

ЗАСНОВНИКИ

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

Головний редактор журналу – Слабкий Г.О.

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

Відповідальний редактор – Ситенко О.Р.

Літературні редактори – Ратаніна О.М., Шумило О.В.

Дизайн і верстка – Кривенко Є.М.

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

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Голова редакційної колегії Лехан В.М.

Болдижар О.О.
Вороненко Ю.В.
Гойда Н.Г.
Голованова І.А.
Голубчиков М.В.

Грузева Т.С.
Децик О.З.
Карамзіна Л.А.
Ковальова О.М.
Котуза А.С.

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

Сайдакова Н.О.
Фера О.В.
Чепелєвська Л.А.
Чопей І.В.
Шатило В.Й.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Голова редакційної ради Запорожан В.М. (Одеса)

Авраменко О.І. (Київ)
Бояр І. (Польща)
Дудіна О.О. (Київ)
Дудник С.В. (Київ)
Жилка Н.Я. (Київ)
Клименко В.І. (Запоріжжя)

Коваленко О.С. (Київ)
Кудренко М.В. (Київ)
Лашкул З.В. (Запоріжжя)
Лобас В.М. (Красний Лиман)
Майоров О.Ю. (Харків)
Матюха Л.Ф. (Київ)

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

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

Журнал включено до Переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук (наказ Міністерства освіти і науки України від 12.05.2015 р. № 528).
Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
Протокол № 11 від 30.11.2016 р.

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

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 21116-10916ПР від 24.12.2014 р.
Підписано до друку 7 грудня 2016 р. Загальний наклад 100 прим. Зам. № 3952/2017

Видавець:

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

Видавник:

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

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

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

FOUNDERS

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

Chief Editor – Slabkiy G.O.

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

Executive Editor – Sytenko O.R.

Literary Editors – Ratanina O.M., Shumylo O.V.

Design and layout – Kryvenko Ye.M.

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

EDITORIAL COLLEGIUM

Chairman of the Editorial Collegium Lekhan V.M.

Boldyzh O.O.
Voronenko Yu.V.
Hoida N.G.
Golovanova I.A.
Golubchikov M.V.

Gruzieva T.S.
Detsyk O.Z.
Karamzina L.A.
Kovaliova O.M.
Kotuz A.S.

Lysak V.P.
Liubnets O.V.
Melnyk P.S.
Nahorna A.M.
Rogach I.M.

Saidakova N.O.
Fera O.V.
Chepelevska L.A.
Chopey I.V.
Shatylo V.Y.

EDITORIAL BOARD

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

Avramenko O.I. (Kyiv)
Boyar I. (Poland)
Dudina O.O. (Kyiv)
Dudnyk S.V. (Kyiv)
Zhylka N.Ya. (Kyiv)
Klymenko V.I. (Zaporizhzhya)

Kovalenko O.S. (Kyiv)
Kudrenko M.V. (Kyiv)
Lashkul Z.V. (Zaporizhzhya)
Lobas V.M. (Krasniy Lyman)
Maorov O.Yu. (Kharkiv)
Matiukha L.F. (Kyiv)

Medvedovska N.V. (Kyiv)
Myronyuk I.S. (Uzhhorod)
Moiseenko R.O. (Kyiv)
Ovoc A. (Poland)
Ohniev V.A. (Kharkiv)
Ruden V.V. (Lviv)

Sytenko O.R. (Kyiv)
Stanchak J. (Slovak Republic)
Stepanenko A.V. (Kyiv)
Tolstanov O.K. (Kyiv)
Yarosh N.P. (Kyiv)
Yashchenko Yu.B. (Kyiv)

The journal is included in the list of scientific professional publications of Ukraine, where the results of the theses for scientific degrees of doctor and candidate of Sciences can be published (Decree of the Ministry of education and science of Ukraine from 12.05.2015, № 528). It is recommended for print by the Academic Council of the PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine". Protocol № 11 of 30.11.2016.

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

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

Signed for publication on December 7, 2016. The total circulation is 100 copies. Order № 3952/2017

Editor:

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

Publisher:

"SEA NP "Kolomitsyn V.Yu."

Certificate of State registration B02 № 257914 from 09.12.2002

Printed in MEC "Medinform"

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

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

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

ЗМІСТ

СТАТТІ УЧАСНИКІВ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ «МЕДИЧНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ДЕРЖАВИ – ВАЖЛИВА СКЛАДОВА НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ. НАУКОВО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ ЙОГО ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ»

Сердюк А.М., Скалецький Ю.М.
Біологічна безпека України:
реалії та проблеми 7

*Бадюк М.І., Середа І.К.,
Микита О.О., Ковида Д.В., Жупан Б.Б.*
Оптимізація медичної допомоги у військових
підрозділах і частинах тактичного рівня
Збройних Сил України в сучасних умовах 13

*Бадюк М.І., Рудинська С.М.,
Микита О.О., Фурдик В.Д., Ковида Д.В.*
Обґрунтування організації підготовки
військовослужбовців із надання домедичної
допомоги у Збройних Силах України 18

Тодоров І.Я., Тодорова Н.Ю.
Психологічна мобілізація українського
суспільства як чинник відновлення
суверенітету України 24

Голованова І.А., Краснова О.І., Краснов О.Г.
Медичне забезпечення військових частин
Збройних Сил України в умовах
антитерористичної операції 33

Кальниш В.В., Пишинов Г.Ю., Варивончик Д.В.
Актуальні проблеми психофізіологічного
стану учасників бойових дій 37

Ладик–Бризгалова А.К.
Посттравматичні психічні порушення
та суїцидальна поведінка
в учасників бойових дій 44

Бадюк М.І., Ковида Д.В., Сокирко Д.М.
Особливості організації лікувально-
евакуаційного забезпечення Державної
прикордонної служби України в умовах
ведення збройного конфлікту 50

*Завалко Ю.М., Кутько І.І.,
Андрейко М.Ф., Єрчкова Н.О.*
Структура розладів психіки в учасників АТО
(пілотне дослідження на клінічному матеріалі
стаціонарних хворих) 54

Леськів Б.Б., Шевченко С.І.
Дворічний досвід лікування та медичної
реабілітації учасників антитерористичної операції
у лікувально-профілактичних закладах
загальної мережі Житомирської області 58

Лівінський В.Г.
Обґрунтування нового механізму
використання системи цивільної охорони
здоров'я для лікування поранених і хворих
військовослужбовців шляхом створення
тимчасових функціональних об'єднань 63

Пішель В.Я., Полив'яна М.Ю., Гузенко К.В.
Посттравматичний стресовий розлад
та розлади адаптації в учасників АТО:
клініко-соціальна характеристика
та практика психофармакотерапії 69

Сердюк В.Н., Устименко С.Б., Головкин В.В.
Особенности оказания офтальмохирургической
помощи больным с травмами глаз, полученными
во время боевых действий в зоне АТО 74

Плужнікова Т.В.
Волонтерський загін Української
медичної стоматологічної академії м. Полтави
як медичний потенціал держави 78

Жаховський В.О.
Єдиний медичний простір як елемент
формування медичного потенціалу держави 82

*Сердюк О.І., Короп О.А.,
Зайцев О.М., Просоленко Н.В.*
Організація надання медичної допомоги
внутрішньо переміщеним особам
у Харківському регіоні 87

*Трихліб В.І., Литовка С.Л.,
Моргун С.О., Остапенко В.М.,
Третьяков М.О., Ткачук С.І., Котюк Л.В.*
Вплив метеорологічних факторів,
циркулюючих збудників на рівень
захворюваності гострими респіраторними
захворюваннями у військовослужбовців 94

Алиев С.П., Сапарова Н.Х., Саидов Х.М.
Еколого-епидемиологический анализ условий,
влияющих на распространение и восстановление
местной передачи малярии в Таджикистане 103

Гребняк М.П., Федорченко Р.А.
Медичний менеджмент шахтарів –
основа трудового потенціалу держави 107

<i>Дудник С.В.</i> Детермінанти малюкової смертності залежно від статі та місця мешкання 113	<i>Сізінцева Ю.Ю.</i> Документація медичного закладу як складова доказування при розслідуванні злочинів 184
<i>Качур О.Ю.</i> Оцінка організаторами охорони здоров'я стану та перспектив розвитку променевої діагностики у закладах охорони здоров'я вторинного рівня 122	<i>Скрип В.В.</i> Оперативні політики як перешкоди на шляху автономізації закладів охорони здоров'я та можливі шляхи усунення таких політик 189
<i>Керецман А.О.</i> Обсяг і структура втрачених років потенційного життя від хвороб органів травлення у Закарпатській області 127	<i>Слабкий Г.О., Дудіна О.О., Габорець Ю.Ю.</i> Регіоналізація перинатальної допомоги – важливий чинник забезпечення національної безпеки країни 196
<i>Клітинська О.В., Васько А.А.</i> Удосконалення алгоритму діагностики каріозних уражень твердих тканин зубів 134	<i>Федосюк Р.М.</i> Концептуальна модель стартового пакету з безпеки пацієнтів для служби анестезіології України 205
<i>Лехан В.М., Крячкова Л.В., Борвінко Е.В.</i> Яким повинен бути сучасний управлінець у сфері охорони здоров'я 139	<i>Ходор О.Є.</i> Поліпшення медичного потенціалу держави шляхом створення комп'ютерних програм для моніторингу ринку праці 213
<i>Лисак В.П.</i> Смертність дорослого населення Полтавської області внаслідок хвороб ендокринної системи 146	<i>Чепелевська Л.А., Дзюба О.М., Кручаниця В.В.</i> Регіональні особливості смертності населення України від фіброзу і цирозу печінки та алкогольної хвороби печінки 218
<i>Лобас М.В.</i> Рівень фінансування охорони здоров'я як чинник забезпечення якісної медичної допомоги сільському населенню 150	<i>Чепелевська Л.А., Слабкий В.Г.</i> Тенденції смертності населення України від хвороб органів травлення: регіональні особливості 225
<i>Микита Х.І., Рогач І.М.</i> Оцінка фізичного розвитку дітей шкільного віку м. Ужгорода в динаміці за 1995–2015 роки 157	<i>Чугрієв А.М.</i> Управління запасами компонентів крові: реалії та перспективи в Україні 231
<i>Миرونюк І.С., Мулеса О.Ю., Ніколко М.В.</i> Досвід використання методу експертних оцінок для визначення окремих видів втрат продуктивного робочого часу медичних працівників регіональних підрозділів служби протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу 164	<i>Шатило В.Й., Яворський П.В., Свиридюк В.З.</i> Сучасні підходи до організації невідкладної допомоги з участю парамедиків в умовах бойових дій і надзвичайних ситуацій 237
<i>Огнев В.А., Помогайбо К.Г.</i> Аналіз та оцінка справжнього рівня поширеності надмірної ваги та ожиріння серед дітей шкільного віку м. Харкова 172	<i>Шафранський В.В.</i> Поліпшення здоров'я для всіх та скорочення нерівності щодо здоров'я як стратегічне завдання політики «Здоров'я – 2020»: аналітичний огляд публікацій ВООЗ 243
<i>Рогач І.М., Смірнов М.М., Погоріляк Р.Ю.</i> Розвиток та організація нейрохірургічної служби Закарпатської області 177	МАТЕРІАЛИ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ 247
<i>Рогач І.М., Погоріляк Р.Ю., Гаджега І.І., Шип Д.Я.</i> Навчання суспільства самота взаємодопомозі як метод оптимізації показників громадського здоров'я 181	

CONTENT

ARTICLES OF PARTICIPANTS OF SCIENTIFIC-AND-PRACTICAL CONFERENCE “MEDICAL POTENTIAL OF THE STATE – AN IMPORTANT COMPONENT OF NATIONAL SECURITY OF UKRAINE. SCIENTIFIC AND ORGANIZATIONAL ASPECTS OF ITS FORMATION AND DEVELOPMENT IN THE CONTEXT OF ANTI-TERRORIST OPERATION”

Serdyuk A.M., Skaletskyy Yu.M.
Biosecurity of Ukraine: realities and challenges 7

*Badiuk M.I., Sereda I.K.,
Mykyta O.O., Kovyda D.V., Zhupan B.B.*
Optimization of medical care in military units and tactical level units of the Armed Forces of Ukraine in modern conditions 13

*Badiuk M.I., Rudynska S.M.,
Mykyta O.O., Furdyk V.D., Kovyda D.V.*
Ground of training provision of premedical aid for soldiers from the Armed Forces of Ukraine 18

Todorov I.Ya., Todorova N.Yu.
Ukrainian society’s psychological mobilization as a factor to restore the sovereignty of Ukraine 24

Golovanova I.A., Krasnova O.I., Krasnov O.G.
Medical providing of military parts of Armed Forces of Ukraine in the conditions of anti-terrorist operation 33

Kalnysh V.V., Pyshnov G.Yu., Varivonchik D.V.
Actual problems of psycho-physiological state of combatants 37

Ladyk–Bryzgalova A.K.
Structure of posttraumatic mental disorders and suicidal behavior of combatants 44

Badiuk M.I., Kovyda D.V., Sokyрко D.M.
Features of medical evacuation support of the State Border Service of Ukraine in conditions of armed conflict 50

*Zavalko Yu.M., Kut’ko I.I.,
Andreyko M.F., Erchkova N.O.*
Structure of disorders of mentality among the participants of the anti-terrorist operation (pilot study on the clinical material of the hospitalized patients) 54

Leskiv B.B., Shevchenko S.I.
Two year experience of treatment and medical rehabilitation of participants of anti-terror operation in medical and preventive establishments of general network of Zhytomyr area 58

Livinsky V.G.
Justification of the new mechanism of the civilian health system use for the treatment of sick and wounded soldiers by creating a temporary functional associations 63

Pishel V.Ya., Polyviana M.Yu., Guzenko K.V.
Posttraumatic stress disorder and adjustment disorders at participants in the ATO: clinical-social characteristic and practice of psychopharmacotherapy 69

Serdiuk V.N., Ustimenko S.B., Golovkyn V.V.
Features ophthalmosurgical providing care to patients with eye injuries sustained during the fighting in the area ATO 74

Pluzhnikova T.V.
Volunteer squad Ukrainian Medical Dental Academy in Poltava as the medical potential of the state 78

Zhakhovsky V.O.
The only medical space as an element formation the medical potential of the state 82

*Serdiuk O.I., Korop O.A.,
Zaitsev O.M., Prosolenko N.V.*
Medical care delivery organization internally displaced persons in Kharkov region 87

*Tryhlib V.I., Lytovka S.L.,
Morhun S.O., Ostapenko V.M.,
Tretyakov M.O., Tkachuk S.I., Kotyuk L.V.*
Influence of meteorological factors, circulating pathogen incidence on the level of morbidity with acute respiratory diseases at servicemen 94

Aliyev S.P., Saparova N.H., Saidov H.M.
Ecological and epidemiological analysis of the conditions that affect the distribution and recovery of local malaria transmission in Tajikistan 103

Grebnyak M.P., Fedorchenko R.A.
Medical management of miners – the basis of labor potential of the State 107

<i>Dudnyk S.V.</i> The determinants of infant mortality in Ukraine according to gender and place of residence	113	<i>Rogach I.M., Pogorilyak R.Yu., Gadzhega I.I., Shyp D.Ya.</i> Education community self-help as a method of optimizing the performance of public health	181
<i>Kachur O.Yu.</i> Evaluation of the condition and prospects of radial diagnostics development in health care institutions of the secondary level by health care organizers	122	<i>Sizintsova Yu.Yu.</i> Documentation medical facility as part of proof the investigation of crimes	184
<i>Keretsman A.O.</i> Scope and structure years of potential life lost from digestive diseases in the Transcarpathian region	127	<i>Skryp V.V.</i> Operational policies as obstacles to autonomying health care institutions and possible ways to eliminate such policies	189
<i>Klitynska O.V., Vasko A.A.</i> Improving diagnosis algorithm damage carious dental hard tissues	134	<i>Slabkiy G.O., Dudina O.O., Gaborets Yu.Yu.</i> Regionalization of perinatal care as an important factor in ensuring the national security of the country	196
<i>Lekhan V.M., Kryachkova L.V., Borvinko E.V.</i> What should be the modern manager in health care	139	<i>Fedosiuk R.M.</i> Conceptual model of the starter kit on patient safety for the anaesthesiology service of Ukraine	205
<i>Lysak V.P.</i> Mortality rate of adult population of Poltava region caused by endocrine system diseases	146	<i>Khodor O.Ye.</i> Improving the health potential of the State by creating computer programs for monitoring the labor market	213
<i>Lobas M.V.</i> The level of funding for health care as a factor in providing qualified medical care to rural population	150	<i>Chepelevska L.A., Dziuba O.M., Kruchanytsia V.V.</i> Regional features of population mortality caused by liver fibrosis and cirrhosis and alcoholic liver disease	218
<i>Mykyta Ch.I., Rohach I.M.</i> Assessment of exercise of school age children Uzhhorod in dynamics in years 1995–2015	157	<i>Chepelevska L.A., Slabkiy V.G.</i> Trends in mortality from digestive diseases in Ukraine: regional statistic features	225
<i>Myronyuk I.S., Mulesa O.Y., Nikolko M.V.</i> Experience in applying expert assessment method for defining specific types of productive time losses of healthcare workers at regional units of HIV/AIDS prevention	164	<i>Chugriyev A.M.</i> Management of the supplies of blood components: realities and prospects in Ukraine	231
<i>Ognev V.A., Pomogajbo K.G.</i> Analysis and evaluation of the real prevalence of overweight and obesity among schoolchildren in Kharkov	172	<i>Shatylo V.Y., Yavorskyi P.V., Svyrydiuk V.S.</i> Modern approaches to organization of first medical aid involving paramedics in combat and emergency situations	237
<i>Rogach I.M., Smirnov M.M., Pohorilyak R.Yu.</i> Development and organization of neurosurgical service of Transcarpathian region	177	<i>Shafranskiy V.V.</i> Better health for all and reduction of inequalities regarding health as strategic task of the policy “Health – 2020”: analytical review of WHO publications	243
		MATERIALS OF PARTICIPANTS OF CONFERENCE	247

УДК 504.054.000.57(477)

А.М. Сердюк, Ю.М. Скалецький

БІОЛОГІЧНА БЕЗПЕКА УКРАЇНИ: РЕАЛІЇ ТА ПРОБЛЕМИ

ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О.М. Марзєєва НАМН України», м. Київ, Україна

Мета – оцінити відповідність стану біобезпеки в Україні сучасним вимогам, запропонувати заходи з її підвищення.**Матеріали:** чинні нормативно-правові акти, міжнародні, національні та щорічні доповіді про стан техногенної та екологічної безпеки, про санітарно-епідемічну ситуацію, тематичні аналітичні матеріали та публікації; **методи:** бібліосемантичний, аналітичний, системного підходу.**Результати.** На основі аналізу тенденцій розвитку і проявів загроз біобезпеці у світі та в Україні запропоновано заходи з формування державної системи боротьби з біоагентами.**Висновки.** Надзвичайна актуальність проблеми біобезпеки для України передбачає невідкладні заходи щодо її формування із залученням, крім МОЗ України, інших міністерств та відомств із використанням потенціалу уже підписаних відповідних міжнародних і міждержавних угод та прийнятих рішень Ради національної безпеки і оборони України.**Ключові слова:** біобезпека, біоагенти, медико-біологічні надзвичайні ситуації, біотероризм, біологічна зброя, біотехнології.**Вступ**

На думку експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), ситуація з хворобами сьогодні як ніколи далека від стабільності. Рівновага у світі мікробів порушена внаслідок зростання чисельності населення, стрімкої урбанізації, інтенсивних методів ведення сільського господарства, погіршення стану довкілля та неправильного застосування протимікробних препаратів. Нові захворювання виникають безпрецедентними в історії темпами – по одній хворобі на рік. Можливості для швидкого міжнародного поширення інфекційних хвороб та їх переносників значно підвищуються завдяки авіації, яка перевозить понад 2 млрд пасажирів на рік [2].

Аналогічні та інші причини створюють на території України сприятливі умови для довготривалого існування природно-вогнищевих інфекцій (туляремії, лептоспірозу, лістеріозу, гарячки КУ, кліщового вірусного енцефаліту), виявлення нових нозологічних форм, що раніше не зустрічалися в країні (вірусних геморагічних гарячок – Кримської, Західного Нілу, Каліфорнійського енцефаліту), а також передумови для швидких змін епідемічної ситуації на окремих територіях, що формує виклики й загрози національній безпеці країни в цілому [9].

Мета роботи – оцінити відповідність стану біобезпеки в Україні сучасним вимогам, запропонувати заходи з її підвищення.

Об'єкт дослідження: система національної безпеки України.

Предмети дослідження: біоагенти і біобезпека в Україні.

Матеріали та методи

Матеріали досліджень: чинні нормативно-правові акти щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення України; національні та щорічні доповіді про стан техногенної безпеки та навколишнього природного середовища, якість питної води та стан питного водопостачання, стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України; доповіді ВООЗ щодо стану охорони здоров'я у світі; аналітичні матеріали та публікації за темою роботи.

Методи: бібліосемантичний, аналітичний, системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення**Ситуація у світі**

Загрози біологічного походження поділяються на ненавмисні та навмисні.

До ненавмисних відносяться:

– розвиток сучасних біотехнологій, неправильне збереження, використання чи переміщення біологічно небезпечних та інших агентів;

– інфекційні захворювання населення, неналежне утримання банків мікроорганізмів, біологічно небезпечних агентів, поява особливо небезпечних інфекцій;

– масові отруєння та захворювання, викликані чинниками, які негативно впливають на здоров'я (неповноцінні чи фальсифіковані продукти харчування, неякісні ліки, забруднена вода тощо);

– інфекційні захворювання сільськогосподарських тварин, поширення шкідників сільськогосподарських рослин;

– відсутність чітких кодексів поведінки при генноінженерній і біотехнологічній діяльності;
– еволюція мікроорганізмів та їх резистентність до антибіотиків.

До навмисних відносяться біотероризм і неналежна комерційна діяльність.

Один із найбільш серйозних викликів біобезпеці (біозахисту) становить пташиний H5N1, H7N9 та свинячий H1N1 (а також: H5N8, H7N3, H7N7...) віруси грипу, пріони, SARS, MERS, Ебола, віспа та поліомієліт, а також резистентні до ліків мікроорганізми (зокрема туберкульозу – M(X)DRTB) тощо.

За розрахунками ВООЗ [2] та окремих авторитетних у світі науковців [8], імовірність виникнення пандемії грипу в першій половині XXI ст. надзвичайно висока.

Поширення нових і повернення колишніх інфекцій у світі привело до бурхливого створення лабораторій для роботи з особливо небезпечними патогенами. Нещодавно створені лабораторії в багатьох країнах Європи, Латинської Америки, Азії та навіть Африки. У США вже працюють чи добудовуються 9 нових BSL4 лабораторій; в Європі – 16; в Африці (Південна Африка і Габон) – 2. Нові BSL4 лабораторії створені в Китаї та Індії; BSL4 лабораторії працюють в Австралії, Японії (у Токіо не працює, але планується створення нової BSL4 лабораторії). Значна кількість діючих BSL3, BSL3+ лабораторій функціонують у Таїланді, Кореї, Лаосі, Аргентині, Кенії. При цьому в Україні немає жодної сертифікованої BSL3, BSL3+ чи BSL4 лабораторії [4].

Одним із прикладів біотероризму є історія 2001 р. з листами зі збудниками сибірки у США [2].

Для світової спільноти вже є аксіомою, що *готовність до боротьби з природними «вибухами» інфекційних захворювань тотожна готовності до боротьби з можливими біоагрозами* (зокрема з біотероризмом). Також вважають, якщо країна не спроможна боротися із «сезонним» грипом, вона не готова боротися з біотероризмом [4].

Ситуація в Україні

Протягом 2015 р. в Україні виникло 59 медико-біологічних надзвичайних ситуацій (НС), що на 40,5% більше, ніж у 2014 р. (42 НС). З них:

- 27 НС спричинені інфекційною захворюваністю людей;
- 13 НС пов'язані з отруєнням людей;
- 19 НС спричинені інфекційною захворюваністю сільськогосподарських тварин.

У 2015 р. порівняно з 2014 р. у 3,8 разу зросла кількість НС, пов'язаних з окремими випадками екзотичних та особливо небезпечних інфекційних захворювань сільськогосподарських тварин – «африканська чума свиней» (АЧС) – 19 НС.

Погіршення соціальної, економічної та екологічної ситуації позначилось на рівні медичної допомоги, стану імунізації та відповідно на рівні інфекційної захворюваності [1].

