischuk, A.V. (2014). Stomatologichniy status robitnikiv metalurgiynogo virobništva. «Innovatsiyi v stomatologiyi», 1, 92-95 [in Ukrainian].
3. Naumenko, K.Ye. & Belikov, O.B. (2017). Rozpovsyudzhennist osnovnih stomatologichnih zahvoryuvan ta potreba viyskovosluzhbovtziv v ortopedichnomu likuvanni (oglyad literaturi). Bukovinskiy medichniy visnik, 21. 1 (81), 211-213 [in Ukrainian].
4. Orehova, O.V. (2016). Zahvoryuvanist pratsivnikiv girnicho-metalurgiynoyi galuzi za rezultatami periodichnih medichnih oglyadiv. Environment & Health, 2, 62-66 [in Ukrainian].
5. Sevalnev, A.I. & Sharavara, L.P. (2013). Profesiyna zahvoryuvanist pratsivnikiv na pidpriemstvah chornoyi metalurgiyi. Meditsina sьогодni i zavtra, 3 (60), 160-163 [in Ukrainian].
6. Gruzdeva, A.A. (2015). Vpliv virobnichih faktoriv zalizorudnogo virobništva na tkanini parodontu. Visnik stomatologiyi, 1, 39-41 [in Ukrainian].
7. Smirnova, I.V. & Klimenko, V.I. (2014). Chinniki riziku viniknennya stomatologichnih zahvoryuvan u naselennya pratsezdatoного viku velikogo promislivogo mista. Zaporozhskiy meditsinskiy zhurnal, 4, 60-62 [in Ukrainian].
8. Glazunov, O.A., Kosenko, K.M., Denga, O.V. & Denga E.M. (2013). Vliyanie professionalnyih zaboлевaniy i dlitelnosti raboty na stomatologicheskiy status rabochih gornorudnogo proizvodstva. Visnik stomatologiyi, 1, 36-40 [in Russian].

**Дата надходження рукопису до редакції:** 16.08.2019 р.

### **Распространенность стоматологических заболеваний, требующих ортопедического лечения, среди работников завода «Днепроспецсталь»**

A.B. Самойленко<sup>1</sup>, И.В. Возная<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Днепропетровская медицинская академия», г. Днепр

<sup>2</sup>Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

**Цель.** Изучить распространенность стоматологических заболеваний, требующих ортопедического лечения у работников завода «Днепроспецсталь» г. Запорожье.

**Материалы и методы.** Проведено обследование 913 работников: 675 (73,9%) мужчин и 238 (26,1%) женщин. Осмотренные были разделены на четыре возрастные группы.

**Результаты.** Патология твердых тканей зубов у рабочих завода в возрасте 31-40 лет достигает максимальных величин и составляет  $91,1 \pm 1,75\%$  случаев.

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Дослідження проведено в рамках науково-дослідної роботи кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології на тему: «Комплексна профілактика та лікування основних стоматологічних захворювань у жителів промислового регіону», № держреєстрації 0117U006958 Запорізького державного медичного університету, м. Запоріжжя.

**Вклад авторів.** Самойленко А.В. приймав участь у розробці концепції та дизайну дослідження, редагуванні та остаточного затвердження статті (А, Е, F).

Возна І.В. приймала участь у розробці концепції та дизайну дослідження, провела збір даних, зробила аналіз та інтерпретацію даних, написала та відредагувала статтю (А, В, С, D, E).

**Конфлікт інтересів** відсутній.

В возрастной категории 41-50 лет деформация зубных рядов у обследованных соответствует –  $36,7 \pm 3,03\%$ , снижается до  $32,4 \pm 4,25\%$  случаев в возрасте 51-60 лет. Частичная потеря зубов в целом составляет  $62,2 \pm 0,45\%$ , с возрастом увеличивается, достигая максимальных значений в возрасте 51-60 лет –  $90,3 \pm 2,49\%$ . Заболевания тканей пародонта различной степени тяжести в целом составляет  $58,7 \pm 0,14\%$ . Распространенность повышенной стираемости зубов у работников завода в среднем соответствует  $25,70 \pm 0,41\%$  случаев.

**Выводы.** У обследованных на первом месте среди стоматологических заболеваний, требующих ортопедического лечения – патология твердых тканей зубов  $68,6 \pm 0,91\%$ , на втором – частичная потеря зубов  $62,2 \pm 0,45\%$ , на третьем – заболевания тканей пародонта  $58,7 \pm 0,14\%$ .

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** распространенность, стоматологические заболевания, потребность в протезировании.

**Prevalence of dental diseases requiring orthopedic treatment in Dnipropetsstal employees**A.V. Samoilenko<sup>1</sup>, I.V. Vozna<sup>2</sup><sup>1</sup>DZ "Dnipropetrovsk Medical Academy of the MPH in Ukraine", Dnipro<sup>2</sup>Zaporizhzhya State Medical University, Zaporizhzhya

**The aim of the study.** To carry out the analysis of the dental diseases prevalence requiring orthopedic treatment among the employees of the "Dnipropetsstal" plant in Zaporizhzhya.

**Materials and methods.** In order to study the dental diseases prevalence requiring orthopedic treatment, we've examined 913 employees among the Zaporizhzhya "Dnipropetsstal" plant workers: 675 (73.9%) men and 238 (26.1%) women. All examined were divided into four age groups: the 1st (21-30 years) - 145; the 2nd (31-40 years) - 270; the 3rd (41-50 years) - 278; the 4th (51-60 years) - 220 employees.

The prevalence of dental diseases was estimated using a standard survey scheme, tailored to WHO recommendations. Each patient was issued a dental patient card (form No. 043/o). The investigations were carried out within the framework of the preventive examination of the «Dnipropetsstal» plant employees. The workers were examined generally by clinical methods. The condition and localization of defects in the dentition, the degree of tooth mobility, the state of the hard tissues of the teeth, the periodontal tissues were studied.

**Results.** The results of the study show, that at the age of 21-30 years, the prevalence of the hard tissues pathology of the teeth, requiring dental orthopedic treatment is 72.5±3.11%. At the age of 31-40 years, this indicator reaches a maximum value – 91.1±1.75%. With age, there is a gradual decline in the hard tissues' diseases of the teeth. Thus, at the age of 41-50 years, this figure is already 63.2±2.83%, and at 51-60 years - 47.7±3.95%, which is entirely explained by the age increase of the number of removed teeth due to the complications of caries and periodontal pathology. According to our data, the hard tissue pathology of the teeth as a whole occurs in 68,6±0,91% of cases.

We noticed a similar tendency in the analysis of the presence of dental rows' deformations in the plant workers. Thus, at the age of 31-40 years, the index of the prevalence of dental rows' deformations increases relative to the indicator in 21-30 years age category in 2.2 times and corresponds to 38.3±4.12%. With age, we see a gradual decline in individuals with dentition deformation at the age of 41-50 years – 36.7±3.03% to 32.4±4.25% at the age of 51-60 years. In our

opinion, this decrease is due to the increase of the persons with removable and non-removable orthopedic structures.

According to our data, there is a certain dependence of teeth loss of the examined persons' age. The index of partial absence of teeth as a whole is 62.2±0.45%. We are saddened by the fact, that already at the age of 21-30 years, this figure is 21.8±3.15%. With age, the incidence of partial teeth absence significantly increases, almost in 3 times at the age of 31-40 years – 60.6±2.55% and reaches the maximum value in the age group of 51-60 years – 9.3±2.49%.

Diseases of periodontal tissues largely cause the dentition system destruction due to the presence of dentition defects. Clinically expressed forms of periodontal tissue diseases requiring orthopedic correction with age are constantly increasing and are in the range of 22.2±3.88% – 86.2±5.26%, which is generally equal to 58.7±0.14%.

Complete teeth absence is found in 41-50 years age group and increases in 51-60 years age group, composing respectively 6.45±2.34% and 12.3±3.75%. In our opinion, the prevalence of this pathology is affected not only by age, but also by harmful factors of manufacturing. We did not detect complete teeth absence in women ( $P < 0.05$ ).

Pathological abrasions prevalence of the examined persons gradually increases with age from 17,4±4,35% at 21-30 years to 32,2±3,11% at 51-60 years. On average, the incidence of increased tooth wear is 25.70±0.41% of cases.

The frequency of manifestations of various symptoms of the temporomandibular joint diseases (click, crunch, pain in the joints, discomfort and unpleasant sensations) among the workers is on average 23,9±0,35%. At the same time, the manifestation of the temporomandibular joint pathology is more often noted at the age of 41-50 years – 32,3±3,39%.

It should be noted, that the dental diseases prevalence among the workers requiring orthopedic treatment in men is significantly higher than in women ( $P < 0.05$ ).

**Conclusions.** An in-depth analysis of the major dental diseases prevalence in Dnipropetsstal employees, requiring orthopedic treatment has showed, that the first place is the hard dental tissue pathology (68.6±0.91%), the second place is the partial absence of teeth (62.2±0.45%), on the third is periodontal tissues diseases (58.7±0.14%), which, to a greater extent, determine the need for dental prosthetics.

On the fourth is deformations of the dental rows 31.1±0.27%, on the fifth is pathological abrasion of the teeth 25.7±0.41%, on the sixth is manifestations of symptoms of the temporomandibular joint diseases - 23.9±0.35 % and on the last is complete absence of teeth 9,37±0,28%.

**KEY WORDS:** Prevalence, dental diseases, need in prosthetics.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Самойленко Андрій Валерійович** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри терапевтичної стоматології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, вулиця Володимира Вернадського 9.

**Возна Ірина Володимирівна** – кандидат медичних наук, доцент кафедри пропедевтичної та хірургічної стоматології, Запорізького державного медичного університету, м. Запоріжжя, вулиця Академіка Амосова 83, ННМЦ «Університетська клініка».



УДК 614.2:312.6.007(477.87)

Г.О. Слабкий, І.М. Рогач, А.О. Керецман, Р.Ю. Погоріляк

## Динаміка кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області

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

**Мета роботи** – оцінити динаміку кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги на регіональному рівні, її особливостей та тенденцій для обґрунтування напрямів її удосконалення.

**Матеріали та методи.** За допомогою бібліографічного, інформаційно-аналітичного та медико-статистичного методів проаналізовано кадрове забезпечення первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області в динаміці за 2014-2018 рр. на основі даних наукової літератури, офіційних документів ВООЗ, Центру медичної статистики МОЗ України та Закарпатського обласного медичного інформаційно-аналітичного центру (ф. 47).

**Результати.** Проведено аналіз кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області в динаміці за 2014-2018 рр. Вивчено кадровий потенціал лікарів загальної практики та середніх і молодших спеціалістів у закладах первинного рівня надання медичної допомоги. Здійснено порівняння регіональних показників із загальноукраїнськими.

**Висновки.** Аналіз кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області в динаміці за 2014-2018 рр. виявив наростання дефіциту лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зокрема в сільській місцевості, що потребує вивчення причин такої ситуації з метою розробки заходів з утримання та залучення медичних кадрів на регіональному та національному рівнях.

**Ключові слова:** кадри, динаміка, первинна медико-санітарна допомога, Закарпатська область.

### ВСТУП

На законодавчому та нормативно-правовому рівнях визначено, що розвиток первинної медико-санітарної допомоги є пріоритетним напрямком в реформуванні організаційної структури системи охорони здоров'я України. Необхідно відзначити, що доступність, якість та ефективність медичної первинної допомоги визначають наявні комплексні ресурси, до яких, в першу чергу, належить кадровий потенціал та організаційна структура [2, 3].

На глобальному та регіональному рівні сучасні тенденції в кадровому забезпеченні охорони здоров'я характеризуються дефіцитом медичного персоналу, дисбалансом його розподілу, некерованою міграцією, незадовільними умовами праці та низькою її продуктивністю, недостатньою інформаційною базою для планування, підготовки та використання кадрових ресурсів [1, 9]. Тому, як зазначають експерти, забезпечення ефективної діяльності медичної галузі визначається, передусім, кадровою політикою. Для усунення ризиків на шляху досягнення національних і глобальних цілей у сфері охорони здоров'я необхідно створити контингент кваліфікованих, цілеспрямованих і авторитетних працівників охорони здоров'я [5, 10, 11]. Водночас, ефективна кадрова політика має бути спрямована на покращення результативності діяльності як окремого медичного працівника, так і системи охорони здоров'я в цілому, а стратегія вироблення кадрової політики повинна ґрунтуватися на реальних потребах медичної галузі [7, 8].

Проблеми кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я всіх країн мають глобальний всеохоплюючий характер. Як зазначають міжнародні експерти, ключові проблеми кадрової політики сфери охорони здоров'я у світі визначаються взаємодією різних чинників: зміна

демографічних та епідеміологічних характеристик (старіння населення, вплив нових методів діагностики і лікування, зростання процесів мобільності та міграції населення та ін.); зберігаються традиційні підходи до підготовки, розподілу та управління кадровими ресурсами, що не задовольняють сучасним вимогам системи охорони здоров'я; виражена неоднорідність в географічному розподілі і професійній структурі працівників охорони здоров'я (загальна чисельність медичних кадрів; співвідношення лікарів і медсестер; дисбаланс фахівців – загальної практики і вузьких спеціалістів; кадрове забезпечення медичної галузі в місті і селі та ін.); відсутність адекватної системи планування та прогнозування потреб в кадрових ресурсах охорони здоров'я; недосконалі і ненадійні інформаційна та дослідна база з кадрових ресурсів охорони здоров'я (КРОЗ); загальні проблеми КРОЗ (дефіцит медичних кадрів, дисбаланс практичних навичок в залежності від інтенсивності навантаження лікарською практикою, нерівномірний розподіл медичних кадрів, незадовільні умови робочого середовища, трудова міграція медичних кадрів) [4].

Однак, Україна має низку особливостей. В Україні завдання розбудови ефективної кадрової політики мають дві ключові проблеми: по-перше, відсутність єдиної стратегії кадрової політики в сфері охорони здоров'я, по-друге – наявність певної невідповідності офіційної звітності про якість кадрового потенціалу країни реальному стану справ [6].

Таким чином, вважаємо, що для розробки ефективної політики кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги необхідне проведення ретельного аналізу ситуації на регіональному рівні з виявленням основних досягнень, проблем, можливостей та загроз для її реалізації на національному рівні.

**Мета роботи** – оцінити динаміку кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги на регіональному рівні, її особливостей та тенденцій для обґрунтування напрямів її удосконалення.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Методологія дослідження передбачала використання комплексу інформативних методів: бібліографічного, інформаційно-аналітичного, медико-статистичного. Завдання дослідження передбачали вивчення показників забезпечення населення Закарпатської області первинною медико-санітарною допомогою, аналіз регіональних відмінностей кадрового забезпечення, дослідження тенденцій забезпечення кадровими ресурсами в динаміці за 2014–2018 рр. матеріали дослідження включали дані наукової літератури, офіційні документи ВООЗ, Центру медичної статистики МОЗ України та Закарпатського обласного медичного інформаційно-аналітичного центру (ф. 47).

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В системі Міністерства охорони здоров'я України на кінець 2018 р. зареєстровано 781,75 штатних посад лікарів загальної практики – сімейних лікарів у лікувально-профілактичних закладах Закарпатської області. При цьому, зайняті посади становлять 685 штатних одиниць,

665 з яких – фізичними особами. Різниця між штатними посадами та фізичними особами на кінець 2018 року становить 116,75, а вакантними в Закарпатській області залишаються 96,75 посад лікарів загальної практики – сімейної медицини.

Укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами лікарями в області становить 85,07%, з урахуванням сумісництва – 87,62%, що в цілому є вищим за відповідні показники в Україні (73,73% та 82,12%). Дані представлено в таблиці 1.

Результати аналізу кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області протягом 2014–2018 рр. дозволили встановити, що рівень забезпеченості населення мав тенденцію до підвищення. Так, забезпеченість сімейними лікарями населення Закарпатської області в 2018 р. становить 678 лікарів (5,41 на 10 тис. населення), що на 15% перевищує відповідні показники забезпеченості в 2014 році. Абсолютна чисельність лікарів загальної практики в регіоні в 2014 р. становила 588 сімейних лікарів, із розрахунку на 10 тис. населення області забезпеченість становила 4,68.

При цьому, на кінець 2018 р. показник забезпеченості сімейними лікарями населення Закарпатської області в 1,5 разів перевищує відповідний показник в Україні (14814 сімейних лікарів або 3,53 на 10 тис. населення). Така тенденція характерна з 2014 р., коли переважання показника забезпеченості населення сімейними лікарями в Закарпатті становило в 1,6 разів (4,68 проти 2,89 на 10 тис. населення в Україні) (табл. 2).

Таблиця 1

**Посади лікарів загальної практики – сімейних у лікувально-профілактичних закладах Закарпатської області та України в 2018 р.**

Показник	Закарпатська область	Україна
Штатні посади	781,75	19174,50
Зайняті посади	685	15745,75
Фізичні особи на зайнятих посадах	665	14137
Різниця між штатними та зайнятими посадами	96,75	3428,75
Різниця між штатними посадами та фізичними особами	116,75	5037,5
% укомплектованості штатних посад із урахуванням сумісництва	87,62	82,12
% укомплектованості штатних посад фізичними особами	85,07	73,73

Таблиця 2

**Динаміка чисельності лікарів загальної практики – сімейних лікарів та забезпеченість на 10 тис. населення (2014–2018 рр., Україна, Закарпатська область)**

Регіон	Абсолютні числа		На 10 тис. населення	
	2014 р.	2018 р.	2014 р.	2018 р.
Україна	12344	14814	2,89	3,53
Закарпатська область	588	678	4,68	5,41

Така ж тенденція характерна для інших показників кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області. Зокрема, кількість штатних посад сімейних лікарів за досліджувані 5 років у регіоні зросла з 652,25 до 781,75 (майже на 20%), що відповідає тенденції показників в Україні (зростання становить 18%). Зросли також кількість зайнятих посад з 600 до 685 і кількість фізичних осіб на зайнятих посадах –

із 570 осіб до 665. Однак, відсоток укомплектованості штатних посад в Закарпатській області за досліджуваний період зменшився, як з урахуванням сумісництва, так і фізичними особами: з 91,99% у 2014 р. до 87,62% у 2018 р. та 87,39% до 85,07% відповідно. При цьому, в Україні укомплектованість штатних посад сімейних лікарів фізичними особами за 2014–2018 рр. майже не змінилася (73,05% у 2014 р. та 73,73% у 2018 р.), а відсоток

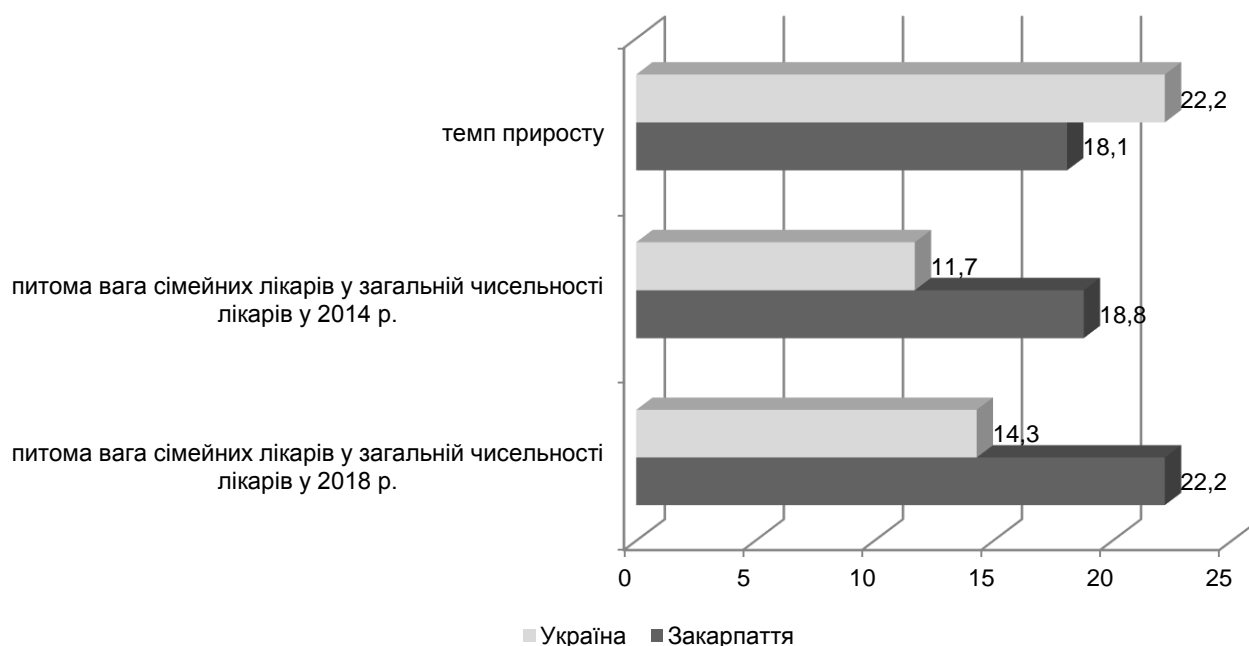
укомплектованості штатних посад лікарів загальної практики з урахуванням сумісництва також має тенденцію до зниження (з 85,86% до 82,12%).

Водночас, слід наголосити, що кількість вакантних посад сімейних лікарів в області зросла за цей період майже вдвічі (з 52,25 у 2014 р. до 96,75 у 2018 р.), що характерно і для показників кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги в Україні (кількість вакантних посад сімейних лікарів зросла з 2298,25 до 3428,75).

З огляду на таку ситуацію, дефіцит кадрів лікарів загальної практики – сімейної медицини в подальшому тільки погіршуватиме та гальмуватиме процес розвитку і реформування сімейної медицини. Тому, вважаємо, що вже сьогодні потрібно планувати розвиток первинної

медико-санітарної допомоги на майбутнє в регіоні з вибором технологій щодо формування прогнозу її розвитку, що базуються на основі оперативних даних ситуаційної оцінки кадрового забезпечення, їх динамічних змін, регіональних особливостей та причин їх диспропорції.

Вивчення структури лікарських кадрів у Закарпатській області вказує на збільшення частки сімейних лікарів у загальній чисельності лікарів, які займаються лікувальною справою, в динаміці за 2014-2018 рр. з 18,8% до 22,2%, що відповідає тенденції в Україні (з 11,7% до 14,3% відповідно). При цьому, темп приросту чисельності лікарів загальної практики в Закарпатській області виявився меншим, ніж в Україні (18,1% проти 22,2%) (рис. 1).



**Рис. 1.** Динаміка чисельності сімейних лікарів у структурі загальної чисельності лікарів в Закарпатській області та Україні за 2014-2018 рр. і темп приросту відповідних показників (%)

Вивчення кадрового забезпечення центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) в Закарпатській області виявило, що на кінець 2018 р. 21 ЦПМСД в області (в т.ч. 18 з яких у сільських місцевостях) налічували 970 штатних посад лікарів. З них зайнятими виявились 835 посад і тільки 819 фізичними особами. Таким чином, вільними на кінець року були 151 посади лікарів у ЦПМСД Закарпатської області.

Водночас, подальший аналіз кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області у динаміці за 2014-2018 рр. вказує на збільшення числа сімейних лікарів (фізичних осіб) у центрах первинної медико-санітарної допомоги на 44,2%, при чому, значно суттєвіше, ніж в Україні в цілому (збільшення чисельності лікарів склало всього на 5,2%). Однак, вивчення динаміки різниці між штатними посадами і зайнятими посадами фізичними особами лікарів у регіоні за період 2014-2018 рр. вказує на майже триразове збільшення вакантних посад лікарів у ЦПМСД (з 56,75 до

151 посад), що на нашу думку свідчить про поглиблення кадрової кризи в Закарпатській області. Слід наголосити також, що показники укомплектованості штатних посад фізичними особами та зайнятими посадами ЦПМСД в Закарпатській області за досліджувані п'ять років зменшилися (з 90,9% до 84,4% та з 97,5% до 91,2%), що повторює тенденцію показників в Україні (табл. 3).

Як видно з таблиці, дефіцит середнього медперсоналу в ЦПМСД в Закарпатській області на кінець 2018 р. становить 170 робочих місць, що в 5,6 разів перевищує відповідний у 2014 р. (30,25 вільних ставок середнього медперсоналу) та є характерним і для України в цілому.

Рівень забезпеченості лікарями сільських адміністративних районів Закарпатської області в 2018 р. є дещо вищим за національний показник – 26,21 проти 24,13 на 10 тис. населення, що характерно для регіону з 2014 р., коли переважання становило 29,36 проти 25,19 на 10 тис. населення (рис. 2).

Посади лікарів у центрах первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області та Україні (2014 р., 2018 р.)

Показник	Закарпатська область		Україна	
	2014 р.	2018 р.	2014 р.	2018 р.
Штатні посади лікарів	624,75	970	27523,25	29349,25
Штатні посади - середній медперсонал	1226,25	1928	45797,5	47712,25
Зайняті посади лікарів	574,5	835	23731	23810,25
Зайняті посади - середній медперсонал	1196	1758,25	42209,25	42015,75
Фізичні особи лікарів на зайнятих посадах	568	819	20287	21347
% укомплектованості штатних посад із урахуванням сумісництва	97,5	91,2	92,2	88,1
% укомплектованості штатних посад фізичними особами	90,9	84,4	73,7	72,7

Слід наголосити також, що хоч число сільських лікарських амбулаторій (СЛА) в Закарпатській області, в яких жодна посада не заміщена лікарем (основним працівником) не збільшується, як в Україні (з 386 у 2014 р. до 453 у 2018 р.), 10 СЛА і досі залишаються без сімейних лікарів.

На нашу думку, зменшення розриву між показниками забезпеченості лікарями сільських адміністративних районів у Закарпатті свідчить про поглиблення проблеми міграції медичних кадрів у регіоні, зокрема, враховуючи, більшу чисельність сільського населення в області.

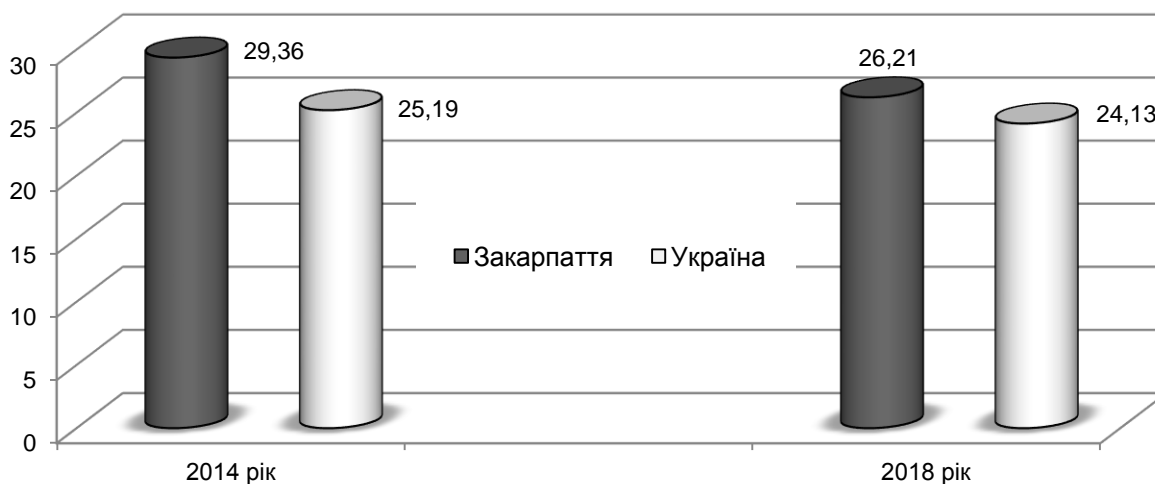


Рис. 2. Динаміка забезпеченості лікарями сільських адміністративних районів за 2014–2018 рр. (Закарпатська область, Україна, на 10 тис. населення).

Вивчення кадрового забезпечення СЛА Закарпаття в динаміці за 2014-2018 рр. вказує на зменшення їх укомплектованості майже на 10% (з 90% до 81,5%), при чому таке зниження показника характерно і для України в цілому – з 71,9% у 2014 р. до 67,7% у 2018 році.

Подібна картина характерна і для кадрового забезпечення фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАП) у Закарпатській області у 2018 році. Так, аналіз даних щодо укомплектованості ФАПів молодшими спеціалістами з медичною освітою (включаючи самостійні заклади, структурні та відокремлені структурні підрозділи) на кінець 2018 р. виявив нижчі рівні показників у порівнянні з відповідними даними по Україні в цілому (табл. 4).

При цьому, дефіцит молодших спеціалістів із медичною освітою в ФАПах області в 2018 р. становить 13,9%, що, водночас, є більшим за відповідний дефіцит в Україні таких працівників – 11,8%. Слід наголосити,

що дефіцит кадрового забезпечення ФАПів у регіоні характерний з 2014 р., як і для України в цілому (6% в Закарпатській області та 6,9% в Україні), однак, за досліджуваний період нестача молодших спеціалістів збільшилася майже вдвічі (рис. 3).

Як видно з рисунку, поряд із вираженим дефіцитом забезпечення молодшими спеціалістами ФАПів області, в динаміці за 2014-2018 рр. відбувається зменшення ставок таких спеціалістів. На нашу думку, така ситуація потребує вивчення причин такого стану кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги, зокрема в сільській місцевості, з метою розробки заходів із утримання та залучення медичних кадрів на регіональному рівні.