У цілому зросла кількість випадків масових інфекційних захворювань (рис. 1) [9].

Низька якість, у т.ч. за мікробними показниками, поверхневих і ґрунтових вод, зношеність водопровідних і водовідвідних систем, інших об'єктів привела до підвищення ризику виникнення інфекційних захворювань із водним шляхом передачі.

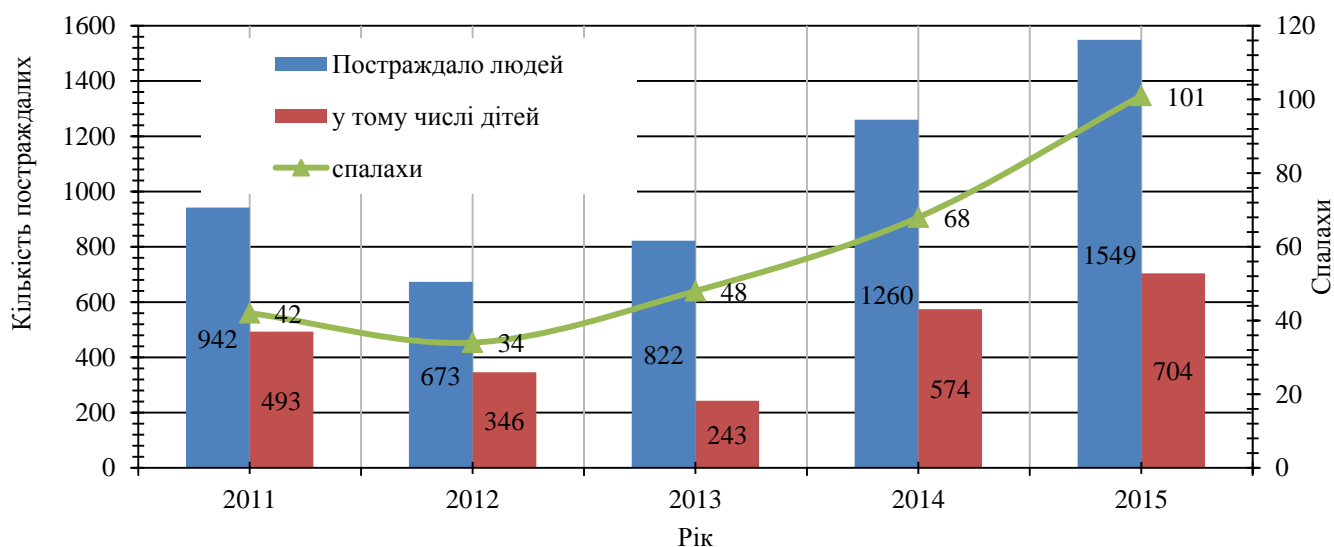


Рис. 1. Кількість спалахів інфекційних захворювань і постраждалих від них в Україні за 2011–2015 рр. (абс.)

Критична ситуація зі станом водопровідних мереж склалася в Луганській області, де проведення невідкладних реноваційних робіт потребували 71%

мереж. У Донецькій та Львівській областях цей показник перевищував 50%. Ще в трьох областях (Кіровоградській, Дніпропетровській та Тернопільській) цей показник

коливався в межах 49–40% [5].

Питома вага нестандартних за бактеріологічними показниками проб питної води, відібраних із джерел централізованого водопостачання, останніми роками мала тенденцію до зростання. Найбільша кількість нестандартних проб питної води з централізованих систем водопостачання виявлена, як і раніше, на сільських водопроводах, найменша – на комунальних (рис. 2) [9].

У 2015 р. питома вага досліджених проб питної води з джерел децентралізованого водопостачання, які не відповідали санітарним вимогам, становила 32,7% за санітарно-хімічними (вище за показники 2014–2013–2012 рр. – відповідно 31,4%–30,4%–29,3%) і 18,0% за бактеріологічними показниками (вище за показники 2014–2013–2012 рр. – відповідно 15,5–16,7–16,2%), (рис. 3) [9].

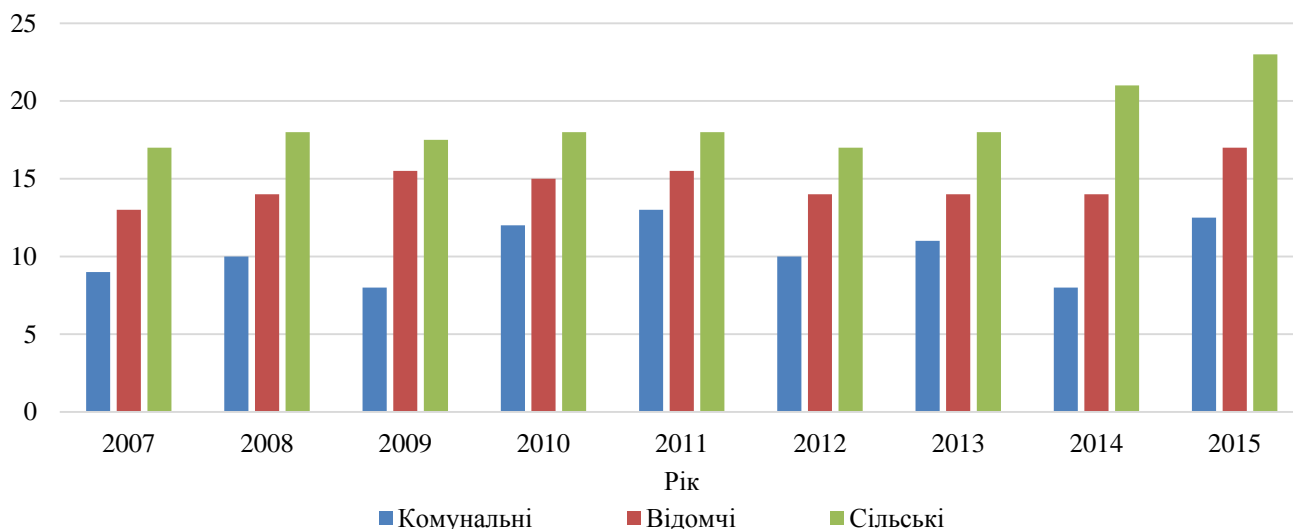


Рис. 2. Питома вага досліджених проб питної води, що не відповідали вимогам Держстандарту за санітарно-бактеріологічними показниками, у 2007–2015 рр. (%)

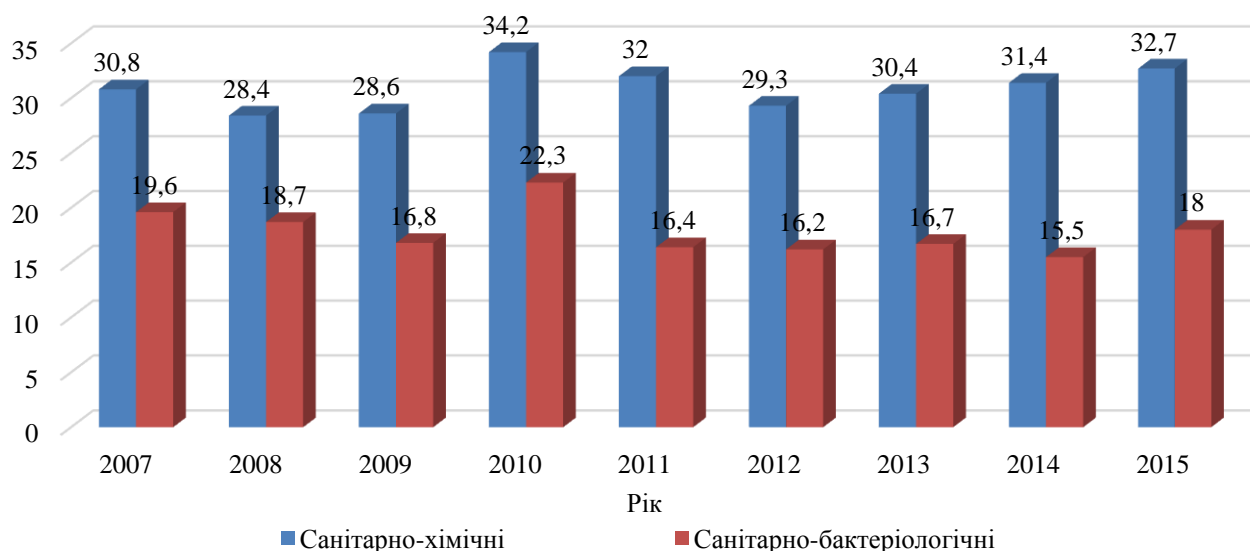


Рис. 3. Питома вага досліджених проб питної води з джерел децентралізованого водопостачання, які не відповідали санітарним нормам за санітарно-хімічними та бактеріологічними показниками, у 2007–2015 рр. (%)

За наведеними даними зрозуміло, чому в Україні високі рівні захворюваності на вірусний гепатит А та інші кишкові інфекції.

З діаграм очевидно, що далеко не від МОЗ України залежить рівень біобезпеки, оскільки системи водопостачання перебувають у сфері відповідальності

інших центральних органів державної влади та місцевих громад.

За даними ВООЗ і ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», у 2014 р. країна увійшла до першої п'ятірки країн світу з найвищим тягарем мультирезистентного туберкульозу. З 2009 р. відмічається тенденція до зростання рівня захворюваності на гепатити В і С [3].

Завдяки географічному положенню Україна була й залишається містком між Європою та Азією, між Північчю та Півднем. Україна має об'єктивні передумови для посилення власної ролі як транзитної держави. У зв'язку з цим постійно зростає кількість осіб, що перетинають кордон країни: щороку це 3,5 млн «заробітчан», 7 млн пасажирів, понад 80 тис. українських моряків, які фрахтуються на іноземні судна, невизначена кількість нелегалів, часто з країн, небезпечних за «карантинними хворобами» (чума, холера, лихоманка Ебола, Ласа та ін., пташиний грип, рота- і норовірусні інфекції тощо). Щорічно до міжнародних морських і річкових пунктів пропуску України прибуває 10–17 тис. суден закордонного плавання, які відвідують різні регіони світу, у т.ч. епіднеблагополучні країни.

На сьогодні існують певні проблеми з реалізацією санітарно-протиепідемічних заходів у підрозділах сил антитерористичної ситуації через специфіку розміщення і бойового застосування цих підрозділів, а також недосконалість нормативної бази та забезпечення підрозділів санітарно-епідеміологічної служби необхідними технічними засобами та розхідними матеріалами [7].

На Сході України існує можливість поширення туляремії, що пов'язано зі зростанням популяції гризунів у місцях тимчасової дислокації військ, на неконтрольованих територіях і на замінованих площах. Можливий також «вихід» сибірки з могильників зараженої худоби, котрих у цьому регіоні понад 200.

Ситуація ускладнюється і тим, що внаслідок російської інтервенції регіональні та численні районні заклади санітарно-епідеміологічної служби залишилися на непідконтрольних Україні територіях.

Величезна всесвітня проблема – внутрішньолікарняні інфекції (ВЛІ). В Європейському Союзі щорічно фіксується до 5 млн випадків ВЛІ. З них 100 тис. закінчуються смертю пацієнта. Кошти на лікування інфекцій та їх ускладнень сягають 7,5 млрд євро. За оцінками експертів, показник інфікування ВЛІ оцінюється від 5% до 15% госпіталізованих пацієнтів. Близько 20–30% ВЛІ – екзогенного походження, а це означає, що збудники інфекцій занесені пацієнтам ззовні. Ключову роль при перенесенні мікроорганізмів відіграє забрудненість рук медичного персоналу. На жаль, в Україні робота в цьому напрямі лише започатковується [6].

Держава приділяє певну увагу проблемам біобезпеки, про що свідчить ряд засідань Ради національної безпеки і оборони (РНБО) України у 2004, 2007, 2009 рр. Її рішення затверджені указами Президента України. При РНБО України утворена Комісія з біобезпеки і біологічного захисту. Однак прийняті

рішення, у т.ч. щодо створення Національного центру біотехнологій, не виконуються.

Слід зазначити, що з 1991 р. система біобезпеки в Україні лише деградувала. На недопустимо тривалий час затяглася реформа санітарно-епідеміологічної служби.

У 2005 р. США виступили ініціатором створення системи боротьби з біоагентами в Україні. Була підписана угода між Міністерством оборони США і МОЗ України, до якої потім приєдналися Мінагрополітики України. Згідно з угодою, США зобов'язувалися побудувати дві референс-лабораторії BSL3+ рівня біобезпеки вартістю близько 200 млн доларів і підвищити рівень обласних санітарно-епідеміологічних та ветеринарних станцій. На жаль, угода не виконується.

В Україні відсутня інтегрована міжвідомча мережа лабораторій для моніторингу можливих загроз біологічного походження. З усіх понад 20 лабораторій особливо небезпечних інфекцій відносно сучасні лише дві – у Києві та Одесі. Немає вірусологічних лабораторій, що мають дозвіл на роботу з вірусами 1-ї групи патогенності. Рівень підготовки кадрів не відповідає викликам сьогодення.

Відтак, при виникненні особливо небезпечної інфекції в Україні населення залишається значною мірою незахищеним.

Таким чином, у країні фактично немає системи швидкого реагування в разі виникнення біологічних загроз.

Для поліпшення системи протидії біотероризму необхідно:

- прийняти закон, який би регулював оптимальні дії та співпрацю різних рівнів влади і служб у разі біотерористичної атаки;

- розширити вітчизняне виробництво антибактерійних, противірусних та імунобіологічних препаратів, а також патогенетичних засобів інтенсивної терапії;

- налагодити виробництво нових ефективних засобів імуноферментної, імунофлюоресцентної та молекулярно-біологічної діагностики інфекційних хвороб;

- створити систему страхових запасів засобів біологічного захисту, забезпечення закладів охорони здоров'я імунобіологічними і діагностичними відповідними препаратами, антидотами, лікарськими засобами;

- підвищити персональну та корпоративну відповідальність за порушення правил обліку, використання, зберігання, транспортування проб чи колективних взірців штамів особливо небезпечних інфекцій, неприйняття заходів з їх утилізації.

Україні потрібно в стислі терміни опрацювати цільову Державну програму з біобезпеки і біозахисту. Координатором має виступити (і вже виступає) згадана міжвідомча комісія з біологічної безпеки. Доцільно також створити національний центр сучасних біотехнологій для забезпечення вакцинами, імунодіагностиками, антидотами тощо.

З урахуванням вищенаведеного основи державної

політики в біологічній безпеці повинні включати:

- створення державної системи біологічної та генетичної безпеки, що передбачає прогнозування, попередження і ліквідацію загроз та їх наслідків;
- відповідність завдань державної системи біобезпеки потребам і економічним можливостям країни;
- пріоритетне забезпечення охорони життя і здоров'я людей на території України;
- визначення мети, головних принципів, пріоритетних напрямів, завдань і заходів у біологічній безпеці особистості, суспільства і держави, а також механізмів та етапів реалізації державної політики;
- системні підходи до оцінки біологічних загроз і міжгалузевої взаємодії при їх профілактиці чи ліквідації;
- розробка проектів законів, інших нормативно-правових актів, їх гармонізація з нормами міжнародного права, міжнародними договорами та угодами, стороною яких є Україна;
- зниження до мінімально прийняттого рівня ризику впливу небезпечних факторів на населення, виробничу та соціальну інфраструктуру та екологічні системи;
- оснащення сучасним обладнанням і методиками (у т.ч. експрес-методами) контрольних і наглядових органів для індикації та контролю за вмістом токсичних матеріалів, патогенних мікроорганізмів і екопатогенів у довкіллі, продуктах харчування та лікарських засобах;
- пріоритетне забезпечення захищеності важливих хімічних, радіологічних і біологічних об'єктів виробничої та соціальної інфраструктури;
- розвиток фундаментальних і прикладних наук, технологій і техніки, інформаційних і прогнозно-аналітичних систем із забезпечення біологічної, у т.ч. генетичної безпеки;

– раціональне поєднання інтересів та взаємовідповідальності особистості, суспільства і держави.

Чи не найголовніше в плані біологічної безпеки – активна робота в галузі охорони здоров'я, насамперед центрів громадського здоров'я, а також Державної служби України з надзвичайних ситуацій, Мінрегіонбуду, Міноборони, Держпродспоживслужби, МОЗ, відповідних інститутів НАН України, НАМН України та НААН України.

Висновки

Зважаючи на нестабільну ситуацію з інфекційною захворюваністю у світі, значні транспортні та людські потоки територією України, у т.ч. з епіднеблагополучних країн, недосконалість державної системи попередження біобезпек, погіршення епідеміологічної ситуації на сході країни через воєнну інтервенцію Росії, проблема біобезпеки для України залишається надзвичайно актуальною.

Попри важливу роль МОЗ України у формуванні державної політики у сфері біологічної безпеки, належна реалізація цієї політики без заінтересованої участі в цій справі Мінрегіонбуду, Міноборони, Державної служби України з надзвичайних ситуацій, Держпродспоживслужби, інших міністерств і відомств, галузевих академій наук та місцевих громад неможлива.

Значний резерв підвищення біобезпеки як важливої складової національної безпеки міститься в підписаних відповідних міжнародних конвенціях і міждержавних угодах, прийнятих рішеннях РНБО України, поліпшенні взаємодії по горизонталі органів державної влади у цій сфері.

Література

1. *Аналітичний огляд стану техногенної та природної безпеки в Україні за 2015 рік.* – Київ : ДСНС, 2016. – 356 с.
2. *Более безопасное будущее: глобальная безопасность в области общественного здравоохранения в XXI веке : Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2007 г.* – Женева : ВОЗ, 2007. – 69 с.
3. *Епідеміологічні аспекти соціально значущих інфекцій / Т. А. Сергєєва, Ю. В. Круглов, О. В. Максименко [та ін.] // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія.* – 2016. – № 4 (93). – С. 18–28.
4. *Комісаренко С. В.* Біозагрози і біобезпека в зоні АТО та за її межами / С. В. Комісаренко // *Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти* : зб. наук. статей / за заг. ред. академіків НАН України Цимбалюка В.І. і Сердюка А.М. – Київ : ДП «НВЦ «Пріоритети», 2016. – 315 с.
5. *Національна доповідь про якість питної води та стан питного водопостачання в Україні у 2012 році.* – Київ : ДП «НДКТИ МГ», 2013. – 450 с.
6. *Питання безпеки пацієнтів у системі забезпечення якості надання медичної допомоги / А. М. Сердюк, М. М. Риган, О. М. Науменко [та ін.] // Лікарська справа (журнал).* – Рукопис.
7. *Проблемні питання протиепідемічного забезпечення військ, залучених до виконання завдань в районі проведення АТО, та шляхи їх вирішення / С. Л. Литовка, А. В. Рожков, І. П. Дядюк, О. В. Луценко // Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти* : зб. наук. статей / за заг. ред. академіків НАН України Цимбалюка В.І. і Сердюка А.М. – Київ : ДП «НВЦ «Пріоритети», 2016. – 315 с.

8. Смил В. Глобальные катастрофы и тренды: Следующие 50 лет / В. Смил. – Москва : АСТ-ПРЕСС КНИГА, 2012. – 368 с.
9. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. В. В. Шафранського ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 452 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.11.2016 р.

Биологическая безопасность Украины: реалии и проблемы

А.М. Сердюк, Ю.Н. Скалецкий

ГУ «Институт общественного здоровья имени
А.Н. Марзеева НАМН Украины», г. Киев, Украина

Цель – оценить соответствие состояния биобезопасности в Украине современным требованиям, предложить меры по ее повышению.

Материалы: действующие нормативно-правовые акты, международные, национальные и ежегодные доклады о состоянии техногенной и экологической безопасности, о санитарно-эпидемиологической ситуации, тематические аналитические материалы и публикации; **методы:** библиосемантический, аналитический, системного подхода.

Результаты. На основе анализа тенденций развития и проявлений угроз биобезопасности в мире и в Украине предложены меры по формированию государственной системы борьбы с биоугрозами.

Выводы. Чрезвычайная актуальность проблемы биобезопасности для Украины предусматривает неотложные меры по ее формированию с привлечением, кроме МЗ Украины, других министерств и ведомств с использованием потенциала уже подписанных соответствующих международных и межгосударственных соглашений и принятых решений Совета национальной безопасности и обороны Украины.

Ключевые слова: биобезопасность, биоугрозы, медико-биологические чрезвычайные ситуации, биотерроризм, биологическое оружие, биотехнологии.

Biosecurity of Ukraine: realities and challenges

A.M. Serdyuk, Yu.M. Skaletsky

SI “O.M. Marzeiev Institute for Public Health
of the NAMS of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Purpose assess the compliance status of biosafety in Ukraine modern requirements, to propose measures for its improvement.

Materials: valid regulations, international, national and annual reports on the state of technological and environmental safety, the sanitary-epidemiological situation, case analyzes and publications; **methods:** bibliosemantyc, analytical, systematic approach.

Results. In this paper, by analyzing trends and threats biosafety manifestations in the world and the problems in this sphere in Ukraine proposed measures on formation of the state of the anti-Biothreats.

Conclusions. The extreme urgency of biosafety Ukraine provides for urgent measures for its formation involving Health Ministry of Ukraine in addition to other ministries and agencies involving the potential already signed relevant international and intergovernmental agreements and decisions of the NSDC of Ukraine.

Key words: biosafety, Biothreats, medical and biological emergencies, bioterrorism, biological weapons, biotechnology.

Відомості про авторів

Сердюк Андрій Михайлович – д.мед.н., проф., академік НАМН України, директор ДУ «Інститут гігієни та медичної екології імені О.М. Марзєєва НАМН України»; вул. Попудренка, 50, м. Київ, 02094, Україна.

Скалецкий Юрій Миколайович – д.мед.н., проф., завідувач лабораторії безпекових стратегій в охороні здоров'я ДУ «Інститут гігієни та медичної екології імені О.М. Марзєєва НАМН України»; вул. Попудренка, 50, м. Київ, 02094, Україна.

УДК 614.2+355.415.6:355.422

М.І. Бадюк¹, І.К. Серета¹, О.О. Микита¹, Д.В. Ковида¹, Б.Б. Жулан²

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ВІЙСЬКОВИХ ПІДРОЗДІЛАХ І ЧАСТИНАХ ТАКТИЧНОГО РІВНЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

¹Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна²Національний військовий медичний клінічний центр «ГВКГ», м. Київ, Україна

Мета – висвітлити основні досягнення в оптимізації медичної допомоги у військових підрозділах і частинах тактичного рівня Збройних Сил України в сучасних умовах.

Матеріали: дані нормативно-правових документів, літературних джерел, навчальні програми підготовки військовослужбовців, санітарів взводів і санітарних інструкторів рот (батареї); **методи:** бібліографічний та системного аналізу.

Результати та висновки. Встановлено, що наявні індивідуальні засоби медичного захисту військовослужбовців та медичне оснащення санітарів взводів і санітарних інструкторів рот (батареї), а також рівень їхньої підготовки не в повному обсязі забезпечують якісне надання домедичної допомоги пораненим на догоспітальному етапі в сучасних бойових умовах. Обґрунтовано основні принципи домедичної допомоги на догоспітальному етапі, покладені в основу розробки стандартів підготовки військовослужбовців, санітарів взводів і санітарних інструкторів рот (батареї). Обґрунтовано вміст аптечки медичної загальновійськової індивідуальної, наплічника санітара взводу та наплічника санітарного інструктора роти (батареї).

Ключові слова: домедична допомога, медична служба тактичного рівня Збройних Сил України, медичне оснащення, стандарт підготовки.

Вступ

Характер та особливості будь-якої війни визначаються не стільки способами, скільки засобами її ведення. Адже саме види зброї і ступінь досконалості військово-технічних систем безпосередньо впливають на величину та структуру як загальних, так і санітарних втрат особового складу військ. Зміни у співвідношенні безповоротних і санітарних втрат у той чи інший бік відображають саму якість організації медичного забезпечення збройних сил [1], насамперед якість надання домедичної допомоги (ДМД) на догоспітальному етапі. Тобто чим якісніше надана ДМД, тим більше тяжкопоранених надходить на госпітальний етап медичної евакуації.

За ствердженням авторів [2], ефективність роботи медичної служби військової ланки в умовах ведення бойових дій, окрім організаційних складових, укомплектованості особовим складом медичних підрозділів, залежить від їх навченості та тренуваності, а також від забезпечення сучасними засобами медичного призначення.

Мета роботи – висвітлити основні досягнення в оптимізації медичної допомоги у військових підрозділах і частинах тактичного рівня Збройних Сил (ЗС) України в сучасних умовах.