Таким чином, аналіз кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області в динаміці за 2014-2018 рр. виявив насуцні проблеми в регіоні, зокрема, що стосуються кадрового

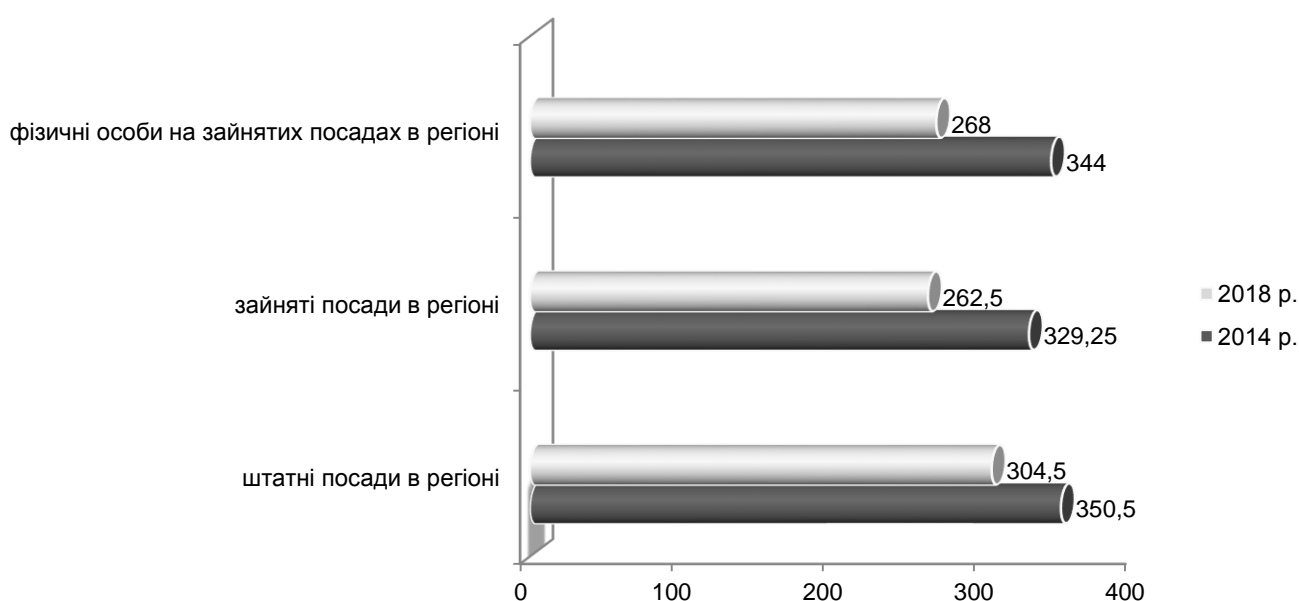
забезпечення медичних закладів первинного рівня в сільській місцевості. На нашу думку, інформаційне забезпечення регіональними даними в динаміці сприятиме посиленню моніторингу в рамках кадрової політики, що

дозволить оперативно здійснювати ситуаційну оцінку проблем кадрового забезпечення для прийняття відповідних управлінських рішень.

Таблиця 4

**Укомплектованість фельдшерсько-акушерських пунктів у Закарпатській області молодшими спеціалістами з медичною освітою (включаючи самостійні заклади, структурні та відокремлені структурні підрозділи) на кінець 2018 р.**

Показник	Закарпатська область	Україна
Штатні посади	304,5	14269,25
Зайняті посади	262,25	12590,25
Фізичні особи на зайнятих посадах	268	12683
% укомплектованості штатних посад із урахуванням сумісництва	86,1	88,2
% укомплектованості штатних посад фізичними особами	88	88,9



**Рис. 3.** Динаміка кадрів молодших спеціалістів з медичною освітою (включаючи самостійні заклади, структурні та відокремлені структурні підрозділи) у фельдшерсько-акушерських пунктах Закарпатської області (2014 р., 2018 р.)

### ВИСНОВКИ

Результати аналізу кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області протягом 2014–2018 рр. дозволили встановити, що рівень забезпеченості населення мав тенденцію до підвищення на 15% (з 4,68 до 5,41 на 10 тис. населення), перевищуючи відповідні в Україні в 1,5 разів (3,53 на 10 тис. населення). Така ж тенденція характерна для інших показників кадрового забезпечення: кількість штатних посад сімейних лікарів в області зросла майже на 20%, зайнятих посад – на 14,2%, фізичних осіб на зайнятих посадах – на 16,7%.

Відсоток укомплектованості штатних посад в Закарпатській області за період 2014-2018 рр. зменшився, як з урахуванням сумісництва, так і фізичними особами (з 91,99% до 87,62% та 87,39% до 85,07% відповідно), повторюючи тенденцію показників в Україні. Кількість вакантних посад сімейних лікарів в області зросла за

цей період майже вдвічі (з 52,25 до 96,75), що характерно і для України (з 2298,25 до 3428,75).

Вивчення структури лікарських кадрів у Закарпатській області вказує на збільшення частки сімейних лікарів у загальній чисельності лікарів з 18,8% до 22,2%, що відповідає тенденції в Україні (з 11,7% до 14,3% відповідно).

Аналіз кадрового забезпечення центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) в Закарпатській області в динаміці за 2014-2018 рр. вказує на збільшення числа сімейних лікарів (фізичних осіб) на 44,2%, водночас, виявлено триразове збільшення вакантних посад лікарів та в 5,6 разів середнього медперсоналу в ЦПМСД (з 56,75 до 151 посад та 30,25 до 170 відповідно). В сільських лікарських амбулаторіях (СЛА) виявлено зниження показників укомплектованості майже на 10%, при вищому за національний показник рівень забезпеченості лікарями в 2018 р. (26,21 проти 24,13 на 10 тис. населення). Однак, 10 сільських лікарських амбулаторій області залишаються без сімейних лікарів, що може свідчити про поглиблення

проблеми міграції медичних кадрів у регіоні. Аналіз даних щодо укомплектованості фельдшерсько-акушерських пунктів молодшими спеціалістами з медичною освітою виявив нижчі, ніж в Україні рівні показників, а дефіцит кадрів на кінець 2018 р. становить 13,9% і перевищує відповідний в Україні (11,8%).

Таким чином, аналіз кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області в динаміці за 2014-2018 рр. виявив наростання дефіциту лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зокрема в сільській місцевості, що потребує вивчення

причин такої ситуації з метою розробки заходів з утримання та залучення медичних кадрів, а моніторинг регіональних показників дозволить оперативно здійснювати ситуаційну оцінку проблем кадрового забезпечення для прийняття відповідних управлінських рішень.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у вивченні стану кадрового забезпечення спеціалізованої медичної допомоги в Закарпатській області, що сприятиме оперативному моніторингу кадрових проблем в регіоні з метою розробки заходів для їх вирішення.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Медиків готують навмання [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ac-rada.gov.ua/control/main/uk/publish/article>.
2. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ : МВЦ «Медінформ», 2018. – 458 с.
3. The Third Global Forum: framing the health workforce agenda for universal health coverage / G. Cometto, T. Voerma, J. Campbell [et al.] // Lancet Glob. Health. – 2013. – Vol. 1. – P. 324–325.
4. Бухан Дж. Как управлять процессом миграции работников здравоохранения, чтобы снизить любые отрицательные воздействия на обеспеченность ими? Краткий аналитический обзор. – Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген / Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения. 2008. – 41 с.
5. Кадры здравоохранения 2030. Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения. - Всемирная организация здравоохранения. Женева. 2015 г. – 12 с.
6. Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2016 гг. [Электронный ресурс]. – Режим доступу: [www.mz.gov.kz/files/resurs\\_14.10.2011.doc](http://www.mz.gov.kz/files/resurs_14.10.2011.doc).
7. Кодекс практики Всемирной организации здравоохранения по международному найму медико-санитарного персонала. - ВОЗ. Женева. 2009. – 29 с.
8. Привлечение и удержание работников здравоохранения в субрегиональной сети Восточно-Европейских государств). – Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген. 2011 г. – 19 с.
9. Расширение доступа к работникам здравоохранения в отдаленных и сельских районах. Рекомендации по глобальной политике. Рабочее резюме. – ВОЗ. Женева. 2010 г. – 7 с.
10. Совместная работа на благо здоровья / Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступу: [http://www.who.int/publications/list/whr2006\\_overview/ru/index.html](http://www.who.int/publications/list/whr2006_overview/ru/index.html).
11. Третий глобальный форум по кадровым ресурсам здравоохранения «Кадровые ресурсы здравоохранения: основа для обеспечения всеобщего охвата медико-санитарными услугами и повестка дня в области развития на период после 2015 года» 10-13 ноября 2013 г., Ресифи, Бразилия.
12. Удовлетворение потребностей в кадрах для общественного здравоохранения. – Европейское региональное бюро ВОЗ / Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения. – 2014 г. – 57 с.

*Дата надходження рукопису до редакції: 05.09.2019 р.*

### **Динамика кадрового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в Закарпатской области**

**Цель работы** - оценить динамику кадрового обеспечения первичной медико-санитарной помощи на региональном уровне, ее особенностей и тенденций для обоснования направлений ее совершенствования.

**Материалы и методы.** С помощью библиографического, информационно-аналитического и медико-статистического методов проанализировано кадровое обеспечение первичной медико-санитарной помощи в Закарпатской области в динамике за 2014-2018 гг. на основании данных научной литературы, официальных документов ВОЗ, Центра медицинской статистики МЗ

Украины и Закарпатского областного медицинского информационно-аналитического центра (ф. 47).

**Результаты.** Проведен анализ кадрового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в Закарпатской области в динамике за 2014-2018 гг. Изучены кадровый потенциал врачей общей практики и средних и младших специалистов в учреждениях первичного уровня оказания медицинской помощи. Проведено сравнение региональных показателей с общеукраинскими.

**Выводы.** Анализ кадрового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в Закарпатской области в динамике за 2014-2018 гг. обнаружил нарастания дефицита врачей общей практики – семейных

врачей, в частности в сельской местности, что требует изучения причин такой ситуации с целью разработки мероприятий по сдерживанию и привлечению медицинских кадров на региональном и национальном уровнях.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** кадры, динамика, первичная медико-санитарная помощь, Закарпатская область.

#### ***Dynamics of personnel provision of primary medical assistance in the Transcarpathian region***

**The aim of the work** is to evaluate the dynamics of personnel provision of primary health care at the regional level, its features and tendencies to substantiate the directions of its improvement.

**Materials and methods.** Using the bibliographic, informational-analytical and medical-statistical methods the personnel supply of primary health care in the Transcarpathian

region in the dynamics for 2014-2018 was analyzed on the basis of data from scientific literature, official documents of WHO, the Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine and the Transcarpathian region information and analytical center (f. 47).

**Results.** The analysis of personnel supply of primary health care in the Transcarpathian region in the dynamics for 2014-2018 was conducted. The personnel potential of general practitioners, secondary and junior specialists in primary care facilities has been studied. The regional indicators are compared with the national ones.

**Conclusions.** Analysis of personnel provision of primary health care in the Transcarpathian region in the dynamics for 2014-2018 revealed a growing shortage of GPs - family doctors, in particular in rural areas, which needs to study the causes of such a situation in order to develop retention and staffing at the regional and national levels.

**KEY WORDS:** personnel, dynamics, primary health care, Transcarpathian region.

#### **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Слабкий Г.О.** – д.мед.н., проф., завідувач кафедри наук про здоров'я Ужгородського національного університету, пл. Народна 1, м. Ужгород, Україна, 88000.

**Рогач І.М.** – д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини та гігієни медичного факультету Ужгородського національного університету, пл. Народна 1, м. Ужгород, Україна, 88000.

**Керецман А.О.** – к.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини та гігієни медичного факультету Ужгородського національного університету, пл. Народна 1, м. Ужгород, Україна, 88000.

**Погоріляк Р.Ю.** – д.мед.н., завідувач кафедри громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін медичного факультету №2 Ужгородського національного університету, вул. Університетська 14, м. Ужгород, Україна, 88000.

## Порівняльна характеристика смертності чоловіків в Україні та країнах Європейського союзу

<sup>1</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ  
<sup>2</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

**Мета роботи** – виявити відмінності смертності чоловіків працездатного віку в Україні в порівнянні з країнами Євросоюзу.

**Методи дослідження:** системний підхід, методи демографічної, медичної, математичної статистики, комп'ютерні технології.

**Результати.** Проведені міжнародні порівняння смертності чоловіків працездатного віку в Україні та країнах Європейського союзу за основними причинами смерті.

**Висновки.** Виявлено значне перевищення смертності чоловіків у віці від 0 до 65 років в Україні та країнах Євросоюзу: від всіх причин смерті в 2,2 разу, від хвороб системи кровообігу – в 3,4; від новоутворень – на 16,2%; від зовнішніх дій – в 2,6 разу; від хвороб органів травлення – в 2,3 разу.

**Ключові слова:** смертність чоловіків від 0 до 65 років, основні причини смерті, порівняння з країнами Євросоюзу.

### АКТУАЛЬНІСТЬ

Найгострішою демографічною проблемою сучасної України є висока передчасна смертність чоловічого населення, рівень якої неухильно зростає і нині майже у 3 рази перевищує показники країн Євросоюзу [1–3].

Актуальні питання дослідження смертності населення в цілому і окремих статево-вікових контингентів зокрема, знайшли висвітлення у наукових працях зарубіжних і вітчизняних вчених. Ними було досліджено проблему чоловічої надсмертності. Вимірюванням надсмертності визначаються масштаби втрат, на подолання яких має бути спрямована державна політика [4–7].

**Мета роботи** – виявити відмінності смертності чоловіків працездатного віку в Україні в порівнянні з країнами Євросоюзу.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проведено на підставі даних Державної служби статистики України та даних статистичної служби Європейського союзу (Євростат) про демографічні показники. Застосовувались методи: системний підхід, методи демографічної, медичної, математичної статистики, комп'ютерні технології.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В Україні розгорнулася затяжна криза смертності населення в цілому і чоловічого населення зокрема. Причинами надмірної смертності чоловіків, є, по-перше, специфічна структура причин смерті, в якій високий рівень смертності ендегенного походження поєднується з не менш значущим рівнем вимирання від екзогенних патологій, причому внесок останніх суттєво посилюється; по-друге, низький середній вік смерті практично від усіх класів причин смерті; по-третє, висока смертність від так званих соціально детермінованих хвороб, жертвами яких є насамперед чоловіки молодого та середнього віку.

Одним із наукових підходів до вивчення смертності чоловіків є порівняння її в Україні та країнах Європи. Спостереження за смертністю чоловіків в Європі ведеться в системі Євростат окремо за 19 країнами Євросоюзу та в цілому по Євросоюзу.

Вивчалась смертність чоловіків від 0 до 65 років. В Україні вона дорівнювала 682,0 випадків на 100 тис. населення. В Україні смертність цієї вікової групи чоловіків була в 2,2 разу вища за смертність в Європі (рис. 1). В 7 країнах Європи смертність чоловіків цього віку була більш, ніж втричі меншою, ніж в Україні. Це такі країни, як Швейцарія, Швеція, Ісландія, Італія, Нідерланди, Норвегія, Ірландія (193,1–223,8 на 100 тис. відповідного населення).

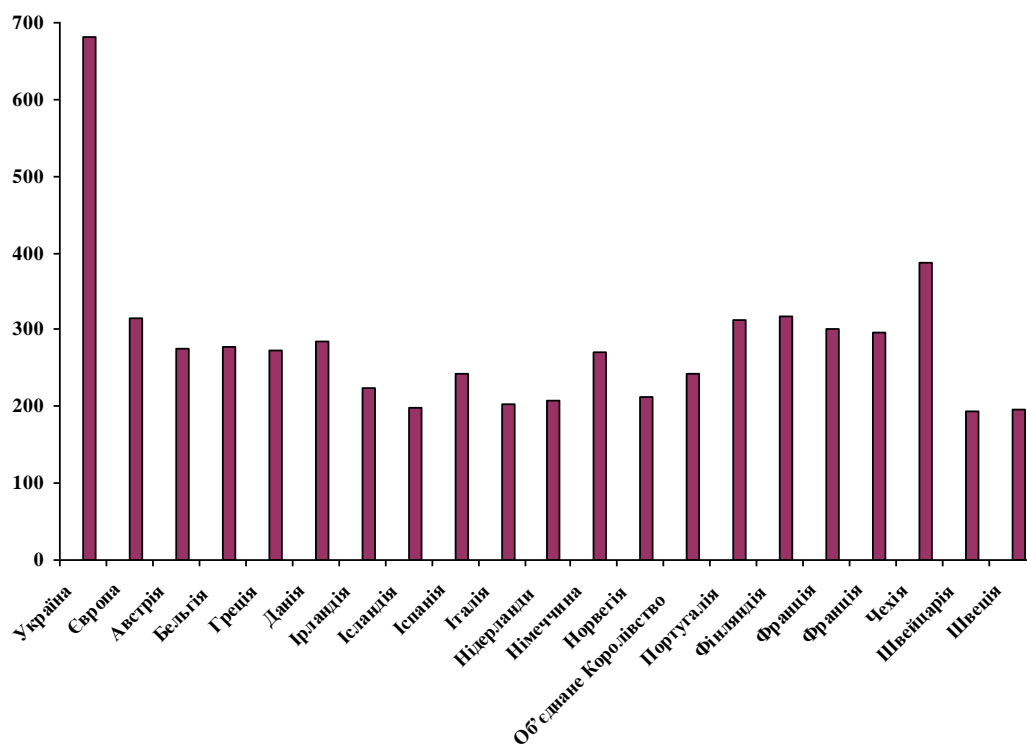
Найбільш значущими у контексті пошуку резервів зниження смертності є хвороби системи кровообігу, що посідають одне з провідних місць у структурі захворюваності і є головною причиною інвалідності та смертності чоловіків.

В середньому 74–75% смертей чоловічого населення працездатного віку відбувається в Україні через хвороби неінфекційного походження. При цьому головну роль відіграють патології системи кровообігу (до 40% усіх смертей у віці 16–59 років). Нині рівень серцево-судинної смертності чоловіків в Україні більш ніж у 4 рази перевищує відповідний показник країн Західної Європи. Від цих захворювань українці вмирають значно раніше, ніж жителі розвинених країн (рис. 2).

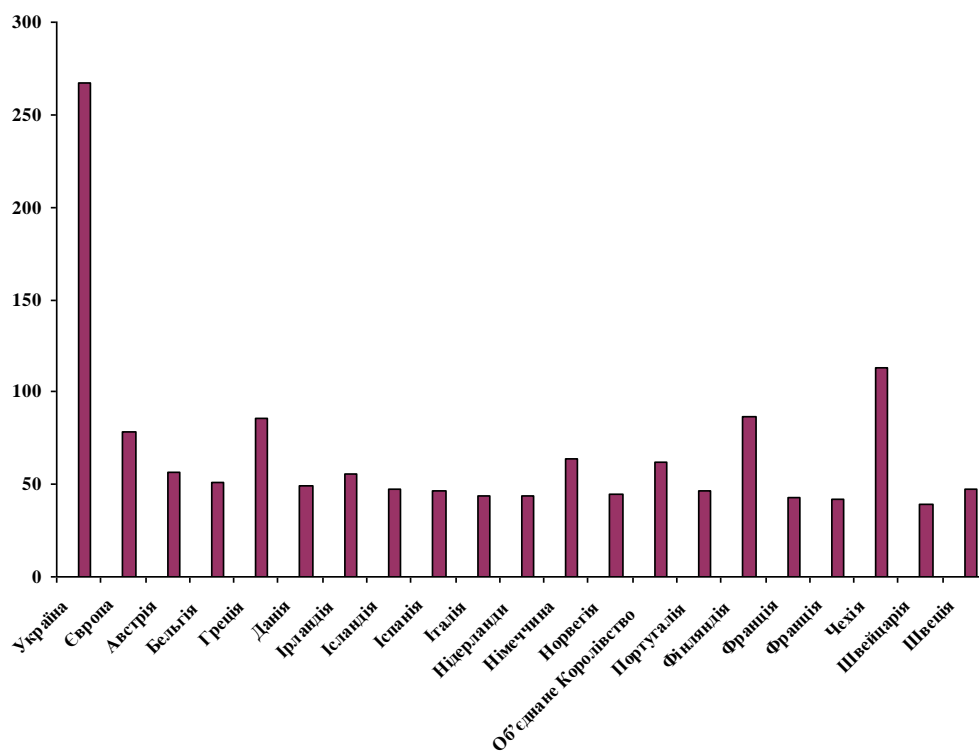
Смертність чоловіків від 0 до 65 років від хвороб системи кровообігу в Україні була в 3,4 разу вища ніж в Європі і складала 266,9‰ проти 78,2‰. В порівнянні з окремими країнами Європи це перевищення смертності чоловіків в Україні було ще вищим і досягало 6,8–6,0 разу. Це такі країни, як Швейцарія, Франція, Італія, Норвегія, Португалія (39,2–46,7‰).

Смертність чоловіків від новоутворень в Україні незначно перевищувала смертність чоловіків в країнах Європи. Це може бути обумовлено тим, що чоловіки в Україні не доживають до віку експозиції даної недуги, а також з недосконалою діагностикою, коли за життя людини рак не був виявлений.





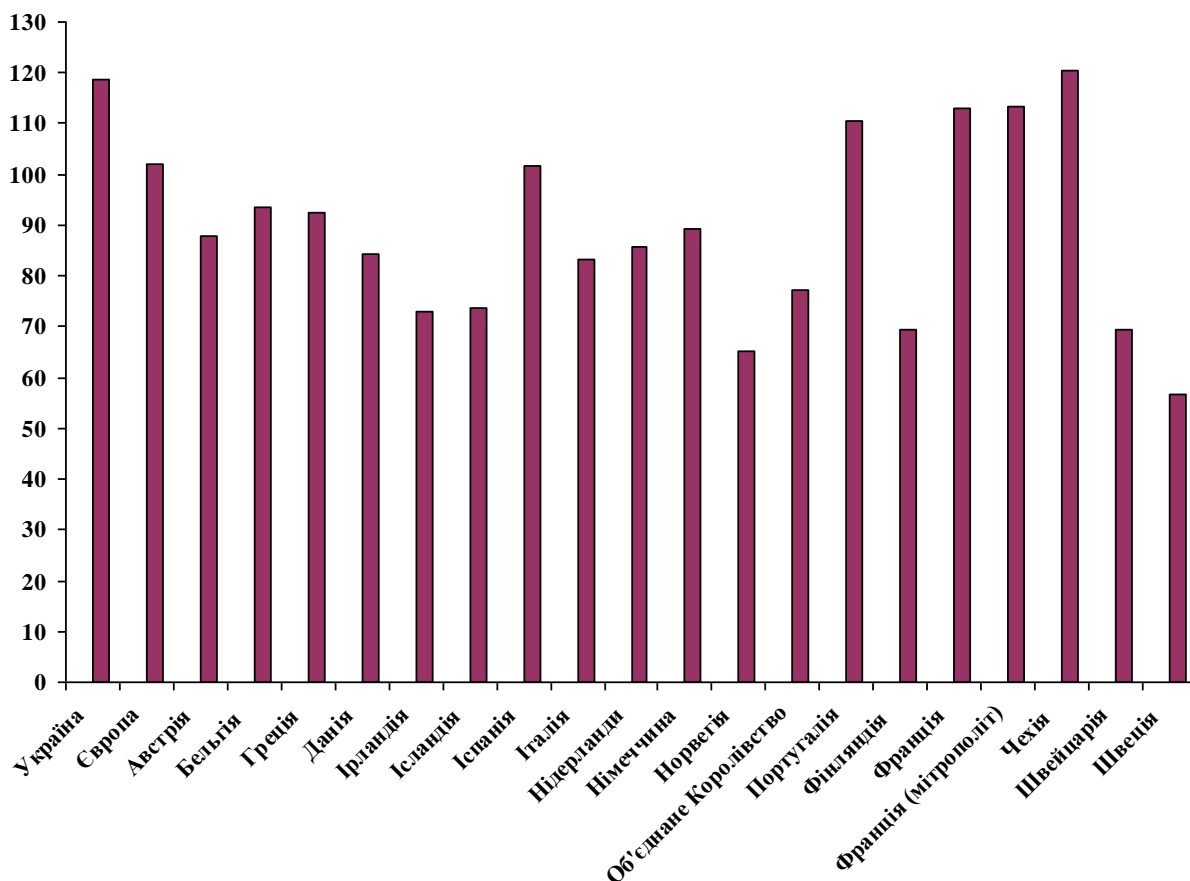
**Рис. 1.** Смертність чоловіків України у порівнянні з розвинутими країнами світу від усіх причин віком від 0 до 65 років на 100 тис. відповідного населення



**Рис. 2.** Смертність чоловіків України у порівнянні з розвинутими країнами світу від хвороб системи кровообігу віком від 0 до 65 років на 100 тис. відповідного населення

Смертність від новоутворень чоловіків від 0 до 65 років в Україні складала 118,5‰. В Європі цей коефіцієнт був на рівні 102,0‰. А в таких країнах, як Франція 113,0‰, Португалія 110,4‰, Чехія 120,6‰.

В порівнянні в такими країнами, як Ісландія, Ірландія, Швейцарія смертність чоловіків від новоутворень складала 73,6–69,5‰ (рис. 3).



**Рис. 3.** Смертність чоловіків України у порівнянні з розвинутими країнами світу від новоутворень віком від 0 до 65 років на 100 тис. відповідного населення

Значні масштаби неприродної і насильницької смертності українських чоловіків є однією з головних причин, що перешкоджає їм дожити до старості і померти від хронічних хвороб, пов'язаних із старінням.

Смертність від зовнішніх причин чоловіків від 0 до 65 років в Україні була в 2,6 разу вищою, ніж в Європі і складала 121,3‰ проти 47,1‰. В порівнянні з такими країнами, як Нідерланди, Німеччина, Об'єднане Королівство, Швейцарія, Іспанія, Італія, перевищення досягало 4,8–4,3 разу і складало 25,4–28,1‰ (рис. 4).

Смертність від хвороб органів травлення чоловіків від 0 до 65 років в Україні була в 2,3 разу вищою, ніж в Європі і складала 59,6‰ проти 24,9‰. В порівнянні з такими країнами, як Іспанія, Норвегія, Нідерланди, Швейцарія, Швеція, Греція перевищення досягало 14,2–5,4 разу і складало 4,2–10,9‰ (рис. 5).

Найвище зростання смертності чоловіків за роки незалежності було характерне для класу інфекційних та паразитарних хвороб (у 4 рази), хвороб органів травлення (у 3 рази), зовнішніх причин (в 1,5 разу). Саме по цих класах причин смерті спостерігається різка статеві нерівність, яка полягає у кількаразовому перевищенні смертності чоловіків над відповідними показниками жінок.

Для майбутнього нашої країни необхідно не тільки усвідомити покращення стану охорони здоров'я населення, а також стратегічно важливо інтегрувати вирішення цих проблем у процес соціально-економічного розвитку українського суспільства.

## ВИСНОВКИ

1. Таким чином, аналіз смертності чоловіків 0–65 років в Україні в порівнянні з країнами Євросоюзу свідчить про значне перевищення цих показників в Україні. Найвище перевищення спостерігається від хвороб системи кровообігу, яке досягає майже 7 разів. Смертність від новоутворень в Україні перевищує смертність в Євросоюзі на 16%. Це опосередковано свідчить про неповну виявляемість в Україні новоутворень. Смертність від зовнішніх дій в Україні вища, ніж у Європі у 2,6 разу, порівнянні ж з Фінляндією і Чехією в 1,5–1,8 разу. Смертність від хвороб органів травлення в Україні вища за смертність в Євросоюзі в 2,4 разу. Лише у порівнянні з Фінляндією і Чехією це перевищення знижується до 1,6–1,7 разу. Отже Україні необхідно детально вивчати досвід країн Європи, зокрема у наданні медичної допомоги чоловікам.

2. Критичний стан зі смертністю чоловіків потребує невідкладних заходів на рівні владних структур. Розробка заходів соціальної політики вимагає належного науково-інформаційного підґрунтя, побудованого на основі об'єктивного аналізу сучасного стану зі смертністю.

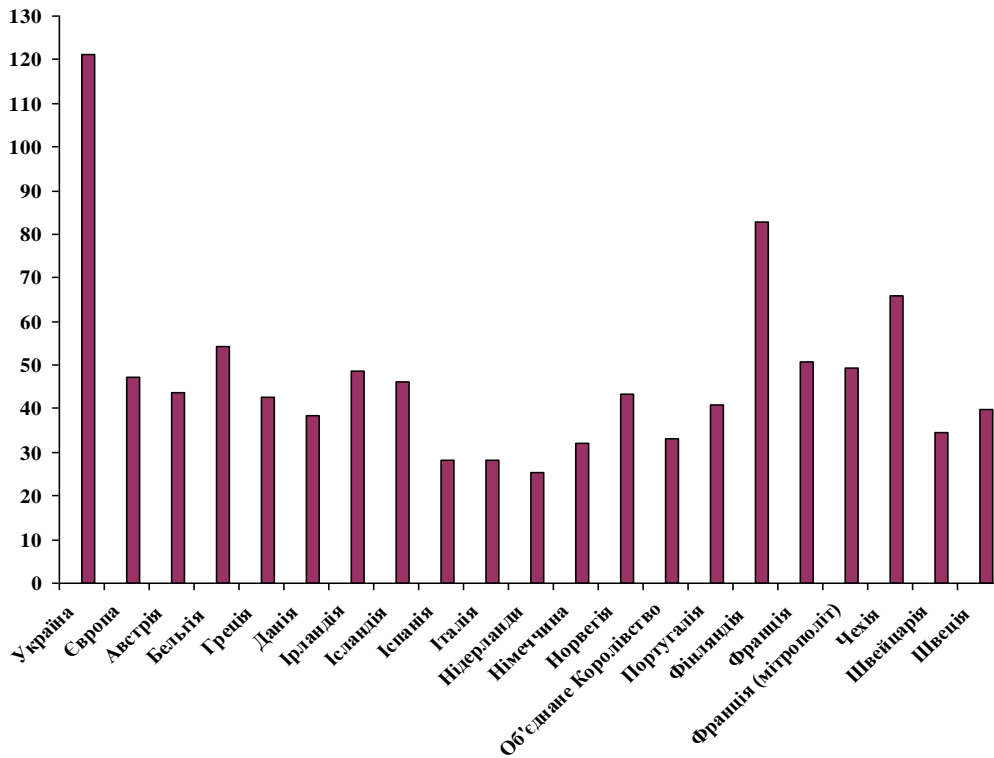
3. Свій внесок у поглиблення сучасної кризи смертності вносить занепад системи охорони здоров'я. Розхитана непродуманими реформами, в умовах вкрай незадовільного фінансування система охорони здоров'я нездатна ефективно протистояти негативним впливам

соціально-економічної кризи на здоров'я людей. Погіршення роботи органів охорони здоров'я, платність послуг і дорожнеча ліків стали серйозною соціальною проблемою та вагомим фактором передчасної смертності від захворювань, яким можна запобігти. Через відсутність адекватної і своєчасної медичної допомоги, в умовах надзвичайно низької культури життєзбереження у населення накопичується величезний тягар хронічних

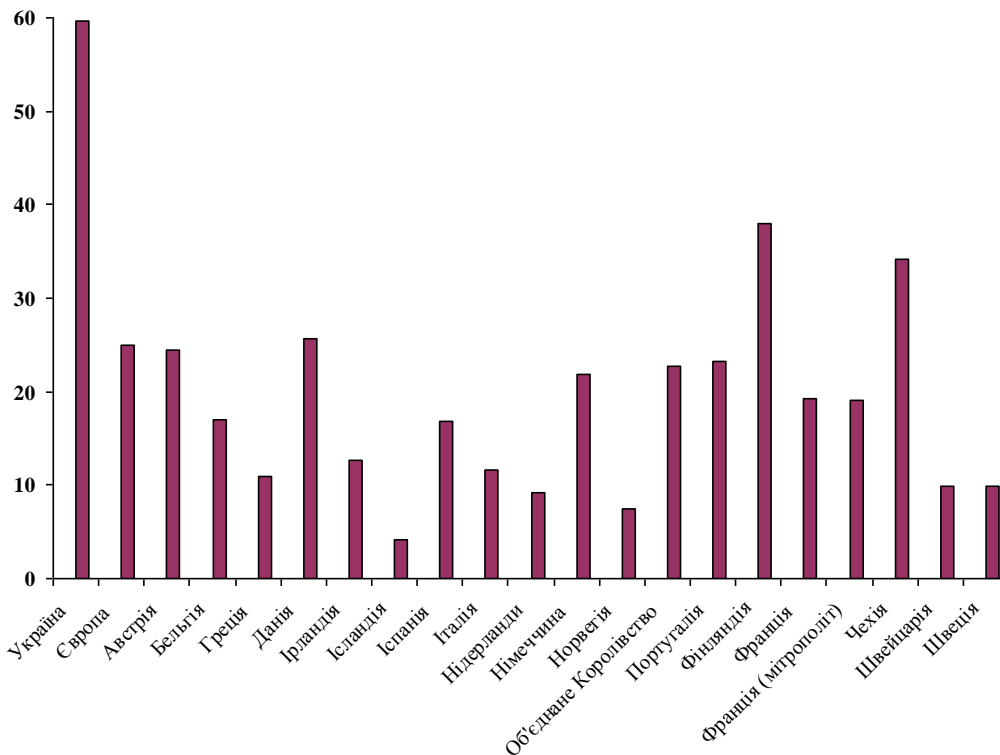
патологій, який неминуче стає джерелом значної кількості передчасних смертей у кризові роки.

#### ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

В подальшому необхідно проводити дослідження по аналізам кадрового, фінансового та інфраструктурного потенціалу галузі, доведенні їх до оптимального рівня.



**Рис. 4.** Смертність чоловіків України у порівнянні з розвинутими країнами світу від зовнішніх причин смерті віком від 0 до 65 років на 100 тис. відповідного населення



**Рис. 5.** Смертність чоловіків України у порівнянні з розвинутими країнами світу від хвороб органів травлення віком від 0 до 65 років на 100 тис. відповідного населення

## ЛІТЕРАТУРА

1. Рингач Н.О. Надсмертність чоловіків нагальна проблема українського соціуму / Н. О. Рингач / Журн. укр. лікарської еліти. – 2009. – № 1 (07) – С. 75–78.
2. Цвігун І.А. Смертність населення України та її соціально-економічні наслідки / І.А. Цвігун / Вісн. Хмельницького нац. ун-ту. – 2010. – Т.3, № 2. – С. 160–164.
3. Нагорна А.М. Трудовий потенціал в Україні: медико-соціальні і демографічні характеристики (огляд літератури та власних досліджень) / А.М. Нагорна / Журнал Національної Академії медичних наук України. – 2016. – Т.22, № 1. – С. 70–79.
4. Гладун О.М. Нариси з демографічної історії України ХХ століття. – К., 2018. – 224 с.
5. Юрочко Т.П. Стратегічні пріоритети запровадження змін у сфері охорони здоров'я у відповідності до Європейського вектору розвитку України // Матеріали наук.-практ. конф. з Міжнародною участю до Всесвітнього Дня здоров'я 2018 р., який присвячено загальному охопленню послугами охорони здоров'я та 70-річчю ВООЗ і проводиться під гаслом: «Загальне охоплення послугами охорони здоров'я – для всіх і всюди» (Київ 05–06 квітня 2018 р.) – Київ. – 2018. – С. 102–105.
6. Рудень В.В., Ковальська І.М. Аналіз і прогноз показників смертності з причин гострого інфаркту міокарда серед населення в Україні // Україна. Здоров'я нації. – 2019. № 1 (54). С. 131–139.
7. Децик О.З., Юкіш Г.Я. Динаміка показників травматизму, інвалідності та смертності внаслідок нього в Івано-Франківській області за 2007–2016 рр. // Матеріали наук.-практ. конф. з Міжнародною участю до Всесвітнього Дня здоров'я 2018 р., який присвячено загальному охопленню послугами охорони здоров'я та 70-річчю ВООЗ і проводиться під гаслом: «Загальне охоплення послугами охорони здоров'я – для всіх і всюди» (Київ 05–06 квітня 2018 р.) – Київ. – 2018. – С. 128–129.

*Дата надходження рукопису до редакції: 04.10.2019 р.*

**Сравнительная характеристика смертности мужчин в Украине и странах Европейского союза**

Л.А. Чепелевская, А.П. Рудницкий, В.В. Скрип  
ГУ "Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины", г. Киев  
Ужгородский национальный университет, г. Ужгород

**Цель работы** - выявить различия смертности мужчин трудоспособного возраста в Украине по сравнению со странами Евросоюза.

**Методы исследования:** системный подход, методы демографической, медицинской, математической статистики, компьютерные технологии.

**Результаты.** Проведены международные сравнения смертности мужчин трудоспособного возраста в Украине и странах Европейского союза по основным причинам смерти.

**Выводы.** Выявлено значительное превышение смертности мужчин в возрасте от 0 до 65 лет в Украине и странах Евросоюза от всех причин смерти в 2,2 раза, от болезней системы кровообращения - в 3,4; от новообразований - на 16,2%; от внешних воздействий - в 2,6 раза; от болезней органов пищеварения - в 2,3 раза.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** смертность мужчин от 0 до 65 лет, основные причины смерти, сравнение со странами Евросоюза.

**Comparative characteristics of male mortality in Ukraine and the European Union**

L.A. Chepelevska, O.P. Rudnitsky, V.V. Skryp  
State Institution "Ukrainian Institute for Strategic Studies of the Ministry of Health of Ukraine"  
SU "Uzhhorod National University"

**Purpose** – to identify differences in working-age mortality of working-age men in Ukraine compared to EU countries.

**Methods:** systematic approach, demographic, medical, mathematical statistics, computer technology.

**Results.** International comparisons of mortality of working-age men in Ukraine and European Union countries have been conducted on the main causes of death.

**Conclusions.** Significant excess of mortality of men aged 0-65 years was found in Ukraine and EU countries: 2.2 times for all causes of death, 3.4% for diseases of the circulatory system; from neoplasms - by 16.2%; from external actions - 2.6 times; from diseases of the digestive system - 2.3 times.

**KEY WORDS:** mortality of men from 0 to 65 years, main causes of death, comparison with EU countries.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Чепелевська Людмила Андріївна** – д.мед.н., професор, зав. відділом медико-демографічних досліджень ДУ „Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України”, пров. Волго-Донський 3, м. Київ, 02099, Україна.

**Рудницький Омелян Павлович** – ст.н.с. відділу медико-демографічних досліджень ДУ „Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України”, пров. Волго-Донський 3, м. Київ, 02099, Україна.

**Скрип Василь Васильович** – к.мед.н., доцент Ужгородського національного університету, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

## Якість життя у пацієнтів з руховими та когнітивними порушеннями після півкульного ішемічного інсульту

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

**Мета** – оцінити вплив рухових та психоемоційних порушень після перенесеного півкульного ішемічного інсульту на якість життя пацієнтів.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилось на базі відділення судинної неврології Ужгородської центральної міської клінічної лікарні протягом 2015-2016 років. Обстежено 132 хворих, що перенесли півкульний ішемічний інсульт. Всім хворим проведено загальноклінічні обстеження, нейровізуалізаційне обстеження, нейропсихологічне обстеження з використанням батареї тестів для оцінки когнітивних функцій, Госпітальної шкали тривоги і депресії, функціональне обстеження з використанням шкали оцінки неврологічного дефіциту при інсульті Національного інституту здоров'я США, модифікованої Скандинавської шкали інсультів, шкали оцінки м'язової сили, модифікованої шкали спастичності Ашворта та опитувальника MOS SF-36 для оцінки якості життя. Статистичну обробку матеріалів проводили при допомозі стандартного статистичного пакета "Microsoft Excel 2010".

**Результати.** У дослідженні взяли участь 132 хворих, жителів м. Ужгород, що перенесли півкульний ішемічний інсульт. Середній вік хворих склав  $57,0 \pm 7,0$  років. Встановлено, що зміни м'язової сили мають сильніший вплив на якість життя пацієнта після перенесеного інсульту ніж зміни м'язового тону. Когнітивні порушення при півкульному ішемічному інсульті не мають сильного впливу на показники якості життя за опитником MOS SF-36.

**Висновки.** За результатами дослідження встановлено, що рухові порушення внаслідок півкульного ішемічного інсульту мають сильний вплив ( $r > 0,7$ ) на зниження якості життя за доменами «Фізичне функціонування», «Загальне здоров'я», «Життєздатність», «Соціальне функціонування» та «Психічне здоров'я», тоді як когнітивні порушення легкого та помірного ступенів після перенесеного півкульного ішемічного інсульту не продемонстрували значного впливу на показники якості життя за опитником MOS SF-36, хоча позитивна динаміка за тестом малювання годинника корелювала з оцінкою за доменом «Психічне здоров'я» ( $r = 0,15$ ,  $p > 0,05$ ) та рівнем тривожності ( $r = -0,14$ ,  $p > 0,05$ ), обидва впливи не досягли статистичної значимості.

**Ключові слова:** півкульний ішемічний інсульт, якість життя, когнітивні порушення, дзеркальна терапія.

### ВСТУП

Після проведеного курсу лікування, лікар зазвичай оцінює клінічні дані та дані додаткових методів обстеження, не достатньо враховуючи велику кількість психологічних та емоційних проблем, що виникли в результаті хвороби та відношення пацієнта до своєї хвороби. Але об'єктивне зменшення неврологічного дефіциту не завжди супроводжується покращенням стану наших пацієнтів [1, 4]. Саме тому критерії оцінки ефективності лікування, що базуються на традиційних показниках (смертності, виходу на інвалідність), перестали задовольняти сучасну медицину. На думку багатьох вчених, повноцінну інформацію про сприйняття пацієнтом своєї хвороби може надати лише оцінка якості життя (ЯЖ) (у англійській літературі – health related quality of life, HRQL) [3, 8, 9].

Оцінка якості життя є інтегральним показником фізичного, соціального, емоційного та психічного функціонування хворого. Стандартними інструментами для оцінки ЯЖ є опитувачі, які поділяються на загальні (неспеціалізовані) та спеціалізовані. Загальні опитувачі використовуються для оцінки ЯЖ як у хворих так і у здорових осіб у багатьох галузях медицини. Спеціалізовані ж застосовуються у певній галузі медицини, при певній нозології. В цілому зареєстровано понад 1000 загальних та спеціалізованих опитувальників.

Для опитування нами було використано опитувач MOS SF-36. Опитувач MOS SF-36 (Item Short Form Health Survey) відноситься до неспеціалізованих і широко використовуються в різних дослідженнях [5–7, 9].

**Мета** – оцінити вплив рухових та психоемоційних порушень після перенесеного півкульного ішемічного інсульту на якість життя пацієнтів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводилось на базі відділення судинної неврології Ужгородської центральної міської клінічної лікарні протягом 2015-2016 року. Обстежено 132 хворих, що перенесли півкульний ішемічний інсульт. Критеріями включення у дослідження були: збережена свідомість (15 балів за шкалою ком Глазго), вік до 74 років, верифікований діагноз ішемічного інсульту півкульної локалізації, відсутність на момент дослідження важких соматичних захворювань, а також збереженість функції мови та письма. Всім хворим проведено загальноклінічні обстеження, нейровізуалізаційне обстеження (КТ, МРТ головного мозку), функціональні кардіологічні обстеження (ЕКГ, ехоКС), нейропсихологічне обстеження з використанням батареї тестів: коротка шкала психічного статусу – Mini-mental State Examination (MMSE), батареї тестів для дослідження лобової дисфункції – Frontal Assessment Battery (FAB), Монреальської шкали оцінки

когнітивних функцій (MoCA), спеціальних експериментально-психологічних завдання з використанням таблиць Шульте, тесту на запам'ятовування 10 слів, тесту малювання годинника, тесту викреслювання зірок, а також опитувальника MOS SF-36 для оцінки якості життя. Статистичну обробку матеріалів проводили при допомозі стандартного статистичного пакета Microsoft Excel 2010 шляхом розрахунку кореляційних коефіцієнтів Пірсона та визначення їх статистичної значимості.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У дослідженні взяли участь 132 хворих, жителів м. Ужгород, що перенесли півкульний ішемічний інсульт. Середній вік хворих склав 57,0±7,0 років.

Шляхом випадкової вибірки пацієнтів розділено на 3 групи. У першу та другу групи відібрано по 50 пацієнтів, а в третю – контрольну – 32 пацієнтів. Пацієнтам першої групи відновна терапія проводилась згідно протоколу лікування ішемічного інсульту з додаванням процедури магнітотерапії, пацієнти другої групи також проходили відновну терапію згідно протоколу, а разом з тим їм проводились процедури магнітотерапії, які поєднувалися з дзеркальною терапією. Контрольну групу склали 32 особи – ці пацієнти отримували відновну терапію згідно протоколу лікування ішемічного інсульту.

Аналіз впливу рухових та когнітивних порушень на якість життя пацієнтів після півкульного ішемічного інсульту виконували шляхом розрахунку кореляційних коефіцієнтів Пірсона та визначення їх статистичної значимості.

За шкалою “Фізичне функціонування” в I групі результат був 49,1±22,3 бали, в II групі – 49,8±24,5 бали,

а в контрольній бали 33,7±22,2 ( $p<0,05$ ). За шкалою “Рольове фізичне функціонування” найвищий бал виявився в пацієнтів II групи – 29,0±38,3 бали, I групи – 16,0±21,9 бали та найнижчим в пацієнтів контрольної групи 8,6±17,5 бали ( $p<0,05$ ). Вплив болю на повсякденне життя пацієнти I та II груп оцінили схожим чином в 82,0±3,2 бали та 83,2±9,2 бали відповідно, а пацієнти контрольної групи в 78,1±6,6 бали ( $p<0,05$ ). Оцінка за шкалою “Загальне здоров'я” виражалась в наступному і склала для I групи – 32,9±8,5 бали, для II групи – 36,7±11,1 бали та групи контролю – 27,0±11,1 ( $p<0,05$ ). Своє соціальне функціонування пацієнти II групи оцінили в 66,3±20,1 бали, I групи в 54,0±16,6 бали, а контрольної групи в 62,5±17,1 бали ( $p<0,05$ ). Вплив емоцій на повсякденне життя пацієнти I групи оцінили в 17,3±19,3 бали, II групи в 38,0±32,3 бали, контрольної групи в 21,9±21,8 бали відповідно ( $p<0,05$ ). Оцінка пацієнтами контрольної групи власного психічного здоров'я була 59,4±21,85 бала, I групи – 62,9±19,3 бали, II групи – 65,5±32,3 бали ( $p<0,05$ ) (табл.).

Нами встановлено, що рухові порушення після перенесеного півкульного ішемічного інсульту, оцінені за модифікованою Скандинавською шкалою інсульту та Шкалою тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я США (NIHSS) мали сильний вплив ( $|r|>0,7$ ) на зниження якості життя за доменами “Фізичне функціонування” (ФФ/PF), “Загальне здоров'я” (ЗЗ/GF), “Життєздатність” (ЖЗ/VT), “Соціальне функціонування” (СФ/SF) та “Психічне здоров'я” (ПЗ/МН). Помірний вплив ( $0,3<|r|<0,5$ ) рухових порушень було зафіксовано для доменів “Рольове фізичне функціонування” (РФ/RF) та “Рольове емоційне функціонування” (РЕФ/RE). Порушення рухових функцій слабко ( $|r|<0,3$ ) корелювали із доменом “Тілесний біль” (ТБ/VP) (рис.).

Таблиця  
Показники ЯЖ пацієнтів згідно основної (I та II) та контрольної групи

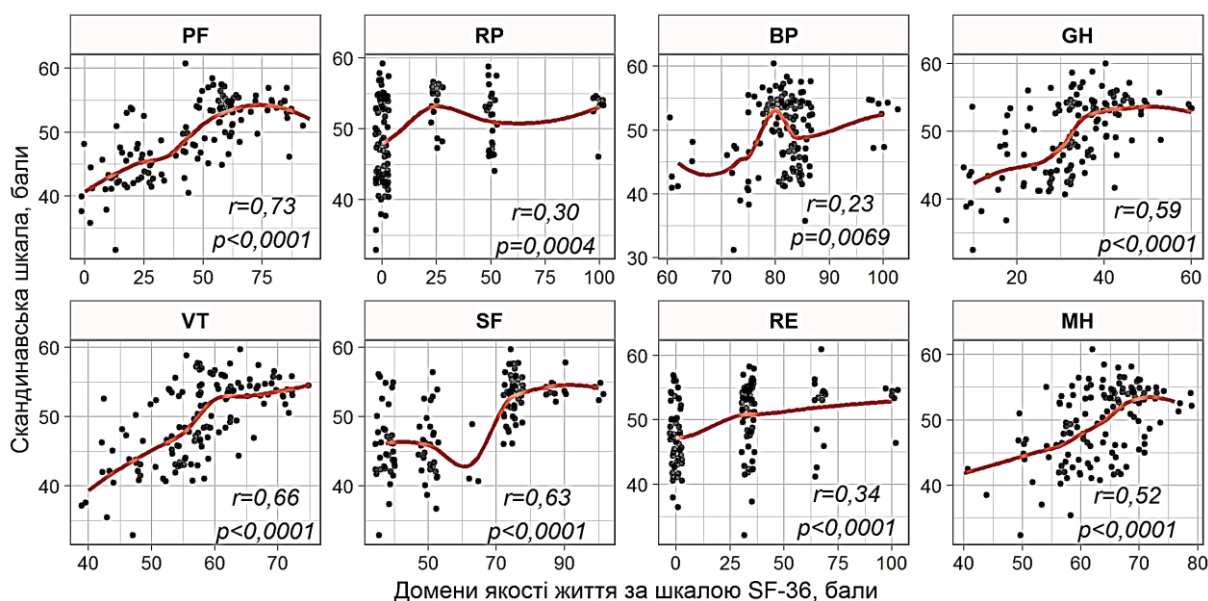
Оціночна шкала	I група	II група	Контрольна група	Відмінність результатів
Фізичне функціонування	49,1±22,3	49,8±24,5	33,7±22,2	$p<0,05$
Рольове фізичне ф-вання	16,0±21,9	29,0±38,3	8,6±17,5	$p<0,05$
Біль	82,0±3,2	83,2±9,2	78,1±6,6	$p<0,05$
Загальне здоров'я	32,9±8,5	36,7±11,1	27,0±11,1	$p<0,05$
Життєздатність	58,9±6,9	58,9±7,7	54,7±8,0	$p>0,05$
Соціальне функціонування	54,0±16,6	66,3±20,1	62,5±17,1	$p<0,05$
Емоційне функціонування	17,3±19,3	38,0±32,3	21,9±21,8	$p<0,05$
Психічне здоров'я	62,9±19,3	65,5±32,3	59,4±21,8	$p<0,05$

Цікавим виявився результат впливу порушення м'язового тону у нозі та руці, котрий оцінювався при допомозі Модифікованої шкали спастичності Ашворта. Виявилось, що порушення м'язового тону в нозі мало сильний вплив ( $|r|>0,5$ ) на зниження якості життя в двох доменах: за доменами “Фізичне функціонування” (ФФ/PF) та “Соціальне функціонування” (СФ/SF), а у руці виключно в домені “Соціальне функціонування” (СФ/SF). Одночасно встановлено іншу відмінність: порушення м'язового тону у руці мало помірний вплив ( $0,3<|r|<0,5$ ) на 5 доменів: “Фізичне функціонування” (ФФ/PF), “Загальне здоров'я” (ЗЗ/GH), “Життєздатність” (ЖЗ/VT), “Рольове емоційне функціонування” (РЕФ/RE) та “Психічне здоров'я” (ПЗ/МН), тоді як для ноги лише в 2 доменах: “Життєздатність”

(ЖЗ/VT) та “Психічне здоров'я” (ПЗ/МН). Вплив на інші домени був незначним ( $r<0,3$ ). Встановлено, що результати Короткої шкали психічного статусу (MMSE) слабко корелювали із такими доменами, як “Фізичне функціонування” ( $r=0,20$ ,  $p=0,021$ ), “Загальне здоров'я” ( $r=0,24$ ,  $p=0,0057$ ), “Рольове емоційне функціонування” ( $r=0,23$ ,  $p=0,0083$ ) та “Психічне здоров'я” ( $r=0,18$ ,  $p=0,032$ ). Результати Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій так само продемонстрували слабку кореляцію з таким самим набором доменів: “Фізичне функціонування” ( $r=0,20$ ,  $p=0,019$ ), “Загальне здоров'я” ( $r=0,23$ ,  $p=0,0076$ ), “Рольове емоційне функціонування” ( $r=0,21$ ,  $p=0,014$ ) та “Психічне здоров'я” ( $r=0,19$ ,  $p=0,029$ ). Наші дослідження підтвердили вплив емоційного стану на стан когнітивних

функцій. При оцінці впливу тривоги та депресії, що оцінювалась з використанням Госпітальної шкали тривоги та депресії, ми звернули увагу на те, що підвищена тривожність після півкульного ішемічного інсульту

пов'язана із більш повільним відновленням когнітивних функцій, оцінених при допомозі спеціальних експериментально-психологічне завдання з використанням таблиць Шульте" ( $r=-0,22$ ,  $p=0,012$ ).



**Рис.** Зміни показників якості життя після півкульного ішемічного інсульту в залежності від функціонального стану пацієнтів

Наступним етапом ми проаналізували зв'язок між динамікою відновлення рухових порушень після проведеної терапії та оцінкою окремих показників (доменів) якості життя при допомозі опитувача MOS SF-36.

Результати свідчать, що краще відновлення рухових функцій, оцінених за шкалою NIHSS ( $r=-0,31$ ,  $p=0,0003$ ), рухових функцій рук ( $r=0,29$ ,  $p=0,0006$ ) та ніг ( $r=0,50$ ,  $p<0,0001$ ), виміряних за 6-бальною шкалою призводять до покращення показників за доменом «Фізичне функціонування». Краща динаміка функціонального стану за Скандинавською шкалою інсультів ( $r=0,18$ ,  $p=0,042$ ), шкалою NIHSS ( $r=-0,19$ ,  $p=0,031$ ), відновленням моторних функцій рук ( $r=0,20$ ,  $p=0,020$ ) і ніг ( $r=0,21$ ,  $p=0,015$ ) за 6-бальною шкалою оцінки м'язевої сили, слабо пов'язана за доменом «Рольове функціонування» за шкалою якості життя.

## ВИСНОВКИ

За результатами дослідження встановлено, що рухові порушення внаслідок півкульного ішемічного інсульту мають сильний вплив ( $r>0,7$ ) на зниження якості життя за доменами «Фізичне функціонування», «Загальне здоров'я», «Життєздатність», «Соціальне функціонування» та «Психічне здоров'я», тоді як когнітивні порушення легкого та помірного ступенів після перенесеного півкульного ішемічного інсульту не продемонстрували значного впливу на показники якості життя за опитником MOS SF-36, хоча позитивна динаміка за тестом малювання годинника корелювала з оцінкою за доменом «Психічне здоров'я» ( $r=0,15$ ,  $p>0,05$ ) та рівнем тривожності ( $r=-0,14$ ,  $p>0,05$ ), обидва впливи не досягли статистичної значимості.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Almborg AH, Berg S. Quality of life among Swedish patients after stroke: psychometric evaluation of SF-36. J Rehabil Med. 2009 Jan;41(1):48-53. doi: 10.2340/16501977-0287.
2. Aprile I., Piazzini D.B., Bertolini C., Caliandro P., Pazzaglia C., Tonali P., Padua L. Predictive variables on disability and quality of life in stroke outpatients undergoing rehabilitation. Neurol Sci (2006) 27:40-46.
3. Baumann M, Le Bihan E, Chau K, Chau N. Associations between quality of life and socioeconomic factors, functional impairments and dissatisfaction with received information and home-care services among survivors living at home two years after stroke onset. BMC Neurol. 2014;14:92. doi: 10.1186/1471-2377-14-92.
4. Buck D, Jacoby A, Massey A, Ford G. Evaluation of measures used to assess quality of life after stroke. (2000) Stroke. 31:2004-2010
5. Canuto MA, Nogueira LT, Araújo TM. Health-related quality of life after stroke. Acta Paul Enferm. 2016;29(3):254-2. doi: 10.1590/1982-0194201600035.
6. De Haan RJ. Measuring quality of life after stroke using the SF-36. Stroke. 2002 ;33:1176.
7. Hobart JC, Williams LS, Moran K, Thompson AJ. Quality of life measurement after stroke: uses and abuses of the SF-36. Stroke. 2002 May;33(5):1348-56.

8. Moreira N, Andrade A, Ribeiro K, Nascimento J, Brito G. Quality of life of individuals affected by stroke. Rev Neurocienc. 2015;23(4):530–7.

*Дата надходження рукопису до редакції: 03.10.2019 р.*

**Качество жизни пациентов с двигательными и когнитивными нарушениями после полушарного ишемического инсульта**

М.В. Гирявец

ГВУЗ "Ужгородский национальный университет",  
г. Ужгород, Украина

**Цель:** оценить влияние двигательных и психоэмоциональных нарушений после перенесенного полушарного ишемического инсульта на качество жизни пациентов.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе отделения сосудистой неврологии Ужгородской центральной городской клинической больницы в течение 2015-2016 годов. Обследовано 132 больных, перенесших полушарный ишемический инсульт. Всем больным проведено общеклинические обследования, нейровизуализационных обследование, нейропсихологическое обследование с использованием батареи тестов для оценки когнитивных функций, Госпитальной шкалы тревоги и депрессии, функциональное обследование с использованием шкалы оценки неврологического дефицита при инсульте Национального института здоровья США, модифицированной Скандинавской шкалы инсультов, шкалы оценки мышечной силы, модифицированной шкалы спастичности Ашворта и опросника MOS SF-36 для оценки качества жизни. Статистическую обработку материалов проводили при помощи стандартного статистического пакета Microsoft Excel 2010.

**Результаты.** В исследовании приняли участие 132 больных, жителей г. Ужгород, перенесших полушарный ишемический инсульт. Средний возраст больных составил  $57,0 \pm 7,0$  лет. Установлено, что изменения мышечной силы имеют сильное влияние на качество жизни пациента после перенесенного инсульта чем изменения мышечного тонуса. Когнитивные нарушения при полушарном ишемическом инсульте не имеют значительного влияния на показатели качества жизни опросник MOS SF-36.

**Выводы.** По результатам исследования установлено, что двигательные нарушения вследствие полушарного ишемического инсульта имеют сильное влияние ( $r > 0,7$ ) на снижение качества жизни доменами «Физическое функционирование», «Общее здоровье», «Жизнеспособность», «Социальное функционирование» и «Психическое здоровье», тогда как когнитивные нарушения легкой и умеренной степени после перенесенного полушарного ишемического инсульта не продемонстрировали значительного влияния на показатели качества жизни опросник MOS SF-36, хотя положительная динамика

по тесту рисования часов коррелировала с оценкой по доменом «Психическое здоровье» ( $r = 0,15$ ,  $p < 0,05$ ) и уровнем тревожности ( $r = -0,14$ ,  $p < 0,05$ ), оба влияния не достигли статистической значимости.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** полушарный ишемический инсульт, качество жизни, когнитивные нарушения, зеркальная терапия.

**Quality of life in patients with motor and cognitive impairment after hemispheric ischemic stroke**

М.В. Гирявец

Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Purpose:** to evaluate the impact of motor and psycho-emotional disorders after a hemispheric ischemic stroke on the quality of life of patients.

**Materials and methods.** The study was conducted at the Department of Vascular Neurology of Uzhhorod Central City Clinical Hospital during 2015-2016. The study involved 132 patients with hemispheric ischemic stroke. All patients underwent general clinical examination, neuroimaging examination, neuropsychological examination using a battery of tests for the assessment of cognitive function, hospital anxiety and depression scale, functional examination using the scale of neurological deficiency in the United States muscle strength, Ashworth's modified spasticity scale, and MOS SF-36 questionnaire to assess quality of life. Statistical processing of materials was performed using the standard statistical package Microsoft Excel 2010.

**Results.** The study involved 132 patients, residents of Uzhhorod, have suffered hemispheric ischemic stroke. The mean age of the patients was  $57.0 \pm 7.0$  years. Changes in muscle strength have been found to have a greater impact on the quality of life of a patient after a stroke than changes in muscle tone. Cognitive impairment in hemispheric ischemic stroke has no significant effect on MOS SF-36 quality of life.

**Conclusions.** The study found that motor disorders due to hemispheric ischemic stroke have a strong influence ( $r > 0.7$ ) on the decrease in quality of life in the domains "Physical functioning", "General health", "Viability", "Social functioning" and Mental Health, while cognitive impairment of mild and moderate degrees after a hemispheric ischemic stroke did not show a significant effect on MOS SF-36 quality of life, although the positive dynamics of the clock drawing test Country correlated with the assessment of the domain "Mental health" ( $r = 0,15$ ,  $p > 0,05$ ) and the level of anxiety ( $r = -0,14$ ,  $p > 0,05$ ), both effects did not reach statistical significance.

**KEY WORDS:** hemispherical ischemic stroke, quality of life, cognitive impairment, mirror therapy.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Гирявец Мирослава Василівна** – асистент кафедри нейрореабілітації з курсами медичної психології, пульмонології та фтизіатрії, факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.



## Прояви ціннісних орієнтацій у студентів I та II курсу спеціальності «фізична терапія, ерготерапія»

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, м. Чернівці, Україна

У сучасній психології ціннісні орієнтації розглядаються як сфера соціалізації індивіда, джерело ресурсної адаптації до групових норм, мотиваційні чинники засобів поведінки і регуляції життєдіяльності людини. У студентів університету I та II курсу спеціальності «фізична терапія, ерготерапія» діагностовано переважаючого середнього рівня прагнення до мети, пріоритетними термінальними цінностями є здоров'я, любов та щасливе сімейне життя, а інструментальними цінностями – вихованість, чесність та життєрадісність. Найбільш реалізованою ціннісною орієнтацією виступає стимуляція, разом з тим встановлено, що найбільш бажаними для студентів є досягнення, самостійність та гедонізм.

### ВСТУП

У сучасній психології ціннісні орієнтації розглядаються як сфера соціалізації індивіда, джерело ресурсної адаптації до групових норм, мотиваційні чинники засобів поведінки і регуляції життєдіяльності людини [1, 7]. В юності у молодій людині виникає питання вибору ціннісних пріоритетів. Юнаки і юнки прагнуть сформулювати на рівні самоусвідомлення уявлення про себе, про оточуючий світ, про оточуючих людей та про суспільні ціннісні орієнтири.

Психологічний зміст юності в період студентства, пов'язаний з розвитком самосвідомості, вирішенням завдань професійного становлення і вступу до дорослого життя. У ранній юності формуються пізнавальні і професійні інтереси, потреба в праці, здатність будувати життєві плани, громадська активність, стверджується самостійність особистості, вибір життєвого шляху. У цей період людина стверджує себе в обраній справі, набуває професійної майстерності [2, 7]. Юнаки та юнки високо працездатні, здатні витримувати значні фізичні та психічні навантаження, найбільш здатні до засвоєння складних способів інтелектуальної діяльності. Ціннісна спрямованість характеризує професійний розвиток особистості і з'являється до моменту вибору професії, навчального закладу, що відповідає першому етапу самовизначення особистості і характеризується професійними інтересами, прагненнями, схильностями, а також формуванням ставлення до самої проблеми вибору професії, стимулами і найближчими намірами. Професійну спрямованість можна охарактеризувати як фіксований на певному віковому періоді рівень цілісного процесу становлення особистості спеціаліста. Найлегше здобуваються всі необхідні в обраній професії знання, уміння і навички, розвиваються необхідні спеціальні особистісні й функціональні якості (організаторські здібності, ініціативність, мужність, винахідливість, необхідні в ряді професій, чіткість і акуратність, швидкість реакцій та ін.) [5, 7].

Становлення цінностей як складової психологічної структури людини відбувається у процесі розвитку її

особистості за загальними принципами і закономірностями психічного розвитку [6]. З-поміж загальних принципів психічного розвитку важливу роль у процесі становлення цінностей відіграють принципи стійкої динамічної нерівноваги, тенденції до збереження і зміни, диференціації-інтеграції, а також закономірності нерівномірності й асинхронності, сенситивності, кумулятивності і дивергентності-конвергентності в процесі розвитку [3]. В становленні цінностей студентської молоді, найвагоміший вплив можуть мати особливості родинного, університетського, професійного простору, та результати інтелектуального, морального, емоційного та соціального розвитку [2, 4].

**Метою** нашого дослідження є аналіз прояву ціннісних орієнтацій у студентів спеціальності «фізична терапія, ерготерапія»

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Оцінка рівня прояву ціннісних орієнтацій було проведено на базі Чернівецького національного університету, в досліджувану групу увійшли 43 студенти I та II курсу спеціальності «фізична терапія, ерготерапія». Для дослідження ціннісних орієнтацій студентів було використано наступні методики:

- опитувальник ціннісних орієнтацій М. Рокича, ця методика досить широко використовується в вітчизняній психодіагностичній практиці. Згідно з результатами всі цінності особистості поділяються на *термінальні* – переконання в тому, що кінцева мета індивідуального існування варта того, щоб до неї прагнути (цінності – цілі) та *інструментальні* – переконання в тому, що якийсь образ дій або властивість особистості є кращим в будь-якій ситуації (цінності – засоби);

- опитувальник «Вивчення цінностей особистості» Ш. Шварца, ця методика дозволяє проаналізувати окремі групи цінностей, залежно від спільності їх цілей, визначивши провідний мотиваційний тип.

- методика «Потреба в досягненні цілей»;

- Ю. Орлова: потреб у досягненні цілі, успіху.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ  
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Дані, отримані за допомогою опитувальника ціннісних орієнтацій М. Рокича було проранжовано в залежності від пріоритетності студентського вибору (таблиця).

Найважливішими термінальними цінностями студентів спеціальності «фізична терапія, ерготерапія» виявились здоров'я, любов та щасливе сімейне життя, а інструментальними цінностями – вихованість, чесність та життєрадісність.

Таблиця  
**Ранговий перлік прояву ціннісних орієнтації студентів спеціальності «фізична терапія, ерготерапія»**

№	Термінальні цінності	Інструментальні цінності
1	Здоров'я	Вихованість
2	Любов	Чесність
3	Щасливе сімейне життя	Життєрадісність
4	Впевненість в собі	Акуратність
5	Життєва мудрість	Освіченість
6	Активне діяльне життя	Сміливість
7	Наявність хороших та вірних друзів	Самоконтроль
8	Цікава робота	Чуйність
9	Свобода	Незалежність
10	Матеріально забезпечене життя	Відповідальність
11	Розвиток	Терплячість
12	Продуктивне життя	Тверда воля
12	Пізнання	Старанність
14	Суспільне визнання	Раціоналізм
15	Краса природи та мистецтва	Широта поглядів
16	Щастя інших	Ефективність в справах
17	Розваги	Високі запити
18	Творчість	Непримиренність до недоліків в собі та інших

Оглядаючи відсоткові показники цінностей, які студенти обрали, як номер «1», встановлено, що переважна кількість студентів обрали здоров'я, як головну термінальну цінність, а вихованість та чесність, як головні інструментальні цінності, при цьому краса природи і мистецтва, наявність хороших і вірних друзів, творчість, щастя інших, розвиток та свобода не оцінюються досліджуваними, як найважливіша цінність.

Використавши методику «Потреба в досягненні цілей» було виявлено 3 рівня (з п'яти можливих), а саме: понижений, середній та підвищений рівні потреб в досягненні мети.



**Рис. 1.** Відсоткове співвідношення рівня потреб в досягненні у студентів спеціальності «фізична терапія, ерготерапія»

У студентів переважно проявляється середній рівень потреб в досягненні мети (76%), що може бути пов'язано з віковими особливостями студентів та приналежністю до I та II курсу навчання. Ймовірно в межах університетського освітнього простору рівень потреби в досягненні мети буде змінюватися впродовж навчання. Потреби досягнення мети, можуть стати джерелом активності студентів, що будуть спонукати і до навчальної діяльності і до професійного становлення.

Аналіз результатів за методикою Ш. Шварца не виявив значних відмінностей прояву різних груп ціннісних орієнтацій, проте більш пріоритетними для студентів спеціальності «фізична терапія, ерготерапія» виявився рівень досягнення (11%), самостійності (11%) та гедонізму (11%), на останніх позиціях розмішені: традиції (8%) та влада (4%). Найважливішими прагненнями досліджуваних є особистий успіх відповідно до соціальних стандартів, самостійність думки і дії, чуттєве задоволення, разом з тим соціальний статус, домінування над людьми, повага і відповідність культурним та релігійним традиціям проявляються менше.

При порівнянні даних шкали «огляд цінностей» – бажаний рівень та шкали «профіль особистості» – реальний рівень ціннісних орієнтацій студентів виявлено що найбільша різниця між прагненням і реалізованістю виявляється в проявах конформності та універсалізму (рис. 2). Студенти спеціальності «фізична терапія, ерготерапія» прагнуть до збільшення розуміння, терпимості і захисту благополуччя інших людей, стримування активності і мотивів, які можуть зашкодити іншим і не відповідають соціальним очікуванням. Цінність стимуляція (прагнення до хвилювання та новизни)

реалізована найбільшою мірою, що може бути зумовлено особливостями університетського освітнього простору,

навчальним навантаженням та активним студентським життям.

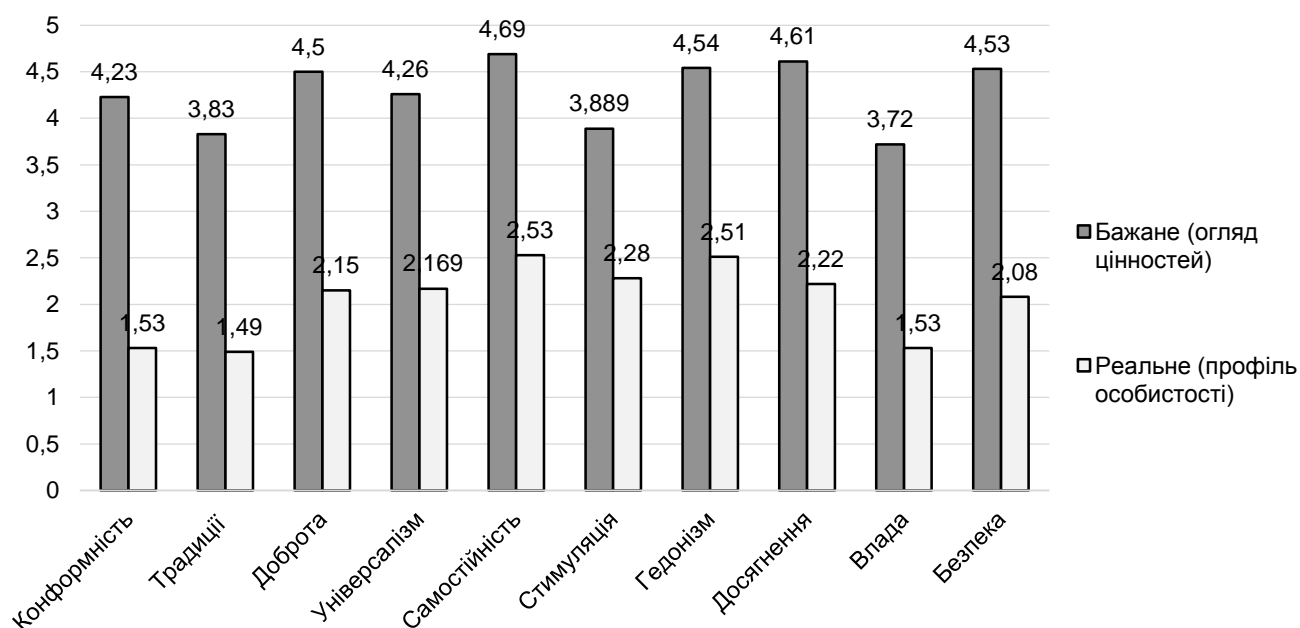


Рис. 2. Рівень реалізованості ціннісних орієнтацій у студентів спеціальності «фізична терапія, ерготерапія»

### ВИСНОВКИ

Значення ціннісних орієнтацій у професійній спрямованості студентів полягає в тому, що вони детермінують навчальну активність, забезпечуючи зміст і спрямованість професійної діяльності. Особливе значення система ціннісних орієнтацій займає в діяльності професій типу «людина – людина», набуваючи в цьому випадку характеру центрального елемента у структурі становлення професіонала. У студентів спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» діагностовано переважання середнього рівня прагнення до мети, пріоритетними термінальними цінностями є здоров'я, любов та щасливе сімейне життя,

а інструментальними цінностями – вихованість, чесність та життєрадісність. Найбільш реалізованою ціннісною орієнтацією виступає стимуляція, разом з тим встановлено, що найбільш бажаними для студентів є досягнення, самостійність та гедонізм.

### ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

В подальшому планується проаналізувати зміни прояву та структури цінностей особистості у студентів протягом навчання за освітньо-професійною програмою «Фізична терапія, ерготерапія» та долучити в досліджувану групу студентів старших курсів.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Андрущенко І. Г. Смыслові орієнтації як компонент розвитку ціннісно-смыслові сфери в юнацькому віці: Міжнародний науковий форум: соціологія, психологія, педагогіка, менеджмент / І. Г. Андрущенко. – Випуск 19-30, 2015. – С. 228.
2. Глинянюк Н. В. Психолого-педагогічні умови формування ціннісних орієнтацій сучасної студентської молоді [Електронний ресурс] / Н. В. Глинянюк. – Режим доступу : [http://tme.umo.edu.ua/docs/Dod/3\\_2010/Glinaniyk.pdf](http://tme.umo.edu.ua/docs/Dod/3_2010/Glinaniyk.pdf).
3. Зазимко О. Формування життєвих цінностей у юнацькому віці: психологічні особливості, Актуальні проблеми психології / О. Зазимко: Вісник КНТЕУ. – № 4. – 2012. – С. 89.
4. Іванова О. Ф. Крейдун Н. П. Психологічні особливості юнацького віку / На допомогу кураторам: Навч. видання. А. Ф. Іванова, Н. П. Крейдун. – ХНУ імені В. Н. Каразіна, випуск 3. – 2013. – С. 13, 14.
5. Колодчак О. М., Кудрик Л. Г. Формування ціннісних орієнтацій та спрямованості молоді: Modern Methodology of Science and Education / О.М. Колодчак. – Vol. 3, 2017. – С. 10.
6. Олексієнко О. Г. Вплив ціннісних орієнтацій на формування особистості сучасної молоді / О.Г. Олексієнко. – ВІСНИК № 140. Серія: педагогічні науки. – 2016. – С. 317.
7. Романюк Л. Становлення цінностей особистості: концептуальна модель та її методологічний потенціал: Аксиологічна психопедагогіка: проблеми, здобутки, перспективи / Л. Романюк. – Психологія особистості – № 1 (4), 2013. – С. 139–144.

REFERENCES

1. Andrushchenko I. H. Smyslovi oriiientatsii yak komponent rozvytku tsinnisnokhsmyslovoi sfery v yunatskomu vitsi: Mizhnarodnyi naukovyi forum: sotsiologii, psykholohiia, pedahohika, menedzhment / I. H. Andrushchenko. – Vypusk 19-30, 2015. – S. 228.
2. Hlynianiuk N. V. Psykholoho-pedahohichni umovy formuvannia tsinnisnykh oriiientatsii suchasnoi studentskoi molodi [Elektronnyi resurs] / N. V. Hlynianiuk. – Rezhym dostupu: [http://tme.umo.edu.ua/docs/Dod/3\\_2010/Glinaniyk.pdf](http://tme.umo.edu.ua/docs/Dod/3_2010/Glinaniyk.pdf).
3. Zazymko O. Formuvannia zhyttievkykh tsinnosteii u yunatskomu vitsi: psykholohichni osoblyvosti, Aktualni problemy psykholohii / O. Zazymko: Visnyk KNTEU. – № 4. – 2012. – S. 89.
4. Ivanova O. F. Kreidun N. P. Psykholohichni osoblyvosti yunatskoho viku / Na dopomohu kuratoram: Navch. vydannia. A. F. Ivanova, N. P. Kreidun. – KhNU imeni V. N. Karazina, vypusk 3. – 2013. – S. 13, 14.
5. Kolodchak O. M., Kudryk L. H. Formuvannia tsinnisnykh oriiientatsii ta spriamovanosti molodi: Modern Methodology of Science and Education / O.M. Kolodchak. – Vol. 3, 2017. – S. 10.
6. Oleksienko O. H. Vplyv tsinnisnykh oriiientatsii na formuvannia osobystosti suchasnoi molodi/O.H. Oleksienko. – VISNYK № 140. Serii: pedahohichni nauky. – 2016. – S. 317.
7. Romaniuk L. Stanovlennia tsinnosteii osobystosti: kontseptualna model ta yii metodolohichni potentsial: Aksiolohichna psykhopedahohika: problemy, zdobutky, perspektyvy / L. Romaniuk. – Psykholohiia osobystosti. – №1 (4), 2013. – S. 139–144.

*Дата надходження рукопису до редакції: 17.09.2019 р.*

**Реферат**

В современной психологии ценностные ориентации рассматриваются как сфера социализации личности, источник ресурсной адаптации к групповым нормам, мотивационные факторы регуляции жизнедеятельности и поведения человека. У студентов университета I и II курса специальности «Физическая терапия, эрготерапия» установлено преобладание среднего уровня стремления к цели, приоритетными терминальными ценностями являются здоровье, любовь и счастливая семейная жизнь, а инструментальными ценностями – воспитанность, честность и жизнерадостность. Наиболее реализованной ценностной ориентацией выступает стимуляция, вместе с тем установлено, что наиболее желанными для студентов являются достижения, самостоятельность и гедонизм.

**Abstract**

In modern psychology, value orientations are considered as the sphere of socialization of the individual, a source of resource adaptation to group norms, motivational factors of means of behavior and regulation of human life. In his youth, the young man has the question of choosing value priorities. Young men and women seek to formulate at the level of self-awareness the idea of themselves, of the world around them, of people around them, and of social values. Psychological content of adolescence during the student period, connected with the development of self-awareness, solving the problems of professional formation and adulthood. In early youth, formed cognitive and professional interests, the need for work, the ability to make plans for life, social activity, asserted independence of the individual, the choice of life path. Value orientation characterizes the professional development of the individual and

appears until the moment of choosing a profession, an educational institution that corresponds to the first stage of self-determination of the personality and is characterized by professional interests, aspirations, inclinations, as well as the formation of attitude to the very problem of choosing a profession, incentives and immediate intentions.

Assessment of the level of manifestation of value orientations was conducted on the basis of Chernivtsi National University, the study group included 43 students of I and II course of specialty "Physical therapy, ergotherapy". For the study of students' values, the questionnaire was used by M. Rokich, the questionnaire, the "Study of personality values" by Schwarz, and the method "The need to achieve goals" by Y. Orlov. The most important terminal values of the students of the specialty "physical therapy, ergotherapy" were health, love and happy family life, and instrumental values – education, honesty and cheerfulness. It is revealed that the overwhelming number of students chose health as the main terminal value, and education and honesty as the main instrumental values, the beauty of nature and art, the presence of good and faithful friends, creativity, happiness of others, development and freedom are not evaluated by the researchers as the most important value. The students mostly exhibit an average level of need to achieve the goal, the priority for students of the specialty "Physical therapy, ergotherapy" was the level of values such as achievement, independence and hedonism, in the latter positions are mixed traditions and power. When comparing the data of the scale "review of values" – the desired level and the scale "profile of the personality" – the real level of students' value orientations revealed that the biggest difference between the desire and realization is manifested in the manifestations of conformality and universalism, the value of stimulation (desire for excitement and novelty) was implemented to the greatest extent.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Доцюк Лідія Георгіївна** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної допомоги Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича; 58000 м. Чернівці, вул. Небесної сотні 4д.

**Кушнір Ірина Георгіївна** – доктор медичних наук, професор, професор кафедри практичної психології Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича; 58000 м. Чернівці, вул. Небесної сотні 4д.

## Дефібрилятори – складова успіху серцево-легеневої реанімації

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

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

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

*ДВНЗ «Запорізький державний медичний університет», м. Запоріжжя, Україна*

*У статті знайшло своє відображення життєво важливе питання впровадження дефібриляторів і публічних аптечок з усіма необхідними для надання домедичної та першої медичної допомоги до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги. Визначені проблемні питання щодо їх впровадження та шляхи їх вирішення. Проаналізовані показники прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події (виклик) за матеріалами узагальнених звітів центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф за формою № 22 за 2017–2018 роки.*

*Особлива увага приділена аналізу забезпеченості медичною апаратурою, дефібриляторами та дихальною апаратурою та результатам проведених бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги серцево-легеневих реанімацій на догоспітальному етапі екстреної медичної допомоги у 2017–2018 роках.*

*Визначено рівень знань громадян питань домедичної підготовки та шляхи їх удосконалення.*

**Ключові слова:** *впровадження дефібриляторів, серцево-легеневі реанімаційні заходи.*

### ВСТУП

В найближчій перспективі в людних місцях країни можуть з'явитися дефібрилятори і публічні аптечки з усім необхідним для надання домедичної та першої медичної допомоги до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги. Про це йдеться у проекті наказу МОЗ, який днями був винесений на обговорення.

Автори відзначають, що в публічних місцях під час виникнення надзвичайних ситуацій підвищуються ризики отримання травм і є велика ймовірність раптової зупинки серця. Вчасно допомогти постраждалим і збільшити їхні шанси на життя до приїзду в лікарню покликани громадські аптечки. Якщо документ схвалить, їх встановлять скрізь, де збирається люд: в офісах, школах, кінотеатрах, торгових центрах, на заправках, тимчасових майданчиках. Аптечки позначать зеленим кольором і розмістять у видних та доступних для всіх місцях.

За задумом МОЗ, аптечки будуть відрізнятися за складом залежно від кількості людей на території. Так, у місцях, де збирається не більше ніж 30 осіб, мусить бути укладка з еластичними і марлевими бинтами, стерильними серветками, лейкопластирем, перев'язочною косинкою, рукавичками, джгутом і ножицями. Також в такій аптечці буде плівка-клапан для вентиляції легенів, термоковдра і навіть маркер для відміток про те, яка саме перша допомога була надана. Також там, де очікується скупчення люду до 200 чоловік, можна розраховувати ще й на тонометр, армований скотч і ліхтарик. Ці два види комплектів помітять наклейкою з хрестом.

Третю категорію комплектів позначать ще й серцем з блискавкою і передбачать для великих об'єктів, де можуть перебувати до тисячі осіб. Крім перерахованого туди додадуть ротові повітроводи, перев'язувальні і гіпотермічні пакети, протиопікові пов'язки, шприци та медичні препарати: розчин глюкози, адреналін,

нітрогліцерин, повідон-йод, хлоргексидин, аспірин і парацетамол.

**Метою** дослідження є вивчення стану домедичної та першої медичної допомоги до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги при зупинці серця. Показники діяльності екстреної (швидкої) медичної допомоги припровадженні заходів серцево-легеневих реанімацій. Обґрунтована доцільність впровадження в громадських місцях з великим скупченням людей дефібриляторів і публічних аптечок. Визначити проблемні питання в процесі їх впровадження та шляхи їх вирішення.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження показників діяльності екстреної (швидкої) медичної допомоги за формою № 22.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У ст. 49 Конституції України прописано: «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя [1].

Статтею 6 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначено: Кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, ...

Стаття 8, цього ж Закону трактує наступне: Держава визнає право кожного громадянина України на охорону здоров'я і забезпечує його захист.

Кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належать:

екстрена медична допомога;... [2].

Водночас у п. 1 ст. 3 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» визначено, що на території України кожен громадянин України та будь-яка інша особа мають право на безоплатну, доступну, своєчасну та якісну екстрену медичну допомогу, яка надається відповідно до цього Закону [3].

Таким чином законодавча база нашої держави гарантує право на безоплатну, доступну, своєчасну та якісну екстрену медичну допомогу, але як це здійснюється в реальних умовах нашого сьогодення, і які заходи МОЗ України здійснюються на виконання вимог цих важливих нормативно-правових документів? В цьому контексті необхідно звернути увагу на стан виконання вимог наказу МОЗ України від 16.06.2014 р. № 398 «Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах» [4]. При розгляді цього життєво важливого питання, особлива увага повинна бути приділена найскладнішому і найбільш болючішому питанню – організації в нашій країні серцево-легеневих реанімацій як до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги (далі Е(Ш)МД) так і під час надання екстреної медичної допомоги та транспортування означених хворих до закладів охорони здоров'я. Актуальність цього питання пояснюється результатами проведеного аналізу стану цього важливого напрямку діяльності екстреної медичної допомоги.

Наказом МОЗ України від 05.06.2019 р. № 1269 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги» [9] відмінні накази МОЗ України від 31.08. 2004 р. № 437 «Про затвердження клінічних Протоколів надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на шпитальному та дошпитальному етапах» [10] та від 15.01.2014 р. № 34 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги», де п. 1.13. було визначено алгоритм дій на випадки Раптової серцевої смерті [5], а наказом МОЗ України від 06.02.2014 р. № 101 був затверджений «Примірний табель (перелік) оснащення структурних підрозділів системи екстреної медичної допомоги» [6].

Таким чином, щорічний аналіз звітності екстреної медичної допомоги за формою № 22 свідчить про те, що

кількість викликів бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на зупинки серця з кожним роком зростає, але зростання кількості проведених ними успішних заходів серцево-легеневих реанімацій на жаль зареєструвати не вдається. доцільно відмітити, що життя такого хворого, перш за все, залежить від своєчасності надання їй допомоги (в даній ситуації рахунок йде на хвилини), яка може бути надана таким хворим до приїзду бригади Е(Ш)МД пересічними громадянами при умові наявності знань цими громадянами правил надання домедичної допомоги, наявності дефібрилятора та успішного володіння ним.

Безперечно, що якщо звернутись до матеріалів узагальнених звітів центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф за формою № 22 за 2017–2018 роки, то звертає на себе увагу те, що серед усіх здійснених виїздів бригад Е(Ш)МД за викликами:

I місце займають виїзди на раптові захворювання та стани – 73,2% (в 2017 р. – 75,3%);

II місце нещасні випадки, травми та отруєння – 9,1% (в 2017 р. – 8,9%);

III місце перевезення пацієнтів, породіль до лікувальних закладів та травм пунктів – 4,02% (в 2017 р. – 3,9%).

В даній ситуації ми бачимо, що 73,2% виїздів здійснені на раптові захворювання та стани, а якщо врахувати нещасні випадки, травми та отруєння – 9,1% то в сумі ця цифра складає – 82,3%, що свідчить про те, що резерви для поліпшення показника цільового використання бригад Е(Ш)МД за призначенням на місцях ще є.

Залишаються майже незмінними показники виїздів бригад екстреної медичної допомоги на випадки, що закінчились летально, які складають у 2018 році – 112 246 (1,49%), в 2017 році – 126 462 (1,5%) від загальної кількості викликів), з них:

смерть до приїзду бригади Е(Ш)МД в 2018 році – 103 768 (1,4%), в 2017 році – 118 045 (1,4%) від випадків, що закінчились летально;

смерть у присутності бригад Е(Ш)МД в 2018 році – 8 478 (0,11%), в 2017 році – 8 417 (0,1%) від випадків, що закінчились летально.

Доречно відмітити, що відповідно до нормативу, визначеного постановою Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 р. № 1119 «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події» [7] передбачено прибуття цих бригад на місце події до 10 хвилин в містах і до 20 хвилин в сільській місцевості і тут доречно розглянути ці показники за даними звітів з регіонів, які надані в табл. 1.

Таблиця 1

**Прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на виклик**

Рік	В % від загальної кількості виїздів	До 20 хвилин в сільській місцевості в % від загальної кількості виїздів
2017	87,95	85,21
2018	90,03	82,48

Безперечно, що такі низькі показники прибуття бригад Е(Ш)МД до місця події (на виклик) мають об'єктивні причини, а це в сільській місцевості незадовільний стан

доріг, особливо в зимову пору року, та великі відстані, особливо в Карпатах та передгір'ях, дають можливість стверджувати, що в найближчій перспективі, при

відновленні інфраструктури дорожньої мережі, будуть створені резерви для поліпшення цього показника в сільській місцевості. Але в містах, з кожним роком кількість автомобільного транспорту збільшується, що ніяким чином не може зменшити кількості транспортних пробок особливо у великих мегаполісах, однак тут при активному впливі на цей процес органів самоврядування, можливі позитивні зрушення за рахунок виділення відповідних смуг на дорожніх мережах цих міст.

Однак, якщо повернутись до діяльності центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф то звертає на себе увагу і те, що згідно з даними звітів з регіонів у 2018 році, на фоні збільшення кількості

серцево-легеневих реанімацій відмічається зменшення забезпеченості згідно з табелем оснащення від норми забезпечення медичною апаратурою, у т.ч.:

дефібриляторами – 86,1% (2017 р. – 88%);  
комплектами дихальної апаратури – 75,5% (2017 р. – 81,3%);

при збереженні забезпеченості ЕКГ, яка постійна і складає – 100% (2017 р. – 100%).

Зниження показників забезпеченості дефібриляторами та комплектами дихальної апаратури ніяким чином не може мати позитивний ефект на поліпшення стану з успішними серцево-легеневими реанімаційними заходами при раптовій зупинці серця (табл. 2).

Таблиця 2

**Кількість серцево-легеневих реанімацій, проведених бригадами Е(Ш)МД на догоспітальному етапі ЕМД у 2017–2018 роках**

Рік	Кількість реанімацій		Успішних		Безуспішних	
	всього	з них в сільській місцевості	всього	з них в сільській місцевості	всього	з них в сільській місцевості
2018	8366	1805	767	134	7599	1671
2017	7867	1592	750	158	7068	1470

В 2018 році в Україні за викликами бригадами Е(Ш)МД було проведено 8366 реанімаційних заходів у випадках клінічної смерті громадян. З них 6561 реанімацій в місті та 1805 в сільській місцевості. Проведено 767 (9,17%) успішних реанімацій (з них: в місті 616 (9,38%) та 134 (7,42%) в сільській місцевості).

В 2017 році в Україні було проведено 7867 (93,47%) реанімаційних заходів від 8417 випадків клінічної смерті осіб в присутності бригад Е(Ш)МД. З них 6275 реанімацій в місті та 1592 в сільській місцевості (в 2016 р. – 7352 реанімації (90,96%) від 8082 випадків клінічної смерті осіб в присутності бригад Е(Ш)МД. Проведено 750 (9,53%) успішних реанімацій (з них: в місті 592 (9,43%) та 158 (9,9%) в сільській місцевості).

Щорічний аналіз звітної інформації екстреної медичної допомоги по формі 22 свідчить про те, що з кожним роком кількість успішних серцево-легеневих реанімаційних заходів проведених бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги збільшується, що характеризує суттєве зростання їх професійної майстерності. Особливої актуальності і важливості набувають питання домедичної допомоги постраждалим при раптовій зупинці серця не медичними працівниками під час виникнення надзвичайних ситуацій природного, техногенного, соціального чи воєнного характеру суттєво підвищуються ризики отримання травм, різкого загострення хронічних захворювань серцево-судинної та нервової систем. Безперечним залишається й той факт, що означені фактори є передумовою великої ймовірності раптової зупинки серця. Не знімається ця проблема і в повсякденних умовах, про що красномовно свідчать щорічні звіти (див. табл. 2).

Чітка організація вчасної допомоги цим хворим та постраждалим дозволяє збільшити їхні шанси на життя до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, до здійснення евакуації та госпіталізації до закладу охорони здоров'я, в якому буде надана спеціалізована

медична допомога. Поліпшити шанси на життя означених хворих та зменшити показники їх смертності до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги покликані розміщені в громадських місцях (офісах, школах, театрах, кінотеатрах, торгових центрах, на заправках, спортивних аренах та майданчиках, метро тощо) громадські аптечки, обов'язковою складовою, яких будуть портативні дефібрилятори.

Послідовність дій при наданні домедичної допомоги постраждалим при раптовій зупинці серця не медичними працівниками визначена наказом МОЗ України від 16.06.2014 р. № 398 «Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах» [4].

В найближчій перспективі в людних місцях країни можуть з'явитися дефібрилятори і публічні аптечки з усім необхідним для надання домедичної та першої медичної допомоги. Про це йдеться у проекті наказу МОЗ України «Про затвердження вимог щодо комплектації, зберігання та використання медичних укладок для надання домедичної допомоги», який 19 червня цього року був оприлюднений та винесений на громадське обговорення. В цьому проекті наказу МОЗ України запропоновано впровадження у всіх людних місцях аптек з оновленою комплектацією, а в місцях, де збирається понад 200 людей – додатково автоматичні зовнішні дефібрилятори.

Таким чином, відповідно до нової класифікації, аптечки поділятимуться на три типи:

I рівень (для території, де можлива одночасна присутність не більше тридцяти людей) – вміст цих аптекочок знайомий кожному: бинти, лейкопластирі, медичні рукавички, термоковдра та плівка-клапан для проведення штучної вентиляції легень.

II рівень (не більше 200 людей – торговельно-розважальні заклади, заклади освіти, будівельні майданчики, автозаправочні станції тощо) – додатково додається механічний засіб для зупинки кровотечі, тонометр та атравматичні ножиці.