Матеріали та методи

Об'єкт дослідження: медична допомога у військових підрозділах і частинах тактичного рівня ЗС України в умовах збройних конфліктів.

Предмет дослідження: організація військово-медичної підготовки, спеціальної підготовки особового складу та стан забезпечення медичним майном медичної служби тактичного рівня ЗС України.

Методи дослідження: бібліографічний та системного аналізу.

Матеріали дослідження: дані нормативно-правових документів, літературних джерел, навчальні програми підготовки військовослужбовців, санітарів взводів і санітарних інструкторів рот (батареї).

Результати дослідження та їх обговорення

Локальні війни та збройні конфлікти останніх десятиліть привели до змін у структурі втрат особового складу бойових підрозділів. Важливою проблемою залишається зниження рівня смертності на догоспітальному етапі.

За даними аналізу американських дослідників, проведеного на 4596 летальних випадках за 2001–2011 рр. у війнах в Іраку та Афганістані, 87,3% поранених загинули до досягнення лікувальних закладів, із них 35,2% були миттєвими, 52,1% – гострими (від декількох хвилин до декількох годин) до досягнення лікувальних закладів (із наданням хірургічної допомоги). Важливим є

те, що серед тих, хто помер до моменту госпіталізації, 24,3% могли б вижити. Причинами летальних наслідків поранених була гостра крововтрата (90,9%), обструкція дихальних шляхів (8%) і напружений пневмоторакс (1,1%) [3, 4, 7].

Враховуючи вищенаведене, нами встановлено, що в умовах проведення антитерористичної операції на території Донецької та Луганської областей (АТО) станом на 01.01.2016 р. у ЗС України безповоротні втрати становили 2673 особи, а санітарні втрати – 8519 осіб [5]. Проте, за даними наших науковців (Хоменко І.П., Заруцький Я.Л.), серед такої чисельності жертв лише близько 2% померли після моменту надходження до лікувальних закладів. Тобто більшість смертельних втрат були на полі бою, з яких 13–22,3% (за науковими джерелами) становили ті, які можливо було б врятувати під час проведення АТО.

Для з'ясування підходів до надання ДМД на догоспітальному етапі нами проаналізовано зміст керівних документів МО України, МОЗ України та держав-членів НАТО щодо організації надання ДМД в екстремальних і бойових умовах, а також підготовку осіб медичного і немедичного складу щодо можливості та якості її проведення [6, 8–10].

На початок 2014 р. в ЗС України підготовка військовослужбовців з питань медицини проводилась відповідно до Стандарту підготовки І-СТ-3 (видання 1): Військово-медична підготовка. Однак у даному стандарті не акцентовано увагу ні на досвід ведення сучасних збройних конфліктів, ні на основні причини смерті на полі бою. Тому нами враховано вищезазначені особливості під час розробки Стандарту підготовки І-СТ-3 (видання 2): Підготовка військовослужбовців з тактичної медицини, в основу якого покладено принципи надання ДМД у сучасних бойових умовах, що відображали першочергові заходи для збереження життя поранених:

- умови надання ДМД відповідно до тактичної обстановки;
- зупинка зовнішньої кровотечі за допомогою накладання джгута та використання гемостатичних засобів місцевої дії (особливо при пораненнях, де неможливо накласти джгут (QuikClot, Celox тощо);
- накладання пакета перев'язувального індивідуального (Ізраїльського компресійного биндажу) на відкриті рани, з метою профілактики розвитку інфекції;
- накладання оклюзивної самоклеючої плівки при проникаючих пораненнях грудної клітки;
- установка назофарингеального повітроводу у випадку порушення прохідності верхніх дихальних шляхів;
- проведення адекватного знеболювання.

Також запропоновано склад аптечки медичної загальновійськової індивідуальної – комплекту з лікарських засобів і виробів медичного призначення,

який застосовується для оснащення особового складу та надання ДМД у порядку само- та взаємодопомоги з метою зниження дії уражуючих факторів зброї.

Для якісного надання ДМД, з урахуванням того, що перша лікарська допомога надається у кращому разі на медичному пункті батальйону (МПБ), яка орієнтовно може розпочатися не раніше ніж через 30 хв., необхідно розпочинати стабілізацію стану пораненого ще до надходження до нього або інші етапи медичної евакуації, тобто на рівні механізованої (танкової) роти або батареї дивізіонів.

За організацію надання ДМД у військових підрозділах (роті, батареї) відповідає санітарний інструктор, у функціональному підпорядкуванні якого перебувають санітари взводів.

Проте оснащення для санітарів взводів і санітарних інструкторів рот (батареї) потребувало удосконалення відповідно до алгоритмів надання ДМД при сучасній бойовій патології, а також щодо можливості її використання сумісно з екіпіруванням військовослужбовців.

З метою оснащення санітара взводу для надання ним ДМД нами запропоновано наплічник медичний санітара взводу, укомплектований медичним майном, виходячи з розрахунку можливих санітарних втрат у взводі, локалізації поранень та ступенів тяжкості, а також алгоритмів надання ДМД санітаром на полі бою.

Наплічник медичний санітара взводу – комплект із лікарських засобів і виробів медичного призначення, що формується для оснащення санітара взводу з метою надання ДМД потерпілим у порядку взаємодопомоги.

Відповідно до обов'язків та завдань, які виконує санітар взводу на полі бою, та з урахуванням складу наплічника медичного санітара взводу нами запропоновано та розроблено Стандарт підготовки: Фахова підготовка санітара взводу (видання 1).

Також під час аналізу можливого функціонального навантаження на особовий склад медичної служби військових підрозділів і частин тактичного рівня ЗС України нами запропоновано наплічник медичний санітарного інструктора роти (батареї) з розрахунку на відповідну кількість санітарних втрат, а також з урахуванням необхідних алгоритмів надання ДМД санітарним інструктором.

Найбільшу частку серед можливих санітарних втрат роти становлять поранення кінцівок. Ці пошкодження супроводжуються зовнішньою кровотечею з тяжким ускладненням, як гіповолемічний (геморагічний) шок. За цих умов, відповідно до чинних керівних документів, необхідно якнайшвидше проводити інфузійну терапію [9, 11, 12]. Тому нами запропоновано вкласти до наплічника медичного санітарного інструктора роти (батареї) плазмозамінник та дезінтоксикаційний засіб, кровозамінник та антифібринолітичний засіб.

Для поранених із переломами до вмісту наплічника медичного нами вкладено шини типу SAM, шини типу Кендріка та косинки медичні (перев'язувальні) [9, 13].

Важливою проблемою при наданні ДМД як у цивільній, так і у військовій медицині залишається надання допомоги при травмі хребта, зокрема, його шийного відділу. З метою іммобілізації шиї пораненим із підозрою на травму хребта нами запропоновано вкласти до наплічника медичного комірць Шанца.

У зв'язку з тим, що друге місце у структурі санітарних втрат займають поранення голови, які можуть супроводжуватися обструкцією верхніх дихальних шляхів, нами запропоновано вкласти до наплічника медичного орофарингеальні та назофарингеальні повітроводи різних розмірів.

Третє місце серед можливих ушкоджень займають поранення у грудну клітку, що можуть ускладнюватися напруженим пневмотораксом. Тому нами запропоновано вкласти до наплічника медичного, крім оклюзивних самоклеючих плівок, ще і декомпресійні голки.

З метою попередження розвитку інфекції, та при ймовірності досить пізньої евакуації до МПБ, нами запропоновано вкласти до наплічника медичного антибіотики широкого спектру дії двох різних груп – пеніцилінів і фторхінолонів.

Особливість ведення сучасних збройних конфліктів полягає у використанні значної кількості техніки, що впливає на специфіку роботи особового складу, а також на структуру санітарних втрат через зростання комбінованої травми (механічна (вогнепальна) травма в поєднанні з опіковою). Така патологія в сучасних умовах становить близько 3%. Тому нами запропоновано, для надання ДМД обличчям, внести до складу наплічника медичного гідрогелів пов'язки різного розміру, що мають охолоджуючу, знеболювальну та антисептичну дію.

Важливою проблемою залишається зігрівання поранених, особливо у складних кліматичних і

метеорологічних умовах. Тому з метою попередження гіпотермії нами вкладено до наплічника медичного накидку медичну (термоковдру), що являє собою металізовану плівку з маркувальною етикеткою.

Також для можливості перенесення поранених нами запропоновано вкласти до наплічника медичного ноші м'які, розраховані на можливість їх застосування від 4 до 6 носіїв.

Відповідно до обов'язків і завдань, які виконує санітарний інструктор на полі бою, та з урахуванням складу наплічника медичного санітарного інструктора роти (батареї) нами розроблено Стандарт підготовки: Фахова підготовка санітарного інструктора роти (батареї) (видання 1).

Висновки

Під час аналізу встановлено, що наявні індивідуальні засоби медичного захисту військовослужбовців та медичне оснащення санітарів взводів і санітарних інструкторів рот (батареї), а також рівень їхньої підготовки не в повному обсязі забезпечують якісне надання домедичної допомоги пораненим на догоспітальному етапі в сучасних бойових умовах.

На основі аналізу основних причин смертності на полі бою, яким можна б було запобігти, обґрунтовано основні принципи домедичної допомоги на догоспітальному етапі, покладені в основу розробки стандартів підготовки військовослужбовців, санітарів взводів та санітарних інструкторів рот (батареї).

Обґрунтовано вміст аптечки медичної загальновійськової індивідуальної, наплічника санітара взводу та наплічника санітарного інструктора роти (батареї).

Перспективи досліджень спрямовані на подальше вивчення порушеного в статті питання.

Література

1. Бадюк М. І. Спроможність своєчасного надання медичної допомоги на етапах медичної евакуації тактичних підрозділів сухопутних військ / М. І. Бадюк, Д. В. Ковида // Проблеми військової охорони здоров'я. – 2013. – Вип. 37. – С. 11–15.
2. Микита О. О. Комплексний аналіз управління якістю медичної допомоги на основі стандартизації медичного забезпечення збройних сил і цивільної охорони здоров'я / О. О. Микита // Екстрена медицина: від науки до практики. – 2016. – № 1 (17). – С. 29–43.
3. Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах : наказ Міністра охорони здоров'я України від 16.06.2014 р. № 398 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140507_1.html. – Назва з екрана.
4. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги : наказ Міністра охорони здоров'я України від 15.01.2014 р. № 34 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140115_0034.html. – Назва з екрана.
5. Шанин В. Ю. Клиническая патофизиология : учебное пособие / В. Ю. Шанин. – Санкт-Петербург, АСТ, Астрель, Профиздат, 1998. – С. 554–563.
6. Шищук В. Д. Циркуляторні шоки в травматології : навч. пос. / В. Д. Шищук, Ю. В. Шкатула. – Суми : Вид-во СумДУ, 2009. – 90 с.
7. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. О. Квіташвілі; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ : МВЦ «Медінформ», 2016. – 508 с.
8. A Profile of Combat Injury / Champion Howard R., Bellamy Ronald F., Colonel P. Roberts, Ari Leppaniemi // J. Trauma. – 2003. – Vol. 54, № 5. – P. S13–S19.
9. Brian J. Eastridge Died of Wounds on the Battlefield: Causation and Implications for Improving Combat Casualty Care / Eastridge J. Brian, Hardin Mark, Cantrell Joyce // The Journal of TRAUMA. Injury, Infection, and Critical Care. – 2011. – Vol. 71, № 1. – P. 4–8.
10. Death on the battlefield (2001–2011): Implications for the future of combat casualty care / Brian J. Eastridge, Robert L. Mabry, Peter Seguin [et al.] // J. Trauma Acute Care Surg. – 2012. – Vol. 73, № 6, Suppl. 5. – P. S431–S437.
11. STANAG 2122 MEDSTD (EDITION 3) – Requirement for training in first-aid, emergency care in combat situations and basic hygiene for all military personnel. – 11 November 2010. – 11 p.
12. STANAG 2126 MEDSTD (EDITION 6) – First-aid dressings, first aid kits and emergency medical care kits. – 10 December 2009. – 13 p.
13. Tactical Combat Casualty Care. Observations, Insights and Lessons // Handbook. – 2013. – № 3–21. – 102 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 18.11.2016 р.

Оптимизация медицинской помощи в военных подразделениях и частях тактического уровня Вооруженных Сил Украины в современных условиях

*М.И. Бадюк¹, И.К. Серета¹,
О.А. Микита¹, Д.В. Ковида¹, Б.Б. Жупан²*
¹Украинская военно-медицинская академия,
г. Киев, Украина

²Национальный военный медицинский клинический центр «ГВКГ», г. Киев, Украина

Цель – осветить основные достижения в оптимизации медицинской помощи в военных подразделениях и частях тактического уровня Вооруженных Сил Украины в современных условиях.

Материалы: данные нормативно-правовых документов, литературных источников, учебные программы подготовки военнослужащих, санитаров взводов и санитарных инструкторов рот (батареи); **методы:** библиографический и системного анализа.

Результаты и выводы. Установлено, что существующие индивидуальные средства медицинской защиты военнослужащих, медицинское оснащение санитаров взводов и санитарных инструкторов рот (батареи), а также уровень их подготовки не в полном объеме обеспечивают качественное оказание домедицинской помощи раненым на догоспитальном этапе в современных боевых условиях. Обоснованы основные принципы домедицинской помощи на догоспитальном этапе, которые легли в основу разработки стандартов подготовки военнослужащих, санитаров взводов и санитарных инструкторов рот (батареи). Обосновано содержание аптечки медицинской общевойсковой индивидуальной, рюкзака санитарного взвода и рюкзака санитарного инструктора роты (батареи).

Ключевые слова: домедицинская помощь, медицинская служба тактического уровня Вооруженных Сил Украины, медицинское оснащение, стандарт подготовки.

Optimization of medical care in military units and tactical level units of the Armed Forces of Ukraine in modern conditions

*M.I. Badiuk¹, I.K. Sereda¹,
O.O. Mykita¹, D.V. Kovyda¹, B.B. Zhupan²*
¹Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine

²Main Military Medical Clinical Center «ММЧН»,
Kyiv, Ukraine

Purpose – to highlight the main achievements in optimizing medical care in military units and tactical level units of the Armed Forces of Ukraine in modern conditions.

Materials: legal documents, literature, educational military training, nurses and sanitary platoon instructors coy (batteries); **methods:** bibliosemantic, systemic analysis.

Results and conclusions. It has been established that the existing personal health protection of military equipment and medical orderlies platoon instructors and sanitary companies (batteries), as well as their level of training, not fully ensure the provision of quality care to the wounded premedical prehospital in modern combat conditions. Grounded fundamentals premedical help prehospital, which formed the basis for the development of military training standards, nurses and sanitary platoon instructors mouth (batteries). Reasonably content of medical kits combined arms individually, backpack medic platoon and company health instructor backpack (battery).

Key words: premedical healthcare, medical service tactical level of the Armed Forces of Ukraine, medical equipment, training standard.

Відомості про авторів

Бадюк Михайло Іванович – д.мед.н., проф., лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки, начальник кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії; вул. Мельникова, 24, м. Київ, 04655, Україна.

Серета Ірина Костянтинівна – к.мед.н., доц., доцент кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії, підполковник медичної служби; вул. Мельникова, 24, м. Київ, 04655, Україна.

Микита Оксана Олександрівна – викладач кафедри військової терапії Української військово-медичної академії, майор медичної служби; вул. Мельникова, 24, м. Київ, 04655, Україна.

Ковида Дмитро Васильович – к.мед.н., викладач кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії, майор медичної служби; вул. Мельникова, 24, м. Київ, 04655, Україна.

Жупан Богдан Богданович – к.мед.н., начальник клініки офтальмології Національного військового медичного клінічного центру «Головний військово-медичний клінічний центр», полковник медичної служби; вул. Госпітальна, 18, м. Київ, 01133, Україна.

УДК 614.2:355.23(477)

М.І. Бадюк, С.М. Рудинська, О.О. Микита, В.Д. Фурдик, Д.В. Ковида

ОБҐРУНТУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ПІДГОТОВКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ

Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

Мета – підвищити якість підготовки військовослужбовців Збройних Сил України щодо надання домедичної допомоги на полі бою в умовах проведення антитерористичної операції.

Матеріали та методи. У роботі використано анкети медико-соціологічного опитування щодо якості надання домедичної допомоги пораненим (n=202 шт.); оціночні листи за стандартами підготовки (n=533 шт.).

Результати. Виявлено низький рівень знань із тактичної медицини, і, як наслідок, недоліки в наданні домедичної допомоги пораненим. Розроблено та впроваджено стандарти підготовки військовослужбовців, оцінено медичну ефективність таких стандартів, опрацьовано пропозиції щодо удосконалення підготовки військовослужбовців із тактичної медицини.

Висновки. Для забезпечення якості підготовки з тактичної медицини / домедичної допомоги необхідно впровадити єдину систему підготовки всіх категорій військовослужбовців, що реалізується під час формування військових підрозділів та відновлення боєздатності, єдиним курсом із дотриманням вимог зазначених стандартів, із систематичним підтриманням набутих практичних навичок і знань.

Ключові слова: домедична допомога, підготовка військовослужбовців із тактичної медицини, якість надання домедичної допомоги.

Вступ

Вчасне та якісне надання медичної допомоги пораненим в умовах сучасних збройних конфліктів є одним з основних завдань медичного забезпечення збройних сил усіх, без винятку, країн. Досвід проведення антитерористичної операції на території Донецької та Луганської областей (АТО) вкотре підтвердив актуальність даного питання.

Запорукою успіху надання якісної медичної допомоги пораненим є належна підготовка військовослужбовців із надання насамперед домедичної допомоги (ДМД), а також управління силами і засобами медичного забезпечення та їх узгоджені дії за місцем і часом.

Таким чином, потреба в якісній ДМД в умовах ведення бойових дій та необхідність забезпечення підготовки військовослужбовців Збройних Сил (ЗС) України правилам надання ДМД обумовили актуальність дослідження.

Мета роботи – підвищити якість підготовки військовослужбовців ЗС України щодо надання ДМД на полі бою в умовах проведення АТО.

Матеріали та методи

Об'єкт дослідження: підготовка військово-службовців ЗС України щодо надання ДМД на полі бою.

Предмет дослідження: якість ДМД на полі бою в умовах проведення АТО, принципи ДМД, організація підготовки військовослужбовців із надання ДМД,

обізнаність військовослужбовців із надання ДМД, структура санітарних втрат.

У роботі використано анкети медико-соціологічного опитування щодо якості ДМД пораненим (n=202 шт.); оціночні листи за стандартами підготовки (n=533 шт.).

Результати дослідження та їх обговорення

Базові принципи медичної допомоги пораненим – це своєчасність, послідовність і спадкоємність.

Під час ведення бойових дій військовослужбовцям ЗС України слід забезпечити [1]:

- надання ДМД за переліком заходів базового рівня протягом перших 10 хв. від моменту поранення;
- лікарські заходи щодо стабілізації життєвих показників протягом перших 2 год. після поранення;
- заходи щодо подальшої стабілізації життєвих показників, невідкладні хірургічні втручання для збереження життя поранених або органозберігаючі операції протягом перших 4 год.

За твердженнями дослідників (Kotwal, 2011; Savitsky and Eastbridge, 2012), якщо ДМД надається в перші 30 хв. із моменту поранення, а перша лікарська допомога – протягом 1 год., то ризик летальності знижується утричі, тим самим значно поліпшується медична і соціальна ефективність подальшого лікування та реабілітації пораненого.

Для забезпечення своєчасності надання допомоги кожна ланка системи лікувально-евакуаційного забезпечення укомплектується фахівцями відповідної

кваліфікації для надання визначеного виду допомоги саме на даному рівні. Так, на полі бою ДМД надається у вигляді само- та взаємодопомоги, а на рівні відділення, взводу та роти – стрільком-санітаром, санітаром, санітарним інструктором.

У ЗС України підготовка санітарного інструктора здійснювалась школою санітарних інструкторів на базі 169 навчального центру (сmt. Десна), ліквідованою у 2005 р. Це призводило до зменшення, а іноді – до відсутності санітарного інструктора у військовій ланці.

Надання ДМД у зоні АТО перекладається на медичний пункт батальйону (МПБ), а фактично – на лікаря, який обіймає посаду начальника МПБ. Таким чином, випадає ланка підготовки особового складу військових підрозділів щодо надання ДМД. Тобто кваліфікований лікар, на підготовку якого держава витрачає певні кошти протягом 6–9 років, замість надання першої лікарської та кваліфікованої допомоги, змушений особисто забезпечити надання як першої лікарської, так і долікарської допомоги, а також і ДМД.

За сучасною класифікацією, на полі бою виділяють такі категорії поранених (J. Quinn, 2011):

- ті, хто помре за будь-яких умов;
- ті, хто виживе, навіть якщо їм не надати медичну допомогу;
- ті, хто виживе за умови негайного надання їм медичної допомоги. Саме ця категорія поранених становить так звану «смертність, що можна попередити». І саме на цю категорію поранених передусім спрямована увага медичних представників усіх ланок.

Таким чином, важливого значення набуває надання ДМД кожним військовослужбовцем і молодшим медичним персоналом, за умови його навченості, протягом найближчих хвилин від поранення. Своєчасне надання ДМД дає змогу повернути до строю в найближчий час до 80% поранених [5].

Про недоліки надання медичної допомоги на полі бою та на ранніх етапах медичної евакуації опосередковано свідчить низьке співвідношення безповоротних і санітарних втрат. За даними війн другої половини ХХ ст. – початку ХХІ ст., середнє співвідношення безповоротних втрат до санітарних становить близько 1:9 (Bowen and Bellamy, 1998). На початку проведення АТО це співвідношення було близько 1:3,5, що свідчило про високі показники смертності серед тяжкопоранених, які не потрапляли на етапи медичної евакуації або в заклади охорони здоров'я.

Крім того, за даними аналізу сучасних збройних конфліктів, відсоток тяжких і вкрай тяжких поранених у структурі санітарних втрат становить 20–70% залежно від виду зброї, тоді як на початку проведення АТО така категорія поранених складала лише близько 10%. Недораховані 10–60% перейшли в категорію загиблих у зв'язку з ненаданням ДМД [4].

Наведені дані вказують на необхідність наявності санітарних інструкторів у бойових підрозділах, а також навченості особового складу ЗС України основам тактичної медицини / ДМД із метою якісної ДМД у перші хвилини після поранення.

Відповідно до Стратегічного оборонного бюлетеню України, до 2020 р. має бути створена система медичного забезпечення, функціонально спроможна діяти у спільних із НАТО місіях, у тому числі щодо розшуку поранених, надання необхідної допомоги, їх медичної евакуації та лікування.

Згідно з керівними документами держав-членів НАТО, надання ДМД має відповідати стандартам, прийнятним для всіх країн Альянсу та країн-партнерів. Навіть в умовах кризи або збройного конфлікту, для забезпечення стандарту надання ДМД і з метою досягнення високих результатів лікування, використовується досвід найкращої медичної практики.

На якість ДМД на догоспітальному етапі суттєво впливає рівень знань та вмінь військовослужбовців і санітарних інструкторів щодо надання ДМД. У зв'язку з цим розроблено «Стандарт підготовки І-СТ-3 (видання 2): Підготовка військовослужбовця з тактичної медицини» [2], «Стандарт підготовки: Фахова підготовка санітара взводу» та «Стандарт підготовки: Фахова підготовка санітарного інструктора роти (батареї) (видання 1)» [3]. Стандарти підготовки розроблено відповідно до вимог чинного законодавства України з урахуванням досвіду та стандартів держав-членів НАТО і цивільного сектору.

Військові стандарти з медичного забезпечення (ВСТ МЗ) ЗС України щодо підготовки військовослужбовців, санітарів і санітарних інструкторів створено з урахуванням положень стандартів НАТО – Tactical Combat Casualty Care (надання допомоги пораненим в умовах бойових дій), клінічних настанов / уніфікованих клінічних протоколів екстреної медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, таблиця матеріально-технічного оснащення та формулярного переліку лікарських засобів до використання у медичній службі Міністерства оборони (МО) України. На сьогодні Tactical Combat Casualty Care є золотим стандартом надання пораненим особам ДМД в умовах бойових дій у державах-членах НАТО. Також дотримано вимоги інших чинних нормативно-правових документів МО України та МОЗ України, які регламентують надання ДМД у даній сфері.