III рівень (не більше тисячі людей) – аптечки цього типу, крім вищезазначеного, будуть укомплектовані лікарськими засобами та автоматичним зовнішнім дефібрилятором.

Якщо у одному місці можуть збиратись одночасно понад тисячу людей (наприклад на Національному спортивному комплексі «Олімпійський»), буде розміщено декілька наборів із дефібриляторами [8].

Загалом експерти позитивно оцінюють ініціативу МОЗ України. На їхню думку такі аптечки дійсно можуть допомогти більшій кількості людей дочекатися приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги живими. Водночас, фахівці однотайно схвалюють, різні склади публічних аптек, в залежності від ймовірності тієї чи іншої медичної події в малому або великому скупченні людей. Також лікарі схвалює відсутність популярних ліків у комплектах.

На думку фахівців, будь-які препарати мусить призначати тільки фахівець, годувати потерпілого таблетками самостійно без точного діагнозу – небезпечно, тому вони недоречні в наборі, звертаючи увагу на те, що що підставам для введення ін'єкцій адреналіну або глюкози мусять навчити на спецкурсах.

За інформацією фахівців, Міністерством охорони здоров'я України буде в найближчій перспективі виданий відповідний наказ, який зобов'яже керівників підприємств його виконати.

Водночас, за рекомендаціями фахівців, доцільно і навіть необхідно врахувати той факт, що у нас в країні мало людей, які знайомі хоча б з азами домедичної та першої медичної допомоги, чи володіють елементарними знаннями інструкції з дефібриляції під час проведення заходів серцево-легеневої реанімації хворим, постраждалим. Вищезазначене засвідчує нагальну необхідність у підвищенні

знань громадян з домедичної та першої медичної допомоги, з паралельним впровадженням в діяльність великих підприємств означених аптек.

В свою чергу, доцільно зауважити, що для впровадження автоматичних портативних дефібриляторів на підприємствах, перш за все необхідно створити належні умови для проходження громадянами відповідних курсів з домедичної підготовки, а до роботи на напівавтоматичних портативних дефібриляторах допускаються тільки медичні працівники після проходження відповідних курсів.

### ВИСНОВКИ

Впровадження автоматичних портативних дефібриляторів та публічних аптек з усім необхідним для надання домедичної та першої медичної допомоги до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги безсумнівно дасть позитивні результати та збереже тисячі життів наших співвітчизників.

Згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ, окрім загального збільшення фінансування системи екстреної медичної допомоги, для поліпшення її роботи необхідно приділити увагу системі навчання і підвищення кваліфікації працівників екстреної медицини, зокрема, створити навчально-тренувальні центри в усіх регіонах країни, акцентуючи на практичному характері навчання, зокрема з використанням спеціальних манекенів і обладнання.

Особливу увагу при цьому доцільно зосередити на домедичній підготовці громадян, які не мають медичної освіти, але від них у першу чергу залежить успіх своєчасних реанімаційних заходів в разі зупинці серця, а це свою чергу забезпечить вирішення надзвичайно важливого життєвого питання державної ваги.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Конституція України (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, № 30, сторінка 141) із змінами і доповненнями. {Офіційне тлумачення положення частини третьої статті 49 див. в Рішенні Конституційного Суду № 10-рп/2002 від 29.05.2002}.
2. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», 19.11.1992 р. № 2801-XII (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, сторінка 19) із змінами та доповненнями.
3. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 р. № 5081-VI (Відомості Верховної Ради, 2013, № 30, ст. 340).
4. Наказ МОЗ України від 16.06.2014 р. № 398 «Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах». Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 07.07. 2014 р. за № 750/25527. Із змінами і доповненнями, внесеними наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08.10. 2018 р. № 1833.
5. Наказ МОЗ України від 15.01.2014 р. № 34 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги».
6. Наказ МОЗ України від 06.02.2014 р. № 101 «Примірний табель (перелік) оснащення структурних підрозділів системи екстреної медичної допомоги».
7. Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 р. № 1119 «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події».
8. <https://www.umj.com.ua/article/158658/moz-ukrayini-proponuye-vstanoviti-defibrilyatori-u-mistsyah-masovogo-perebuvannya-lyudej>.
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.06.2019 р. № 1269 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги».
10. Наказ МОЗ України від 31.08.2004 р. № 437 «Про затвердження клінічних Протоколів надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на шпитальному та дошпитальному етапах».



## REFERENCES

1. The Constitution of Ukraine (information of the Verkhovna Rada of Ukraine, 1996, № 30, page 141) as amended and supplemented.
2. Law of Ukraine "Fundamentals of the legislation of Ukraine on health care", 19.11.1992, № 2801-XII (information of the Verkhovna Rada of Ukraine, 1993, № 4, page 19) as amended.
3. Law of Ukraine «On emergency medical care» from 05.07.2012 № 5081-VI (information of the Verkhovna Rada, 2013, № 30, article 340).
4. Order of Ministry of health of Ukraine from 16.06.2014 № 398 «On approval of the order of providing pre-medical assistance to persons in emergency States». Registered with the Ministry of Justice of Ukraine 07.07.2014 for № 750/25527. As amended by the Order of the Ministry of Health of Ukraine of 08.10.2018, № 1833.
5. Order of the Ministry of Health of Ukraine from 15.01.2014 № 34 "On approval and implementation of medical and technological documents for the standardization of Emergency medical care".
6. Order of the Ministry of Health of Ukraine of 06.02.2014, № 101 "The Primitive Timesheet (list) of the equipment of the structural subdivisions of the emergency medical care system".
7. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated 21.11.2012 № 1119 «On the standard of arrival of brigades emergency (ambulance) medical aid to the scene».
8. <https://www.umj.com.ua/article/158658/moz-ukrayini-proponuye-vstanoviti-defibrilyatori-u-mistsyah-masovogo-perebuvannya-lyudej>.
9. Order of Ministry of health Ukraine from 05.06.2019 № 1269 "About a statement and introduction of медико-технологічних documents from standardization of urgent medicare".
10. Order of Ministry of health of Ukraine from 31.08.2004 № 437 "About claim of clinical Protocols of grant of medicare at the urgent states for children on hospital and дошпитальному stages".

*Дата надходження рукопису до редакції: 27.09.2019 р.*

### ***Defibrillators are a component of the success of cardiopulmonary resuscitation***

*V.P. Pechiborshch* Head of the scientific department  
*V.M. Yakymets* SSI «Center for Innovative Medical Technologies of the National Academy of Sciences of Ukraine», Kyiv, Ukraine

*V.V. Chernyavskiy* SU "Zaporizhzhya State Medical University", Zaporizhzhya, Ukraine

*V.V. Voronenko* SE «Scientific and Practical Medical Center of Pediatric Cardiology and Cardiac Surgery of the Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

The article found its reflection of the vital issue of introducing defibrillators and public first-aid kits with everything necessary for the provision of pre-medical and first aid to the warrival of the emergency (ambulance) medical Aid Brigade.

Identified problematic issues regarding their implementation and the ways of their solution. The indicators of the arrival of the Emergency brigades (ambulance) medical aid to the place of the event (call) are analyzed according to the materials of the generalized reports of the centres of emergency medical care and disaster medicine by Form No 22 for 2017–2018 years.

Particular attention is paid to of the analysis of the provision of medical equipment, defibrillators and respiratory equipment and results of emergency (ambulance) medical care teams of cardio-pulmonary resuscitation at the pre-hospital stage of EMS in 2017–2018 years.

The level of knowledge of the citizens about pre-medical training and ways of their improvement are determined.

**KEY WORDS:** Introducing defibrillators, cardiopulmonary resuscitation.

### ***ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ***

***Печиборщ В.П.*** – доктор медичних наук, доцент, завідувач наукового відділу ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України».

***Якимець В.М.*** – доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України, заступник директора ДУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України».

***Чернявський В.В.*** – асистент Запорізького державного медичного університету, 69000, м. Запоріжжя, проспект Маяковського, Україна.

***Вороненко В.В.*** – доктор медичних наук, професор, заслужений працівник охорони здоров'я, заступник директора ДП «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України».

## **Вплив аквааеробіки на стан дихальної системи у дітей молодшого шкільного віку, хворих на хронічний бронхіт в стадії ремісії**

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

**Мета** – оцінити вплив аквааеробіки на функціональний стан системи дихання та толерантності до фізичних навантажень, у дітей молодшого шкільного віку, хворих на хронічний бронхіт в стадії ремісії.

**Матеріали та методи.** У ході аналізу історій хвороб нами були використані дані дітей ( $n=109$ ), що були скеровані та поступали на санаторно-курортне лікування до санаторію «Малютко» (м. Ужгород), з діагнозом «хронічний бронхіт». Застосування спірографічного методу дослідження дозволило отримати дані про об'ємні показники, що відображають функціональні можливості системи дихання.

**Результати.** Значення показника ЖЄЛ після проходження занять зросло на 12,41% до  $90,35 \pm 1,67\%$ . Це вказує на ефективність аквааеробіки у дітей молодшого шкільного віку з хронічним бронхітом, наявність у цих дітей резервів функції зовнішнього дихання, котрі можуть бути активовані засобами фізичної реабілітації. Тож треба зазначити, що використання фізичних вправ у воді, та їх застосування призводить до збільшення показника ЖЄЛ у дітей.

**Висновки.** Отримані результати аналізу динаміки досліджуваних показників підтверджують, що у дітей з хронічним бронхітом в стадії ремісії, корті займалися аквааеробікою відбулись позитивні зміни основних об'ємних показників спірографії.

**Ключові слова:** дихальна система, хронічний бронхіт, діти молодшого шкільного віку.

### **ВСТУП**

Одним із пріоритетних напрямків охорони дитинства є зниження частоти захворюваності та сприяння розвитку дитини. За результатами останніх статистичних досліджень структури захворюваності дітей, перше місце займають хвороби дихальної системи [1], а також виявлено тенденцію до зростання показників захворюваності та поширеності хвороб органів дихання [22]. Неспецифічні запалення дихальних шляхів з частими повторними епізодами їх виникнення розповсюджені серед дітей і практично не превентуються, а самі епізоди захворювань погано лікуються, що і зумовлює актуальність проблеми [3]. Патологічні процеси, що пов'язані зі захворюваннями органів дихання, наростають з року в рік.

Патогенез хронічного бронхіту складний. На відміну від ХБ дорослих, де у виникненні і розвитку захворювання суттєву роль грають летучі поллютанти та неіндиферентний пил, у дітей основне значення надається інфекційним факторам [4, 5]. Розвиток хронічного запалення в бронхах, як правило, пов'язують з перенесеними в ранньому віці гострими респіраторними захворюваннями [6, 7].

Ранній і точний діагноз лежить в основі забезпечення раціональним і оптимальним відновним лікуванням і зведення нанівець ризиків прогресування та трансформації захворювання у більш складні, тому діти з захворюваннями дихальної системи потребують пристальної уваги.

Фізична реабілітація дітей з хронічними бронхітами може суттєво поліпшити їх якість життя, знизити ризик прогресування і хронізації захворювання. Підвищувати ефективність відновного і оздоровчого впливів необхідно за рахунок комплексного, оптимального використання як традиційних, так і зовсім нових засобів і методів фізичної культури.

**Мета роботи** – оцінити вплив аквааеробіки на функціональний стан системи дихання та толерантності до фізичних навантажень, у дітей молодшого шкільного віку, хворих на хронічний бронхіт в стадії ремісії.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

У ході аналізу історій хвороб нами були використані дані дітей ( $n=109$ ), що були скеровані та поступали на санаторно-курортне лікування до санаторію «Малютко» (м. Ужгород), з діагнозом «хронічний бронхіт».

Застосування спірографічного методу дослідження дозволило отримати дані про об'ємні показники, що відображають функціональні можливості системи дихання.

### **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Заняття з аквааеробіки базувалися і враховували те, що у дитячому віці, як і впродовж усього життя людини, для повноцінного оздоровлення необхідне задоволення об'ємів фізіологічної норми рухової активності, як необхідної умови нормального розвитку та функціонування організму.

**Аквааеробіка** – це комплекс сучасних оздоровчих систем, що базуються на виконанні вправ вибіркової спрямованості аеробного характеру у водному середовищі.

Горизонтальне положення тіла у воді під час плавання, рівномірний тиск води на шкіру, її масажна дія підсилюють обмін речовин, активізують життєві функції організму, збільшують частоту серцевих скорочень і покращують легеневу вентиляцію. Занурення людини у воду викликає переміщення крові з периферії, збільшує кровотік в органах грудної порожнини. Перебування у воді створює опір рухам грудної клітини, кінцівкам і збільшує опір потоку повітря. За рахунок підвищення внутрішньочеревного тиску

знижується об'єм легенів, посилюється робота апарату зовнішнього дихання. Для виконання фізичних вправ у воді, тобто в умовах в'язкого середовища, дитині потрібно значно більше зусиль, ніж на суші.

При виконанні вправ звертається увага на те, що дихання через ніс вважається правильним і викликає відносно сильний спротив на вдиху, що необхідно для постійного збудження і напруження дихальних м'язів грудної клітки і діафрагми і підтримання постійного об'єму грудної клітки.

Аквааеробіка проводилася у басейні з температурою води не нижче 28°C. Стандартна методика аквааеробіки включала більшість класичних вправ, зокрема «поплавок», «медуза», вправи на ковзання, різні види ходьби, елементи плавання стилем «кріль» та «брас», ігри.

Заняття з аквааеробіки складалося з вступної, основної та заключної частин. Вступна частина була спрямована на підготовку організму (суглоби, м'язи, систему кровообігу і нейром'язову систему) до фізичних навантажень основної частини, тому вона включала вправи, які викликають бажані реакції органів, та проводилася на суші. Всі вправи вступної частини заняття починалися з невеликої амплітуди руху з поступовим її збільшенням. Основу складали вправи для підготовки окремих суглобів, які будуть виконувати більшу частину роботи в основній частині. Оскільки в воді зменшується навантаження на нижні кінцівки роль ніг до певної міри знижена. Опір води потребує значного використання

гребкових рухів верхніми кінцівками для пересування і збереження рівноваги. Тому перевага віддавалася розминці верхніх кінцівок. Розминка планувалася після складання плану вправ основної частини заняття.

Перші заняття з аквааеробіки щадного рухового режиму були спрямовані на адаптацію дітей до водного середовища та до виконання фізичних вправ у ньому, ознайомлення з фізичними властивостями води.

Заняття з аквааеробіки на щадно-тренуючому проводилося з дещо збільшеною тривалістю порівняно з щадним руховим режимом, а також змінювалися вправи вступної та основної частин, а саме застосовувалися більш складні координаційно і інтенсивні вправи, вправи для формування правильної постави. Тривалість процедури доводилася до 45 хв., через день.

Спирографічне дослідження обмежувалося одним тестом для діагностики типу і ступеня вентиляційних порушень: проведенням тесту життєвої ємності легень (ЖЄЛ).

Дані, що представлені у таблиці, відображають стан системи дихання дітей з ХБ до та після занять з аквааеробіки. Достовірні відмінності між показниками до та після занять встановлені за ЖЄЛ ( $p < 0,01$ ),  $\epsilon_{\text{вд}}$  ( $p < 0,01$ ) і  $\text{PO}_{\text{вид}}$  ( $p < 0,01$ ).

Заняття з аквааеробіки позитивно вплинули на функцію зовнішнього дихання, що підтверджується достовірним збільшенням життєвої ємності легень, і відповідно її складових, у всіх показниках ( $p < 0,001$ ).

Таблиця  
**Середньостатистичні показники тесту життєвої ємності легень дітей з хронічним бронхітом**

Показники тесту життєвої ємності легень	До		Після		p
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	
ЖЄЛ, % від належного	77,94	1,80	90,35	1,67	<0,01
$\epsilon_{\text{вд}}$ , % від належного	84,71	3,43	96,43	2,29	<0,01
$\text{PO}_{\text{вид}}$ , % від належного	67,38	2,31	71,75	3,67	<0,01
ДО, л	0,29	0,04	0,31	1,04	>0,05
ЧД, $\text{вд} \cdot \text{хв}^{-1}$	15,35	0,98	14,86	0,79	>0,05
ХВЛ, $\text{л} \cdot \text{хв}^{-1}$	4,52	0,69	4,79	0,79	>0,05
$T_{\text{вд}}$ , с	1,45	0,13	1,41	0,11	>0,05
$T_{\text{вид}}$ , с	2,48	0,24	2,60	0,24	>0,05
$\text{ДО}/T_{\text{вд}}$ , $\text{л} \cdot \text{с}^{-1}$	0,20	0,03	0,22	0,03	>0,05
$T_{\text{вд}}/(T_{\text{вд}}+T_{\text{вид}})$ , ум. од.	37,13	3,28	36,64	3,24	>0,05

Значення показника ЖЄЛ після проходження занять зросло на 12,41% до  $90,35 \pm 1,67\%$ . Це вказує на ефективність аквааеробіки у дітей молодшого шкільного віку з хронічним бронхітом, наявність у цих дітей резервів функції зовнішнього дихання, котрі можуть бути активовані засобами фізичної реабілітації. Тож треба зазначити, що використання фізичних вправ у воді, та їх застосування призводять до збільшення показника ЖЄЛ у дітей.

Аналогічний аналіз був проведений і зі значеннями показників  $\epsilon_{\text{вд}}$  та  $\text{PO}_{\text{вид}}$ . Ємність вдиху достовірно відрізнялася при порівнянні до та після проведення занять з аквааеробіки. Показник  $\epsilon_{\text{вд}}$  зріс після проходження курсу на 11,60% до  $96,43 \pm 2,29\%$ . З цього випливає, що приріст  $\epsilon_{\text{вд}}$  був вищим після закінчення занять, що у свою чергу

свідчить про гарну оборотність зниження і про наявність суттєвих резервів.

Виявлена наступна динаміка показника  $\text{PO}_{\text{вид}}$ . До занять показник  $\text{PO}_{\text{вид}}$  склав  $67,38 \pm 2,31\%$ . Таким чином заняття з аквааеробіки позитивно вплинули на збільшення резервного об'єму видиху у дітей молодшого шкільного віку, хворих на рецидивуючий бронхіт.

Аналіз змін ДО та ЧД встановив, що дихальний об'єм не змінився порівняно з початковими значеннями у дітей ( $p > 0,05$ ), а частота дихання достовірно зменшилася після занять з аквааеробіки ( $p < 0,01$ ).

Приведена динаміка дихального об'єму та частоти дихання вплинула на достовірні зміни хвилинної вентиляції легень у дітей молодшого шкільного віку ( $p < 0,01$ ).

Відзначено статистичне зменшення ХВЛ у дітей після занять з аквааеробіки з  $5,72 \pm 0,85$  л·хв<sup>-1</sup> до  $4,59 \pm 0,70$  л·хв<sup>-1</sup>.

Показник  $T_{вд}$  достовірно не змінився, проте значення показника  $T_{вид}$ , зросло порівняно з початковими у дітей, хворих на хронічний бронхіт ( $p < 0,01$ ). Тривалість вдишу залишилася достовірно коротшою за тривалість фази видиху ( $p < 0,001$ ). Відношення тривалості вдишу до часу повного дихального циклу ( $T_{вд}/(T_{вд}+T_{вид})$ ) не відрізнялося у дітей після проходження занять з аквааеробіки, але було достовірно меншим порівняно зі значеннями на момент до проходження занять і склало у загальній вибірці дітей  $36,39 \pm 3,31$  ум. од., що відобразило фізіологічність відношення тривалості фаз вдишу і видиху.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Христова Т. Є. Сучасні підходи до фізичної реабілітації дітей, які часто хворіють на гострі респіраторні захворювання / Т. Є. Христова // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2012. – № 5. – С. 119–123.
2. Антипкін Ю. Г. и др. Динаміка захворюваності та поширеності бронхолегеневої патології у дітей // Современная педиатрия. – 2016. – № 2. – С. 73-77.
3. Состояние антиоксидантного статуса и некоторых звеньев иммунитета у детей с рецидивирующим бронхитом и бронхиальной астмой при применении полиоксидония / Ю. В. Шувалова, Н. Г. Герасимова, Т. Б. Ахвердиева и др. / Фундаментальные исследования. – 2014. – № 7-2. – С. 393-397.
4. Дудченко Л.Ш. Имунореабилитация детей, больных рецидивирующим бронхитом, на этапе санаторно-курортного лечения / Л.Ш. Дудченко, Н.Н. Каладзе // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2004. – №1. – С. 6–12.
5. Ершова И.Б. Новые возможности профилактики и терапии респираторных заболеваний у детей. / И.Б. Ершова, Т.Ф. Осипова, Л.М. Осычнюк // Укр. медичний альманах. – 2012. – № 3. – С. 80–81.
6. Агзамова Ш. А. Характеристика нарушений вентиляции легких у детей с острыми и рецидивирующими бронхитами / Ш. А. Агзамова / Материалы X Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии»: 6–9 февраля 2006 г. – Москва. – С. 11-12.
7. Применение физических упражнений в воде на санаторном этапе реабилитации детей с бронхолегочной патологией / И. Е. Никитина, Е. И. Бычкова, А. Н. Шкробко, В. А. Маргазин / Материалы II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Лечебная физическая культура: достижения и перспективы развития» (27-28 мая 2013 г.). – М.: ФГБОУ ВПО «РГУФКСМиТ», 2013. – С. 185-187.

### REFERENCES

1. Khrystova T. Ye. Suchasni pidkhody do fizychnoi reabilitatsii ditei, yaki chasto khvoriut na hostri respiratorni zakhvoriuvannia / T. Ye. Khrystova // Pedagogika, psykholohiia ta medyko-biologichni problemy fizychnoho vykhovannia i sportu. – 2012. – № 5. – S. 119–123.
2. Antypkin Yu. H. y dr. Dynamika zakhvoriuvanosti ta poshyrenosti bronkholehenevoi patolohii u ditei //Sovremennaia pedyatryia. – 2016. – № 2. – S. 73-77.
3. Sostoianye antyoksydantnoho statusa y nekotorykh zvenev ymmunyeta u detei s retsydyvyruishchym bronkhytom y bronkhyalnoi astmoi pry prymenenyy polyoksydonyia / Yu. V. Shuvalova, N. H. Herasymova, T. B. Akhverdyeva y dr. / Fundamentalnye yssledovaniya. – 2014. – № 7-2. – S. 393-397.
4. Dudchenko L.Sh. Ymunoreabylytatsyia detei, bolnykh retsydyvyruishchym bronkhytom, na etape sanatorno-kurortnoho lechenyia / L.Sh. Dudchenko, N.N. Kaladze // Vestnyk fyzyoterapyu y kurortolohyy. – 2004. – №1. – S. 6–12.
5. Ershova Y.B. Novye vozmozhnasty profylaktyky y terapyu respyratornykh zabolevanyi u detei / Y.B. Ershova, T.F. Osypova, L.M. Osychniuk // Ukr. medychnyi almanakh. – 2012. – №3. – S. 80–81.
6. Ahzamova Sh. A. Kharakterystyka narushenyi ventyliatsyy lehkykh u detei s ostrymy y retsydyvyruishchymy bronkhytamy / Sh. A. Ahzamova / Materyaly X Konhressa pedyatrov Rossyy «Aktualnye problemy pedyatryu»: 6–9 fevralia 2006 h. Moskva. – S. 11-12.
7. Prymenenye fizycheskykh uprazhnenyi v vode na sanatornom etape reabylytatsyy detei s bronkholehchoi patolohyey / Y. E. Nykytyna, E. Y. Vyshkova, A. N. Shkrebko, V. A. Marhazyn / Materyali II Vserossyiskoi nauchno-praktycheskoi konferentsyy s mezhdunarodnym uchastyem «Lechebnaia fizycheskaia kultura: dostyzheniya y perspektyvy razvytyia» (27-28 maia 2013 h.). – M.: FHBOU VPO «RHUFKSMыT», 2013. 185-187.

*Дата надходження рукопису до редакції: 10.09.2019 р.*

### ВИСНОВКИ

Отримані результати аналізу динаміки досліджуваних показників підтверджують, що у дітей з хронічним бронхітом в стадії ремісії, корті займалися аквааеробікою відбулись позитивні зміни основних об'ємних показників спірографії.

### ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Провести спірографічне дослідження для визначення ступеня вентиляційних порушень: проведення тесту форсованої життєвої ємності легень, що включав би дихальні маневри максимального форсованого видиху і вдишу.

**Влияние аквааэробикой на состояние дыхательной системы у детей младшего школьного возраста, больных хроническим бронхитом в стадии ремиссии**

*М.В. Сабодш, Ю.В. Дуткевич-Иванская, Л.П. Русин*

**Цель** – оценить влияние аквааэробики на функциональное состояние системы дыхания и толерантности к физическим нагрузкам, у детей младшего школьного возраста, больных хроническим бронхитом в стадии ремиссии.

**Материалы и методы.** В ходе анализа историй болезней нами были использованы данные детей (n=109), которые были направлены и поступали на санаторно-курортное лечение в санаторий «Малютка» (г. Ужгород), с диагнозом «хронический бронхит».

Применение спирографического метода исследования позволило получить данные о объемные показатели, отражающие функциональные возможности системы дыхания.

**Результаты.** Спирографическое исследования ограничивалось одним тестом для диагностики типа и степени вентиляционных нарушений: проведением теста жизненной емкости легких (ЖЕЛ). Данные, представленные в статье, отражают состояние системы дыхания детей с ХБ до и после занятий по аквааэробике.

Достоверные различия между показателями до и после занятий установлены по ЖЕЛ ( $p<0,01$ ),  $E_{вд}$  ( $p<0,01$ ) и  $RO_{вд}$  ( $p<0,01$ ). Занятия по аквааэробике положительно повлияли на функцию внешнего дыхания, что подтверждается достоверным увеличением жизненной емкости легких, и соответственно ее составляющих, во всех показателях ( $p<0,001$ ).

**Выводы.** Полученные результаты анализа динамики исследуемых показателей подтверждают, что у детей с хроническим бронхитом в стадии ремиссии, короте занимались аквааэробикой состоялись положительные изменения основных объемных показателей спирографии.  
**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** дыхательная система, хронический бронхит, дети младшего школьного возраста.

***The effect of aqua aerobics on the respiratory system of primary school age children with bronchitis in remission***

*M.V. Sabadosh, Y.V. Dutkevych-Ivanska, L.P. Rusyn*  
State University "Uzhhorod National University"

**Aim of the study:** to evaluate the effect of aqua aerobics on the functional state of the respiratory system and

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Сабодш Мар'яна Володимирівна** – к. н. з фіз. вих. і спорту, викладач кафедри фізичної реабілітації факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Дуткевич-Іванська Юлія Василівна** – старший викладач кафедри основ медицини факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Русин Людмила Петрівна** – к.мед.н., доцент кафедри основ медицини факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

exercise tolerance, in young schoolchildren with chronic bronchitis in remission.

**Materials and methods.** In the course of the analysis of medical histories we used data from children (n = 109), who were sent and received for sanatorium-resort treatment to the sanatorium "Malatko" (Uzhhorod), diagnosed with "chronic bronchitis".

The use of a spiographic method of study allowed us to obtain data on volumetric indicators that reflect the functionality of the respiratory system.

**Results.** The spiographic study was limited to one test to diagnose the type and extent of ventilatory disorders: conducting a lung capacity test (VCL).

Data presented reflect the state of the respiratory system of children with HB before and after aqua aerobics classes. Significant differences between the indicators before and after the classes were established for VCL ( $p<0.01$ ), Eud ( $p<0.01$ ) and ROV ( $p<0.01$ ).

Aqua aerobics classes positively influenced the function of external respiration, which is confirmed by a significant increase in the vital capacity of the lungs, and accordingly its components, in all indicators.

The value of VCL after the session increased by 12.41% to  $90.35\pm 1.67\%$ . This indicates the effectiveness of aqua aerobics in young schoolchildren with chronic bronchitis, the presence in these children of reserves of the function of external respiration, which can be activated by means of physical rehabilitation. Therefore, it should be noted that the use of exercise in water, and their use leads to an increase in the rate of VLDL in children.

A similar analysis was conducted with the values of Eud and ROV indicators. The breath capacity was significantly different when compared to and after aqua aerobics classes. The EWD indicator increased after the course by 11.60% to  $96.43\pm 2.29\%$ . It follows that the increase in Eud was higher after graduation, which in turn indicates a good reversal of the decline and the presence of significant reserves.

The following dynamics of the ROI index were detected. Prior to the classes, the ROAD index was  $67.38\pm 2.31\%$ . In this way, aqua aerobics classes have had a positive effect on increasing the exhalation reserve in young schoolchildren with recurrent bronchitis.

**Conclusions.** The results of the analysis of the dynamics of the investigated parameters confirm that in children with chronic bronchitis in remission, the courts engaged in aqua aerobics, there were positive changes in the main volume indices of spiography.

**KEY WORDS:** respiratory system, chronic bronchitis, children of primary school age.

## Динаміка контингентів ветеранів війни в Україні

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

*Питання контингентів ветеранів війни, інвалідів війни та учасників бойових дій є дуже важливим, адже на нинішній час на території України відбуваються антитерористична операція і чимало наших земляків, молодих громадян захищають нашу територію. Учасники військових операцій повертаються додому з величезним багажем психологічних переживань, зміною стилю поведінки, іншим ставленням до тих процесів, що зараз відбуваються в державі. Це вносить значні зміни у світогляд і звички людини, які можуть проявлятися у підвищеній агресивності, нездатності акліматизуватись у мирному житті.*

**Ключові слова:** динамічні ряди, ветерани війни, ветерани бойових дій, ветерани війни, учасники АТО.

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Наукова робота є фрагментом НДР «Медико-соціальне обґрунтування оптимізації підходів до управління та організації різних видів медичної допомоги дорослому та дитячому населенню в період реформування галузі охорони здоров'я» (№ держреєстрації 0115U002852) Української медичної стоматологічної академії.

### ВСТУП

Головним завданням нашої держави щодо ветеранів в Україні є створення належних умов для їх життєдіяльності, забезпечення їх належними умовами проживання, пересування (мається на увазі ветеранів, які отримали інвалідність під час бойових дій), умов праці при можливості та болючого питання на сьогодні, яке стосується як ветеранів Великої Вітчизняної війни так і ветеранів антитерористичної операції, яка, на превеликий жаль триває і до нині, це питання виплат. формування в суспільстві шанобливого ставлення до них. Соціальний, правовий та медичний захист ветеранів гарантується положеннями Конституції України, законами України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, зокрема: законами України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», «Про увічнення Перемоги у Великій Вітчизняній війні 1941–1945 років», «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні», «Про статус ветеранів військової служби та їх соціальний захист», іншими законодавчими актами. Які в першу чергу спрямовані на допомогу, соціальний захист, покращення їх сьогоднішнього, шанування людей, які захищали, захищають та зберігають кордони нашої держави.