Мета розробки ВСТ МЗ ЗС України щодо підготовки військовослужбовців, санітарів і санітарних інструкторів з надання ДМД на полі бою – нормативне забезпечення процесу управління якістю ДМД відповідно до вимог галузевих медико-технологічних документів КН і стандартів НАТО, забезпечення доступності ДМД, ефективного та раціонального використання наявних ресурсів через встановлення єдиних підходів до надання ДМД на полі бою при бойових ушкодженнях.

Основні принципи розробки та впровадження ВСТ МЗ ЗС України щодо підготовки військовослужбовців, санітарів і санітарних інструкторів із надання ДМД:

- збереження життя якнайбільшої кількості поранених на догоспітальному етапі;
- постійне та безперервне підвищення якості ДМД на догоспітальному етапі;
- використання засобів медичного призначення,

стосовно яких є докази результативності, ефективності та безпеки для поранених;

- зменшення відхилень у наданні ДМД на полі бою;

- забезпечення своєчасності, послідовності та спадкоємності в наданні ДМД на догоспітальному етапі.

Розробка ВСТ МЗ ЗС України щодо підготовки військовослужбовців, санітарів і санітарних інструкторів із надання ДМД спрямована на вирішення таких завдань:

- підвищення рівня знань і вмінь зазначеної категорії військовослужбовців із надання ДМД відповідно до наявних ресурсів і умов тактичної обстановки;

- використання засобів медичного призначення, безпека та ефективність яких доведена;

- забезпечення своєчасності, послідовності та спадкоємності в наданні ДМД на догоспітальному етапі;

- розрахунок витрат та планування потреби в забезпеченні ресурсами.

Для визначення потреби в удосконаленні підготовки військовослужбовців щодо надання ДМД в умовах бойових дій передбачено отримання матеріалів, що відсутні в офіційних облікових документах. Це потребувало розробки спеціального облікового документу – бланку тестових завдань для визначення рівня знань військовослужбовців із надання ДМД. У рамках даного тесту сформовано ряд питань за темами Стандарту підготовки військовослужбовця з тактичної медицини І-СТ-3 [2].

Тести розроблено згідно з вимогами до соціологічних досліджень із забезпеченням респондентам

конфіденційності та можливості при мінімальній кількості запитань одержати максимум інформації. Тестування проведено серед військовослужбовців підрозділів, які проходять службу в зоні АТО, та мобілізованих на етапі формування військових частин на навчальних полігонах.

За результатами оцінки рівня знань респондентів щодо основних технологій ДМД для попередження смертельних наслідків при пораненнях виявлено низький рівень знань і практичних навичок (табл. 1).

Низькі знання і практичні навички з технологій надання ДМД у військовослужбовців і санітарних інструкторів позначились на її якості.

Оцінка якості ДМД на полі бою, яку надали військові лікарі загальної практики, хірургічного і терапевтичного профілів при надходженні поранених на відповідні етапи медичної евакуації, наведена у табл. 2.

Надалі, за оцінкою результатів відповідей лікарів, проаналізовано основні чинники, які негативно впливають на якість надання медичної допомоги на полі бою (рис.).

За порядковою шкалою чинників, які, на думку лікарів, негативно впливають на якість надання медичної допомоги на догоспітальному етапі, найбільші значення мають недостатнє забезпечення військовослужбовців індивідуальними засобами медичного захисту (100%), низькі знання правил надання ДМД у військовослужбовців ($98,5 \pm 0,84\%$), відсутність спеціальних знань і вмінь у медичного персоналу щодо надання медичної допомоги ($59,9 \pm 3,44\%$).

Таблиця 1

Оцінка якості знань респондентів щодо основних технологій домедичної допомоги ($p \pm m$, %)

Категорія персоналу	n (абс.)	Накладання джугта		Відновлення прохідності ВДШ		ДМД при пневмотораксі	
		самооцінка	контроль	самооцінка	контроль	самооцінка	контроль
Військово-службовці	397	72,0 \pm 2,3	0	0,3 \pm 0,03	0,3 \pm 0,03	2,3 \pm 0,1	1,8 \pm 0,1
Санітарні інструктори	136	86,0 \pm 2,98	79,5 \pm 3,5	64,7 \pm 4,1	61,0 \pm 4,2	11,8 \pm 2,8	8,4 \pm 2,3

Таблиця 2

Оцінка військовими лікарями якості надання домедичної допомоги на полі бою ($p \pm m$, %)

Профіль лікарів	n (абс.)	Етапи медичної евакуації	Не надана взагалі	Надана частково	Надана з порушеннями	Надана в повному обсязі
Хірургічний	128	медр, ВМГ	17,4 \pm 2,6	8,7 \pm 1,97	70,4 \pm 3,2	3,5 \pm 1,3
Терапевтичний	33	медр, ВМГ	15,2 \pm 2,5	21,2 \pm 2,9	54,3 \pm 3,5	9,1 \pm 2,0
Загальна практика	41	МП	24,4 \pm 3,0	14,7 \pm 2,5	53,7 \pm 3,5	7,3 \pm 1,8

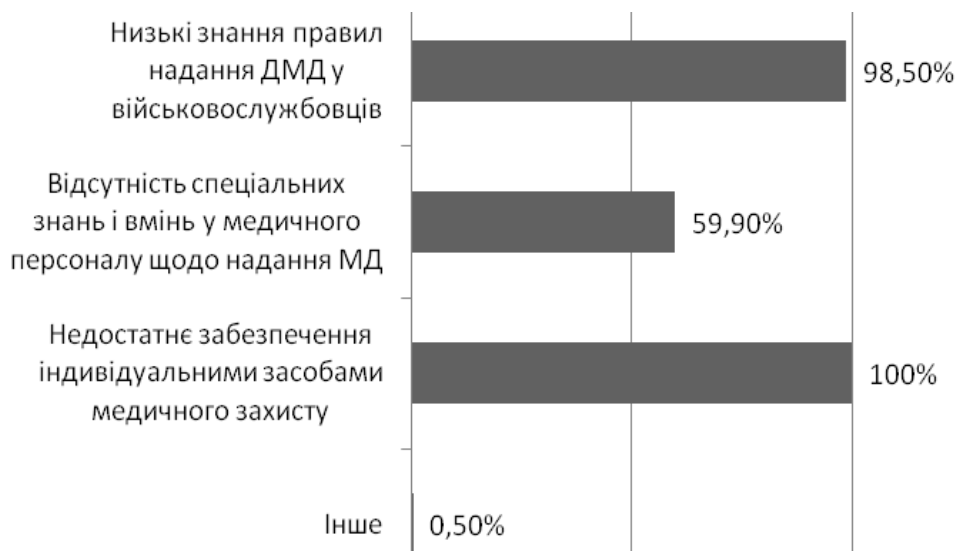


Рис. Основні причини низької якості домедичної допомоги на полі бою, на думку лікарів, (%)

З аналізу штатів медичних підрозділів військових частин ЗС України в зоні проведення АТО виявлено, що укомплектованість медичної служби даних тактичних підрозділів ЗС України санітарними інструкторами, санітарами і стрільцями-санітарами знаходиться в межах $48,9 \pm 2,4\%$.

Зазначені показники укомплектованості медичної служби ЗС України санітарними інструкторами та низький рівень їх навченості не сприяють наданню пораненим особам своєчасної та якісної ДМД на догоспітальному етапі.

З метою виправлення існуючого стану, з травня 2015 р. відновлено підготовку санітарних інструкторів із числа мобілізованих військовослужбовців на загальновійськових полігонах, а також у медичній навчальній роті 169 навчального центру смт. Десна.

За даними, представленими відділом медичного забезпечення штабу АТО, потреба в підготовці санітарних інструкторів для сил АТО восени 2015 р. становила близько 1700 осіб. На задоволення зазначених потреб сил АТО в підготовці військовослужбовців та молодшого медичного персоналу створено позаштатну мобільну тренувальну групу з тактичної медицини для організованого проведення занять із військово-медичної підготовки (ВМП) військовослужбовців, які виконують бойові (спеціальні) завдання безпосередньо в районах проведення АТО на території Луганської та Донецької областей. Виїзди здійснюються за попередніми заявками начальників медичних служб військових частин та підрозділів відповідно до затвердженого плану. Заняття проводяться як зі штатними, так і з позаштатними санітарними інструкторами.

За результатами заліку та з урахуванням даних психологічного тестування надаються рекомендації щодо призначення слухачів на штатні й позаштатні посади санітарних інструкторів.

Разом із позаштатною тренувальною групою з

тактичної медицини проводяться заняття з тактичної медицини / ДМД представниками волонтерських і громадських організацій, які оперативно відреагували у скрутний для нашої держави час та надали допомогу.

При цьому не виявлено статистично значущої різниці в рівні знань між військовослужбовцями військових частин, де раніше проводилися заняття з тактичної медицини / ДМД, і військовими частинами, де вони не проводилися, що вказує або на незадовільний рівень первинного проведення підготовки з ВМП, або на відсутність системи «освіження» знань протягом навчального періоду.

Таким чином, у процесі діяльності групи виявлено такі особливості:

- різні підходи підготовки військовослужбовців із тактичної медицини / ДМД залежно від того, хто саме проводить заняття (представники позаштатної групи або волонтерських / громадських організацій);

- низький початковий рівень знань військовослужбовців, що вказує на необхідність проведення занять у повному обсязі, починаючи з основ;

- неможливість залучення слухачів на весь строк навчального курсу у зв'язку з виконанням службових обов'язків, хворобами, відпустками, нарядами, виконанням бойових і поточних господарських завдань;

- відсутність у молодшого медичного персоналу, зокрема, у санітарних інструкторів, відповідного оснащення (забезпечено до 20% санітарних інструкторів), а укомплектованість наявних сумок обмежується бинтами, гумовими джгутами та пакетами перев'язувальними індивідуальними;

- неможливість широкого використання військовослужбовцями під час самостійної підготовки навчального матеріалу на електронних носіях у зв'язку з відсутністю промислових електромереж та оргтехніки у військових підрозділах, а також з відсутністю паперових носіїв;

– відсутність мотивації або неспроможність за психологічними характеристиками певної частки військовослужбовців, призначених на посади санітарних інструкторів, виконувати посадові обов'язки;

– відсутність постійного підтримання вмінь шляхом тренувань військовослужбовців, що призводить до втрати набутих навичок.

Таким чином, проведення занять із тактичної медицини / ДМД в умовах виконання підрозділами бойових (спеціальних) завдань і наближених до лінії зіткнення сторін є малоефективним.

У зв'язку з вищевикладеним пропонується винести на обговорення такі пропозиції:

– доцільніше перенести заняття з тактичної медицини / ДМД та підготовку молодшого медичного персоналу на навчальні полігони, пункти постійної дислокації та райони відновлення боєздатності;

– відбирати кандидатів на навчання за наявності середньої медичної освіти та/або за бажання;

– залучати до проведення занять із ВМП з особовим складом санітарних інструкторів, молодших спеціалістів із медичною освітою та лікарів військових частин, які мають відповідну підготовку;

– проводити підготовку за єдиними стандартами: Стандартом підготовки «Фахова підготовка санітарного інструктора роти (батареї)» і Стандартом І-СТ-3 «Стандарт підготовки військовослужбовця з тактичної медицини».

Висновки

Для забезпечення якості підготовки з тактичної медицини / ДМД необхідно створити та втілити в життя єдину систему підготовки всіх категорій військовослужбовців, що реалізується під час формування військових підрозділів і відновлення ними боєздатності, з єдиним курсом із дотриманням вимог зазначених стандартів, із залученням представників медичної служби військової частини та зовнішніх інструкторів, які мають відповідні сертифікати, а також систематичним (щотижневим) підтриманням набутих практичних навичок і знань військовослужбовців із військово-медичної підготовки.

Перспективи досліджень спрямовані на подальше вивчення порушеного в статті питання.

Література

1. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 травня 2016 р. «Про Стратегічний оборонний бюлетень України» [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/240/2016>. – Назва з екрана.
2. *Стандарт* підготовки І-СТ-3: Підготовка військовослужбовця з тактичної медицини (видання 2). – Київ : «МП Леся», 2015. – 148 с.
3. *Стандарт* підготовки: Фахова підготовка санітарного інструктора роти (батареї) (видання 1). – Київ : «МП Леся», 2015. – 416 с.
4. *Died of wounds on the battlefield: causation and implications for improving combat casualty care* / B. J. Eastridge, M. Hardin, J. Cantrell [et al.] // *J. Trauma*. – 2011. – Vol. 71 (Suppl. 1). – P. 4–8.
5. *Elster E. A. Implications of Combat Casualty care for Mass Casualty Events* / E. A. Elster, F. K. Butler, T. E. Rasmussen // *JAMA*. – 2013. – Vol. 310 (5). – P. 475–476.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.11.2016 р.

**Обоснование организации подготовки
военнослужащих по оказанию домедицинской
помощи в Вооруженных Силах Украины**

*М.И. Бадюк, С.М. Рудинская,
О.А. Микита, В.Д. Фурдик, Д.В. Ковида*
Украинская военно-медицинская академия,
г. Киев, Украина

Цель – повысить качество подготовки военнослужащих Вооруженных Сил Украины по оказанию домедицинской помощи на поле боя в условиях проведения антитеррористической операции.

Материалы и методы. В работе использованы анкеты медико-социологического опроса относительно качества предоставления домедицинской помощи раненым (n=202 шт.), оценочные листы по стандартам подготовки (n=533 шт.).

Результаты. Выявлен низкий уровень знаний по тактической медицине, и, как следствие, недостатки в предоставлении домедицинской помощи раненым. Разработаны и внедрены стандарты подготовки военнослужащих, оценена медицинская эффективность этих стандартов, разработаны предложения по усовершенствованию подготовки военнослужащих по тактической медицине.

Выводы. Для обеспечения качества подготовки по тактической медицине / домедицинской помощи необходимо внедрить единую систему подготовки всех категорий военнослужащих, которая реализуется при формировании военных подразделений и восстановлении их боеспособности, единым курсом с соблюдением требований указанных стандартов, с систематическим поддержанием уровня приобретенных практических навыков и знаний.

Ключевые слова: домедицинская помощь, подготовка военнослужащих по тактической медицине, качество оказания домедицинской помощи.

**Ground of training provision of premedical aid
for soldiers from the Armed Forces of Ukraine**

*M.I. Badiuk, S.M. Rudynska,
O.O. Mykyta, V.D. Furdyk, D.V. Kovyda*
Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine

Purpose – to improve the quality of training of the Armed Forces of Ukraine to provide premedical aid on the battlefield in terms of antiterrorist operation.

Materials and methods. Questionnaires medical and sociological survey on the quality of the premedical aid (n=202 pcs.), evaluation sheets by the Standards of training (n=533 pcs.).

Results. The poor level of knowledge of tactical medicine, and as a consequence, deficiencies in the provision of premedical aid wounded. Developed and implemented Standards of training soldiers, assessed their medical effectiveness, worked out proposals to improve military training with tactical medicine.

Conclusions. To ensure the quality of training of Tactical Medicine / premedical aid necessary to implement uniform training of all categories of military personnel, implemented during the formation of troops and the restoration of combat capability, the only course in compliance with these Standards, the systematic maintenance of acquired practical skills and knowledge.

Key words: premedical aid, training of military tactical medicine, quality of premedical aid.

Відомості про авторів

Бадюк Михайло Іванович – д.мед.н., проф., лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки, начальник кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії; вул. Мельникова, 24, м. Київ, 04655, Україна.

Рудинська Софія Михайлівна – к.мед.н., старший викладач кафедри організації медичного забезпечення збройних сил. Української військово-медичної академії, підполковник медичної служби; вул. Мельникова, 24, м. Київ, 04655, Україна.

Микита Оксана Олександрівна – викладач кафедри військової терапії Української військово-медичної академії, майор медичної служби; вул. Мельникова, 24, м. Київ, 04655, Україна.

Фурдик Володимир Данилович – викладач кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії, майор медичної служби; вул. Мельникова, 24, м. Київ, 04655, Україна.

Ковида Дмитро Васильович – к.мед.н., викладач кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії, майор медичної служби; вул. Мельникова, 24, м. Київ, 04655, Україна.

ПСИХОЛОГІЧНА МОБІЛІЗАЦІЯ УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА ЯК ЧИННИК ВІДНОВЛЕННЯ СУВЕРЕНІТЕТУ УКРАЇНИ

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

Мета – розглянути необхідність психологічної мобілізації населення в умовах російської агресії в Україні як чинника відновлення суверенітету України.

Матеріали та методи. Досягнення цієї мети відбувалося шляхом вирішення наступних завдань: з'ясування змісту зруйнованих російською агресією засад міжнародних відносин; дослідження причин нездатності провідних інститутів Української держави адекватно реагувати на російські агресивні виклики; доведення значення термінології війни для психологічної мобілізації українського суспільства. Реалізація визначених мети та завдань здійснювалася на основі використання міжнародних і національних правових актів, медійних повідомлень, матеріалів соціологічних досліджень тощо.

Результати та висновки. Виявлені та проаналізовані політичні причини дестабілізації психологічного стану населення України. Психологічна мобілізація українського суспільства – необхідна умова модернізації системи національної безпеки. Ця модернізація повинна забезпечити стійкість держави і суспільства.

Ключові слова: російська агресія, психологічна мобілізація, воєнний стан, термінологія війни.

Вступ

Збройна агресія Російської Федерації (РФ) стала довгостроковим чинником впливу на українське суспільство. Реальний стан війни вимагає від усіх громадян України відповідної психологічної мобілізації. Слідом за загальновизнаними глосаріями психологічних термінів визначимо психологічну мобілізацію як тимчасову активізацію якостей особистості (головним чином моральних і вольових), що допомагають високоякісному виконанню певної діяльності. Її мета – не формування стійких властивостей особистості (це задача психологічної підготовки), а формування на основі властивостей особистості певних і корисних для очікуваної або діяльності психічних станів, що виконується. Цей стан, посилюючи (нехай хоч би і тимчасово) потрібні властивості особистості, забезпечує більш успішне виконання діяльності.

Питання студіювання сучасної російської агресії та відповідних реакцій українського суспільства мають неабияке наукове і практичне значення. Наукові розвідки в цій царині поки є доволі нечисленними. Зокрема можна віділити праці О. Глушкова [7], О. Задорожного [10], А. Киридон і С. Трояна [12], І. Лоссовського [16], О. Палія [18], О. Потехіна [20], Ю. Радковця [25], І. Рушенка [26], К. Скоркіна [29], Ю. Темірова [32], П. Хоменського [35], С. Шергіна [36].

Внаслідок дій РФ впродовж 2014–2016 рр. було кинуте виклик системі глобальної та регіональної безпеки, а також чинній системі міжнародного права. Напад на Україну є однією з ланок агресивної політики керівництва РФ, яке прагне взяти реванш за поразку в «холодній війні» та відновити імперію на пострадянському просторі.

Метою статті є розгляд необхідності психологічної

мобілізації населення в умовах російської агресії в Україні як чинника відновлення суверенітету України.

Матеріали та методи

Досягнення цієї мети відбувалося шляхом вирішення наступних завдань: з'ясування змісту зруйнованих російською агресією засад міжнародних відносин; дослідження причин нездатності провідних інститутів Української держави адекватно реагувати на російські агресивні виклики; доведено значення термінології війни для психологічної мобілізації українського суспільства.

Реалізація визначених мети та завдань здійснювалася на основі використання міжнародних і національних правових актів, медійних повідомлень, матеріалів соціологічних досліджень тощо.

Результати дослідження та їх обговорення

Без аналізу і розуміння змін, що відбуваються на міжнародному рівні, нам не вдасться повною мірою зрозуміти витoki конфлікту на сході країни і досягти стратегічної мети відновлення державного контролю над тимчасово окупованими територіями. У березні 2014 р. були порушені принаймні 9 із 10 основних принципів міжнародного публічного права (всі принципи *jus cogens*). Зокрема, принципи суверенної рівності держав, незастосування сили та загрози силою, непорушності державних кордонів, територіальної цілісності (недоторканості) держав, мирного вирішення міжнародних суперечок, невтручання у внутрішні справи, загальної поваги до прав людини, сумлінного виконання міжнародних зобов'язань. Більшість цих принципів

зафіксовані у численних міжнародних правових актах: Статуті ООН [30], Декларації про принципи міжнародного права 1970 р. [8], Заключному акті Наради з безпеки і співробітництва в Європі 1975 р. [11] та інших, учасником яких була і залишається Російська Федерація.

У 1994 р. Україна, Росія, США і Велика Британія в Будапешті підписали Меморандум про гарантії безпеки у зв'язку з приєднанням України до Договору про нерозповсюдження ядерної зброї (Франція та Китай приєдналися до цього Договору у вигляді публічних заяв). Сторони взяли на себе зобов'язання, згідно з принципами Заключного акту НБСЄ, поважати незалежність, суверенітет та існуючі кордони України. У пункті 2 меморандуму було вказано: «Російська Федерація, Сполучене Королівство Великої Британії та Північної Ірландії і Сполучені Штати Америки підтверджують їх зобов'язання утримуватися від погрози силою або її застосування проти територіальної цілісності або політичної незалежності України, і ніяка їхня зброя ніколи не використовуватимуться проти України...» [17]. У разі, якщо Україна стає жертвою агресії, країни-підписанти цього меморандуму зобов'язані вимагати негайних дій Ради Безпеки ООН з метою надання допомоги Україні як державі-учасниці Договору про нерозповсюдження ядерної зброї. Росія дезавувала Будапештський Меморандум про гарантії безпеки, незалежності, суверенітету та існуючих кордонів у зв'язку з приєднанням України до Договору про нерозповсюдження ядерної зброї. Росія порушила взяті на себе зобов'язання щодо цього меморандуму.

Російська Федерація фактично дезавувала Договір про дружбу, співпрацю і партнерство між Російською Федерацією і Україною, відповідно до якого сторони взяли на себе зобов'язання поважати територіальну цілісність одна одної [9]. Між Україною і Росією в 1997 р. було укладено угоду про статус та умови перебування Чорноморського флоту на території нашої країни. У рамках цієї угоди вихід російських військових за межі дислокації був втручанням у внутрішні справи України [34].

Після окупації Криму розпочалася друга фаза збройної агресії РФ проти України. У квітні 2014 р. контрольовані, керовані і фінансовані спецслужбами РФ збройні формування проголосили створення «Донецької народної республіки» (7 квітня 2014) і «Луганської народної республіки» (27 квітня 2014) [21]. Фактично йдеться про збройний конфлікт міжнародного характеру – війну, в якій безпосередню й активну участь бере РФ – військами, найманцями, постачанням озброєнь, техніки, боєприпасів. І, головне, створення та функціонування т.з. «ДНР» і «ЛНР» є продуктом виключно спецслужб РФ.

Феномен гібридної війни, як соціальний проект, проявляється в тому, що сьогодні людство вперше зустрічається з технологіями, покликаними зруйнувати соціальний порядок, не використовуючи традиційних методів. Основною зброєю в цьому контексті стає інформація, яка масово вражає колективу свідомість. Зокрема у випадку російсько-української гібридної війни простежується чітко спланований технологічний аспект,

який Росія випрацювала впродовж багатьох років. Основним соціальним матеріалом для реалізації технологій такого типу стають «хиткі соціальні сегменти», що легко піддаються маніпуляціям. Ще одним елементом є підпільно сформована «п'ята колона», яка в театрі воєнних дій закладає осередки для проведення спецоперацій. Зловісний сенс подій на початку 2014 р. мало хто розумів в Україні і світі. Важко не погодитися з Рушченком [27], який стверджує, що українське суспільство інтелектуально не готово було до такого повороту подій.

Навесні 2014 р. одночасно в ряді міст Півдня і Сходу України на вулицях і площах починає розіграватися сценарій дивної п'єси: і по всьому відчувалося, що є єдиний і прихований від публіки автор, і все це вкладається в генеральну схему наступу на Україну. Події маскувався під стихійні масові дії обурених громадян, тобто зовні вони повинні були виглядати як законний для демократичного суспільства громадянський протест проти нової влади. Ми зіткнулися з гострою формою війни, коли захоплення територій – це справа рук кримінальної натовпу, сепаратистського руху, що направляється з-за кордону.

Аналіз подій 2014–2016 рр. підтверджує, що російсько-українська війна є кримінально-терористичною і з точки зору соціальної бази, і принципів ведення, і тактики, використовуваної агресором. Зловісну роль у розв'язуванні війни зіграла кримінальна еліта Донбасу. Вона впродовж 20 років, аби утриматися при владі та безперешкодно панувати в регіоні, вела відповідну пропаганду, яка зводилася до таких тез: «Донбас усіх годує, він фактично один створює матеріальні блага в країні, а Київ не хоче чути про нагальні проблеми шахтарів і донеччан» (насправді сумарні дотації з центрального бюджету на підтримку двох областей складали близько 35 млрд грн щорічно); «Донбас є оплотом кращих радянських традицій, «порожняк не гонить», а інша Україна продалася США та Європі»; «Західна Україна, крім того, що нічого не виробляє і живе за рахунок Донбасу, є вкрай небезпечним регіоном, бо «бандерівці» захопили владу у Києві та тільки чекають моменту, аби зламати гордий Донбас, нав'язати «мову», уніатство, одностатеві шлюби та інші огидні речі»; «Усе позитивне уособлює Росія, її президент і народ, там і багатство, і велич, і традиції, і справжня гордість та презирство до «американців»» [28]. Маніпуляція масовою свідомістю будувалась на цінностях, які спрощено малювали реальність, розвивали протистояння «ми-вони», укорінювали в сприйнятті певні змістові «якорі», які мали програмувати певну соціальну реакцію/поведінку.

Сценарії використання «м'якої сили», які були заготовлені в надрах генштабу РФ або ФСБ для захоплення влади, ліквідації української державності в дев'яти регіонах сходу і півдня країни – АР Крим, Донецькій, Луганській, Харківській, Одеській, Миколаївській, Херсонській, Дніпропетровській та Запорізькій областях.

Вперше в історії світова ядерна держава (Росія) для колоніальної, по суті, війни використовувала тактику гібридних воєн. Це означає, що більше не існувало

чіткого поділу на державу, армію і народ. Раніше держави воювали між собою за допомогою «офіційних» армій і змушені були брати на себе певні зобов'язання, що випливають з міжнародного права. У сучасній російській війні проти України, образно кажучи, «можна все», обмеження знімаються, мирне населення використовується як зброя, «живий щит». РФ не оголошувала війну Україні, не висувала офіційно вимог і ультиматумів, заперечувала свою участь (очевидну для всіх) з однією метою – не брати на себе відповідальність за дії «армії вторгнення», режим окупації, долю полонених, терористичні акції тощо. Для цього і була потрібна певна соціальна база. І Україна тут не виняток: у кожній країні є деякі групи населення, заздалегідь здатні рекрутувати своїх представників в оперативно-тактичний резерв агресора. На наступному етапі, оскільки гармати ще мовчать, агресор досягав своїх тактичних і стратегічних цілей за рахунок масових соціальних дій і псевдодемократичних процедур безпосередньо у театрі військових дій.

Складність визначення поняття та конкретний прояв «гібридної війни» знайшли своє відображення в трактуванні ситуації в Україні відомими вченими. Так, корифей вітчизняної політичної та безпекової думки В. Горбулін вважає: «Ми повинні чітко розуміти, що для України воєнна загроза з боку Росії не зникне ніколи» [1]. Багатьом дослідникам очевидно, що проти України ведеться повноцінна війна: «гібридна» за формою (особливо до літа 2014 р.), «асиметрична» за змістом. Проте відомий американський історик Тімоті Снайдер не вважає війну в Україні «гібридною» [4].

На рідкість актуальними виявляються оцінки Ф. Енгельса, зроблені понад 125 років тому: «Уся ця небезпека світової війни зникне в той день, коли справи в Росії приймуть такий оборот, що російський народ зможе поставити хрест над традиційною завойовницької політикою своїх царів, і замість фантазій про світове панування зайнятися своїми власними життєвими інтересами всередині країни, інтересами, яким загрожує країна небезпека» [13].

Про те, які проблеми мають західні країни в реакції на російську агресію, точно зазначив англійський дослідник Е. Лукас: «Ми – я маю на увазі Захід – стикаємося з проблемами у відносинах з В. Путіним, часто йому програємо не тому, що ми об'єктивно слабкі, а тому що ми слабовольні...» [33]. Ще більш відверто висловився британський аналітик Дж. Шерр: «На Заході не запитують, а знають: Росія переживає труднощі в економіці, у цій сфері і в тій, і в інших. Зрозуміло, це не може тривати довго, і росіяни хочуть знайти симпатичний вихід. А вони чомусь стріляють. Чому б це? А відповідь же гранично ясна – тому, що росіяни правильно розуміють: Захід настільки ж слабкий політично, наскільки Росія слабка економічно. Вони вважають, що все вирішує політична змінна, і вірять, що єдність Заходу, принаймні в нинішньому вигляді, тріщить і довго не протягне» [6].

Як правильно зазначають багато оглядачів та експертів, для Росії пріоритетом є безпека й велич (як фактор високої легітимності влади), а не економіка. Для

Росії статус «регіональної наддержави» (з відповідною геополітичною «ексклюзивністю»), доповнений «повагою» (як мінімум, умовною) до своїх глобальних амбіцій, які реалізуються в посиленні присутності на Близькому та Середньому Сході, є важливішим фактором, ніж ті «абстрактні» 40% росіян, яким, згідно з результатами дослідження Вищої школи економіки РФ, не вистачає грошей на одяг та їжу. Це породжує й ірраціональний (у розумінні європейських держав, але зрозумілий у логіці антилюдської та антисоціальної російської держави) феномен: супутній збиток від економічних санкцій викликає в російських чиновників, швидше, кураж, ніж жаль [33].

Виклики цінностям, які лежать в основі сприйняття та поведінки, є потужним фактором, який підриває психологічну стабільність, вириває населення із зони психологічного комфорту. Російська інвазія в Україні стала таким викликом, який підриває європейську і світову систему безпеки. Саме війна створила ситуацію, за якої розходження в цінностях між сторонами війни не може більше ігноруватися. Більше того, саме у відмінності цінностей – причини протистояння. Саме відмінність цінностей виступає відповіддю на питання: за що воює Росія і за що воює Україна. Війна, яка зараз відбувається на Сході України, це не війна між етносами чи політичними системами. Це війна між двома векторами майбутнього розвитку людської цивілізації, війна цінностей. Тому не варто сподіватися, що вона невдовзі закінчиться. Путін вважає себе людиною з місією відновлення величі Росії. Проте його недобросовісна поведінка – вбивство цивільних осіб у Сирії та Україні, анексія Криму, комп'ютерне хакерство американських урядових агентств, цькування інакомислення у себе вдома – не дає можливість розглядати його конструктивним партнером у пошуках миру [38].

Консолідований (наскільки це можливо) Захід разом з Україною має домогтися припинення збройної агресії проти України і виведення Росією збройних формувань з території України; відведення збройних сил Росії від кордонів України і припинення загроз; повернення окупованих і анексованих територій; відшкодування України всіх збитків, причиною яких став акт російської агресії; залучення до відповідальності всіх, хто причетний до воєнних злочинів і злочинів проти людяності на території України. Безсумнівно, що такі умови можуть виглядати фантастичним, проте іншого шляху для відновлення справедливого миру важко запропонувати. Бо лише їх виконання надасть можливість говорити про відновлення нормальних цивілізованих відносин з Росією.

У військовому вимірі російсько-український конфлікт є локалізованим, і на сьогодні, крім окупованого Кримського півострова, охоплює частину території Донецької та Луганської областей України. Натомість дискурс, пов'язаний з подіями в Україні, набув глобального масштабу, при цьому значно варіюючи на локальному (внутрішньоукраїнському), міждержавному (російсько-українському) і глобальному рівнях.

Справжній психологічній мобілізації українського суспільства мало б сприяти запровадження воєнного

стану. Як відомо, воєнний стан запроваджується при нападі на територію держави і при загрозі нападу. У нас є не лише загроза, а й напад – захоплений Крим і частина Донецької і Луганської областей, тобто є всі умови для запровадження воєнного стану. Умови воєнного стану є предтечею для запровадження воєнного стану. Такі умови існують з першого дня вторгнення російських військ у Крим. Однак президент України за наявності зазначених умов не вдається до запровадження воєнного стану, тобто не виконує своїх, зазначених у частині 2 статті 102 Конституції, прямих обов'язків гаранта державного суверенітету, територіальної цілісності України, додержання прав і свобод людини і громадянина, яких залишили на поталу окупантам на захоплених ними українських територіях [14].

Стан воєнної окупації та анексії такої частини території України, як Кримський півострів, бойові дії з боку регулярних підрозділів Збройних сил Російської Федерації, які перешли державний кордон України на її материковій частині й атакували підрозділи державної прикордонної служби та Збройних сил України із застосуванням усіх видів вогневого ураження у сухопутній війні, з подальшою окупацією значної території Донецької і Луганської областей України, створення, озброєння і забезпечення колаборантських підрозділів на захоплених територіях, у заяві Верховної Ради України «Про відсіч збройній агресії Російської Федерації та подолання її наслідків», схваленої Постановою Верховної Ради України від 21 квітня 2015 р. № 337-УІІІ, визначено як збройну агресію іноземної держави [19]. Законодавчий орган держави міг би допомогти президенту у прийнятті рішення, що випливають з його обов'язків, шляхом належного виконання вже своїх обов'язків, керуючись приписами пункту 5 частини 1 статті 85 Конституції України і нормами Статуту ООН, а саме – прийняти закон про визнання Російської Федерації державою-агресором. Певну правову основу для такого кроку вже було закладено в Законі України «Про забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на тимчасово окупованій території України» від 15 квітня 2014 р. [24].

Невведення воєнного стану, хоча б у зонах бойових дій, які проводяться захисниками України проти військових підрозділів московського агресора та підтримуваних і забезпечених ним збройних підрозділів колаборантів, створює відповідні загрози для прав конкретних громадян України і Української держави як суб'єкта міжнародного права. Відсутність рішення щодо запровадження воєнного стану несе загрози для України. Зокрема, нівелює аргументацію щодо збройної агресії РФ проти України, чим посилює твердження про наявність в Україні внутрішнього конфлікту (громадянська війна), а не міжнародного збройного конфлікту; позбавляє Україну можливості пред'являти жорсткі юридичні вимоги до Великої Британії, Російської Федерації, США, Франції стосовно виконання з їхнього боку поручительства щодо гарантування незалежності, суверенітету і кордонів України на підставі Будапештського меморандуму 1994 р. «Про гарантії безпеки у зв'язку з приєднанням України до

Договору про нерозповсюдження ядерної зброї»; унеможливує правові підстави надання Україні як жертві агресії допомоги, зокрема й озброєння, за нормами міжнародних договорів про безпеку; не зобов'язує агресора дотримуватись положень Женевської конвенції про поводження з військовополоненими, тому що особи з таким статусом можуть бути лише в умовах війни; унеможливує забезпечення прав людини відповідно до положень Третьої Женевської конвенції, зокрема і через проведення міжнародною гуманітарною правозахисною організацією, на кшталт Міжнародного комітету Червоного Хреста, регулярних інспекцій місць позбавлення волі; легітимізацію колаборуючих з окупантами владних утворень шляхом проведення виборів під примусом і контролем агресора; нав'язування змін до Конституції України та інших законів під зовнішнім тиском; невизнання на міжнародному рівні колаборантських організацій «ДНР» і «ЛНР» як військово-злочинних; втрату підстав для притягнення організаторів військової агресії проти України і колаборантських рухів до кримінальної відповідальності за військові злочини; делегітимізацію інституцій державної влади внаслідок ухилення їх від виконання своїх повноважень (обов'язків) щодо забезпечення централізованого управління усіма військовими і воєнізованими формуваннями, управління комунікаційними мережами і теле- і радіочастотним ресурсом; громадяни не можуть у належний спосіб добровільно виконати свій конституційний обов'язок щодо захисту Вітчизни, незалежності і територіальної цілісності України, оскільки цей обов'язок стосується умов воєнної агресії і супутньому їй режимам стану війни чи воєнному стану; загиблим в боях патріотам, які мужньо захищали незалежність і територіальну цілісність держави, може не бути надано відповідного статусу, передбаченого для офіційних військовослужбовців, що загинули під час проведення антитерористичних операцій, і як наслідок, родини патріотів не матимуть соціального захисту; діяльність волонтерських організацій у зоні проведення воєнних дій, оскільки вони мають статус антитерористичних операцій, також може бути визнана поза законом тощо; військовослужбовці також не можуть у належний спосіб виконати свої службові обов'язки у захисті Вітчизни, незалежності і територіальної цілісності України, особливо щодо військ агресора, оскільки за умов антитерористичної операції вони мають право знешкоджувати лише терористів, а військовослужбовці іноземної армії, які вчинили воєнну агресію, під визначення терористів не підпадають, тобто за такою трактовкою може бути складане маніпулятивне твердження, що їх незаконно знищують. Наведений перелік загроз для Української держави у зв'язку з невведенням в Україні воєнного стану не є повним, однак є достатнім для виникнення стурбованості долею українського суспільства і держави, щоб загострювати на цьому увагу. Запровадження воєнного стану є останньою можливістю нейтралізувати негативні наслідки конституційних змін, які допомагають путінському режиму стверджувати, що в Україні має місце внутрішній громадянський конфлікт, а не військова агресія московської імперії [31].

Варто нагадати, що в щорічному посланні Президента до Верховної Ради 2015 р. було зазначено: «Ми не просто зберегли Україну, під час війни ми зберегли її демократичною, хоча на обмеження прав і свобод мали повне моральне і, до речі, юридичне право у вигляді закону про воєнний стан. Але я, попри політичний тиск з усіх боків, попри те, що правовий режим воєнного стану надавав значно більше влади особисто мені, не міг на це піти. Я розумів, яким шоком і випробуванням його запровадження стане для моїх співвітчизників. Лише уявіть, що цей стан допускає і цензуру, і заборону діяльності партій, і обмеження на пересування по країні, і комендантську годину, і загальну мобілізацію, і конфіскацію майна та грошей на потреби оборони» [22]. Так само і в щорічному Посланні Президента до Верховної Ради «Про внутрішнє та зовнішнє становище України у 2016 році»: «Особисто я не хотів би ані мобілізації, ані воєнного стану. Я бачу зовсім інший план для нашої країни. Але чи буде нова хвиля часткової мобілізації чи, не дай Боже, повної мобілізації? Остаточна відповідь на це питання залежить від Москви» [23].

Дані про співвідношення сил свідчать, що на Сході України відбувається не антитерористична операція, а реальна війна. У складі угруповання російсько-колаборантських військ на Донбасі майже 38,5 тис. осіб, понад 600 танків і до 1500 бойових бронемашин, 750 одиниць артилерійських систем, понад 300 реактивних систем залпового вогню... Українська армія сформувала угруповання чисельністю в 73 тис. чоловік. У її розпорядженні знаходилися 360 танків, 1400 бойових броньованих машин, а також понад 1000 одиниць ствольної та реактивної артилерії [5]. І це нещодавно підтвердила Парламентська асамблея Ради Європи. У жовтні 2016 р. вона схвалила резолюцію, якою визнала юридичну відповідальність російської влади за дії маріонеткових «ДНР» та «ЛНР». Документ офіційно визнає, що Росія здійснює контроль за Донбасом і де-факто керує режимами «ДНР» та «ЛНР». «ДНР» та «ЛНР» створені, підтримувані та ефективно контролювані Російською Федерацією. Відповідальність Москви за дотримання прав мешканців окупованої частини Донбасу, таким чином, прирівнюється до відповідальності Росії за події в Криму. «Відповідно до міжнародного права, Російська Федерація, яка де-факто здійснює контроль над цими територіями, несе відповідальність за захист їхнього населення. Росія, таким чином, повинна гарантувати дотримання прав людини всім мешканцями Криму та «ДНР» і «ЛНР»». У цій резолюції ПАРЄ погодилася з тим, що наразі неможливо проводити вибори на Донбасі через безпекову ситуацію [19].

Водночас, через відсутність чітких юридичних оцінок влади, із сумом можна констатувати, що в Україні через три роки після початку неоголошеної війни все ніяк не забороняють проросійські партії, де деякі депутати так само закликають «почути Донбас». Останнім часом досить часто йдеться про те, що заради миру Україні можна було б спробувати «почути Донбас», подумати

про статус російської мови, подумати про визнання статусу Криму, відмінного від окупованого. У втомлені мізки впроваджуються думки про те, що потрібно уживатися і пробувати приймати факт того, що наш сусід – агресивна диктатура, а значить, потрібно намагатися вести з ним переговори, робити реальні поступки і спробувати врахувати його інтереси. Причини російської агресії не лежать у сфері раціо – захисту мови, культури, економіки або реальних інтересів держави. Сьогодні російсько-українська війна піднята на глобальний рівень у тому сенсі, що світова спільнота поступово починає розглядати путінську Росію як головну загрозу миру і людству. Проте українці приречені на мужній і героїчний опір агресії поки що насамоті. Випробування вже гуртує українську політичну націю. Росія перестане бути небезпечною, тільки коли імперська Росія надірветься від непосильної ноші. І при Путіні вона надірветься швидше, ніж за будь-якого іншого царя. Багато хто запевняє, що чим раніше Україна стане прикладом вдалої модернізації для Росії і Заходу, тим швидше вона поверне Крим. У Мінських угод у російському тлумаченні ніколи не було жодного шансу на виконання [3]. Також про відсутність внутрішньої мобілізації українського суспільства задля перемоги у війні з Росією свідчать результати соціологічних досліджень на третьому році війни. Лише трохи більше половини українців за вступ України до ЄС (51%) і водночас 19% – за вступ до Митного союзу на чолі з агресором Росією. Зберігається істотна регіональна диференціація: на заході країни 79% опитаних відповіли, що хочуть, аби Україна стала членом ЄС, а на сході 40% опитаних виступають за Митний союз. Окрім того, 43% українців виступають за вступ до НАТО, водночас 29% українців виступають проти вступу в НАТО [2].

Пряме застосування «концептів миру» здатне породжувати додатковий шар конфліктних смислів. Навіть найбільш далекий від політичної складової академічний дискурс не залишається осторонь, у зв'язку з цим про війну в Україні говорять як про фактор «інтелектуального розмежування».

Вибір термінів на позначення конфлікту (війна між державами, громадянська війна, окупація, «заморожений конфлікт», «холодна війна» тощо) тягне за собою відповідні сюжетні та інтерпретаційні схеми і відповідно визначає учасників протистояння (противників та союзників, ворогів і друзів, місцевих мешканців та біженців, партизанів і колаборантів, «своїх» та «чужих») та характер стосунків, що їх пов'язують. У нашому випадку йдеться про переосмислення (реконцептуалізацію) принципів висвітлення подій на сході України та їхніх наслідків.

Дискурс конфлікту бере початок від внутрішньополітичного протистояння в Україні взимку 2013–2014 років. У цей період, очевидно за допомогою російських політтехнологів, відпрацьовувалися механізми громадянського розколу в Україні. Найбільш очевидним із цих механізмів був запуск симетричних до майданівського протесту проєктів зі знаком «мінус». На подію Майдан представники режиму Януковича відповіли створенням Антимайдану, що був спрямований

на роздмухування і підвищення градусу конфлікту. Завдання полягало в тому, щоб перевести вертикальний конфлікт між «народом» та «владою» (режимом Януковича) у горизонтальний громадянський конфлікт.

Специфіка інформаційної складової у російсько-українській війні полягає в інтенсивності та широті охоплення аудиторії інформаційним впливом, яке набуло глобального масштабу, систематичному й комплексному застосуванні медійних та новомедійних засобів і створенні нового дискурсу війни та ненависті, спрямованого на руйнування існуючих і формування нових інтерпретаційних і смислових механізмів сприйняття дійсності.

Концепт гібридної війни вписується в цю загальну схему – Росія веде проти України гібридну війну. Поняття гібридної війни розширює коло можливих учасників конфлікту, але не впливає на визначену схему головних учасників протистояння. Російсько-українська війна має в дискурсивному вимірі глобальний масштаб, хоча у військовому вимірі йдеться про локальний збройний конфлікт. Мова ворожнечі в умовах російсько-української війни стала одним із найвиразніших показників конфлікту.

Для дієвої мобілізації українського суспільства на протидію агресії термінологічний дискурс російсько-української війни має неабияке значення. Деякі українські ЗМІ називають членів «ДНР» та «ЛНР» «терористами» (при тому, що тероризм – це лише тактика), ПАСЕ – «комбатантантами», а Росія – «ополченцями», НАТО у своїй Варшавській декларації 2016 р. називає їх «Russian-backed militants», тобто «проросійськими (або підтримуваними Росією, як інший варіант перекладу) бойовиками». Власне термін «бойовики» найбільш чітко вказує на рід їх діяльності, прив'язує їх до існуючого терміну «учасників незаконних збройних формувань» [15]. Доречною є порада Рене Декарта щодо правильного визначення значення слів. У нас не лише ворожа гібридна пропаганда, але й гібридна політика наших керманчів, наших медіа. Від українських журналістів і політиків можна почути глибокодумні розмірковування про «російські терористичні війська», про «найманців», «бойовиків», «терористів», «сепаратистів». Однак мало хто вживає терміни «колаборанти» і «російські окупаційні війська». Тим часом на нашій території перебували і перебувають законні військові формування сусідньої держави-агресора. Це – не терористичні війська, а регулярні, це – армія агресора. За своїм статусом це – окупаційні війська. Ми маємо це визнати.

У нас досі триває незрозуміле явище під назвою «АТО». Запровадив його тимчасово виконуючий обов'язки президента О. Турчинов. Новообраний президент міг виправити помилку і запровадити військовий стан. Принаймні, на окремих територіях. Натомість триває так звана «антитерористична операція», якою керує заступник голови СБУ. Навіть не голова СБУ [37].

Деякі вітчизняні медіа та громадські структури використовують занадто «толерантну» лексику наших західних партнерів (і зрозуміло, чим це обумовлено).

Проте в Україні – інвазія і війна! З весни 2014 р. – гібридна, а з літа 2014 р. і дотепер – реальна, з елементами гібридної! Відповідно, використання термінів на кшталт «ополченці», «повстанці» тощо йде виключно на користь ворогу! Усе, що відбувається в Донбасі, організовано Росією, зокрема «днр/лнр»! Варто називати речі відповідно до їхнього змісту: отже маємо справу з російською окупацією і доволі масовою колаборацією! Відповідно, має бути не «АТО», а Вітчизняна війна!

Нинішнє поширене, але від цього не менш хибне, сприйняття ситуації як «затишся» криє в собі небезпеку. Насправді ми спостерігаємо лише зміну парадигми розгортання цього довгострокового конфлікту. Формується тривожне відчуття «тиші перед бурею», особливо зважаючи на ту активність, яку продовжує розгортати Росія на території «ДНР/ЛНР». Війна, яка зараз відбувається на Сході України, це не війна між етносами чи політичними системами. Це війна між двома векторами майбутнього розвитку людської цивілізації, війна цінностей. Тому не варто сподіватися, що вона невдовзі закінчиться. Оманливе відчуття миру – один з інструментів гібридної війни.

Рецепт можливого миру тільки один: Україна має стати сильною, а це неможливо без всеохоплюючої психологічної мобілізації усередині держави. Загальний військовий обов'язок і мільйони резервістів – необхідність. Рано чи пізно ми не зможемо закрити фронт тільки контрактниками. Територіальна оборона, стрілецькі співтовариства, вільне володіння зброєю майже і не вимагають втручання держави (є приклади Польщі або Союзу оборони Естонії). Десятки тисяч людей, свої тири та бази підготовки, медичні організації і арсенали – з вельми скромними бюджетами та ініціативою знизу. На сьогодні порядок денний простий – будь-яка країна, що вирішить проявити агресію проти України, повинна отримати збиток, який зробить атаку не вигідною. Головний злам повинен відбутися в головах. Чим швидше це усвідомлює все суспільство (а не 200 тисяч чоловік, які беруть участь в АТО, і декількох сотень тисяч цивільних, які їм допомагають), тим швидше до нас перестануть їхати додому труни. Колись Моше Даян сказав, що Ізраїль повинен стати шаленою собакою – занадто небезпечною, щоб її турбували. Цей рецепт ідеально підійде для будь-якої країни Східної Європи, що одвічно перебуває між двома жорнами великих геополітичних гравців. Ідеально підійде і для України. Мир в Україні можливий тільки на наших багнетках.

Висновки

Отже, психологічна мобілізація українського суспільства є необхідною умовою модернізації системи національної безпеки. Мета цієї модернізації – забезпечення стійкості. Причому стійкості не тільки держави як системи державних органів і політики, що вони реалізують, а стійкості самого суспільства проти агресії Росії. Адже саме суспільство тепер стає і об'єктом атаки, і суб'єктом відповіді на неї. Суспільство може як сприяти діяльності агресора, так і дати йому дуже жорстоку відсіч.