**Мета** – вивчити динаміку показників контингентів ветеранів: кількості ветеранів, інвалідів війни, учасників бойових дій.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами були вивчені такі показники як кількість ветеранів, інвалідів війни, учасників бойових дій. Аналіз здійснювали за даними які надходять до Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни. Госпіталь в с. Циблі є головною установою в загальній

структурі медичних закладів з організації медичної допомоги ветеранам та здійснює організаційно-методичне керівництво обласними госпітальми ветеранів війни, один з найвідоміших медичних закладів в Україні, сучасна лікарня на 600 ліжок, яка щорічно приймає понад 9 тисяч ветеранів війни з усіх регіонів України. Діяльність Центру перебуває під патронатом Президента України. Аналіз проводили за допомогою динамічних рядів. Для визначення динаміки того чи іншого показника визначали темп приросту. Використовувалися методи абсолютних і відносних величин, динамічні ряди використовувалися для визначення абсолютного приросту або зменшення і темпу приросту або зменшення до базового року серед населення України.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Антитерористична операція на Сході, яка почалася у 2014 році поклатала початок демобілізації. Кількість ветеранів збільшилась. В цілому в Україні їхня кількість порівняно з 2016 року збільшилася на 27,4% (табл. 1) [1].

В цілому в більшості областей України спостерігається зменшення кількості ветеранів, це такі регіони, як Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Донецька, Житомирська, Івано-Франківська, Київська, Львівська, Миколаївська, Полтавська, Рівненська, Тернопільська, Харківська, Хмельницька, Чернівецька, Чернігівська, м. Київ. В той же час, як в окремих областях це число зростає: Закарпатська темп приросту 124,9%, Запорізька – 30,1%, Кіровоградська – 33,9%, Одеська – 3,9%, Сумська – 2,6%, Херсонська – 35,2%, і лідирує в цьому переліку Черкаська область – 1448,6% [3].

Відповідно до Закону України «Про статус ветеранів військової служби, ветеранів органів внутрішніх справ, ветеранів Національної поліції і деяких інших осіб та їх соціальний захист» від 31.08.2018.

Таблиця 1  
*Динаміка кількості ветеранів війни в Україні*

Області України	Всього ветеранів війни			
	2016	2017	2018	Темп приросту
Вінницька	57109	42800	39985	-29,9
Волинська	35957	16695	16811	-53,2
Дніпропетровська	91996	66912	63421	-31,0
Донецька	40436	34545	30971	-23,4
Житомирська	43345	44734	41349	-4,6
Закарпатська	9197	21963	20688	124,9
Запорізька	56558	78030	73628	30,1
Івано-Франківська	34864	28877	27291	-21,7
Київська	56020	50593	48318	-13,7
Кіровоградська	31659	45032	42400	33,9
Львівська	88287	42701	40142	-54,5
Миколаївська	31628	34338	30938	-2,1
Одеська	50531	54979	52538	3,9
Полтавська	53300	54213	47734	-10,4
Рівненська	33094	27093	24886	-24,8
Сумська	41304	45562	42401	2,6
Тернопільська	44285	27395	24926	-43,7
Харківська	66816	43274	40530	-39,3
Херсонська	27096	39870	36659	35,2
Хмельницька	51730	49971	46567	-9,9
Черкаська	37956	669600	587818	1448,6
Чернівецька	23743	6503	6153	-74,0
Чернігівська	49267	15623	15821	-67,8
м. Київ	60697	22162	21405	-64,7
<b>Україна</b>	<b>1116875</b>	<b>389066</b>	<b>1423380</b>	<b>27,44</b>

Ветеранами військової служби, ветеранами органів внутрішніх справ, ветеранами Національної поліції, ветеранами податкової міліції, ветеранами державної пожежної охорони, ветеранами Державної кримінально-виконавчої служби України, ветеранами служби цивільного захисту, ветеранами Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України визнаються громадяни України [9]:

1) які бездоганно прослужили на військовій службі, в органах внутрішніх справ, Національній поліції, податковій міліції, державній пожежній охороні [2], Державній кримінально-виконавчій службі України, органах і підрозділах цивільного захисту, Державній службі спеціального зв'язку та захисту інформації України 25 і більше років у календарному або 30 та більше років у пільговому обчисленні (з яких не менше 20 років становить вислуга у календарному обчисленні) і звільнені в запас або у відставку відповідно до законодавства України або колишнього Союзу РСР чи держав СНД;

2) особи з інвалідністю I та II групи, інвалідність яких настала внаслідок поранення, контузії, каліцтва або захворювання, пов'язаних з виконанням обов'язків військової служби, служби у військовому резерві під час

безпосередньої участі в антитерористичній операції [5], у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, перебуваючи безпосередньо в районах та у період здійснення зазначених заходів, чи при виконанні службових обов'язків по охороні громадського порядку, боротьбі із злочинністю та ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій;

3) особи з інвалідністю I та II групи, інвалідність яких настала внаслідок захворювання, одержаного в період проходження військової служби і служби в органах внутрішніх справ, Національній поліції, податковій міліції, державній пожежній охороні, Державній кримінально-виконавчій службі України, органах і підрозділах цивільного захисту, Державній службі спеціального зв'язку та захисту інформації України, і які мають вислугу військової служби і служби в органах внутрішніх справ, Національній поліції, державній пожежній охороні, Державній кримінально-виконавчій службі України, органах і підрозділах цивільного захисту, Державній службі спеціального зв'язку та захисту інформації України 20 років і більше [4].

Отже, як зазначено в Законі, Ветеран військової служби – це сукупність ознак, які засвідчують проходження служби у різних видах військових підрозділів, а не тільки учасників АТО. Але в Україні бойові дії ведуться лише на її Сході, то ж можна припустити, що таке збільшення кількості ветеранів в деяких областях якраз і йде за рахунок членів антитерористичної операції.

Дане припущення підтверджується тим, що з числа ветеранів (в тому числі): інвалідів війни – 75440 – 7,8%, учасників бойових дій – 320595 – 33,1%, учасників війни – 460310 – 47,6%, осіб, які прирівняні по пільгах – 111503 – 11,5%. За 2018 рік кількість ветеранів війни в Україні зменшилася на 75185 осіб. Слід відмітити, що, починаючи з 2015 року, склад ветеранів війни поповнюється за рахунок учасників АТО, які отримали статус учасника бойових дій або інвалідів війни [7]. Тому дані категорії ветеранів збільшилися, відповідно на 3,5% та 0,2%, але порівняно з 2016 роком кількість інвалідів війни зменшилась на 9,5%. Збільшення цього показника відбулося лише в окремих областях, таких, як Івано-Франківська, темп приросту 12,8%, Київська – 5,1%, Черкаська – 2,3%. Що стосується кількості ветеранів в Черкаській області та інвалідів, визначили, що зв'язок між цими показниками високий, прямий ( $r=0,7$ ,  $p=0,02$ ). Тобто, збільшення кількості інвалідів у Черкаській області відбувається за рахунок ветеранів, які набули цього статусу не так давно, як це видно з таблиці 1, і, очевидно, це учасники АТО [6].

В той час, коли кількість ветеранів військової служби зросла на 27,4% загалом в Україні, кількість інвалідів війни зменшилася на 9,5%, а кількість учасників бойових дій в цілому в країні зросла на 14,3%. В зрості кількості учасників бойових дій тримає першість Івано-Франківська область, де порівняно з 2016 роком відбувся зріст на 86,7%. Найбільший відсоток УБД серед ветеранів у Чернівецькій області – 80,8% [8].

Таблиця 2  
Динаміка кількості інвалідів війни в Україні

Області України	Інваліди війни, абс. (%)			
	2016	2017	2018	Темп приросту
Вінницька	3491 (6,1)	3275 (7,7)	3259 (8,2)	-6,6
Волинська	2278 (6,3)	2232 (13,4)	2268 (13,5)	-0,43
Дніпропетровська	5397 (5,9)	4602 (6,9)	3969 (6,3)	-26,4
Донецька	2953 (7,3)	2526 (7,3)	2378 (7,7)	-19,4
Житомирська	3421 (7,9)	3170 (7,1)	3042 (7,4)	-11,0
Закарпатська	1149 (12,5)	1049 (4,8)	1016 (4,9)	-11,5
Запорізька	2897 (5,1)	2676 (3,4)	2463 (3,3)	-14,8
Івано-Франківська	1488 (4,3)	1643 (5,7)	1679 (6,2)	12,8
Київська	6697 (12,0)	7016 (13,9)	7045 (14,6)	5,1
Кіровоградська	2493 (7,9)	2386 (5,3)	2311 (5,5)	-7,3
Львівська	3786 (4,3)	3781 (8,9)	3684 (9,2)	-2,6
Миколаївська	1662 (5,3)	1450 (4,2)	1343 (4,3)	-19,1
Одеська	4773 (9,4)	4193 (7,6)	4015 (7,6)	-15,8
Полтавська	4705 (8,8)	4557 (8,4)	4401 (9,2)	-6,4
Рівненська	1961 (5,9)	1920 (7,1)	1898 (7,6)	-3,2
Сумська	2810 (6,8)	2579 (5,7)	2382 (5,6)	-15,2
Тернопільська	1324 (3,0)	1306 (4,8)	1294 (5,2)	-2,2
Харківська	7384 (11,1)	6929 (16,0)	6292 (15,5)	-14,7
Херсонська	1543 (5,7)	1475 (3,7)	1348 (3,7)	-12,6
Хмельницька	3424 (6,6)	3148 (6,3)	3071 (6,6)	-10,3
Черкаська	4086 (10,8)	4137 (0,6)	4180 (0,7)	2,3
Чернівецька	1449 (6,1)	1933 (29,7)	1183 (19,2)	-18,3
Чернігівська	5501 (11,2)	5273 (33,8)	5160 (32,6)	-6,1
м. Київ	6745 (11,1)	6246 (28,2)	5759 (26,9)	-14,6
<b>Україна</b>	<b>83417 (7,5)</b>	<b>79502 (20,4)</b>	<b>75440 (5,3)</b>	<b>-9,5</b>

Таблиця 3  
Динаміка кількості учасників бойових дій в Україні

Області України	Учасники бойових дій, абс. (%)			
	2016	2017	2018	Темп приросту
Вінницька	13901 (24,3)	16048 (37,5)	16740 (41,9)	20,4
Волинська	10457 (29,1)	11296 (67,7)	11730 (69,8)	12,1
Дніпропетровська	23743 (25,8)	26690 (39,9)	27522 (43,4)	15,9
Донецька	7148 (17,7)	7230 (20,9)	7306 (23,6)	2,2
Житомирська	11661 (26,9)	1230527,5)	13001 (31,4)	11,4
Закарпатська	4782 (52,0)	6117 (27,9)	6880 (33,3)	43,8
Запорізька	13311 (23,5)	14420 (18,5)	14858 (20,2)	11,6
Івано-Франківська	5179 (14,9)	9291 (32,2)	9671 (35,4)	86,7
Київська	16320 (29,1)	18688 (36,9)	19383 (40,1)	18,7
Кіровоградська	11276 (35,6)	11949 (26,5)	12656 (29,8)	12,2
Львівська	17726 (20,1)	20189 (47,3)	20388 (50,8)	15,0
Миколаївська	9601 (30,1)	10293 (30,0)	10878 (35,2)	13,3
Одеська	17582 (34,8)	18046 (32,8)	18721 (35,6)	6,4
Полтавська	13105 (24,6)	13642 (25,5)	13673 (28,6)	4,3
Рівненська	9609 (29,0)	10708 (39,5)	11060 (44,4)	15,1
Сумська	11382 (27,6)	12082 (26,5)	12680 (29,9)	11,4
Тернопільська	5929 (13,4)	6369 (23,5)	7106 (28,5)	19,8
Харківська	17036 (25,5)	20501 (47,4)	20334 (50,2)	19,3
Херсонська	8427 (31,1)	9061 (22,7)	9876 (26,9)	17,1
Хмельницька	11804 (22,8)	12307 (24,6)	13030 (28,0)	10,3
Черкаська	11021 (29,0)	11496 (1,7)	11825 (2,0)	7,2
Чернівецька	3955 (16,7)	4570 (70,3)	4970 (80,8)	25,6
Чернігівська	9578 (19,4)	10350 (66,2)	10661 (67,4)	11,3
м. Київ	15759 (26,0)	15916 (71,8)	15646 (73,1)	-0,7
<b>Україна</b>	<b>280292 (25,1)</b>	<b>309564 (79,6)</b>	<b>320595 (22,5)</b>	<b>14,3</b>



**ВИСНОВКИ**

1. Кількість ветеранів війни збільшується в цілому в Україні за рахунок: Закарпатської темп приросту 124,9%, Запорізької – 30,1%, Кіровоградської – 33,9%, Одеської – 3,9%, Сумської – 2,6%, Херсонської – 35,2%, та Черкаської областей – 1448,6%. Отримані дані прогнозують про збільшення медичної допомоги цим категоріям населення, а саме таких структур, як госпіталі та стаціонари, і, переважно, палати для чоловіків.

2. Загалом в Україні, кількість інвалідів війни зменшилася на 9,5%. Збільшення цього показника відбулося лише в окремих областях, таких, як Івано-

Франківська, темп приросту 12,8%, Київська 5,1%, Черкаська – 2,3%.

3. Кількість учасників бойових дій в цілому в країні зросла на 14,3%. В зрості кількості учасників бойових дій тримає першість Івано-Франківська область, де порівняно з 2016 роком відбувся зріст на 86,7%. Найбільший відсоток УБД серед ветеранів у Чернівецькій області – 80,8%.

4. Отримані дані дозволяють зробити прогноз щодо необхідності збільшення та розширення мережі медичної допомоги цим категоріям населення, саме таких структур, як госпіталі для військовослужбовців а також закладів з реабілітації інвалідів війни.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Касинець С. С. Медико-соціальні аспекти експертизи учасників бойових дій в Полтавській області / С. С. Касинець, І. А. Голованова, Д. В. Паламарчук, О. О. Дорошенко // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2017. – Т. 17, Вип. 4(2). – С. 160–163.

2. Касинець С. С. Медико-соціальні наслідки антитерористичної операції для Полтавської області та шляхи їх вирішення / С. С. Касинець, І. А. Голованова, В. Л. Філатова // Вісник проблем біології і медицини. – 2017. – Вип. 4, том 2 (140). – 2017. – Т. 17, Вип. 4(2). – С. 184–186.

3. Лесков В.О. Психологічна реабілітація військовослужбовців запасу в системі мінімізації виявів негативних психологічних наслідків локальних воєнних конфліктів // Збірник наукових праць інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. 2006. Т. VIII, № 3. С. 191–197.

4. Основні показники медичного забезпечення ветеранів війни України // Основні показники медичного забезпечення ветеранів війни України» (статистичні матеріали за 2017–2018 рр). Основні показники медичного забезпечення ветеранів війни України (статистичні матеріали за 2016-2017).

5. Паронянц Т.П. Виникнення і прояв післятравматичних стресових розладів у працівників органів внутрішніх справ в умовах виконання миротворчої місії ООН (на прикладі колишньої Югославії): автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.06 / Нац. ун-т внутр. справ України. – Х., 2004. – 18 с.

6. Попелюшко Р.П. Результати дослідження психологічних особливостей комбатантів до та після участі у бойових діях // Innovative solutions in modern science. 2017. Т. 5, № 14. Р. 78–91.

7. Тімченко В.О. Психологічні наслідки перебування рятувальників у зоні проведення антитерористичної операції: дис. канд. психол. наук. Харків, 2017. С. 81-82.

8. Тімченко В.О. Рефлекс ридущення або що заважає ветеранам АТО повернутися до звичайного мирного життя: зб. наук. пр. // Проблеми екстремальної та кризової психології. 2015. № 18. С. 234–243.

9. Швець А.В. та інші Медичні заходи з попередження пресуїцидальних форм поведінки військовослужбовців в умовах воєнного конфлікту та після його завершення: Метод. реком. / Швець А.В., Хорошун Е.М., Коваль О.В., Лук'янчук І.А., Чайковський А.Р. – К., 2016. – 59 с.

**REFERENCES**

1. Kasynech S. S. Medyko-socyalny aspekty ekspertyzy uchasnykyv boyovyh dyi v Poltavskiy oblasti / S. S. Kasynech, I. A. Holovanova, D. V. Palamarchuk, O. O. Doroshenko // Aktualny problemy suchasnoi medycyny. – 2017. – Т. 17, Vypusk 4(2). – С. 160–163.

2. Kasynech S. S. Medyko-socyalny naslydky antyterroristichnoi operacii dlia Poltavskoi oblasti ta shlahy ih virishennia / S. S. Kasynech, I. A. Holovanova, V. L. Filatova // Visnyk problem biologiy i medycyny – 2017 – Vypusk 4, tom 2 (140). – 2017. – Т. 17, Vypusk 4(2). – С. 184–186.

3. Leskov VO. Psykholohichna reabilitatsiya viys'kovosluzhbovtiv zapasu v systemi minimizatsiyi vyaviv nehatyvnykh psykholohichnykh naslidkiv lokal'nykh voyennykh konfliktiv. Zbirnyk naukovykh prats' instytutu psykholohiyi im. H.S. Kostyuka. 2006; 8(3): 191-197 [in Ukrainian].

4. Osnovni pokaznyky medichnogo zabezpechennia veteranyv vyiny Ukrainy // Osnovni pokaznyky medichnogo zabezpechennia veteranyv vyiny Ukrainy (statistichny materyaly za 2017-2018 rr.). Osnovni pokaznyky medichnogo zabezpechennia veteranyv vyiny Ukrainy (statistichny materyaly za 2016-2017 rr).

5. Paronyants TP. Vynyknennya i proyav pisyatravmatychnykh stresovykh rozladiv u pratsivnykiv orhaniv vnutrishnikh sprav v umovakh vykonannya myrotvorchoyi misiyi OON (na prykladi kolyshnoyi Yuhoslaviyi). 2004; 18 s [in Ukrainian].

6. Popelyushko RP. Rezul'taty doslidzhennya psykholohichnykh osoblyvostey kombataniv do ta pislya uchasti u boyovykh diyakh. Innovative solutions in modern science. 2017; 5(14): 78–91 [in Ukrainian].

7. Timchenko VO. Psykholohichni naslidky перебування ryatuvаль'nykiv u zoni provedennya antyterrorystychnoyi operatsiyi: dys. kand. psykhol. nauk. 2017; 81-82 [in Ukrainian].

8. Timchenko VO. Refleks prydushennya abo shcho zavazhaye veteranam ATO povernutysya do zvychnoho myrnoho zhyttya. Problemy ekstremal'noyi ta kryzovoyi psykholohiyi. 2015; 18: 234-243 [in Ukrainian].

9. Shvets AV, Khoroshun EM, Koval OV, Lukyanchuk IA, Chaykovskyy AR. Medychni zakhody z poperedzhennya presuyitsyda'nykh form povedinky viys'kovosluzhbovtiv v umovakh voyennoho konfliktu ta pislya yoho zavershennya: Metod. rekom. 2016; 59 s [in Ukrainian].

*Дата надходження рукопису до редакції: 20.08.2019 р.*

### **Динамика контингента ветеранов войны в Украине**

*А.Д. Гавловский, И.А. Голованова, М.М. Толстяк*  
Украинская медицинская стоматологическая академия,  
г. Полтава

Связь публикации с плановыми научно-исследовательскими работами. Научная работа является фрагментом НИР «Медико-социальное обоснование оптимизации подходов к управлению и организации различных видов медицинской помощи взрослому и детскому населению в период реформирования отрасли здравоохранения» (№ гос. регистрации 0115U002852) Украинской медицинской стоматологической академии.

Вопрос контингентов ветеранов войны, инвалидов войны и участников боевых действий очень важно, ведь по нынешним временам на территории Украины происходят антитеррористическая операция и немало нашим землякам, молодых граждан защищают нашу территорию. Участники военных операций возвращаются домой с огромным багажом психологических переживаний, изменением стиля поведения, другим отношением к тем процессам, которые сейчас происходят в государстве. Это вносит значительные изменения в мировоззрение и привычки человека, которые могут проявляться в повышенной агрессивности, неспособности акклиматизироваться в мирной жизни.

Главной задачей нашего государства в отношении ветеранов в Украине является создание надлежащих условий для их жизнедеятельности, обеспечение их надлежащими условиями проживания, передвижения (имеется в виду ветеранов, получивших инвалидность в ходе боевых действий), условий труда при возможности и болезненного вопроса на сегодня, касающееся как ветеранов Второй мировой войны так и ветеранов антитеррористической операции, которая, к сожалению продолжается и поныне, это вопрос выплат, формирование в обществе уважительного отношения к ним.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** динамические ряды, корреляционно-регрессионный анализ, ветераны войны, ветераны боевых действий, ветераны войны.

### **Dynamics of contingents of war veterans in Ukraine**

*O.D. Gavlovsky, I.A. Golovanova, M.M. Tovstyak*  
Ukrainian Medical Dental Academy, Poltava

Relationship of the publication with planned research works. The scientific work is a fragment of the research and development program "Medical and social substantiation of optimization of approaches to management and organization of various types of medical care for adults and children in the period of healthcare reform" (State registration number 0115U002852) of the Ukrainian Medical Dental Academy.

The issue of contingents of war veterans, war invalids and combatants is very important, because now there is an anti-terrorist operation on the territory of Ukraine and many of our countrymen and young citizens are protecting our territory. Participants in military operations return home with a huge baggage of psychological experiences, a change in style of behavior, a different attitude to those processes that are currently taking place in the country. It introduces significant changes in the outlook and habits of a person, which can be manifested in increased aggressiveness, inability to acclimate in a peaceful life.

The main task of our country regarding veterans in Ukraine is to create the right conditions for their life, to provide them with adequate living conditions, movement (meaning veterans who received disabilities during the fighting), working conditions when possible and a painful issue for today, which concerns as veterans of the World War II and veterans of the anti-terrorist operation, which, unfortunately, continues to this day, a matter of payments, formation in society of a respectful attitude towards them.

**KEY WORDS:** time series, correlation-regression analysis, war veterans, combat veterans, war veterans.

### **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Гавловський Олександр Данилович** – докторант УМСА, канд.мед.н., доцент кафедри внутрішньої медицини №1, Українська стоматологічна академія, 36000, Полтава, вул. Шевченко, 23.

**Голованова Ірина Анатоліївна** – д. мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки ОЗ з лікарсько трудовою експертизою, Українська стоматологічна академія, 36000, Полтава, вул. Шевченко, 23.

**Товстяк Марія Михайлівна** – к.пед.н., викладач кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки ОЗ з лікарсько трудовою експертизою, Українська стоматологічна академія, 36000, Полтава, вул. Шевченко, 23.

## Характеристика показників захворюваності та поширеності хвороб серед населення Закарпатської області

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

В статті наведено аналіз показників захворюваності та поширеності хвороб серед населення Закарпатської області, як гірської зони України. Показано відмінності показників захворюваності населення Закарпатської області та поширеності серед нього хвороб від загальних показників по Україні. Наведено аналіз структури захворюваності населення та поширеності серед нього хвороб.

**Ключові слова:** захворюваність населення, поширеність хвороб, показники, Закарпатська область.

### ВСТУП

Одним із важливих завдань держави є збереження здоров'я населення як основного потенціалу виробничих ресурсів країни [7, 10]. Доведено, що здоров'я населення залежить від соціального та економічного благополуччя, спадковості, важливу ролі відіграє здоровий спосіб життя, адекватне харчування, належні умови життя та побуту, стан навколишнього середовища [1, 4, 5].

За результатами аналізу стану здоров'я населення України дослідники минулих років відмічали стали негативну тенденцію зростання захворюваності та поширеності хвороб, зменшення абсолютної кількості населення за рахунок збільшення смертності, більше того, прогнозувалося подальше зростання негативних змін цих показників, що стає загрозливим для національної безпеки [3, 6, 8, 11].

Вивчення тенденцій захворюваності та поширеності хвороб серед різних вікових груп населення та закономірностей змін вищезазначених показників є важливою складовою планування стратегічних напрямків розвитку галузі охорони здоров'я [2, 12, 13] особливо в умовах реформування галузі охорони здоров'я [9].

**Мета роботи** – дослідити та проаналізувати показники захворюваності дорослого населення Закарпатської області та поширеності серед нього хвороб за період 2010–2017 рр.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалами дослідження служили дані галузевої статистичної звітності за 2010–2017 роки. При проведенні дослідження використано статистичний метод дослідження.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На початку дослідження було вивчено та проаналізовано показники захворюваності населення та поширеності серед нього хвороб в динаміці 2010–2017 років. Результати дослідження наведено в табл. 1.

Проведений аналіз наведених в табл. 1 даних вказує на те, що за період дослідження в області показники захворюваності населення знизилися на 2,56% в той час

як в цілому в Україні вони мали тенденцію до зростання (+0,22%) з рівнем 587,3‰. Показники поширеності хвороб серед всього населення області за період дослідження скоротилися на 2,62% з рівнем 1543,5‰ в той час як в цілому по Україні вони теж мали тенденцію до зростання (+0,94%).

При цьому як показники захворюваності населення області так і показники поширеності хвороб серед населення за весь період дослідження були нижчими за відповідні середні показники по країні.

Таблиця 1

**Динаміка показників захворюваності та поширеності хвороб серед населення Закарпатської області (2010–2017 рр., на 1000 населення)**

	Рік			
	2010	2015	2017	2017 до 2010 (%)
	<i>Захворюваність</i>			
Область	658,2	605,2	587,3	-2,56
Україна	724,0	627,6	629,0	+0,22
	<i>Поширеність хвороб</i>			
Область	1687,8	1585,0	1543,5	-2,62
Україна	1867,9	1710,9	1726,9	+0,94

Далі були вивчені та проаналізовані показники структури захворюваності населення Закарпатської області в 2017 році у зрівнянні з загальнодержавними показниками. Отримані результати наведено в табл. 2.

Проведений аналіз наведених в табл. 2 даних дозволив зробити висновок, що структура показників захворюваності серед дорослого населення в області принципово не відрізняється від показників структури захворюваності по Україні. В той же час більш детальний аналіз вказує на деякі відмінності у величині частки того чи іншого класу хвороб у загальній кількості захворювань.

Як і в цілому по державі, лідируючу позицію займають хвороби органів дихання, частка яких складає 44,2% у 2017 році, при цьому величини є більшими, ніж по Україні в цілому (31,8% у 2017 році).

Другу позицію, як і по державі в цілому, так і на регіональному рівні займають хвороби системи кровообігу (10,3% – в Україні, 8,3% – в області).

Таблиця 2  
Структура показників захворюваності населення України та Закарпатської області, 2017 рік (%)

Класи хвороб	Показник	
	Україна	Закарпатська область
Усі хвороби	100,0	100,0
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	3,5	2,4
Новоутворення	2,0	1,1
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0,4	1,2
Хвороби ендокринної системи, розладу харчування, порушення обміну речовин	1,6	2,6
Хвороби нервової системи	3,0	2,6
Хвороби ока та придаткового апарату	6,3	5,9
Хвороби системи кровообігу	10,3	8,3
Хвороби органів дихання	31,8	44,2
Хвороби органів травлення	4,4	7,1
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	6,3	4,8
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	6,0	4,0
Хвороби сечостатевої системи	9,2	4,4
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	7,8	6,1
Інші	7,4	5,3

Третє місце в Закарпатській області в структурі показників захворюваності посідають хвороби органів травлення (7,1%). Показник по цьому класу хвороб на 73,2% перевищує показник по Україні (4,4%).

Четверте рейтингове місце у структурі показників захворюваності в Закарпатській області посідають травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (6,1%). Загальнодержавний показник знаходиться на вищому рівні (7,8%). Разом з тим по Україні четверте місце в структурі показників захворюваності займають хвороби сечостатевої системи з часткою 9,2%.

При проведенні зрівняльного аналізу частки різних класів хвороб в Закарпатській області та Україні в структурі захворювань дав можливість встановити, що в Закарпатській області вищою ніж в Україні в цілому є частка хвороб за наступними класами: хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (3 рази), хвороби ендокринної системи, розладу харчування, порушення обміну речовин (1,63 разу), хвороби органів травлення (1,61 разу), хвороби органів дихання (1,39 разу).

Проведений аналіз структури поширеності хвороб серед населення області показав, що першу позицію посідають хвороби системи кровообігу. Їх частка в структурі поширеності хвороб становить 32,9% у 2017 році. В Україні у структурі поширеності хвороб хвороби системи кровообігу займали 37,4%.

Друге місце в структурі поширеності хвороб як в Україні загалом, так і в області займають хвороби органів дихання. Їх частка відповідно складає: в області 12,6%, в Україні 20,1%.

Третє місце в структурі поширеності хвороб як в Україні загалом, так і в області займають хвороби органів травлення. Частка хвороб органів травлення відповідно складає 10,5% та 9,7%.

Відмічаючи, що Закарпатська область є ендемічною зоною України по нехватці йоду нами проведено аналіз щодо показників захворюваності та поширеності хвороб за класом «Хвороби ендокринної системи, розладу харчування, порушення обміну речовин». В структурі

поширеності хвороб серед населення Закарпатської області хвороби ендокринної системи, розладу харчування, порушення обміну речовин посідають четверте місце.

В той час як четверте місце у структурі поширеності хвороб в Україні посідають хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини – 5,5%.

Важливим для планування мережі та ресурсів системи охорони здоров'я в регіоні є знання показників здоров'я населення в розрізі ландшафтних зон області, що є предметом наших подальших досліджень.

У цілому було встановлено, що показники поширеності хвороб серед населення області на 11,9%, а показники захворюваності – на 9,3% нижчі за їх середній рівень в Україні.

Стан захворюваності населення області та поширеності серед нього хвороб вимагає підвищеної уваги з боку системи охорони здоров'я до проблем здоров'я регіону, посилення профілактичних заходів та врахування ситуації в ході реформування системи охорони здоров'я в області.

## ВИСНОВКИ

В ході дослідження встановлено, що в Закарпатській області показники захворюваності (587,3‰) та поширеності хвороб (1543,5‰) населення є нижчими, ніж в цілому по Україні (629,9‰ та 1726,9‰).

В структурі показників захворюваності населення лідируючу позицію займають хвороби органів дихання, частка яких складає 44,2% у 2017 році, по Україні в цілому (31,8%). Другу позицію займають хвороби системи кровообігу (10,3% – в Україні, 8,3% – в області). Третє місце посідають хвороби органів травлення (7,1%). Показник по цьому класу хвороб на 73,2% перевищує показник по Україні (4,4%). Четверте рейтингове місце посідають травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (6,1%). По Україні четверте місце в структурі показників захворюваності займають хвороби сечостатевої системи з часткою 9,2%.

В структурі показників поширеності хвороб серед населення першу позицію посідають хвороби системи кровообігу (32,9% у 2017 році) по Україні (37,4%). Друге місце займають хвороби органів дихання. В області їх частка складає 12,6%, а в Україні 20,1%. Третє місце займають хвороби органів травлення. Частка хвороб органів травлення складає 10,5% в області та 9,7% в Україні. Четверте місце в області посідають хвороби

ендокринної системи, розладу харчування, порушення обміну речовин, а в Україні хвороби кістково-м'язевої системи та сполучної тканини.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням показників здоров'я населення працездатного віку та старших вікових груп в розрізі ландшафтних зон регіону.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Динаміка захворюваності дитячого населення України в регіональному аспекті поширеності між ними хвороб / Ю. Ю. Габорець, О. О. Дудіна // Україна. Здоров'я нації, 2017, №4(45), – С. 18-28.
2. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / кол. авт. ; упоряд. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша.–Київ : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
3. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році. Статистичний збірник. URL : [http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/2018/zb/06/zb\\_zoz\\_17.pdf](http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/06/zb_zoz_17.pdf).
4. Закономірності стану здоров'я населення України / Н. В. Медведовська, В. В. Лазоришенець, Т. К. Кульчицька, Г. О. Слабкий // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2009 рік; за ред. З. М. Митника. – К., 2010. – С. 34–44.
5. Здоров'я людини та демографія. Досвід Європи // Світовий банк. – 2010. – 72 с.
6. Здоров'я населення та діяльність галузі охорони здоров'я України в 1990-1999 роках (статистично-аналітичний довідник) / за ред. В. Ф. Москаленка. – К. : ЦМС, 2000. – 208 с.
7. Князевич В. М., Жаліло Л. І. Вплив охорони здоров'я на формування національної безпеки держави. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України : матеріали щорічної наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Київ, 23 берез. 2017 р.). Київ, 2017. С. 58–61.
8. Медико-демографічна ситуація та основні показники медичної допомоги населенню в регіональному аспекті, 2013 рік, – К. : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2014, – 168 с.
9. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів / О. В. Аніщенко, Р. О. Моїсеєнко, О. К. Толстанов [та ін.]. – К., 2011. – 149 с.
10. Радиш Я. Перспективи розвитку державного управління охороною здоров'я в Україні. Науково-інформаційний вісник з державного управління. 2013. №4. С. 22–26.
11. Чепелевська Л. А. Зміни в чисельності та статевовіковому складі населення України // Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Україна. Здоров'я нації, – 2014, – № 3 (31), С. 33–40.
12. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2017. 516 с.
13. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2018. 458 с.

**Дата надходження рукопису до редакції:** 31.07.2019 р.

## **Characteristics of morbidity and prevalence of diseases among the population of Transcarpathian region**

*I.M. Rohach, D.V. Danko*  
Uzhhorod National University

The analysis of the indicators of morbidity and prevalence of diseases among the population of Transcarpathian region as a mountainous zone of Ukraine is presented in the article.

The differences in the indicators of morbidity and prevalence of diseases among Transcarpathian region population from general indicators in Ukraine are shown. Analysis of the structure of population morbidity and prevalence of diseases among population is given in the article.

**KEY WORDS:** population morbidity, prevalence of diseases, indices, Transcarpathian region.

## **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Рогач Іван Михайлович** – доктор медичних наук, професор, звідувач кафедри соціальної медицини та гігієни УжНУ, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

**Данко Дана Валеріївна** – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри соціальної медицини та гігієни УжНУ, 88001, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

## Характеристика епідеміології гіпертонічної хвороби серед населення Закарпатської області

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

В статті наведено результати дослідження щодо епідеміології гіпертонічної хвороби серед населення Закарпатської області. В ході дослідження встановлено тенденцію до зниження показників захворюваності населення на гіпертонічну хворобу та показників поширеності гіпертонічної хвороби серед населення області. При цьому в розрізі адміністративних територій маються достовірні відмінності вказаних показників. Так, при середньому показнику захворюваності населення на гіпертонічну хворобу в області 1616,2 на 100 тис. населення гранична різниця в розрізі адміністративних територій коливається в 5,09 разів. При середньому показнику поширеності серед населення гіпертонічної хвороби в області 24155,2 на 100 тис. населення гранична різниця в розрізі адміністративних територій коливається в 1,55 разів.

**Ключові слова:** Закарпатська область, гіпертонічна хвороба, населення, захворюваність, поширеність.

### ВСТУП

За даними ВООЗ 12,8% загальносвітової смертності за рік пов'язано з підвищенням АТ [5], що відповідає 57 млн років життя, скоректованих по непрацездатності (DALY), або 3,7% сумарного показника DALY.

Підвищений АТ – важливий фактор ризику виникнення інфарктів та інсультів, розвитку серцевої недостатності та смертності населення [4, 9, 12]. Поширеність підвищеного артеріального тиску серед дорослого населення в країнах світу складає біля 40%. Число осіб з неконтрольованою артеріальною гіпертензією в світі з кожним роком збільшується [8].

Незважаючи на позитивну динаміку окремих показників здоров'я за останні роки, загальна смертність населення в Україні, в тому числі працездатного віку, значно перевищують аналогічні показники країн Європейського Союзу [9].

В структурі загальної смертності населення України, 66,5% складають хвороби системи кровообігу. Одним із основних факторів, як і в країнах світу, який впливає на ці показники, є ураження населення артеріальною гіпертензією. В Україні згідно реєстру, 12 млн осіб мають підвищений АТ. Розповсюдженість АГ становить серед чоловіків – 39,2%, серед жінок – 41,1% [3, 4, 9].

На протязі останніх десятиліть АГ залишається головною причиною інвалідності та смертності населення України [6, 10].

Надзвичайно велике значення в зменшенні негативних проявів гіпертонічної хвороби має значення профілактична діяльність системи охорони здоров'я та зниження негативної дії факторів ризику її розвитку [1, 2, 7, 11].

**Мета роботи** – вивчити та проаналізувати показники захворюваності населення Закарпатської області на гіпертонічну хворобу та показники її поширеності серед вказаної категорії населення.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалами дослідження служили дані галузевої статистичної звітності за 2014–2018 роки. Дослідження проводилося в розрізі адміністративних територій області та в розрізі географічних ландшафтних зон. При проведенні дослідження використано статистичний метод дослідження.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На початку дослідження було вивчено показники захворюваності населення Закарпатської області на всі форми гіпертонічної хвороби в розрізі адміністративних територій області та її географічних зон. Отримані результати наведено в табл. 1.

Аналіз наведених в табл. 1 даних вказує на те, що за період 2014 по 2018 рр. в розрізі адміністративних територій області зареєстровано як підвищення показника так і його зниження. Найбільше зростання показника захворюваності населення області на гіпертонічну хворобу зареєстровано в Берегівському (+1017,2), Іршавському (+789,1), Свалявському (+544,6) та Великоберезнянському (+287,4) районах. Найбільше зниження показника захворюваності населення області на гіпертонічну хворобу зареєстровано в Воловецькому (-589,7), Перечинському (-454,4) та Рахівському (-436,6) районах. В 2018 р. найнижчі зареєстровані показники захворюваності населення на гіпертонічну хворобу зареєстровано в адміністративних територіях, що розташовані в гірській зоні області: Рахівському (524,4) та Воловецькому (994,6) районах. А самі високі показники захворюваності населення на гіпертонічну хворобу зареєстровано в адміністративних територіях, що розташовані в низинній зоні (Берегівський район – 2668,9) та передгірській зоні (Іршавський район – 1932,1).

При середньому показнику захворюваності населення на гіпертонічну хворобу в області 1616,2 на 100 тис. населення гранична різниця в розрізі адміністративних територій коливається в 5,09 разів: від 524,4 в Рахівському до 2668,9 в Берегівському районі.

Таблиця 1

**Захворюваність населення Закарпатської області на гіпертонічну хворобу в розрізі адміністративних територій та географічних зон, 2014, 2018 рр.**

Адміністративні території, географічні зони	2014	2018	2018 р. до 2014 р.
<i>Низинна зона</i>			
м. Ужгород	2100,8	1564,4	-536,4
Берегівський район	1651,7	2668,9	+1017,2
Виноградівський район	1481,0	1659,9	+178,9
Мукачівський район	1943,2	1676,6	-266,6
Ужгородський район	1751,8	1588,2	-163,6
<i>Передгірська зона</i>			
Іршавський район	1143,0	1932,1	+789,1
Перечинський район	1768,6	1313,6	-454,4
Свалявський район	999,0	1543,6	+544,6
Тячівський район	1963,0	1810,1	-152,9
Хустський район	1627,2	1729,6	+102,4
<i>Гірська зона</i>			
Великобerezнянський район	1388,0	1675,3	+287,4
Воловецький район	1584,3	994,6	-589,7
Міжгірський район	1620,3	1719,6	+99,3
Рахівський район	961,0	524,4	-436,6

Далі вивчалися та аналізувалися показники поширеності гіпертонічної хвороби серед населення Закарпатської області в розрізі адміністративних територій та географічних зон за 2014 та 2018 рр. Отримані дані наведено в таблиці 2.

Аналіз наведених в табл. 2 даних вказує на те, що за період 2014 по 2018 рр. в розрізі адміністративних територій області зареєстровано як підвищення показника поширеності серед населення гіпертонічної хвороби так і його зниження. Найбільше зростання показника

поширеності серед населення гіпертонічної хвороби зареєстровано в Міжгірському (+1629,0) та Виноградівському (+1065,8) районах. Найбільше зниження показника захворюваності населення області на гіпертонічну хворобу зареєстровано в Воловецькому (-2215,2), Перечинському (-1631,9), Свалявському (-1228,8) районах та м. Ужгород (-3425,5). В 2018 р. рівень показників поширеності серед населення гіпертонічної хвороби не залежить від географічної зони проживання населення.

Таблиця 2

**Поширеність гіпертонічної хвороби серед населення Закарпатської області в розрізі адміністративних територій та географічних зон, 2014, 2018 рр.**

Адміністративні території, географічні зони	2014	2018	2018 р. до 2014 р.
<i>Низинна зона</i>			
м. Ужгород	28987,6	25562,1	-3425,5
Берегівський район	26695,4	26923,1	+227,7
Виноградівський район	18905,5	19971,3	+1065,8
Мукачівський район	26146,5	26450,7	+304,2
Ужгородський район	18855,0	19009,4	+154,4
<i>Передгірська зона</i>			
Іршавський район	27315,1	26450,6	-864,5
Перечинський район	26319,1	24687,2	-1631,9
Свалявський район	25848,9	24620,1	-1228,8
Тячівський район	27658,0	27354,9	-303,1
Хустський район	24297,2	23584,7	-712,5
<i>Гірська зона</i>			
Великобerezнянський район	18943,5	17406,7	-1536,8
Воловецький район	26417,9	24202,7	-2215,2
Міжгірський район	18665,4	20294,4	+1629,0
Рахівський район	25798,1	24620,1	-1178,0

При середньому показнику поширеності серед населення гіпертонічної хвороби в області 24155,2 на 100 тис. населення гранична різниця в розрізі адміністративних територій коливається в 1,55 разів: від 17406,7 Великоберезнянському до 26923,1 в Берегівському районі.

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу диспансеризації хворих на гіпертонічну хворобу у Закарпатській області в розрізі адміністративних територій та географічних зон в 2014 та 2018 рр. Отримані результати наведено в таблиці 3.

Таблиця 3  
**Повнота диспансеризації хворих на гіпертонічну хворобу у Закарпатській області в розрізі адміністративних територій та географічних зон, 2014, 2018 рр.**

Адміністративні території, географічні зони	2014	2018	2018 р. до 2014 р.
<i>Низинна зона</i>			
м. Ужгород	74,4	89,1	+14,7
Берегівський район	78,8	88,4	+9,6
Виноградівський район	89,5	92,2	+2,7
Мукачівський район	96,2	91,8	-4,4
Ужгородський район	96,4	94,0	-2,4
<i>Передгірська зона</i>			
Іршавський район	95,1	93,3	-1,8
Перечинський район	92,9	62,8	-30,1
Свалявський район	82,6	83,6	+1,0
Тячівський район	81,3	80,4	-0,9
Хустський район	82,9	87,1	+4,2
<i>Гірська зона</i>			
Великоберезнянський район	87,3	92,4	+5,1
Воловецький район	88,9	92,7	+3,8
Міжгірський район	92,6	92,6	-
Рахівський район	94,2	92,3	-1,9

Аналіз отриманих даних вказує на те, що більша частина хворих на гіпертонічну хворобу у Закарпатській області в розрізі адміністративних територій та географічних зон знаходиться під диспансерним наглядом лікарів. На більшості адміністративних територій реєструється тенденція до підвищення частки хворих на гіпертонічну хворобу, які знаходяться під диспансерним наглядом лікарів. Виключенням є Перечинський район де частка хворих на гіпертонічну хворобу за період 2014–2018 рр. скоротилася на 30,1% і склала 62,8%.

Показником низької якості диспансеризації хворих на гіпертонічну хворобу є рівні госпітальної захворюваності. Так, в 2018 році було госпіталізовано 303 225 хворих на всі форми ГХ в тому числі 154 414 хворих на ГХ без згадування про ІХС та ураження судин головного мозку. Це склало відповідно 24 155,2 та 12 300,7 на 100 тис. населення.

Відповідно показником низької ефективності профілактичної роботи є те, що в даному році було госпіталізовано з вперше встановленим діагнозом гіпертонічна хвороба 20 904 осіб в тому числі з діагнозом ГХ без згадування про ІХС та ураження судин головного мозку – 8930 осіб. Це склало відповідно 1665,2 та 711,4 на 100 тис. населення.

## ВИСНОВКИ

В ході дослідження встановлено тенденцію за період 2014 та 2018 рр. зниження в області показників захворюваності населення на гіпертонічну хворобу та показників поширеності гіпертонічної хвороби серед населення області. При цьому в розрізі адміністративних територій мають достовірні відмінності вказаних показників. Так, при середньому показнику захворюваності населення на гіпертонічну хворобу в області 1616,2 на 100 тис. населення гранична різниця в розрізі адміністративних територій коливається в 5,09 разів: від 524,4 в Рахівському до 2668,9 в Берегівському районі. При середньому показнику поширеності серед населення гіпертонічної хвороби в області 24155,2 на 100 тис. населення гранична різниця в розрізі адміністративних територій коливається в 1,55 разів: від 17 406,7 в Великоберезнянському до 26 923,1 в Берегівському районі.

Показником недостатнього рівня профілактичної роботи є високі показники госпіталізації хворих на гіпертонічну хворобу.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням демографічних та соціальних наслідків гіпертонічної хвороби в Закарпатській області.



## ЛІТЕРАТУРА

1. Актуальные вопросы внутренних болезней: Распространенность факторов риска артериальной гипертензии у жителей сельского района Республики Башкортостан / Низамутдинова Р.С., Крюкова А.Я., Гайсин А.Ф. – Уфа : Изд-во БГМУ, 2008. – 82 с.
2. Бубнова М.Г. Современные принципы профилактики и лечения артериальной гипертонии. Анализ основных положений международных рекомендаций / М.Г. Бубнова // Справочник поликлинического врача. – 2005. – № 4. – С. 8-14.
3. Горбась І.М. Контроль артеріальної гіпертензії серед населення: стан проблеми за даними епідеміологічних досліджень / І.М. Горбась // Український кардіологічний журнал. – 2007. – № 2. – С. 21-25.
4. Горбась І.М. Оцінка поширеності гіпертензії серед населення України / І.М. Горбась // Новости медицины и фармации. Спец. вып. «Артериальная гипертензия» – 2007. – № 999 – С. 22-24.
5. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2009г. – ЕРБ ВОЗ. – Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия. – 2009. – №97. – 156 с.
6. Евсюков А.А. Медико-социальные аспекты инвалидности населения Республики Башкортостан вследствие инсульта / Евсюков А.А., Калининская А.А., Абдуллина Д.У. // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2009. – №3. – С. 62-64.
7. Контроль АД у больных гипертонией в первичном звене здравоохранения / Поснекова О.М., Кисилев А.П. и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2012. – № 3. – С. 4–11.
8. Лашкул З.В. Особливості епідеміології артеріальної гіпертензії та її ускладнень на регіональному рівні з 1999 по 2013 роки // Сучасні медичні технології. – 2014. – № 2 – С. 134-141.
9. Лашкул З.В. Смертність від гіпертонічної хвороби: достовірність кодування лікарських свідоцтв про смерть в первинній ланці охорони здоров'я // Wiadomosci Lekarskie. – 2014. - № 2. - С. 207-209.
10. Передчасна смертність чоловіків працездатного віку Львівської області від хвороб системи кровообігу / Слабкий Г.О., Ю.Б Ющенко, Орда О.М. та ін. // Здоров'я і суспільство. – 2011. – № 1. – С. 5-9.
11. Свищенко Е.П. Гипертоническая болезнь: реальность проблемы и перспективы ее решения в XXI столетии / Е.П. Свищенко // Газета «Здоровье Украины». – 2007. – № 12/1. – С. 39-40.
12. Стан здоров'я населення України та забезпечення надання медичної допомоги : [посібник] / під. ред. Коваленка В.М., Корнацького В.М. – 2009. – 97 с.

*Дата надходження рукопису до редакції: 14.08.2019 р.*

**Characteristics of the epidemiology of hypertensive disease among population of Transcarpathian region**

*I.I. Koshelya*

SI "Ukrainian institute of strategic researches of the Ministry of health of Ukraine", Kyiv, Ukraine

The article provides the results of research on epidemiology of hypertensive disease among the population of Transcarpathian region. A tendency to decrease in the indicators of population morbidity with hypertension and indicators of

hypertension prevalence among the population of the region is determined in the course of study. At the same time, in terms of administrative territories reliable differences of these indicators are noted. Thus, with the average index of population morbidity with hypertension in the region of 1616.2 per 100 thousand population the limit difference in terms of administrative territories fluctuates 5.09 times. With the average index of hypertension prevalence among population of region of 24155.2 per 100 thousand population the limit difference in terms of administrative territories fluctuates 1.55 times.

**KEY WORDS:** Transcarpathian region, hypertensive disease, population, morbidity, prevalence.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Кошеля Іван Іванович** – к.мед.н., пошукувач ДУ «УІСД МОЗ України»; 02099 Київ, пров. Волго-Донський, 3.

## Рівень готовності сімейних лікарів до проведення цільової диспансеризації населення з цереброваскулярними хворобами

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

В статті наведено результати соціологічного дослідження серед сімейних лікарів м. Києва з вивчення рівня їх готовності проводити цільову диспансеризацію населення щодо цереброваскулярних хвороб. Встановлено низький рівень такої готовності, що потребує запровадження низки заходів з підготовки сімейних лікарів до вказаної діяльності.

**Ключові слова:** цереброваскулярні хвороби, цільова диспансеризація, сімейні лікарі, готовність.

### ВСТУП

На даному етапі проводиться комплексне реформування системи охорони здоров'я країни [5, 11] з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [9, 10]. В країні забезпечено вільний вибір населенням сімейного лікаря, а сімейний лікар визначає медичний маршрут пацієнта [6]. Основним напрямком діяльності первинної ланки медичної допомоги являється профілактичний [11].

Важливою складовою реформи системи охорони здоров'я є впровадження гарантованого пакету безоплатної для населення медичної допомоги [2, 7]. В даних умовах отримання медичної допомоги зростає потреба у формуванні у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я та забезпечення здорового способу життя.

Необхідно відмітити, що особливого значення мають цереброваскулярні хвороби (ЦВХ) захворюваність населення на які зростає [1, 3]. Цереброваскулярні хвороби мають тяжкі ускладнення, які проявляються у формі церебральних інсультів (ЦІ) з можливими тяжкими наслідками: смерть та інвалідність [4, 8]. Тому питання цільової диспансеризації населення є надзвичайно актуальним. Зауважимо, що цільова диспансеризація передбачає усунення або зменшення дії факторів ризику розвитку хвороби, раннє виявлення захворювання та їх первинну, вторинну та третинну профілактику.

**Мета роботи** – дослідити рівень готовності сімейних лікарів до проведення цільової диспансеризації населення щодо цереброваскулярних хвороб.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під час виконання дослідження було використано соціологічний та статистичний методи. Матеріалами дослідження слугували спеціально розроблені анкети соціологічного дослідження, яким було охоплено 437 лікарів загальної практики-сімейних лікарів (ЛЗП-СЛ) міста Києва. Дослідження проводилося із збереженням конфіденційності інформації про респондентів. Було роздано 500 анкет, активність респондентів склала 92,4% (зібрано 462 анкети). 25 анкет не підлягало статистичній обробці у зв'язку з некоректністю заповнення їх респондентами.

Наводимо дані про респондентів, які прийняли участь у дослідженні (табл. 1).

Таблиця 1  
**Дані про лікарів загальної практики-сімейних лікарів які прийняли участь в соціологічному дослідженні**

Показник	Абс.	%
<i>Вік</i>		
до 30 років	89	20,37
30-40 років	87	19,91
40-50 років	81	18,54
50-60 років	84	19,22
більше 60 років	95	21,74
<i>Стать</i>		
жіноча	385	88,10
чоловіча	52	11,90
<i>Фах при одержанні диплому лікаря</i>		
лікувальна справа	211	48,28
педіатрія	49	11,21
лікар загальної справи	177	40,50
<i>Загальний стаж роботи</i>		
до 5 років	85	19,45
з 5 до 10 років	80	18,31
з 10 до 20 років	89	20,37
з 20 до 30 років	81	18,54
більше 30 років	102	23,34
<i>Стаж роботи сімейним лікарем</i>		
до 1 року	23	5,26
2-3 роки	97	22,19
від 3 до 5 років	214	48,97
від 5 до 10 років	103	23,57
<i>Кваліфікаційна категорія</i>		
вища	147	33,64
перша	113	25,86
друга	96	21,97
сертифікат сімейного лікаря	81	18,54
<i>Останні курси підвищення кваліфікації за п'ять років</i>		
на базі начальних закладів України	365	83,52
стажування за кордоном	19	4,35

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На початку дослідження було вивчене питання щодо здійснення диспансеризації населення з цереброваскулярними хворобами. В результаті дослідження було встановлено, що біля половини опитаних ЛЗП-СЛ здійснюють диспансеризацію населення з цереброваскулярними хворобами – 213 (48,74%).

Далі були більш детально вивчені питання стосовно здійснення заходів, які відносяться до цільової

диспансеризації населення з цереброваскулярними хворобами. Отримані результати наведено в табл. 2.

Отримані та наведені в ході соціологічного дослідження результати вказують на вкрай низький рівень профілактичної роботи ЛЗП-СЛ в м. Києві з ЦВХ. ЛЗП-СЛ також майже не проводять комунікацій з населення з питань інформування своїх пацієнтів з факторів ризику розвитку ЦВХ та ЦІ і тактиці дій при виникненні симптомів порушення мозкового кровообігу.

Далі нами було вивчено рівень самооцінки особистості підготовки респондентів до проведення визначених заходів. Отримані результати наведено в табл. 3.

Таблиця 2

#### Заходи лікарів загальної практики-сімейних лікарів з цільової диспансеризації населення з цереброваскулярними хворобами

Заходи	Позитивна відповідь		Негативна відповідь	
	абс.	%	абс.	%
Проведення скринінгових досліджень на раннє виявлення	-	-	437	100,0
Інформування населення про фактори ризику ЦВХ	24	5,49	413	94,51
Інформування населення про фактори ризику розвитку церебрального інсульту	56	12,81	381	87,19
Інформування населення про фактори ризику розвитку повторного церебрального інсульту	52	11,89	389	88,11
Інформування населення про симптоми розвитку церебрального інсульту	68	15,56	369	84,44
Інформування населення про тактику дій при появі симптомів церебрального інсульту	68	15,56	369	84,44
Розробка програм способу життя для хворих на ЦВХ	17	3,89	420	96,11
Розробка програм відновного лікування для осіб, що перенесли ЦІ	12	2,75	425	97,25
Розробка програм диспансеризації для осіб, що перенесли ЦІ	39	8,92	398	91,08

Таблиця 3

#### Рівень самооцінки лікарями загальної практики-сімейними лікарями особистих знань з питань цільової диспансеризації населення з цереброваскулярними хворобами

Позиції	Рівень знань					
	Достатній		Потребує вдосконалення		Низький	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Методика проведення скринінгу на раннє виявлення ЦВХ	12	2,75	327	74,83	98	22,42
Фактори ризику розвитку ЦВХ	41	9,38	314	71,85	82	18,76
Фактори ризику розвитку ЦІ	92	21,05	302	69,11	43	9,84
Симптоми розвитку ЦІ	376	86,04	58	13,27	3	0,86
Тактика дій при симптомах мозкового інсульту	376	86,04	58	13,27	3	0,86
Оптимальний спосіб життя хворих на ЦВХ	92	21,05	277	63,39	68	19,59
Оптимальний спосіб життя осіб, що перенесли ЦІ	92	21,05	297	67,96	52	14,98
Методика складання програм відновного лікування для осіб, що перенесли ЦІ	8	1,83	294	67,28	135	30,89
Методика складання програм диспансеризації для осіб, що перенесли ЦІ	34	7,78	319	72,99	84	19,22

Отримані в ході дослідження та наведені в табл. 3 дані вказують на те, що опитані ЛЗП-СЛ низько оцінили рівень своїх знань з питань первинної, вторинної та третинної профілактики при ЦВХ. При цьому респонденти високо оцінили рівень особистих знань з питань діагностики загрозливих життю станів та тактики дій при них.

Дана ситуація потребує проведення певних навчально-організаційних заходів з підвищення рівня

знань ЛЗП-СЛ щодо цільової диспансеризації населення з цереброваскулярними хворобами.

Із числа опитаних 329 (75,29%) вказали, що формами навчання можуть бути короткотривалі цільові тренінги з наступними дистанційними заняттями 285 (65,22%) та необхідним методичним забезпеченням 394 (90,16%).

**ВИСНОВКИ**

Проведене дослідження вказало на те, що лікарі загальної практики-сімейні лікарі столиці держави проводять вкрай недостатню профілактичну роботу щодо цереброваскулярних хвороб. При цьому вони низько оцінили рівень своїх знань з питань первинної, вторинної та третинної профілактики при ЦВХ та високо з питань діагностики загрозливих життю станів та тактики дій при них. Для отримання необхідних знань вони вважають за

необхідне проведення короткотривалих цільових тренінгів з наступними дистанційними заняттями 285 (65,22%) та забезпечення необхідними методичними матеріалами 394 (90,16%).

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з розробкою для ЛЗП-СЛ навчальних матеріалів з підвищення рівня їх знань з питань цільової диспансеризації населення з цереброваскулярними хворобами.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні / Зозуля І.С., Зозуля А.І. // Український медичний часопис. – № 5 (85). – 2011. – С. 38-42.
2. Закон України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII [Електронний ресурс]. Режим доступу: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/T172168.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html). – Назва з екрану.
3. Зозуля А. І. Судинна патологія головного мозку—шляхи оптимізації лікування / А. І. Зозуля // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – Київ, 2012. – Вип. 21, кн. 1. – С. 474-478.
4. Зозуля І. С. Інсульт: стратегія і тактика надання медичної допомоги / Зозуля І.С., Цимбалюк В.І., Зозуля А.І. // Український медичний часопис. – № 4 (90). – 2012. – С. 134-135.
5. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів / О. В. Аніщенко, Р. О. Моїсеєнко, О. К. Толстанов [та ін.]. – К., 2011. – 149 с.
6. Порядок організації надання медичної допомоги та забезпечення маршрутів пацієнта лікарем загальної практики-сімейним лікарем при різних клінічних станах та захворюваннях / Л. Ф. Матюха, В. М. Лехан, Н. Г. Гойда та ін. – К. : МОЗ України; НМАПО ім. П. Л. Шупика, УІСД, Дніпропетровська ДМА, Запорізька МАПО, Чернівецьке УОЗ, 2011. – 43 с.
7. Постанова КМУ „Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік” від 25.04.2018 р. № 407 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/458646>. – Назва з екрану.
8. Пулик О.Р. Аналіз захворюваності, смертності та первинного виходу на інвалідність після перенесеного мозкового інсульту в м.Ужгород / О.Р. Пулик, М.В. Гирявець // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 1–2 (37–38). – С. 161–164.
9. 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.
10. Щербінська О.С. Характеристика забезпечення системи охорони здоров'я України лікарями загальної практики-сімейними лікарями // Україна. Здоров'я нації.– 2019. – № 1. – С. 126-130.
11. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. Шафранського В. В. ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 452 с.

**Дата надходження рукопису до редакції:** 26.09.2019 р.

**The level of family doctors readiness for target screening of population as for cerebrovascular diseases**

*M.M. Prokopiv, G.O. Slabkiy*  
National Medical University named after O.O. Bohomolets  
Uzhhorod National University

The article provides results of sociological research among family doctors in Kyiv on the study of the level of their readiness to carry out the target screening of the population as for cerebrovascular diseases. The low level of readiness is defined, which requires the introduction of a number of measures for family doctors training in specified activities.

**KEY WORDS:** cerebrovascular diseases, target screening, family doctors, readiness.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Слабкий Г.О.** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; площа Народна, 1, м. Ужгород, Україна, 88000.

**Прокопів М.М.** – к.мед.н., доцент, доцент кафедри неврології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; м. Київ, бул. Т. Шевченка, 13.

## До питання надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів на первинному рівні надання медичної допомоги

Сумський державний університет  
Сумська обласна клінічна лікарня

За результатами соціологічних досліджень серед сімейних лікарів встановлено недостатній рівень їх теоретичних знань та практичної підготовки до надання медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів. Під час курсів підвищення кваліфікації питання медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів практично не розглядалися. Сімейні лікарі висловили рекомендації щодо джерел отримання інформації та оптимізації гематологічної допомоги.

**Ключові слова:** хвороби крові та кровотворних органів, сімейні лікарі, медична допомога.

### ВСТУП

Здоров'я – не лише наслідок, а й найважливіша передумова розвитку людського потенціалу. Одним з найголовніших показників, за допомогою якого можливо оцінити здоров'я є рівень захворюваності населення країни [1].

Особливе місце в структурі захворюваності та поширеності хвороб займають хвороби крові та кровотворних органів захворюваність на які останнім часом зростає [2, 3].

В умовах реформування галузі охорони здоров'я [4, 5] з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги [6, 7] зростає роль лікарів загальної практики-сімейних лікарів в наданні медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів. Тому є надзвичайно важливим щоб вони були добре підготовленими в даних питаннях [8].