Таким чином, подальші дослідження психологічної мобілізації мають неабияке практичне і спроможності українського суспільства чинити опір науково-теоретичне значення. Причому ці студії, російській інвазії, сприяти відновленню державного безумовно, мають відбуватися на комплексному суверенітету на всій території країни шляхом всебічної міждисциплінарному підґрунті.

Література

1. 2017-й: далі буде... [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://gazeta.dt.ua/internal/2017-y-dali-bude-cinnisni-resursi-viyni-i-migu-ukrayinskiy-format-.htm>. – Назва з екрану.
2. 51% українців за вступ України до ЄС, а 19% – за Митний союз. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://ipress.ua/news/51_ukraintsiv_za_vstup_ukrainy_do_yes_a_19_za_mytnyy_soyuz_opytuvannya_186305.html. – Назва з екрану.
3. Берг М. Мінські домовленості як Пісня пісень [Електронний ресурс] / М. Берг. – Режим доступу : <https://day.kyiv.ua/uk/blog/polityka/minski-domovlenosti-yak-pisnya-pisen>. – Назва з екрану.
4. В Україні йде війна: я проти визначення “гібридна” [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrlife.tv/video/politika/v-ukrayini-ide-viina-ia-proti-viznachennia-gibridna-timoti-snaider-dlia-ukrlifetv>. – Назва з екрану.
5. Війна на Донбасі: чому Україні доведеться знищити ДНР і ЛНР [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://icps.com.ua/viyna-na-donbasi-chomu-ukrayini-dovedetsya-znyschyty-dnr-i-lnr>. – Назва з екрану.
6. Гібридна війна: все тільки починається... [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://dt.ua/columnists/gibridna-viyna-vse-tilki-pochinayetsya-203704.html>. – Назва з екрану.
7. Глушков О. В. Україна: конфліктогенні фактори в умовах сучасного світового порядку / О. В. Глушков // Актуальні проблеми держави і права. – 2010. – Вип. 54. – С. 294–303.
8. Декларація про принципи міжнародного права 1970 року. Офіційний портал Верховної Ради України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_569. – Назва з екрану.
9. Договір про дружбу, співробітництво і партнерство між Україною і Російською Федерацією Офіційний портал Верховної Ради України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/643_006. – Назва з екрану.
10. Задорожній О. АТО проти терористів проти мирного населення. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://eramedia.com.ua/article/201225/> – Назва з екрану.
11. Заключний акт Наради з безпеки і співробітництва в Європі 1975 р. Офіційний портал Верховної Ради України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/994_055. – Назва з екрану.
12. Киридон А. Грузія 2008 – Україна 2014: запаралелення російських стратегем / А. Киридон, С. Троян // Зовнішні справи. – 2015. – № 3.
13. Книга: Том 14. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.e-reading.club/bookreader.php/97860/Stalin_14_Tom_14.html. – Назва з екрану.
14. Конституція України. – Київ, 2015.
15. Кравченко В. Терористи чи колаборанти: термінологічна дилема для Києва [Електронний ресурс] / В. Кравченко. – Режим доступу : <http://www.polukr.net/uk/blog/2016/11/terroristi-czi-kolaboranti-terminologiczna-dilena-dla-kieva>. – Назва з екрану.
16. Лоссовський І. Є. Зовнішньополітична стратегія Путіна як нова доктрина обмеженого суверенітету [Електронний ресурс] / І. Є. Лоссовський. – Режим доступу : <http://uaforeignaffairs.com.ua/ekspertna-dumka/view/article>. – Назва з екрану.
17. Меморандум про гарантії безпеки. Офіційний портал Верховної Ради України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/998_158. – Назва з екрану.
18. Палій О. Весь світ у шоку від брехні Путіна, а Янукович закінчить, як Іуда [Електронний ресурс] / О. Палій. – Режим доступу : <http://glavred.info/politika/291842.html>. – Назва з екрану.
19. ПАРЄ прийняла дві резолюції щодо України із запропонованими поправками. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://ua.112.ua/polityka/honcharenko-parye-proholosuvala-za-vnesennia-pravok-do-dopovidi-shchodo-ukrainy-345451.html>. – Назва з екрану.
20. Потехін О. Зовнішня політика та міжнародне становище України у 2015 році очима експертів / О. Потехін // Зовнішні справи. – 2016. – № 2. – С. 6–11; № 3. – С. 10–15; № 4. – С. 14–19.

21. *Про відсіч збройній агресії Російської Федерації та подолання її наслідків* : заява Верховної Ради України. Офіційний портал Верховної Ради України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://rada.gov.ua/news>. – Назва з екрану.
22. *Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2015 році* : щорічне Послання Президента України до Верховної Ради України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/news/shorichne-poslannya-prezidenta-ukrayini-do-verhovnoyi-radi-u-35412>. – Назва з екрану.
23. *Про внутрішнє та зовнішнє становище України у 2016 році* : щорічне Послання Президента до Верховної Ради [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/news/shorichne-poslannya-prezidenta-do-verhovnoyi-radi-pro-vnutri-38077>. – Назва з екрану.
24. *Про забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на тимчасово окупованій території України* : Закон України від 15.04.2014 р. № 12097-VII. Офіційний портал Верховної Ради України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
25. *Радковець Ю.* «Гібридна політика» сучасної Росії як стратегія реалізації її національної геополітики / Ю. Радковець // Бінтел. Журнал геополітичної аналітики. – 2015. – Спец. вип. – С. 4–11.
26. *Рущенко І. П.* Російсько-українська гібридна війна: погляд соціолога: монографія / І. П. Рущенко. – Харків : ФОП Павленко О. Г., 2015.
27. *Рущенко І. П.* Російсько-українська гібридна війна: погляд соціолога : монографія. – Харків : ФОП Павленко О.Г., 2015. – С. 9.
28. *Рущенко І. П.* Російсько-українська гібридна війна: погляд соціолога : монографія. – Харків : ФОП Павленко О.Г., 2015. – С. 150.
29. *Скоркін К.* Міг Новоросії: край реакційних утопій / К. Скоркін // Часопис «Критика»: Рік XVIII, число 9–10 (203–204).
30. *Статут Організації Об'єднаних Націй.* Видано Департаментом громадської інформації ООН. б/м, б/р.
31. *Стратегії трансформації і превенції прикордонних конфліктів в Україні.* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://texty.org.ua/pg/article/editorial/read/58904/Izrajilskyj_dosvid_vysvitlenna_vijny_cenzura_na_vidznote. – Назва з екрану.
32. *Теміров Ю.* Зрозуміти Донбас – зберегти Україну або пастки позаісторичного мислення / Ю. Теміров // Безпекою огляд ЦДАКР «Виклики і Ризики». – 2014. – № 10.
33. *Точка біфуркації* // Дзеркало Тижня. – 2016. – 12 листопада.
34. *Угода між Україною і Російською Федерацією про статус та умови перебування Чорноморського флоту Російської Федерації на території України.* Офіційний портал Верховної Ради України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/643_076. – Назва з екрану.
35. *Хоменський П.* Україна є лінією фронту боротьби за свободу в Європі / П. Хоменський // Зовнішні справи. – 2015. – № 10.
36. *Шергін С.* Україна, США і ЄС: дипломатичний транзит доби глобалізації / С. Шергін // Зовнішні справи. – 2015. – № 2.
37. *Шишкін В.* Колаборація небезпечніша, ніж корупція [Електронний ресурс] / Віктор Шишкін. – Режим доступу : <http://www.chasipodii.net/article/17704/> – Назва з екрану.
38. *Putin's behavior in Ukraine and Syria violates not only rules designed to promote peace but common human decency* [Electronic resource]. – URL : http://www.nytimes.com/2016/09/29/opinion/vladimir-putins-outlaw-state.html?_r=0. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.11.2016 р.

**Психологическая мобилизация
украинского общества как фактор
восстановления суверенитета Украины**

И.Я. Тодоров, Н.Ю. Тодорова

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

Цель – рассмотреть необходимость психологической мобилизации населения в условиях российской агрессии в Украине как фактора восстановления суверенитета Украины.

Материалы и методы. Достижение этой цели происходило путем решения следующих задач: выяснение содержания разрушенных российской агрессией основ международных отношений; исследование причин неспособности ведущих институтов украинского государства адекватно реагировать на российские агрессивные вызовы; доказано значение терминологии войны для психологической мобилизации украинского общества. Реализация определенных целей и задач осуществлялась на основе использования международных и национальных правовых актов, медийных сообщений, материалов социологических исследований и пр.

Результаты и выводы. Выявлены и проанализированы политические причины дестабилизации психологического состояния населения Украины. Психологическая мобилизация украинского общества – необходимое условие модернизации системы национальной безопасности. Модернизация должна обеспечить устойчивость государства и общества.

Ключевые слова: российская агрессия, психологическая мобилизация, военное положение, терминология войны.

**Ukrainian society's psychological mobilization
as a factor to restore the sovereignty of Ukraine**

I.Ya. Todorov, N.Yu. Todorova

SHEI “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to examine the need for the population's psychological mobilization, in terms of Russian aggression in Ukraine, as a factor of restoring the sovereignty of Ukraine.

Matherials and methods. This goal was achieved by doing the following tasks: to clarify the content of international relations principles destroyed by the Russian aggression; to study the causes of the Ukrainian government institutions' failure to adequately respond to Russia's aggressive challenges; to prove the significance of the war terminology for psychological mobilization of the Ukrainian society. The goals defined and tasks set were implemented by analysing the international and national regulations, media messages, sociological research etc.

Results and conclusions. The authors come to conclusion that psychological mobilization of the Ukrainian society is a necessary condition for the national security modernization. Modernisation is to ensure stability of the government and society.

Key words: russian aggression, psychological mobilization, martial law, war terminology.

Відомості про авторів

Тодоров Ігор Ярославович – д.і.н., проф., професор кафедри міжнародних студій та суспільних комунікацій факультету міжнародної політики, менеджменту та бізнесу ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; вул. М. Заньковецької, 89а, м. Ужгород, 88000, Україна.

Тодорова Наталія Юріївна – к.філол.н., доц., доцент кафедри міжнародних студій та суспільних комунікацій факультету міжнародної політики, менеджменту та бізнесу ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; вул. М. Заньковецької, 89а, м. Ужгород, 88000, Україна.

УДК 614.2.:355:613.67(477)

І.А. Голованова, О.І. Краснова, О.Г. Краснов

МЕДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВИХ ЧАСТИН ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ В УМОВАХ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Мета – розглянути проблеми медичного забезпечення військовослужбовців Збройних Сил (ЗС) України та шляхи вдосконалення системи медичного забезпечення в умовах АТО.

Матеріали та методи. У дослідженні використано бібліосемантичний, аналітичний та метод системного підходу.

Результати. В статті висвітлено проблеми медичного забезпечення військовослужбовців ЗС України. Проаналізовано забезпеченість військових частин медикаментами, медичними кадрами та медичними технологіями. Визначено проблеми та показано напрямки вдосконалення системи медичного забезпечення частин ЗС України.

Висновки. Існуюча структура медичної служби, її оснащеність та укомплектованість, а також система медичного забезпечення ЗС України потребують розвитку та удосконалення. Необхідна нова система організації та надання медичної допомоги, яка буде готова до швидкого виконання завдань за призначенням.

Ключові слова: медичне забезпечення, антитерористична операція, кадрове забезпечення, надання медичної допомоги.

Вступ

У зв'язку з ускладненням внутрішньополітичної обстановки на сході, зростанням соціальної напруги в Україні, питання медичного забезпечення (МЗ) військовослужбовців, а особливо тих, які знаходяться в зоні антитерористичної операції (АТО), є особливо важливим [5]. Медичне забезпечення – комплекс організаційних, санітарно-протиепідемічних і лікувально-евакуаційних заходів, що мають на меті збереження, зміцнення та відновлення здоров'я особового складу військ. Воно включає: лікувально-евакуаційне забезпечення та лікувально-профілактичні, санітарно-протиепідемічні заходи, заходи щодо медичного захисту особового складу від зброї масового ураження [4]. В умовах загрози національній безпеці України особливого значення набуває організація заходів із надання медичної допомоги пораненим, їх лікуванню з метою збереження життя та відновлення боєздатності. Лікування та реабілітація цих поранених вимагають більших матеріальних витрат, і це важким тягарем лягає на систему охорони здоров'я [6]. Тому удосконалення проблеми надання якісної медичної допомоги пораненим, їх швидка евакуація та повноцінне лікування і реабілітація є особливо актуальним.

Мета роботи – розглянути проблеми медичного забезпечення військовослужбовців Збройних Сил (ЗС) України та шляхи вдосконалення системи медичного забезпечення в умовах АТО.

Матеріали та методи

У ході дослідження використано бібліосемантичний, аналітичний та метод системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

Військову медицину в Україні з початком АТО довелося створювати практично заново. Були залучені наявні сили та засоби медичних служб ЗС України, а також окремі цивільні заклади охорони здоров'я, які включилися до лікувально-евакуаційної системи. З початком АТО виявився ряд серйозних проблем у медичному забезпеченні військ, що негативно відображається на стані медичного забезпечення в цілому, своєчасності та якості надання медичної допомоги пораненим, найважливішими з них є наступні: військовослужбовці не забезпечені уніфікованими індивідуальними засобами медичного захисту та не мають навичок їх застосування; відсутні сучасні засоби розшуку поранених; відсутній броньований санітарний транспорт для медичної евакуації; оснащення медичних служб не відповідає вимогам сучасності. Практично відсутня єдина система управління та координації дій медичних служб ЗС України, інших військових формувань та системи цивільної охорони здоров'я України [5].

На складність надання медичної допомоги під час АТО впливають такі фактори, як робота в польових умовах, в будь-який час року, наявність санітарних втрат з боку особового складу медичної служби, можливість виникнення дефіциту медичного майна, можливість виникнення масових санітарних втрат із більшою питомою вагою важких поранень, робота за правилами військово-медичної доктрини, переміщення етапів медичної евакуації, використання спеціальних методів роботи (проведення медичної розвідки, сортування), надання допомоги в умовах дефіциту часу.

У воєнний час перед медичною службою постає завдання своєчасного надання медичної допомоги пораненим. Його рішення досягається через комплекс

заходів лікувально-евакуаційної системи: створення угруповання сил і засобів медичної служби, що відповідає конкретній обстановці, максимальне наближення їх до районів найбільших санітарних втрат; збір і вивіз поранених у короткий термін, надання їм медичної допомоги та направлення на етапи медичної евакуації; їх своєчасне розгортання та чітку роботу. Важливим також є попередження виникнення захворювань військ, санітарно-епідеміологічний нагляд.

Аналіз причин летальності під час ведення бойових дій вказує на те, що її можна було б скоротити при своєчасному та якісному наданні домедичної допомоги. Надання домедичної допомоги на полі бою є основною запорукою врятування життя пораненому [4].

Сьогодні для надання медичної допомоги та евакуації поранених і хворих з військових частин задіяні санітарний та спеціальний транспорт військового ланки. Евакуація з блокпостів, медичних пунктів військових формувань і військових частин здійснюється до найближчих лікувально-профілактичних закладів: як військових (мобільних госпіталів, військових госпіталів та військових медичних клінічних центрів), так і цивільних (районних, міських, обласних та комунальних лікарень). У цілому 30% ліжкового фонду цивільних установ охорони здоров'я країни передбачено для потреб ЗС України [1].

Для того, щоб наблизити надання кваліфікованої медичної допомоги до поранених військовослужбовців, в районах проведення АТО були створені і розгорнуті мобільна лікарсько-сестринська бригада і мобільні військові госпіталі. Своєчасне та якісне надання хірургічної допомоги є однією з головних умов збереження життя та профілактики важких ускладнень у поранених в умовах бойової діяльності військ. Лікарі, які надають медичну допомогу пораненим в АТО, застосовують принципи військово-польової хірургії.

На початку АТО була відчутна потреба в медичних засобах. Сьогодні проблема частково вирішена. У зоні АТО, починаючи з окремого батальйону і закінчуючи оперативними угрупованнями, введені посади провізорів, які збирають інформацію про потреби у медичних препаратах. Тепер з моменту заявки начальником медичної частини провізору і до моменту доставки препаратів у розташування військових частин спеціальними мобільними групами мінає не більше двох діб. На складах центрів та мобільних госпіталів ліки є в достатній кількості. До аптечок входять усі необхідні засоби. Були проведені закупки та перевірка якості медичних засобів, все відповідає нормам. Міністерство оборони України затвердило стандарт аптечки для військових за зразками НАТО [3].

На початку АТО об'єм навичок та знань, необхідний для виконання забезпечення медичної допомоги, був недостатнім. Однак на сьогодні курс бійця-рятувальника опанували близько 80 тисяч військовослужбовців, серед яких 4500 курсантів вищих військових навчальних закладів. Крім того, вже є сертифіковані інструктори з тактичної медицини та затверджені стандарти підготовки таких інструкторів для військових частин і навчальних закладів. Тактична

медицина, як обов'язкова, викладається в Українській військово-медичній академії і найближчим часом буде введена в усіх вищих навчальних закладах Міністерства оборони [3]. Проблемним залишається питання нестачі досвідчених лікарів та фельдшерів. Тому і сьогодні продовжується набір лікарів-добровольців для надання екстреної допомоги в лікарнях прифронтової зони. Здійснено відповідні звернення в обласні структурні підрозділи з питань охорони здоров'я для формування списків необхідних фахівців і розгляду умов їх роботи [7].

Однак, незважаючи на такі позитивні зрушення, своєчасність та якість медичних заходів ще не задовольняють ні самих поранених, ні військово-керівництво, ні керівництво держави. Число загиблих та поранених росте: згідно з доповіддю управління Верховного комісара ООН з прав людини по Україні, з початку конфлікту на Донбасі загинула 9371 особа, були поранені 21532 особи [2]. У державі відсутні єдині вимоги до організації надання домедичної допомоги, медичної допомоги, лікування та реабілітації військовослужбовців і цивільного населення під час надзвичайних ситуацій, не сформований механізм ефективної взаємодії між різними медичними службами та цивільними закладами охорони здоров'я, який би дозволяв функціонувати єдиному медичному простору.

Вітчизняні фахівці у галузі військової охорони здоров'я дійшли висновку про необхідність розробки такого документу, як воєнно-медична доктрина. Її мета – забезпечення взаємодії медичних служб ЗС України та органів спеціального призначення, цивільної системи охорони здоров'я для досягнення ефективності їхньої діяльності [5]. На наш погляд, базовими принципами цієї доктрини має бути: відповідність системи МЗ стратегії та тактиці військ, постійна готовність медичної служби, поєднання систем медичного забезпечення ЗС та інших військ, систем цивільної та військової охорони здоров'я. Важливим є невідкладний характер заходів медичної допомоги на етапах медичної евакуації, наближення невідкладної та спеціалізованої медичної допомоги до передового району.

Існує необхідність змін системи підготовки військових медиків. Тому Міністерство охорони здоров'я України затвердило курс для студентів ВМНЗ «Домедична допомога в екстремальних ситуаціях», до якого входять елементи тактичної медицини [8].

Висновки

Немає сумніву, що існуюча структура медичної служби, її оснащеність та укомплектованість, а також система медичного забезпечення ЗС України потребують розвитку та удосконалення. Необхідна сучасна система організації та надання медичної допомоги, яка буде готова до швидкого та динамічного виконання необхідних завдань.

Перспективи подальших досліджень

Необхідна подальша розробка принципів Воєнно-медичної доктрини України.

Література

1. *Андронаті В.* Медики на війні – як забезпечити готовність «Номер один?» [Електронний ресурс] / В. Андронаті // Ваше здоров'я. – 2014. – Режим доступу : <http://www.vz.kiev.ua/mediki-na-vijni-yak-zabezpechiti-gotovnist-nomer-odin/>. – Назва з екрану.
2. *В Минобороны назвали точное число погибших и раненых в Донбассе в 2016 г.* // РИА Новости Украина [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://rian.com.ua/politics/20160615/1011742988.html>. – Название с экрана.
3. *Від початку АТО курс тактичної медицини опанували близько 80 тисяч бійців* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://na.mil.gov.ua/category/novini>. – Назва з екрану.
4. *Военно-полевая хирургия: учебник / под ред. Е. К. Гуманенко.* – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-МЕДИА, 2013. – 768 с.
5. *Жаховський В. О.* Военно-медицина доктрина України як інструмент державного управління у формуванні системи медичного забезпечення військ і цивільного населення у воєнний час / В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський // Інвестиції : практика та досвід. – 2015. – С. 157–162.
6. *Микита О. О.* Наукове обґрунтування стандартизації медичного забезпечення збройних сил України в умовах антитерористичної операції. автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / О. О. Микита. – Київ, 2016. – 28 с.
7. *МОЗ: Проводиться екстренний набір медичних кадрів в лікарні зони АТО* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://medprosvita.com.ua/>. – Название с экрана.
8. *Тимчасова програма навчальної дисципліни для студентів вищих медичних закладів освіти III–IV рівнів акредитації «Домедицина допомога в екстремальних ситуаціях»* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.medsanbat.info>. – Назва з екрану.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.11.2016 р.

**Медицинское обеспечение воинских частей
Вооруженных Сил Украины в условиях
антитеррористической операции**

И.А. Голованова, О.И. Краснова, О.Г. Краснов
ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая
академия», г. Полтава, Украина

Цель – рассмотреть проблемы медицинского обеспечения военнослужащих Вооруженных Сил (ВС) Украины и пути совершенствования системы медицинского обеспечения в условиях АТО.

Материалы и методы. В ходе исследования использованы библиосемантический, аналитический и метод системного подхода.

Результаты. В статье показаны проблемы медицинского обеспечения военнослужащих ВС Украины. Проанализирована обеспеченность воинских частей медикаментами, медицинскими кадрами и медицинскими технологиями. Определены проблемы и указаны направления совершенствования системы медицинского обеспечения частей ВС Украины.

Выводы. Структура медицинской службы, ее укомплектованность, а также система медицинского обеспечения ВС Украины требуют развития и усовершенствования. Необходима новая система организации и оказания медицинской помощи, которая будет готова к быстрому выполнению задач в условиях войны.

Ключевые слова: медицинское обеспечение, антитеррористическая операция, кадровое обеспечение, оказание медицинской помощи.

**Medical providing of military parts of Armed Forces
of Ukraine in the conditions of anti-terrorist operation**

I.A. Golovanova, O.I. Krasnova, O.G. Krasnov
HSEEU “Ukrainian Medical Stomatological Academy”,
Poltava, Ukraine

Purpose – to consider problems of medical support of military men of Armed forces of Ukraine and a way of perfection of system of medical support in the conditions of anti-terrorist operation.

Materials and methods: byblyosemantyc analytical, approach of the systems.

Results. The problems of the medical providing of servicemen of Armed forces of Ukraine are considered in the article. The provision of military parts medications, medical shots, and medical technologies is analysed. Problems are certain and directions over of perfection of the system of the medical providing of parts of Armed forces of Ukraine are brought.

Conclusions. The structure of medical service, her full strength, and also system of the medical providing of Armed forces of Ukraine, require development and improvement. The new system of organization and providing of medicare that will be ready to rapid implementation of tasks in the conditions of war is needed.

Key words: health care, anti-terrorist operation, staffing, medical care.

Відомості про авторів

Голованова Ірина Анатоліївна – д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»; вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011, Україна.

Краснова Оксана Іванівна – викладач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011, Україна.

Краснов Олег Георгійович – к.мед.н., асистент кафедри хірургії №1 ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»; вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011, Україна.

УДК 616-058:159.91:355:001.8

В.В. Кальниш¹, Г.Ю. Пишинов², Д.В. Варивончик²

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНУ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

¹ДУ «Інститут медицини праці Національної академії медичних наук України», м. Київ, Україна²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета – провести аналіз особливостей відновлення психофізіологічного статусу учасників антитерористичної операції з використанням сучасних засобів медико-психологічної реабілітації.

Матеріали та методи. Використано аналітичний аналіз клініко-функціональних і психофізіологічних заходів реабілітації комбатантів у різних функціональних станах.

Результати. Деадаптація комбатантів призводить до розвитку специфічних функціональних станів, які потребують відповідної психофізіологічної корекції та реабілітації. Виявлено, що в процесі комплексних лікувально-реабілітаційних заходів спостерігаються різнонаправлені результати – від швидкого поліпшення самопочуття до зниження показників поведінкової саморегуляції та соціальної адаптивності. Для вирішення поставлених завдань використовуються доступні і надійні методи медико-психологічної реабілітації, які обов'язково враховують фактор індивідуальності. Під цим розуміють рівень зниження професійно важливих якостей людини, наявність патохарактерологічних змін особистості, сприйнятливості нею різноманітних медико-психологічних методів і ступінь їх переносимості.