**Мета роботи** – дослідити рівень спроможності первинної ланки до надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалами дослідження слугували результати соціологічного дослідження, яким було охоплено 408 лікарів загальної практики-сімейних лікарів (ЛЗП-СЛ) Сумської області за спеціально розробленою анкетною. Опитування лікарів проводилося під час проходження ними курсів підвищення кваліфікації безпосередньо дослідниками. Дані про респондентів наведено в табл. 1. Процес заповнення анкет, їх здачі дослідникам та статистичного опрацювання був організований таким чином, щоб зберегти повну конфіденційність інформації про респондентів. Опрацювання отриманих даних проводилося з використанням статичних методів дослідження. Отримані дані за допомогою програми Microsoft Excel групувалися в таблиці. Обрахунки проводилися у відсотках.

Таблиця 1

**Дані про лікарів загальної практики-сімейних лікарів які прийняли участь в соціологічному дослідженні**

Показник	Абс.	%
<i>Вік</i>		
до 30 років	139	34,07
30-60 років	196	48,04
більше 60 років	73	17,89
<i>Стать</i>		
жіноча	332	81,38
чоловіча	76	18,62
<i>Місцевість роботи</i>		
місто	164	40,19
село	244	59,81
<i>Стаж роботи сімейним лікарем</i>		
до 1 року	17	4,17
2-3 роки	51	12,50
від 3 до 5 років	176	43,14
від 5 до 10 років	164	40,19
<i>Кваліфікаційна категорія</i>		
вища	135	33,09
перша	102	25,00
друга	92	22,55
без категорії	79	19,36

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На початку дослідження було вивчено та проаналізовано рівень самооцінки своїх компетенцій ЛЗП-СЛ з питань надання медичної допомоги населенню з хворобами крові та кровотворних органів. Отримані результати наведено в табл. 2.

Аналіз наведених в табл. 2 даних соціологічного дослідження серед лікарів загальної практики-сімейних лікарів з рівня самооцінки особистих знань показав достатньо низький рівень оцінки як особистих теоретичних знань так і практичної підготовки до надання медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів.

Отримані дані вказують на те, що лікарі загальної практики-сімейні лікарі не в змозі забезпечити надання якісних медичних послуг населенню за розділом медицини «Гематологія».

Далі нами були вивчені джерела отримання лікарями загальної практики-сімейними лікарями інформації з питань надання медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів. Результати дослідження наведені в табл. 3.

Отримані в ході дослідження та наведені в табл. 3 дані вказують на те, що основні знання з питань діагностики та надання медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів лікарі загальної практики-

сімейні лікарі отримали під навчання на до дипломному рівні. На післядипломному рівні основними джерелами професійної інформації з гематології стали спеціальна навчальна та методична література. Питання надання медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів на курсах підвищення кваліфікації для лікарів загальної практики-сімейних лікарів практично не розглядалися. Тому наступним кроком дослідження стало вивчення бажаних для лікарів загальної практики-сімейних лікарів джерел отримання знань з питань надання медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів. Отримані результати наведено в табл. 4.

Таблиця 2

**Рівень самооцінки лікарями загальної практики-сімейними лікарями особистої підготовки з питань надання медичної допомоги населенню з хворобами крові та кровотворних органів, %**

Компетенції	Достатній	Практично достатній	Недостатній
<i>Рівень теоретичної підготовки</i>			
Основні симптоми при хворобах крові та кровотворних органів	12,50	39,71	47,79
Рутинні методи дослідження при хворобах крові та кровотворних органів	15,20	37,50	47,30
Спеціальні методи дослідження при хворобах крові та кровотворних органів	14,46	36,27	49,27
Основні підходи до лікування при хворобах крові та кровотворних органів	17,65	42,16	40,19
Критерії оцінки перебігу хвороб крові та кровотворних органів	14,71	34,07	51,22
<i>Рівень практичної підготовки</i>			
Інтерпретація даних лабораторних досліджень при хворобах крові та кровотворних органів	4,66	63,73	31,61
Інтерпретація даних інструментальних досліджень при хворобах крові та кровотворних органів	5,15	51,23	43,62
Інтерпретація даних спеціальних досліджень при хворобах крові та кровотворних органів	3,43	46,32	50,25
Динамічний нагляд за станом хворого при хворобах крові та кровотворних органів	5,88	44,36	49,76
Розробка програми диспансеризації при хворобах крові та кровотворних органів	7,35	45,09	47,55
Визначення стану який потребує направлення на консультацію до лікаря-гематолога	7,84	47,30	44,86
Визначення стану який потребує направлення на госпіталізацію	7,84	40,44	51,72

Таблиця 3

**Джерела отримання лікарями загальної практики-сімейними лікарями знань з питань надання медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів, %**

Джерело інформації	Так	Ні	Не визначився
Навчання на до дипломному рівні	73,77	22,55	3,68
Курси ПАЦ	1,72	94,11	4,17
Курси тематичного удосконалення	2,94	96,57	0,49
Спеціальні тренінги	0,98	99,02	-
Наукові конференції	4,66	94,11	1,23
Спеціальна навчальна література	34,07	62,99	2,94
Наукова література	12,75	85,53	1,72
Методична література	16,42	82,35	1,23
Інші джерела	22,54	75,25	2,21

Таблиця 4  
**Бажані для лікарів загальної практики-сімейних лікарів джерела отримання знань з питань надання медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів, %**

Джерело інформації	Позитивна відповідь
Дистанційні форми навчання	77,94
Стажування на робочому місці	22,55
Курси тематичного удосконалення	28,19
Спеціальні тренінги	70,83
Наукові конференції	10,05
Спеціальна навчальна література	12,75
Наукова література	7,84
Методична література	43,14
Інші джерела	21,81

Як видно з наведених в табл. 4 даних лікарі загальної практики-сімейні лікарі надали перевагу дистанційним формам навчання (77,94%) та спеціальним тренінгам (70,83%). Значну увагу в респондентів також викликали такі джерела отримання професійної інформації з питань діагностики та надання медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів такі джерела як методична література (43,14%), курси тематичного удосконалення (28,19%) та стажування на робочому місці (22,55%).

Для досягнення мети дослідження було вивчено питання щодо можливості лікарів загальної практики-сімейних лікарів здійснювати діагностичні та консультативні заходи щодо пацієнтів з хворобами крові та кровотворних органів. Отримані дані наведено в табл. 5.

Таблиця 5  
**Можливості лікарів загальної практики-сімейних лікарів здійснювати діагностичні та консультативні заходи щодо пацієнтів з хворобами крові та кровотворних органів, %**

Джерело інформації	Вільно	Через лікарів-спеціалістів	Практично не маю
Скерування до лікаря-гематолога	6,13	86,29	7,59
Призначення загально-клінічного дослідження	5,15	94,85	-
Призначення біохімічного дослідження	2,21	96,07	1,72
Призначення спеціальних методів лабораторного дослідження	-	90,91	9,09
Призначення ультразвукового дослідження	1,72	91,17	7,11

Отримані в ході дослідження дані вказують на те, що переважна більшість респондентів мають можливість консультування своїх пацієнтів у лікаря-гематолога та здійснювати необхідні обстеження з залученням лікарів-спеціалістів закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги.

В кінці дослідження було досліджено пропозиції лікарів загальної практики-сімейних лікарів з удосконалення медичної допомоги населенню з хворобами крові та кровотворних органів. Вони виглядають таким чином:

- розробка для кожної адміністративної території області конкретного маршруту пацієнта з хворобами крові та кровотворних органів з залученням первинної ланки медичної допомоги;
- введення в складі консультативно-діагностичних центрів госпітальних округів штатних посад лікарів-гематологів;
- організація для первинної ланки дистанційних (телемедичних консультацій) з питань надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів;
- забезпечення сімейних лікарів методичною літературою з питань гематології.

## ВИСНОВКИ

Результати соціологічного дослідження серед сімейних лікарів Сумської області показали недостатній рівень їх теоретичних знань та практичної підготовки до надання медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів. Під час курсів підвищення кваліфікації питання медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів практично не розглядалися. Сімейні лікарі висловили рекомендації щодо джерел отримання інформації з питань гематологічної допомоги. Також респонденти вбачають наступні шляхи оптимізації медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів: розробка для кожної адміністративної території області конкретного маршруту пацієнта з хворобами крові та кровотворних органів з залученням первинної ланки медичної допомоги; введення в складі консультативно-діагностичних центрів госпітальних округів штатних посад лікарів-гематологів; організація для первинної ланки дистанційних (телемедичних консультацій) з питань надання медичної допомоги хворим на хвороби крові та кровотворних органів; забезпечення сімейних лікарів методичною літературою з питань гематології.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням обсягів медичної допомоги при хворобах крові та кровотворних органів на первинному рівні надання медичної допомоги.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Самотоєнкова О. В. Економічна статистика : навчальний посібник / О. В. Самотоєнкова, Ю. О. Ольвінська. – Одеса : ОДЕУ, 2010. – 182 с.
2. Батманова І.Ю. Динаміка захворюваності дорослого населення Донецької області на хвороби крові та кровотворних органів / Батманова І.Ю., Слабкий Г.О. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – № 3. – С.29-34.
3. Батманова І.Ю. Стан гематологічного здоров'я дорослого населення екологічно несприятливого промислового регіону / Батманова І.Ю., Слабкий Г.О. // Тези доповідей науково-практичної конференції «Актуальні питання клінічної медицини та післядипломної освіти». Ялта, 13–14 травня 2004 року. – 2004. – С. 27–28.
4. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір / Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. – Київ, 2009. – 50 с.
5. Салтман Р.Б. Реформи здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий; пер. с англ. / Р.Б.Салтман, Дж.Фигейрас. – И. : Геотар Медицина, 2000. – 432 с.
6. Матюха Л.Ф. Сучасний стан та проблеми кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги в Україні / Матюха Л.Ф., Гойда Н.Г., Жданова М.П., Надутий К.О. // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – № 2(6). – С. 186-191.
7. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2008 г.: Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо / Всемирная Организация Здравоохранения. – Женева, 2008. – 125 с.
8. Слабкий Г.О. Актуальні питання підготовки сімейних лікарів до надання гематологічної допомоги в умовах реформування первинної медико-санітарної допомоги / Слабкий Г.О., Батманова І.Ю. // Вопросы здравоохранения Донбасса: Сб. статей. Вып. 10. Донецк, 2005. – С. 4-6.

**Дата надходження рукопису до редакції: 12.09.2019 р.**

***To the issue of providing medical care to patients with diseases of blood and hemopoietic organs at the primary level of medical care***

V.A. Smiianov, V.V. Horoh  
Sumy National University  
Sumy Regional Clinical Hospital

According to the results of sociological researches among family doctors the insufficient level of their theoretical

knowledge and practical training to rendering medical aid in diseases of blood and hemopoietic organs is determined. During the refresher courses, the issue of medical care for patients with diseases of blood and hemopoietic organs were practically not considered. Family doctors gave recommendations as for the sources of information and optimization of hematological care.

**KEY WORDS:** diseases of blood and hemopoietic organs, family doctors, medical care.

**ВІЛОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Сміянов В.А.** – д.м.н., професор, зав. кафедрою громадського здоров'я Сумського державного університету; 40000, Україна, м. Суми, вулиця Римського-Корсакова, 2.

**Горох В.В.** – головний лікар Сумської обласної клінічної лікарні; 40022, Україна, м. Суми, вул. Троїцька, 48.



**Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю,  
присвяченої 20-й річниці з дня заснування факультету здоров'я  
та фізичного виховання УжНУ «Сучасні підходи до формування  
професійних компетентностей фахівців фізичної терапії та ерготерапії»  
(17–18 жовтня 2019 р., м. Ужгород)**

*В.І. Чебан, Л.Г. Чебан\**

**Реалізація стандарту професійної підготовки фахівців  
з фізичної терапії в Україні та європейський досвід**

**ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»  
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича\***

Для реалізації євроінтеграційного вектору розвитку сучасного українського суспільства, оптимізації новітніх позитивних тенденцій у закладах вищої освіти України з метою удосконалення фахової підготовки фізичних терапевтів/фахівців фізичної реабілітації відповідно до Стандарту вищої освіти України для спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», галузь знань 22 «Охорона здоров'я», адаптації національного освітнього процесу до найкращих європейських стандартів – необхідне вивчення та узагальнення міжнародного досвіду, урахування здобутків освітніх систем європейських країн, що сприятиме розвитку галузі фізичної реабілітації в Україні відповідно до національних потреб та для покращання популяційного здоров'я.

З метою дослідження питання професійної підготовки фахівців з фізичної реабілітації в країнах Євросоюзу проведено аналіз особливостей освітнього процесу із зазначеного фаху, основні підходи до системи підготовки професійних кадрів з фізичної реабілітації (фізичної терапії) у Польщі, зміст професійної підготовки бакалаврів і магістрів фізичної реабілітації (фізичної терапії) у вищих навчальних закладах Австрії та у Великій Британії.

Встановлено, що підготовку фахівців з фізичної терапії (фізичної реабілітації) у Польщі здійснюють академії фізичного виховання, медичні навчальні заклади та державні коледжі й університети. Навчання триває 3–3,5 років (перший цикл) і закінчується присвоєнням ступеня бакалавра з фізіотерапії. Випускники, які продовжують навчання, отримують ступінь магістра, що присвоюється після закінчення 5–6 років навчання в університеті, або через 2–2,5 років додаткового навчання на здобуття ступеня магістра. У документах Польського товариства фізіотерапії зазначено, що фахівець з фізичної терапії працює в галузі охорони здоров'я на засадах професійного партнерства з лікарем – фахівцем з медичної реабілітації. Головна рада з питань зайнятості населення Польщі дає роз'яснення, що умовою професійної роботи за фахом “фізична терапія” є вища освіта за напрямом “Фізіотерапія”. Магістр за фахом “фізіотерапія/фізична реабілітація”, який здобув спеціалізацію “зміцнення здоров'я та оздоровча освіта”, може працювати спеціалістом в галузі охорони здоров'я та оздоровчої освіти. Професійний статус фізичних терапевтів у Польщі належить до компетенції галузі охорони здоров'я і є медичною професією. Професійна підготовка фахівців з фізичної терапії у вищих навчальних закладах Польщі здійснюється згідно з Державним освітнім стандартом за напрямом підготовки “Фізіотерапія”. Для отримання кваліфікації бакалавра навчання повинно тривати не менше шести семестрів; загальна кількість навчальних годин повинна бути не менше 2900; кількість кредитів ECTS – не менше 180. Перелік фундаментальних дисциплін, в основному, збігається із вітчизняним. Базовий навчальний стандарт дворічної підготовки за освітньо-кваліфікаційним рівнем магістр фізіотерапії включає загальну кількість навчальних годин – не менше 1700; кількість кредитів ECTS – не менше 120. Принципи та місця проведення практики встановлює кожен вуз індивідуально. Написання магістерської роботи та підготовка до державного іспиту включає 20 кредитів ECTS.

Отже, система підготовки фахівців з фізичної терапії у Польщі враховує мету і принципи Болонського процесу. В рамках ціложиттєвого навчання з фізіотерапії, яку пропагує Світова конфедерація фізичної терапії, підвищити свою кваліфікацію після завершення навчання і початку професійної діяльності можна посередництвом спеціалізованих курсів, зокрема, Центр післядипломної освіти пропонує закінчити курси з фізіотерапії: фізіотерапевтичні методи в неврології, ортопедії, педіатрії, спортивній реабілітації. По закінченні навчання видаються сертифікати, підписані Польським товариством фізіотерапії та міжнародними асоціаціями (IPNFA, IBITA, EBTA, OMI Syriax), які дають право для роботи та проведення наукових досліджень за межами країни.

Аналіз джерел наукової літератури щодо змісту професійної підготовки фахівців з фізичної реабілітації у вищих навчальних закладах Австрії свідчить, що відповідальним за законодавче забезпечення навчання та професійної діяльності фізичних терапевтів є Федеральне міністерство у справах здоров'я, сім'ї та молоді. Специфічна особливість системи вищої освіти австрійських університетів полягає в тому, що студентам надається повна самостійність. Вони самостійно формують свій розклад, обирають необхідні предмети, викладачів, тематику наукових робіт та екзаменаторів, тривалість бакалаврських програм не є жорстко фіксованою. Програму, розраховану на 3 роки, студент може засвоювати протягом 4–4,5 років, і це не вважається академічною заборгованістю. Бакалаврські програми для навчання в інститутах (коледжах), вищих спеціальних школах (Fachhochschule) та університетах Австрії розраховані на шість семестрів. Навчання бакалаврів завершується

захистом наукової роботи та складанням іспиту, за результатами яких випускнику присвоюється ступінь бакалавра, і видається відповідний диплом. Магістерські програми вищої освіти в Австрії призначені для тих, хто хоче вдосконалити свої знання в конкретній вузькій спеціальності. Академічні програми такого типу є в усіх університетах і більшості вищих спеціальних шкіл. Тривалість магістерських програм становить 2 роки (4 семестри, 120 кредитів ECTS). Кількість навчальних курсів підготовки бакалавра фізичної терапії у вищих навчальних закладах Австрії протягом семестру становить в середньому 14 дисциплін, з них дисципліни соціально-гуманітарної підготовки складають 20%, фундаментальної та загальноекономічної підготовки – 30%, а професійної та практичної підготовки – 50%. Стажування майбутніх бакалаврів фізичної терапії триває від 1290 год. до 1410 год. і може бути в кожному семестрі, починаючи з II–III семестрів. До формування компетенцій бакалаврів фізичної терапії відносять технічні й методологічні навички, соціально-комунікативні та академічні навички. Фізичні реабілітологи беруть участь у професійному дискурсі у складі міждисциплінарної команди з іншими фахівцями. Після завершення навчання вони засвоюють етичні норми професійної поведінки, які дозволяють спрямовувати свої дії й поведінку в медичному та соціальному контекстах. Клінічними галузями, у яких працює фізіотерапевт є медицина праці, ортопедія, травматологія, внутрішні хвороби, пульмонологія, кардіологія, педіатрія, спортивна медицина, неврологія, урологія, проктологія, акушерство, гінекологія, геріатрія, онкологія, паліативна допомога, психіатрія і психосоматика. Бакалаври фізичної реабілітації мають право працювати в лікувально-профілактичних установах, реабілітаційних центрах і клініках, об'єктах спортивної медицини, будинках для громадян похилого віку та інвалідів, центрах для інвалідів і займатися приватною практикою або продовжити навчання в магістратурі в галузі медицини. Термін навчання в магістратурі університетів Австрії за програмою фізичної реабілітації (фізичної терапії) становить чотири семестри. Магістерські програми розраховані на повний або неповний робочий день.

Аналіз досвіду підготовки фахівців з фізичної реабілітації у Великій Британії свідчить про певні специфічні особливості професійної підготовки фахівців у галузі фізичної терапії. Британське суспільство є одним із найрозвинутіших серед країн світу щодо забезпечення відповідних умов для повернення до активного життя людей з обмеженими фізичними можливостями, проведення соціальних, юридичних, медичних та фізкультурно-оздоровчих заходів, що сприяють їх адаптації до оточуючого середовища. З'ясовано, що у Великій Британії фахівців з фізичної реабілітації навчають більш ніж у 30 університетах різних видів. Проведений аналіз структури рівнів професійної кваліфікації фахівців з фізичної реабілітації у Великій Британії виявив, що вона охоплює перший ступінь – бакалавра другий – ступінь магістра, вищий – ступінь доктора PhD (Doctor of Philosophy). Програма першого рівня (року навчання) спрямована на формування навичок професійної комунікації, вивчаються соціальні науки, клінічні науки, студенти проходять п'ятиденну фізіотерапевтичну практику. Другий і третій рівні складаються з альтернативних періодів в рамках університету та клінічного середовища. Упродовж останнього року навчання студенти мають можливість для написання власного дослідницького проекту.

Таким чином, результати аналізу системи підготовки фахівців з фізіотерапії у Польщі, Австрії, Великій Британії, зміст їх професійної підготовки та програми стажування, які передбачають постійне поєднання теорії з практичною підготовкою, дають можливість констатувати, що стандарти формування компетентного фахівця, здатного працювати у складі міждисциплінарної команди, можуть бути використаними для реалізації освітніх програм при підготовці фахівців з фізичної реабілітації в університетах України.

*М.А. Ковач, К.В. Бабич*

### **Міжсекторальний підхід в громадському здоров'ї**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет»**

У новій європейській політиці, викладеній у програмі Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я 2020: основи європейської політики на підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя», головними завданнями визначено перегляд існуючих механізмів управління охороною здоров'я, між секторальна взаємодія, розвиток структур громадського здоров'я, пріоритет надання медико-санітарної допомоги, вплив на провідні чинники ризику: підвищений артеріальний тиск, тютюнокуріння, зловживання алкоголем, ожиріння тощо.

Основними стратегічними пріоритетами є розробка і реалізація дієвої системи охорони громадського здоров'я, формування відповідального ставлення громадян до особистого здоров'я та створення сприятливого для здоров'я середовища на основі міжсекторального підходу.

Застосування в системі розвитку громадського здоров'я принципу міжсекторальної взаємодії є основним елементом формування, як індивідуального, так і суспільного здоров'я.

Особливістю міжсекторального управлінського підходу у сфері суспільного здоров'я є таке функціонування системи охорони здоров'я, при якому здійснюється внесення змін у державну політику у всіх секторах із метою сприятливого впливу на здоров'я, поліпшення здоров'я населення, справедливості відносно здоров'я тощо. Адже чималу роль у визначенні середовища функціонування систем охорони здоров'я відіграють освітня, економічна, торговельна, податково-бюджетна політики, у т.ч. транснаціональні політики – охорона навколишнього середовища, безпека дорожнього руху, біологічна безпека та біологічний захист.

Лише за умови між секторальної управлінської взаємодії вдасться досягти реалізації стратегічних пріоритетів України у сфері охорони громадського здоров'я.

Діана Леньо, Діана Морека

## **Глобальні проблеми, які можуть викликати надзвичайні ситуації в громадському здоров'ї**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет»**

Здоров'я населення є однією з найбільших цінностей, необхідною умовою для соціально-економічного розвитку країни. Збереження здоров'я та забезпечення повноцінного життя людей, забезпечення максимальних показників здоров'я і благополуччя населення є одними з найважливіших цілей світової спільноти. Досягнення цих цілей на національному рівні є можливим, серед іншого, завдяки належно побудованій і розвиненій системі громадського здоров'я як сукупності суб'єктів публічного та не публічного сектора (в тому числі органів державної влади, органів місцевого самоврядування, міжнародних організацій, фізичних та юридичних осіб), які здійснюють різноманітні заходи, спрямовані на зміцнення здоров'я населення, запобігання тривалості життя.

### **1. Атмосферне забруднення та зміни клімату**

Близько 90% смертей від атмосферного забруднення припадає на країни з низьким чи середнім рівнем доходів, де високі рівні викидів промисловості. Мікрочастинки в повітрі здатні проникати в дихальну та серцево-судинну системи, вони пошкоджують легені, серце та мозок.

### **2. Неінфекційні захворювання**

Неінфекційні захворювання, такі як діабет, рак та хвороби серця, загалом є причиною більше 70% смертей у всьому світі, у віці від 30 до 69 років. Зростання числа захворювань зумовлена:

- палінням;
- відсутністю фізичної активності;
- надмірним вживанням алкоголю;
- нездоровим харчуванням;
- забрудненням повітря.

### **3. Глобальна пандемія грипу**

Людство неодмінно знову зіштовхується з пандемією грипу, невідома лише точна дата і наскільки загрозовим буде цей спалах. Його викличе новий вірус, проти якого у людства ще немає імунітету або ж він зовсім мізерний.

### **4. Не прийнятні умови проживання**

Більше 1,5 млрд людей (22% населення планети) живуть в умовах затьняної кризи, спричиненої такими проблемами, як засуха, голод, воєнні конфлікти та масова міграція.

### **5. Стійкість до антибіотиків**

Розробка антибіотиків, противірусних та протималарійних препаратів – найважливіше досягнення сучасної медицини. Щороку зростає стійкість бактерій, паразитів, вірусів та грибків до цих препаратів.

### **6. Слабка система охорони здоров'я**

Багато країн не можуть відкрити адекватні заклади первинно медико-санаторної допомоги. Це викликано нестачею ресурсів у країнах з низьким рівнем доходів.

### **7. Спротив вакцинації**

Нерішучість щодо вакцинації чи пряма відмова від неї загрожує звести нанівець увесь прогрес, який був досягнутий у боротьбі з захворюваннями, які можна попередити за допомогою щеплень.

М.І. Йовбак, Г.В. Дудаш

## **Методичні підходи до зміцнення здоров'я та профілактика хвороб в системі громадського здоров'я**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет»**

Здоров'я – це найважливіший, неоціненний ресурс суспільства. Здоров'я і благополуччя є ключовим фактором економічного і соціального розвитку та є найважливішими не тільки для кожної людини а й для цілої країни. Наявність хвороби веде до втрати працездатності, зниження фізичних можливостей і викликає дискомфорт життєдіяльності людей.

Держава має велике значення у наданні якості здоров'я населення, але без активної участі самих людей багато можливостей для зміцнення і захисту здоров'я втрачається. Підтримці здоров'я сприяє доступ до освіти, повноцінне працевлаштування, наявність гідної заробітної плати. Надалі почали стрімко зростати хронічні захворювання та психічні розлади, недостатній рівень соціальної згуртованості, екологічні загрози і фінансова невизначеність, які дуже ускладнюють роботу з покращення здоров'я.

Однією з основних складових усіх профілактичних заходів є формування в населення медичних знань й установок на здоровий спосіб життя. Профілактичні заходи мають проводитися на різних рівнях із залученням із усіх галузей охорони здоров'я.

У системі профілактики захворювань пріоритетна роль належить первинній профілактиці системі заходів попередження дії чинників ризику розвитку захворювань, яка містить у собі поведінкові та медичні ризики для здоров'я, вакцинацію, раціональний режим праці і відпочинку, якісне харчування, фізичну активність, зниження нервово емоційного напруження, виробництво і закупівлю спеціального харчування для хворих на рідкісні захворювання, охорону довкілля.

До профілактики також належить індивідуальна профілактика, яку здійснює сама людина, а також забезпечення високого рівня громадського здоров'я за рахунок покращення умов праці і відпочинку, житлових і побутових умов, зростання матеріального добробуту, розширення якості і асортименту продуктів харчування, розвитку охорони здоров'я, освіти і культури, поширення фізичної культури.

Загальновідомо, що профілактика захворювань у 2,7 рази менш затратна, ніж лікування хворих. При цьому здоровий спосіб життя населення у 5 разів ефективніший, ніж лікувально-діагностична діяльність галузі охорони здоров'я, пов'язана із збереженням та зміцненням здоров'я населення.

Взірцем визнання актуальності профілактики, правильного розуміння її суті й принципів реалізації є Глобальний план дій з профілактики неінфекційних захворювань і боротьби з ними на 2013–2020 роки, прийнятий на 66-й сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я. Його метою є зниження тягаря хвороб, смертності й інвалідності, спричинених хронічними неінфекційними хворобами, які піддаються профілактиці, за рахунок міжсекторального співробітництва (на національному, регіональному та глобальному рівнях), щоб населення досягнуло найвищих стандартів здоров'я.

*В.Ю. Орос, Е.М. Довганич*

### **Комунікації в системі громадського здоров'я: за даними основних оперативних функцій**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

Комунікація у сфері охорони здоров'я спрямована на підвищення медикосанітарної грамотності та поліпшення здоров'я окремих громадян і населення загалом. Вона є мистецтвом і технікою інформування, здійснення та впливу і створення мотивації індивідів, аудиторії, організації щодо важливих питань детермінант (чинників) здоров'я. Комунікація покликана також розширювати можливості для доступу, розуміння і використання інформації з метою зниження ризику виникнення і профілактики хвороб, зміцнення здоров'я, орієнтування в послугах охорони здоров'я та користування ними, просування заходів політики у сфері охорони здоров'я та підвищення добробуту, якості життя та покращення здоров'я людей всередині спільноти.

Комунікація з питань здоров'я охоплює низку сфер, у тому числі журналістику, сферу розваг, освіту, міжособистісне спілкування, інформаційно – роз'яснювальну діяльність у ЗМІ, комунікацію на рівні організації, комунікацію щодо ризиків і періоди криз, соціальну комунікацію і соціальний маркетинг. Вона може мати різні форми, такі як мультимедійні й інтерактивні (в тому числі мобільні та онлайніві) комунікації, а також більш традиційні комунікації з використанням різних каналів залежно від культурних особливостей того чи іншого суспільства (міжособистісне спілкування, масові канали або такі, що охоплюють лише невеликі групи, радіо, телебачення, газети, блоги, дошки оголошень, обмін відеоматеріалами, повідомлення на мобільні телефони й онлайн-форми). Комунікація у сфері охорони здоров'я дає суспільству протидіяти активній рекламі шкідливої продукції (наприклад тютюну) і нездорових способів життя. Вона є діяльністю з двохстороннього обміну інформацією, яка вимагає вміння слухати, збирати інформацію і з'ясувати, як люди сприймають і формують повідомлення щодо здоров'я, з тим що передавати інформацію в більш доступній і переконливій формі. Елементом комунікації у сфері громадського здоров'я також є прозорість, необхідна суспільству для розуміння того, про що йдеться і що робиться від його імені.

- Надання комунікації у сфері охорони здоров'я стратегічного і систематичного характеру з врахуванням особливостей і сприйняття і потреб різних аудиторій по усьому соціальному градієнту.

- Комунікація щодо ризиків.

- Інформований діалог між різними аудиторіями щодо використання доступних форматів і каналів спілкування.

- Інформаційно-роз'яснювальна робота (адвокація), спрямована на розробку і реалізацію політики і врахування інтересів здоров'я, а також на оздоровлення довкілля – по всіх державних секторах (урахування здоров'я у всіх стратегіях).

- Навчання кадрів з питань комунікацій у сфері громадського здоров'я і нарощування відповідного організаційного-кадрового потенціалу.

- Оцінювання комунікацій у сфері громадського здоров'я.

- Обмін досвідом між країнами.

- Фактичні дані на підтримку інформаційно-роз'яснювальної роботи.

- Комунікація щодо варіантів формування політики.

*Примітка.* У статтях та матеріалах конференції 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 Міністерства охорони здоров'я 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 Міністерства охорони здоров'я 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***

***Міністерства охорони здоров'я України»***

***П.С. Мельник***

**РЕДАКЦІЯ ЖУРНАЛУ «ЕКОНОМІКА І ПРАВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»  
ЗАПРОШУЄ АВТОРІВ ДО АКТИВНОЇ СПІВПРАЦІ!**

**Тематична спрямованість журналу:** міжнародний досвід розвитку економіки та права охорони здоров'я, економіка охорони здоров'я, медичне право, розвиток ресурсної бази охорони здоров'я тощо.

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, а також рекламний матеріал (корпоративна інформація).

**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.

- 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 Фармакопеєю (X, XI). 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.

**Редакційна рада**