Висновки. Підкреслено, що низка психофізіологічних проблем у комбатантів і постраждалих унаслідок бойових дій вказує на нагальну необхідність створення психофізіологічної служби з метою вирішення проблеми психофізіологічного забезпечення діяльності та реабілітації людини.

Ключові слова: бойовий стрес, комбатанти, реабілітація, соціальна адаптація, психофізіологічний супровід, відновлення професійної діяльності.

Вступ

Відомо, що психофізіологічні порушення в постраждалих при збройних конфліктах значною мірою зумовлені бойовим стресом (БС), який є дестабілізуючим і передпатологічним станом, що обмежує функціональні резерви організму та підвищує ризик дезінтеграції психічної діяльності і стійких соматовегетативних дисфункцій, тому може призводити до бойових стресових розладів [3].

В умовах сучасної реальності проведення бойових дій на сході, при проведенні комплексних лікувально-реабілітаційних заходів у поранених спостерігається достатньо швидке поліпшення суб'єктивного самопочуття – кількість скарг на стан здоров'я та рівень ситуаційної тривоги помітно зменшуються, але при цьому знижуються показники поведінкової саморегуляції, моральної нормативності та здатності до успішного спілкування з оточуючими [6].

Завдання лікувально-профілактичних закладів полягають у швидшому одужанні військовослужбовців, поверненні їх до нормального життя, професійному відновленні, соціальній адаптації.

Таким чином, деадаптація комбатантів спричиняє розвиток специфічних функціональних станів, які потребують відповідної психофізіологічної корекції та реабілітації. У зв'язку з цим вивчення закономірностей функціонального відновлення організму в процесі

реабілітації, поновлення працездатності людини є важливим науково-практичним завданням сьогодення, значення якого важко переоцінити, особливо в умовах проведення антитерористичної операції (АТО) і наростаючої кількості комбатантів, що піддалися дії надмірного стресу при безпосередньої участі в бойових діях [1].

Мета роботи – провести аналіз особливостей відновлення психофізіологічного статусу учасників АТО з використанням сучасних засобів медико-психологічної реабілітації.

З'ясування особливостей адаптації в організмі у постстресовий період та впровадження розроблених принципів реабілітації сприятимуть суттєвому економічному та соціальному ефекту, який сприятиме збереженню здоров'я учасників АТО, поверненню їх до активного суспільного життя, підвищенню працездатності та збереженню професійного здоров'я.

Матеріали та методи

При визначенні стратегії соціально-психологічної реабілітації поранених слід керуватися поняттям реабілітації як певного комплексу медико-психологічних заходів і системи соціальної діяльності. Мета і того, і іншого полягає не тільки у приведенні до фізіологічної норми функціонального стану організму, емоційної, моральної та мотиваційної сфер особистості, але й у

відновленні професійно важливих якостей військовослужбовця, від яких залежить його військово-професійна працездатність. Основними методами можна вважати медико-клінічні, психофізіологічні та психологічні.

Результати дослідження та їх обговорення

За даними різних авторів, психічні порушення виникають у 20–70% осіб, які беруть участь у збройних конфліктах, та у 3–4 рази підвищують рівень захворюваності на психічні розлади в армії порівняно з мирним часом.

Установлено, що половина військовослужбовців національної гвардії США, які повернулися із зони бойових дій, страждає на психічні розлади.

Найбільш виразні психічні порушення спостерігаються в осіб, які знаходилися в зоні бойових дій понад три місяці. У всіх обстежених, які отримали поранення в ході локальних війн або в період збройних конфліктів, відмічаються різного ступеня вираженості зміни психічного стану. Ці зміни проявляються передусім неадекватними реакціями на емоційний і фізичний стрес: від відносно короткотривалого відчуття дискомфорту з різними симптомами емоційної напруги до психічних розладів невротичного і психотичного характеру.

Симптоматика цих порушень поліморфна, вона розглядається в рамках невротоподібних порушень, соматовегетативних, емоційно-вольових розладів, нападів паніки, фобій, унікаючої поведінки, істеро-конверсійних дисфункцій, антисоціальної та агресивної поведінки.

Медико-психологічна реабілітація спрямована на особистість хворого, його самооцінку, комунікативні властивості, потреби, психологічні механізми компенсації та захисту, способи поведінки в сім'ї, у професійному колективі та інших суспільних групах. Її завдання полягає в найшвидшому усуненні хворобливих симптомів (невротичних, невротоподібних), подоланні іпохондричних фіксацій тощо. За допомогою психокорекційних і психотерапевтичних методів підвищується стійкість до несприятливих психогенних впливів, коригується система взаємовідносин особистості, пом'якшуються соматичні та вегетативні розлади, формується активна позиція хворого щодо подолання недуги, зростає його роль у процесі отримання допомоги. Медико-психологічна реабілітація ветеранів базується на основних положеннях інтегративної копінг-концепції, згідно з якою, подолання стресу – це процес, в якому індивід чинить спроби: змінити або ліквідувати проблему; зменшити її інтенсивність, змінивши власну точку зору на дану проблему; полегшити її вплив, відволікаючись на що-небудь або застосовуючи інші різні способи подолання.

Для вирішення поставлених завдань використовуються доступні і надійні методи медико-психологічної реабілітації, які враховують особливості, з одного боку, функціонального стану соматичної та психічної сфери поранених, а з іншого – призначеної лікуючим лікарем терапії. При цьому враховується фактор індивідуальності – рівень зниження професійно

важливих якостей людини, наявність патохарактерологічних змін особистості, сприйняття нею різноманітних медико-психологічних методів і ступінь їх переносимості.

Оскільки людський, як і будь-який інший живий організм, біологічно не запрограмований переносити масивні психічні травми, період реабілітації при тяжких пораненнях характеризується пролонгованим емоційним стресом, сила і тривалість якого визначаються не тільки негативними наслідками понесених втрат, часто незворотних (у випадку, наприклад, ампутації кінцівки тощо), але й більшою мірою особистісними якостями пораненого.

Згідно зі звітом консультативної групи армії США з психічного здоров'я, у 2007 р. 28% комбатантів мали клінічні ознаки посттравматичного стресового розладу (ПТСР). За даними інших дослідників, ПТСР становить 10–50% усіх психопатологічних наслідків війн. Тобто кожен другий учасник бойових дій страждає на психологічну та емоційну дезадаптацію [4, 20].

Зрозуміло, що при впливі на людину надзвичайно потужних емоційних факторів, серед яких провідною є бойова травма, суттєво змінюється функціональний стан, емоційна та психічна сфера, у тому числі працездатність. Зазвичай погіршується професійна надійність працівників і пов'язана з цим висока ціна помилки. Особливо це стосується професій з надмірним впливом стесорних факторів, що безпосередньо стосуються безпеки людей [5].

Відомо, що працездатність не є величиною постійною, вона змінюється в часі. Основною причиною зміни працездатності є сама робота. Зазвичай працездатність знижується при тривалому виконанні роботи. Зниження працездатності під впливом виконаної роботи вважається стомленням. При цьому є чимало даних, які свідчать, що, крім робочого навантаження, в реальній трудовій діяльності на працездатність певним чином впливають несприятливі умови праці, у тому числі ті, що впливають із характеру виконуваної роботи. Суттєво знижується працездатність при надмірному впливові шкідливих факторів, зокрема психоемоційного стресу.

Дослідники стресу виявили тенденцію відповідати на такі стресові ситуації однаковими характерними реакціями, що пояснюється напрацьованою в процесі індивідуального розвитку системою психологічних механізмів [2]. Епідеміологічні та клінічні спостереження свідчать про те, що в людській популяції існує не менше 30% індивідів, які зберігають нормальні фізіологічні показники навіть при тривалих і гостро виражених напругах. Усе це вказує на те, що в живих організмах закладені механізми стійкості до різного роду стресів.

Одним із найбільш виражених стресових факторів, які існують на сьогодні в складних умовах України, є бойовий стрес, що призводить до масштабних негативних наслідків як у соціальній, економічній, так і в особистісній площині.

Всесвітні війни та локальні конфлікти ХХ ст. показали багато прикладів негативної дії

посттравматичного стресу [21]. У ході та після закінчення бойових дій США у В'єтнамі американці страждали від масової неадекватності поведінки серед ветеранів, які повернулися. У період війни у В'єтнамі загинули 58 226 американських вояків [14]. Після повернення з війни покінчили життя самогубством утричі більше ветеранів; третина осуджених в американських тюрмах на той час були учасниками війни у В'єтнамі.

Виділяють два типи причин бойового ПТСР. По-перше, це психотравма, яка спричинила помітні стресові зміни психічного й фізичного стану та наявні порушення поведінки (агресію, панічну втечу, інтроверсію тощо). По-друге, це ПТСР в осіб, які успішно брали участь у боях, але не здатні до реадaptaції в мирному житті.

Багаторічні дослідження, під керівництвом Н.В. Тарабріної, довели, що «після дії бойового травматичного психологічного стресу учасники бойових дій мусять фактично по-новому відтворювати в умовах мирного життя структуру суб'єктивного життєвого простору, у тому числі структуру ставлення до себе, самооцінки та орієнтації щодо змісту життя» [7].

Важливою специфічною особливістю ПТСР є те, що після закінчення періоду, насиченого психотравмуючими подіями, коли зникає емоційне переваження, багато людей вважають, що повернулося добре самопочуття. У них немає скарг на стан власного здоров'я, і минулі психотравми здаються забутими. Але пізніше виявляється, що це латентний (прихований, перехідний) період формування ПТСР, і хвороба до них повертається знову [8].

Кількість тестів, призначених для діагностики працездатності в умовах дослідження, досить значна. Застосовувані показники передусім можна розділити на «об'єктивні» та «суб'єктивні». До об'єктивних показників працездатності зазвичай відносяться: зміни кількісних і якісних показників праці; зміни функціонального стану нервової системи. До суб'єктивних показників відносяться відчуття втоми, млявості, хворобливі відчуття. Ці суб'єктивні переживання свідчать про психічні стани, які розвиваються при зниженні працездатності. Психічний стан при стомленні зазвичай позначається терміном «втома». Крім цього, в процесі трудової діяльності можуть спостерігатися інші психічні стани, пов'язані з особливою зацікавленістю в результатах роботи або, навпаки, з байдужістю до них, стан тривожності тощо. Усі ці стани позначаються на відповідних суб'єктивних показниках.

Несприятливий вплив надмірного стресу на працездатність позначається на всіх показниках працездатності. Наявні дані свідчать про те, що при надмірних стресорних факторах у процесі роботи спостерігається більш рання поява і об'єктивних, і суб'єктивних ознак зниження працездатності. Описані також деякі інші особливості динаміки зниження працездатності при роботі в умовах післядії стресу. Насамперед це наявність хвилеподібних коливань як продуктивності діяльності, так і фізіологічних показників протягом робочого дня. Відзначена своєрідність суб'єктивних відчуттів при роботі, переважання в них

симптомів млявості і сонливості, іноді проявів дратівливості.

Різниця в динаміці працездатності при роботі в різних функціональних станах дала змогу встановити, що в людини, яка знаходиться в передпатологічному стані, під час роботи розвиваються особливі зміни функціонального стану, можливо, пов'язані з індивідуальними особливостями особистості, що суттєво знижують працездатність [10, 16, 19].

У літературі описані випадки розбіжності між об'єктивними і суб'єктивними показниками працездатності при виконанні роботи особами в різних функціональних станах (після дії надмірного стресу). Відомо, що особливості функціонального стану таким чином впливають на людину, що суб'єктивні відчуття частіше випереджають появу об'єктивних ознак зниження працездатності.

Дослідження в цьому напрямку допоможуть узагальнити існуючі уявлення про психофізіологічні механізми трансформації функціональних станів після дії надмірного стресу та розробити адекватні профілактичні заходи й заходи корекції, які дають змогу підвищити працездатність і надійність діяльності.

Складна військово-політична і соціально-економічна ситуація в Україні потребує раціонального розподілу наявних людських і економічних ресурсів для вирішення актуальних проблем оборони країни. У зв'язку з цим актуальним є вивчення зарубіжної, зокрема, російської літератури, яка розкриває і описує заходи щодо медико-психофізіологічного забезпечення військ, заснованих на досвіді проведення локальних військових компаній [1].

Одним з основних напрямів профілактичної роботи медичної служби армії та флоту є удосконалення системи охорони здоров'я військовослужбовців, своєчасне та ефективне проведення власне медичних профілактичних заходів [18]. При цьому розширення заходів щодо психофізіологічної корекції та реабілітації військовослужбовців сприятиме підвищенню боєздатності частин і підрозділів [11]. Необхідність корекції та реабілітації у військовій ланці медичної служби обумовлена особливостями контингентів, які призиваються до Збройних Сил України, зниженням адаптаційних можливостей у частини військовослужбовців після захворювань і травм, а також унаслідок несприятливого впливу на організм факторів військової праці – кліматичних зон, наповненості об'єктів військової техніки і озброєнь, екстремальних фізичних і психічних навантажень. У зв'язку з цим слід враховувати, що останніми роками у 3 рази зросла кількість молодих людей, які до призову в армію ніде не працювали і не навчалися, в 7,5 разу – вживали наркотики, у 2 рази – перебували на обліку в органах Міністерства внутрішніх справ. Кожен третій з опитаних призовників і військовослужбовців строкової служби байдуже ставився до ухилення від військової служби, а 30% схвалювали такі вчинки [17]. В обстежених курсантів одного з окружних навчальних центрів загальний рівень інтелектуального розвитку та рівень нервово-психічної стійкості знизився практично на 40% [11].

Такі обставини негативно позначаються на придатності призовників до служби за конкретними військовими спеціальностями з урахуванням психологічних і психофізіологічних характеристик. Найбільш виражені зміни психофізіологічного стану відзначаються у військовослужбовців в умовах реальної вітальної загрози: при веденні бойових дій, участі в миротворчих операціях, виконанні аварійно-рятувальних робіт із ліквідації наслідків великих екологічних і антропогенних катастроф.

Комплексне соціально-психологічне вивчення та психофізіологічне обстеження десантників, що брали участь у бойових діях в Афганістані, показало, що понад 70% з них мали різні психосоматичні розлади [6, 9]. Практично кожен четвертий десантник відчував значні труднощі в реадаптації до служби в мирних умовах. Це виражалось в підвищенні конфліктності з оточуючими, трансформації деяких ціннісних орієнтацій, зниженні установки на професійну діяльність і задоволеність внутрішньогруповими контактами.

У 81% офіцерів мотострілкових частин, які брали участь протягом місяця в бойових діях у Чеченській Республіці в 1995 р., виявлено виражену астенізацію, що потребувала проведення психофізіологічної і фармакологічної корекції. Усі опитані військовослужбовці вважали доцільною і бажаною психофізіологічну корекцію безпосередньо під час ведення активних бойових дій. Тому у військових формуваннях, які ведуть бойові дії або виконують миротворчі функції, вкрай необхідна присутність психофізіологічної групи для вирішення оперативних медико-психологічних завдань, насамперед для проведення заходів щодо психофізіологічної корекції функціонального стану організму комбатантів [12].

У практиці психофізіологічних досліджень військовослужбовців часто зустрічаються докази тісного взаємозв'язку самопочуття, працездатності й різноманітних проявів психічних станів, передусім емоційної нестабільності та порушень ефективності бойової діяльності військовослужбовців, що проявляється у вигляді тимчасових або хронічних порушень професійної та соціальної поведінки [4]. Використання психофізіологічних підходів дає широкі можливості для проведення корекції функціональних станів, сприяє усуненню або зменшенню впливу психотравмуючих факторів на психіку, запобігає зривам діяльності військовослужбовців.

Однією з основних проблем в осіб, які зазнали екстремальних навантажень і отримали важку бойову травму, є пристосування до кардинально зміненого соціального середовища. [13]. Сформовані в бойовій обстановці функціональні системи, діяльність яких спрямована на збереження життя, формують певний емоційно-поведінковий стереотип. Слід зазначити, що бойова і мирна обстановка настільки різні, що після виходу з бойових дій людина потребує відновлення функціональних систем «мирного часу» шляхом включення адаптаційних механізмів, спрямованих на відновлення і вироблення поведінкових програм,

адекватних умовам життєдіяльності. За численними клінічними спостереженнями, неузгодженість між наявними в людини прагненнями, уявленнями, можливостями дій нерідко призводить до різного роду емоційних розладів, які найчастіше проявляються виникненням страху, туги, лабільністю настрою, депресією або озлобленістю, підвищеною агресивністю. У разі порушення психічної адаптації спостерігається різна за якістю і ступенем вираженості дезорганізація соціальних контактів, знижуються можливості саморегуляції власних вчинків, посилюється егоцентрична поведінка, змінюється ставлення до трудової діяльності тощо. Зміна соматичного статусу, пов'язаного з пораненням, часто позбавляє таких осіб реальних перспектив у подальшому житті, викликає необхідність перебудови ціннісних орієнтацій.

У складних сучасних реаліях виникають ситуації, при яких існує нагальна необхідність надання масової медико-психологічної допомоги родичам загиблих або важко травмованим бійцям. У такому випадку проводиться відповідна підготовка лікарів-психологів і психофізіологів для роботи в подібних умовах [15]. Передусім інформаційне середовище, в якому знаходяться родичі постраждалих, характеризується значним превалюванням емоційного фону над раціональними оцінками та об'єктивним аналізом того, що сталося. Постійне спілкування між собою, співпереживання і взаємопосилання негативних емоційних станів приводять до швидкого наростання рівня психічної напруги. У даній ситуації засоби масової інформації (ЗМІ) відіграють неоднозначну роль щодо людей, які переживають трагедію: з одного боку, ЗМІ підтверджують родичам, що громадськості не байдуже їхнє горе, а з іншого – підвищують загальну напругу. За даними авторів, негативна роль ЗМІ певною мірою обумовлена діяльністю офіційних представників уряду і посадових осіб, які не забезпечують журналістів повною і конкретною інформацією, що не дає чіткого уявлення про реальну ситуацію.

Аналіз роботи з надання медико-психологічної допомоги родичам загиблих свідчить про існування трьох періодів у динаміці психічного стану членів їхніх сімей. Перший період – «Етап очікування» – характеризується яскравим вираженням нервово-психічним напруженням, обумовленим надією на неправдивість отриманої інформації про загибель військовослужбовця. У цей період спостерігаються психологічні стресові реакції з переважанням астено-депресивних і психоастеничних реакцій. На даному етапі найбільш ефективним психокорекційним заходом є фармакологічна корекція, спрямована на нормалізацію функціонального стану. Водночас, психологічна корекція дає лише відносний позитивний ефект. Другий період – «Етап дозволу» – починається з моменту появи офіційних повідомлень про загибель військовослужбовців. Він триває близько 3 днів і супроводжується агресивними, істероїдними і фобічними реакціями, нерациональними формами поведінки. Негативні емоції переважають над раціональними оцінками та об'єктивним аналізом того, що сталося. На

даному етапі найбільш ефективними психокорекційними заходами є соціальна підтримка і фармакологічна корекція функціонального стану родичів. Психологічна корекція (зокрема, раціональна психотерапія і сугестивні методи) дає незначний ефект. Третій період – «Етап відносно стабілізації психічного стану» – характеризується наявністю переважно астеничних, астено-депресивних і сенситивних реакцій. На даному етапі відмічається відносно переважання раціонального компонента над негативними емоційними реакціями. Найбільш ефективними заходами в цей період, на відміну від попередніх, є методи психологічної корекції (раціональна психотерапія, сугестивні методи корекції) на тлі фармакологічної підтримки. У цей час у родичів загиблих військовослужбовців проявляються психосоматичні розлади, загострюються хронічні захворювання. Таким чином, слід зазначити, що в перший час найбільш ефективним методом є фармакокорекція, спрямована на нормалізацію сну. В окремих випадках з цією ж метою можна використовувати сугестивну терапію. На наступних етапах позитивне значення має раціональна психотерапія. Крім фармакокорекції і психологічної корекції застосовуються методи електрофізіологічної корекції (транскраніальний вплив) функціонального стану. У кабінеті психологічного розвантаження, технічно оснащеному телевізором, відеомагнітофоном, аудіомагнітолою, комплектами аудіо- та відеокасет, проводяться відповідні корекційні курси. Ефективною є групова психотерапія у формі бесід, основним завданням яких є формування в родичів адекватного уявлення про те, що їхні рідні загинули, але життя триває і треба

налаштовуватися на вирішення насущних проблем. У разі проведення цих заходів слід враховувати ряд об'єктивних і суб'єктивних факторів, які ускладнюють роботу лікаря-психолога. Справа в тому, що концентрація значної кількості людей, які перебувають у стані вираженого емоційного стресу у відносно невеликому просторі, створює сприятливі умови для взаємного психічного індукування, швидкого розвитку істероїдних реакцій та інших нерациональних форм поведінки людей.

Висновки

Отримані результати дають змогу вважати, що в подібних ситуаціях ефективність роботи фахівця-психолога або лікаря-психіатра обмежена часовими рамками. В умовах надзвичайної ситуації робота фахівця найбільш продуктивна протягом 5–7 діб, потім її ефективність знижується. Тому якщо надзвичайна ситуація носить затяжний характер, доцільно передбачити зміну фахівців-психологів (лікарів-психіатрів) через 10 діб.

Перспективи подальших досліджень

Низка психофізіологічних проблем у комбатантів і постраждалих унаслідок бойових дій вказує на нагальну необхідність відновлення (створення) психофізіологічної служби, привернення уваги керівних органів та усього суспільства до проблеми психофізіологічного забезпечення діяльності та реабілітації людини.

Література

1. *Белинский А. В.* Современные подходы к медицинской реабилитации военнослужащих с пограничными психическими расстройствами / А. В. Белинский // Военно-медицинский журнал. – 2000. – № 8. – С. 25–34.
2. *Бодров В. А.* Психология и надёжность. Человек в системе управления техникой / В. А. Бодров, В. Я. Орлов // Институт управления РАН. – Москва, 1998. – С. 186.
3. *Глебов В. Г.* Психологическая адаптация военнослужащих к служебно-боевой деятельности в условиях вооруженного конфликта / В. Г. Глебов // Ориентир. – 2005. – С. 36–39.
4. *Глушко А. Н.* Психофизиологические основы психогигиены и психопрофилактики / А. Н. Глушко // Военно-медицинский журнал. – 1998. – № 1. – С. 63–70.
5. *Глушко А. Н.* Психофизиологические подходы к повышению работо- и боеспособности военнослужащих / А. Н. Глушко // Военно-медицинский журнал. – 2004. – Т. 325, № 1. – С. 66–68.
6. *Дудин С.* Профилактика боевых психических расстройств у военнослужащих специальными методами психологической подготовки / С. Дудин // Информационно-методический сборник. – Москва : ЦВСППИ ВС РФ, 1993. – № 4 (7). – С. 39.
7. *Зеленова М. Е.* Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у участников войны в Афганистане / М. Е. Зеленова, Е. О. Лазебная, Н. В. Тарабрина // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18, № 2. – С. 34–49.
8. *Калмыкова Е. С.* Особенности психотерапии посттравматического стресса / Е. С. Калмыкова, Е. А. Миско, Н. В. Тарабрина // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22. – № 4. – С. 70–80.
9. *Куницын Н. В.* Особенности психического состояния военнослужащих, проходивших боевую службу в горно-пустынной местности / Н. В. Куницын // Вопросы психологии и физиологии труда корабельных специалистов. – Санкт-Петербург, 1993. – С. 15–17.
10. *Методичні рекомендації «Психолого-психіатрична допомога постраждалим при збройних конфліктах / уклад.: О. К. Напрєєнко, О. Г. Сироп'ятов, О. В. Друзь, В. С. Гічун, А. Є. Горбань, Н. О. Дзеружинська, Н. Ю. Напрєєнко.* – Київ, 2014. – 36 с.
11. *Новиков В. С.* Психофизиологическое обоснование проблемы коррекции и реабилитации участвовавших в боевых действиях военнослужащих / В. С. Новиков, А. А. Боченков, С. В. Чермякин // Военно-медицинский журнал. – 1997. – № 3. – С. 53–57.
12. *О проблеме психофизиологической реабилитации / А. Н. Глушко, Б. В. Овчинников, Д. А. Яньшин [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 1994. – № 3. – С. 46–48.*
13. *О психофизиологическом состоянии раненых / И. Ю. Быков, В. М. Петрукович, А. О. Иванов [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2001. – № 6. – С. 54–59.*
14. *Особенности клиники и лечения посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов / О. Н. Малашенко, В. А. Новиков, В. Б. Ласков, А. В. Погосов // Военно-медицинский журнал. – 2009. – № 3. – С. 48–54.*
15. *Особенности оказания медико-психологической помощи родственникам погибших моряков атомной подводной лодки «КУРСК» / А. Г. Маклаков, С. В. Чермянин, В. К. Шамрей, А. Ю. Кондратьев // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22, № 2. – С. 5–13.*
16. *Пышнов Г. Ю.* Концепция универсальности трансформаций функциональных состояний организма работающего человека при развитии утомления: сообщение 1. термины, понятия, гипотезы / Г. Ю. Пышнов, В. В. Кальниш // Український журнал з проблем медицини праці. – 2011. – № 2 (26). – С. 11–19.
17. *Фомиченко А. О.* О некоторых проблемах комплектования Вооруженных Сил по призыву / А. О. Фомиченко // Информационно-методический сборник. – Москва : ЦВСППИ ВС РФ, 1993. – № 4 (7). – С. 8–9.
18. *Чиж И. М.* Актуальные проблемы психофизиологического обеспечения военно-профессиональной деятельности / И. М. Чиж, Е. Г. Жилиев // Военно-медицинский журнал. – 1998. – Т. 319, № 3. – С. 4–10.
19. *Чиж И. М.* Основные итоги и направления развития медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации / И. М. Чиж // Военно-медицинский журнал. – 1994. – № 1. – С. 4–10.
20. *Altered resting psychophysiology and startle response in Croatian combat veterans with PTSD / Т. Jovanovic, S. D. Norrholm, A. J. Sakoman // Int. J. Psychophysiol. – 2009. – № 71 (3). – P. 264–268.*
21. *Wilson J. P.* Predicting PTSD among Vietnams. Post-Traumatic Stress and the War Veteran Patient / J. P. Wilson, G. E. Krauss ; ed. W.E. Kelly. – N.Y., 1986. – P. 102–147.

Дата надходження рукопису до редакції: 14.11.2016 р.

Актуальные проблемы психофизиологического состояния участников боевых действий

В.В. Кальныш¹, Г.Ю. Пышинов², Д.В. Варивончик²

¹ГУ «Институт медицины труда Национальной академии медицинских наук Украины», г. Киев, Украина

²Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель – провести анализ особенностей восстановления психофизиологического статуса участников антитеррористической операции с использованием современных средств медико-психофизиологической реабилитации.

Материалы и методы. Использован аналитический анализ клинично-функциональных и психофизиологических мероприятий реабилитации комбатантов в разных функциональных состояниях.

Результаты. Дезадаптация комбатантов приводит к развитию специфических функциональных состояний, требующих соответствующей психофизиологической коррекции и реабилитации. Выявлено, что в процессе комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий наблюдаются разнонаправленные результаты – от быстрого улучшения самочувствия до снижения показателей поведенческой саморегуляции и социальной адаптивности. Для решения поставленных задач используются доступные и надежные методы медико-психологической реабилитации, которые обязательно учитывают фактор индивидуальности. Под этим понимают уровень снижения профессионально важных качеств человека, наличие патохарактерологических изменений личности, ее восприимчивость к различным медико-психологическим методам и степень их переносимости.

Выводы. Подчеркнуто, что ряд психофизиологических проблем у комбатантов и пострадавших вследствие боевых действий указывает на настоятельную необходимость создания психофизиологической службы с целью решения проблемы психофизиологического обеспечения деятельности и реабилитации человека.

Ключевые слова: боевой стресс, комбатанты, реабилитация, социальная адаптация, психофизиологическое сопровождение, восстановление профессиональной деятельности.

Actual problems of psycho-physiological state of combatants

V.V. Kalnysh¹, G.Yu. Pyshnov², D.V. Varivonchik²

¹SI «Institute for Occupational Health of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kyiv, Ukraine

²Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Purpose – to analyze features of the restoration of psycho-physiological status of the participants counter-terrorist operation using modern means of medical and psycho-physiological rehabilitation.

Materials and methods: analytical analysis of clinical-functional and psychophysiological combatants rehabilitation measures in different functional states.

Results. Disadaptation combatants leads to the development of specific functional states, requiring a corresponding psychophysiological correction and rehabilitation. It was revealed that in the process of comprehensive treatment and rehabilitation observed the different results - from the rapid improvement in health, to reducing of indexes of behavioral self-regulation and social adaptability. For achieving the objectives using available and reliable methods of medical and psychological rehabilitation is required to take into account individual factors. This refers to the reduction of level of professionally important qualities of the person, the presence pathocharacterological changes of personality, its susceptibility of various medical and psychological methods and the degree of reciprocity.

Conclusions. It was stressed that a row of psychophysiological problems of combatants and victims of the hostilities, is the urgent need to establish a psycho-physiological service to solve the problem of psychophysiological activity maintenance and rehabilitation of the person.

Key words: combat stress, combatants, rehabilitation, social adaptation, psychophysiological maintenance, restoration of occupational activity.

Відомості про авторів

Кальныш Валентин Володимирович – д.б.н., проф., завідувач лабораторії психофізіології праці ДУ «Інститут медицини праці Національної академії медичних наук України»; вул. Саксаганського, 75, м. Київ, 01033, Україна.

Пышинов Георгій Юрійович – д.мед.н., старший науковий співробітник, професор кафедри медицини праці, психофізіології та медичної екології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

Варивончик Денис Віталійович – д.мед.н., старший науковий співробітник, завідувач кафедри медицини праці, психофізіології та медичної екології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

ПОСТТРАВМАТИЧНІ ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ ТА СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України,
м. Київ, Україна

Мета – дослідити структуру посттравматичних психічних порушень та особливості суїцидальної поведінки в учасників бойових дій.

Матеріали та методи. Досліджено психічний стан військовослужбовців, які перебували на лікуванні в Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни, за допомогою клініко-психопатологічного методу, а також випадки суїцидів серед учасників бойових дій, за допомогою статистичного методу.

Результати. Структура психічних порушень, безпосередньо пов'язаних зі стресом, представлена посттравматичним стресовим розладом і розладами адаптації. Психічні розлади, безпосередньо не пов'язані зі стресом, представлені органічним емоційно лабільним (астенічним) розладом і посткомоційним синдромом. За результатами аналізу суїцидів серед військовослужбовців отримано соціодемографічну характеристику, узагальнені дані про тривалі строки перебування в зоні бойових дій, вогнепальне поранення як провідний механізм суїциду, наявність алкогольного сп'яніння та інші прояви поведінки, що передували суїцидальній спробі.

Висновки. Оцінка суїцидального ризику має бути включена до обов'язкових процедур медичного обстеження військовослужбовців, які повернулись із зони бойових дій та мають досвід психічної травми.

Ключові слова: посттравматичні психічні порушення, учасник бойових дій, суїцидальна поведінка, посттравматичний стресовий розлад.

Вступ

Озброєний конфлікт на Сході України являється безпрецедентною за інтенсивністю й тривалістю психічною травмою для українців. Незважаючи на спроби впровадити угоди про припинення вогню, у т.ч. підписання Мінської угоди у лютому 2015 р., бойові дії тривають у декількох місцях уздовж лінії зіткнення між урядовими силами і силами, так званих, Донецької і Луганської Народних Республік (UN OCHA, 2016). Військовослужбовці, які залучені до врегулювання конфлікту та беруть участь у бойових діях, піддаються впливу затяжного стресу високої інтенсивності. Фізичні травми, позбавлення сну, погані санітарні умови та екстремальні фізичні навантаження, які зазвичай супроводжують військовослужбовців у зоні бойових дій, є додатковими факторами стресу та порушення адаптації. За даними Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, протягом 2015 р. психоневрологічними закладами України узято під нагляд 941 військовослужбовця, учасника антитерористичної операції (АТО), з уперше в житті встановленим діагнозом «Розлади психіки через реакцію на важкий стрес та розлади адаптації», з них посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виявлено у 686 (70,9%) осіб. Слід зазначити, що статистична звітність закладів МОЗ України відображає лише контингент осіб, які звернулись по допомогу в медичні заклади, тому реальна кількість посттравматичних психічних порушень для всієї

популяції військовослужбовців є значно більшою. Серед американських військовослужбовців, які брали участь у війні в Іраку та Афганістані, частота ПТСР після передислокації становила від 12,2% до 25%, проте значна частина солдат не зверталась по медичну допомогу та не отримувала лікування [5, 9].

До основних діагностичних кластерів ПТСР, згідно з діагностичним і статистичним керівництвом із психічних розладів (DSM-5), відносяться симптоми повторного переживання, уникнення, негативні зміни когнітивних функцій і настрою, а також симптоми збудження [6]. Поряд з основними групами симптомів ПТСР, останнім часом все більше уваги приділяється специфічним симптомам і супутнім розладам, до яких належать: гетеро- та аутоагресивна поведінка, зловживання психоактивними речовинами, хронічний біль, порушення сну, депресія, посткомоційний синдром тощо [4, 7, 11]. Аутоагресивна та імпульсивна поведінка при ПТСР визнані асоційованими особливостями цього розладу, які можуть суттєво впливати на клінічний перебіг [1, 2, 11]. Ветерани війн у Іраку та Афганістані з позитивним результатом скринінгу на ПТСР у 4 рази більше схильні до суїцидальних думок, ніж ветерани без ПТСР (Якупчак та ін., 2009). Це має додаткове значення з огляду на те, що суїцидальні думки є предиктором суїцидальних дій (Манн та ін., 2008). Мета-аналіз (Панаджиоті та ін., 2012), проведений для встановлення зв'язку між ПТСР і частотою суїцидальної поведінки, а також впливом на цей зв'язок коморбідної депресії, свідчить, що діагноз ПТСР значною мірою асоційований із підвищенням ризику суїциду. Також

підтверджено, що супутній діагноз депресії підвищує ризик суїциду в пацієнтів із ПТСР. Проте не знайдено достовірного зв'язку між ПТСР і завершеними суїцидами, що узгоджується з висновками попереднього мета-аналізу, проведеного Крінсінською та ін. у 2010 р. У підсумках автори рекомендують зосередити подальші дослідження на можливих механізмах суїцидальності в пацієнтів із ПТСР, включаючи роль окремих симптомів ПТСР, коморбідної депресії, почуття безнадії, рівня соціальної підтримки та негативних дисфункціональних переконань [3].

До 2014 р. в Україні не були актуальними дослідження пов'язаних зі стресом психічних розладів, зокрема, наслідків бойової психічної травми у військовослужбовців. Прогресуюче зростання в Україні контингенту осіб із посттравматичними психічними порушеннями обумовлює ініціацію відповідних досліджень.

Мета роботи – дослідити структуру посттравматичних психічних порушень й особливості суїцидальної поведінки у військовослужбовців, учасників бойових дій.

Матеріали та методи

Проведено дослідження психічного стану 248 військовослужбовців, учасників бойових дій, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні

медико-психологічної реабілітації Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни (УДМСЦВВ) у 2015–2016 рр., за допомогою клініко-психопатологічного методу.

За даними кримінальних проваджень, отриманих за період з 1 травня 2015 р. по 20 жовтня 2016 р., проаналізовано 82 випадки завершених і 9 випадків незавершених суїцидів серед учасників АТО, за допомогою статистичного методу.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами дослідження психічного стану військовослужбовців, учасників бойових дій, які перебували на лікуванні в УДМСЦВВ встановлено таке.

Структура психічних порушень (рис.), безпосередньо пов'язаних із травмою та впливом стресу, представлена ПТСР – 49 (20,4%) осіб, розладами адаптації – 67 (27,9%) осіб. Психічні розлади, безпосередньо не пов'язані зі стресом, представлені переважно групою органічних, пов'язаних із травмою головного мозку: органічним емоційно лабільним (астенічним) розладом – 17 (7,1%) осіб, посткомоційним синдромом – 10 (4,2%), іншими органічними розладами особистості та поведінки – 7 (2,9%) військовослужбовців. Розлади психіки та поведінки з інших рубрик діагностовані у 90 (37,5%) осіб.

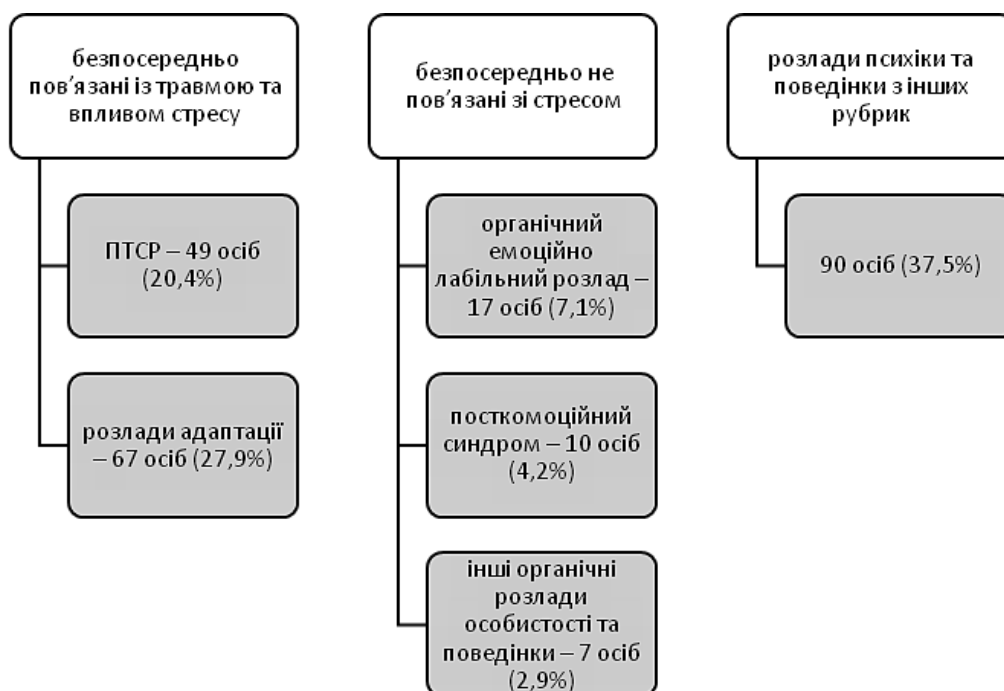


Рис. Структура психічних порушень

У групі пацієнтів зі встановленим діагнозом ПТСР (49 осіб) середній вік становив $34,5 \pm 1,7$ року. Серед досліджуваних військовослужбовців 25 (51,02%) осіб перебували в зоні бойових дій, до виявлення перших ознак ПТСР, протягом 10–12 місяців.

У структурі ПТСР основні симптоми (за діагностичними критеріями МКХ-10) зустрічались із такою частотою: уникнення – 95,9%; підвищеної збудливості – 75,5%; заціпеніння – 26,5%; повторного переживання травматичної події – 40,8%.

У 4 (8,2%) військовослужбовців додатково діагностувався посткомоційний синдром. У 14 (28,6%) осіб повідомлялось про збільшення вживання алкоголю. У 21 (42,9%) військовослужбовця відмічалася гетероагресивна поведінка, а у 12 (24,5%) – суїцидальні ідеї. В 11 (22,4%) військовослужбовців зустрічались повідомлення про порушення мікросоціальних відносин.

У групі пацієнтів зі встановленим діагнозом із рубрики розладів адаптації (67 осіб) середній вік становив $35,8 \pm 1,2$ року. Серед досліджуваних військовослужбовців 23 (34,2%) особи перебували в зоні бойових дій, до перших ознак розладу, 10 місяців.

У структурі розладів адаптації з різною частотою зустрічалась депресивна й тривожна симптоматика, порушення сну, головний біль, скарги на порушення діяльності внутрішніх органів.

У 8 (11,9%) військовослужбовців додатково діагностувався посткомоційний синдром. У 6 (9%) осіб повідомлялось про збільшення вживання алкоголю. У 14 (20,9%) військовослужбовців відмічалася суїцидальні ідеї.

За результатами аналізу суїцидів серед учасників бойових дій встановлено такі особливості.

Група завершених суїцидальних спроб складалася із 82 осіб чоловічої статі, середній вік – $33,2 \pm 8,4$ року, переважно із середньою або середньо-спеціальною освітою. У шлюбі перебували 27 (33%) військовослужбовців, не перебували – 39 (48%), розлучені або не проживали з родиною – 6 (7%); мали дітей – 26 (32%). Тривалість участі в бойових діях у 61 (74%) військовослужбовця становила від 3 до 6 міс. та більше.

Група незавершених суїцидальних спроб складалася з 9 осіб: 8 чоловіків та 1 жінки, середній вік – $41 \pm 7,6$ року, переважно із середньо-спеціальною освітою – 4 (44,4%), повна середня та вища освіта зустрічалась з однаковою частотою – 2 (22,2%). У шлюбі перебували 5 (55,6%) військовослужбовців, не перебували – 2 (22,2%), розлучені або не проживали з родиною – 2 (22,2%); мали дітей – 7 (77,7%). Тривалість участі в бойових діях у 5 (55,6%) військовослужбовців становила понад 6 місяців.

Таблиця
**Порівняльна характеристика
завершених та незавершених суїцидальних спроб
серед військовослужбовців, учасників бойових дій (%)**

Питання	Відповідь	Завершені	Незавершені
Механізм суїциду	повішання	29	22
	утоплення	0	0
	вогнепальне поранення	61	67
	отруєння	0	0
	пошкодження вен	0	11
	падіння з висоти	0	0
	інше	9	0
	відповідь відсутня	1	0
Чи був у стані алкогольного/наркотичного сп'яніння	так	46	44
	ні	38	56
	відповідь відсутня	16	0
Чи були спроби самогубства раніше	так	7	11
	ні	25	78
	відповідь відсутня	68	11
Чи мав будь-які з наведених нижче проявів у поведінці після повернення із зони АТО	низька комунікабельність	4	0
	схильність драматизувати	4	22
	скритність	7	0
	підвищена чутливість	4	11
	тривожність	5	11
	замкненість	10	11
	недовірливість	3	0
	роздратованість	6	11
	часте бажання усамітнитися	4	0
	агресивність	3	0
відповідь відсутня	50	56	
Чи хотів повернутися до бойових дій	так	19	22
	ні	26	33
	відповідь відсутня	55	44

Висновки

Структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій представлена ПТСР (20,4%) і розладами адаптації (27,9%) та узгоджується із даними досліджень психічного стану комбатантів інших країн. Супутній посткомоційний синдром частіше зустрічається в пацієнтів зі встановленим діагнозом ПТСР, ніж у пацієнтів без ПТСР (8,2% та 3% відповідно). Це також відповідає досвіду попередніх досліджень, згідно з яким, учасники операцій «Незламна свобода» та «Звільнення Іраку» (OEF/OIF), які перенесли контузію (черепно-мозкову травму легкого ступеня), мають значно вищий ризик виникнення ПТСР. Стійкий посткомоційний синдром може ускладнювати процес діагностики ПТСР за рахунок наявності нейрокогнітивних порушень та інших симптомів [11].

Серед усіх груп військовослужбовців, об'єктів даного дослідження, строки безперервного перебування в зоні бойових дій часто перевищують 6 місяців. Цей факт потребує додаткової уваги, зважаючи на те, що тривале безперервне перебування в зоні бойових дій асоційоване з підвищенням частоти ПТСР та депресії [10].

Збільшення вживання алкоголю, тривалі проблеми із фізичним здоров'ям, зокрема хронічний біль, також можуть підвищувати ризик гетеро- та аутоагресивної поведінки. Суїцидальні ідеї зустрічаються частіше серед групи військовослужбовців із ПТСР, ніж у групі осіб із розладами адаптації (24,5% та 20,9% відповідно). Наявність суїцидальних думок у військовослужбовців із посттравматичними психічними порушеннями є предиктором суїцидальних дій та потребує обов'язкової оцінки ризиків і надання пріоритету в лікуванні.

Середній вік військовослужбовців, які здійснили завершений суїцид, значно менший за вік тих, у кого суїцид незавершений ($33,2 \pm 8,4$ та $41 \pm 7,6$ року відповідно). Військовослужбовці, суїцидальні спроби яких незавершені, частіше мають вищу освіту. За механізмом суїциду в обох групах превалює вогнепальне поранення. Зважаючи на те, що вогнепальне поранення визнане найбільш летальним методом суїциду, становить інтерес його високий показник (67%) серед військовослужбовців, суїцидальні спроби яких

незавершені. Високу летальність даного методу визначає низка факторів: доступність вогнепальної зброї серед військовослужбовців, смертоносність і неможливість переривання всередині спроби.

Група військовослужбовців, суїцидальна спроба яких не завершена, складалася із понад 50% осіб, які одружені та мають дітей. Серед групи завершених суїцидів даний показник значно нижчий. Можна припустити, що наявність сім'ї та сімейна підтримка впливає на прийняття рішень під час суїцидальної кризи.

Майже половина суїцидальних спроб і завершених суїцидів здійснені в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння. Зловживання алкоголем може призводити до суїцидальних дій через розгальмування, імпульсивність і порушення суджень, але він також може бути використаний як засіб, що полегшує переживання, пов'язані з вчиненням акту самогубства (Мауріціо Помпілі та ін., 2010). Психічні розлади та стрес також підвищують ризик суїцидальної поведінки, але можуть мати взаємний вплив зі вживанням алкоголю.

З різною частотою серед проявів у поведінці, яка передувала суїцидальній спробі, повідомляється про низьку комунікабельність, схильність драматизувати, скритність, підвищену чутливість, тривожність, замкненість, недовірливість, роздратованість, часте бажання усамітнитись, агресивність. Дані прояви, одночасно з бажанням повернутися до участі в бойових діях, можуть свідчити про наявність ПТСР або іншого психічного розладу, пов'язаного зі стресом, а також про порушення соціальної адаптації військовослужбовців.

Перспективи подальших досліджень

Превалювання в структурі ПТСР симптомів уникнення та підвищеної збудливості асоційоване з підвищеним ризиком неконструктивної пристосувальної поведінки, депресії, імпульсивності та агресії і потребує подальшого дослідження. Оцінка суїцидального ризику має бути включена до обов'язкових процедур під час медичного обстеження військовослужбовців, які повернулись із зони бойових дій та мають досвід психічної травми.

Література

1. *Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства* / ред. Э. Б. Фoa, Т. М. Кина, М. Дж. Фридмана. – Москва : Когито-Центр, 2005. – 466 с.
2. *Юрьева Л. Н.* Клиническая суицидология : монография / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск : Пороги, 2006. – 472 с.
3. *A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression* / M. Panagioti, P. A. Gooding, N. Tarrrier // *Comprehensive Psychiatry*. – 2012. – Vol. 53. – P. 915–930.
4. *Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder, 2013* [Electronic resource]. – Access mode : <https://www.aamc.org/download/298324/data/iomptsdstudy.pdf>. – Title from screen.
5. *Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care* / C. W. Hoge, C. A. Castro, S. C. Messer [et al.] // *Engl. J. Med.* – 2004. – Vol. 351. – P. 13–22.
6. *DSM-5 and posttraumatic stress disorder* / A. P. Levin, S. B. Kleinman, J. S. Adler // *J. Am. Acad. Psychiatry Law.* – 2014. – Vol. 42 (№ 2). – P. 146–158.
7. *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress.* – Geneva : WHO, 2013 [Electronic resource]. – Access mode : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf. – Title from screen.
8. *Krynsinska K.* Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review / K. Krynsinska, D. Lester // *Arch. Suicide Res.* – 2010. – doi: 10.1080/13811110903478997.
9. *Prevalence of mental health problems and functional impairment among active component and national guard soldiers 3 and 12 months following combat in Iraq* / J. L. Thomas, J. E. Wilk, L. A. Riviere [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2010. – Vol. 67 (№ 6). – P. 614–623.
10. *Treatment for posttraumatic stress disorder in military and veteran populations: Initial assessment.* – Washington, DC: The National Academies Press, 2012 [Electronic resource]. – Access mode : <https://www.aamc.org/download/298324/data/iomptsdstudy.pdf>. – Title from screen.
11. *VA/DoD Clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress.* 2010 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/cpgPTSDFULL201011612c.pdf>. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.11.2016 р.

Структура посттравматических психических нарушений и суицидальное поведение у участников боевых действий

А.К. Ладык–Брызгалова

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев, Украина

Цель – исследовать структуру посттравматических психических нарушений и особенности суицидального поведения в участников боевых действий.

Материалы и методы. Исследовано психическое состояние военнослужащих, которые находились на лечении в Украинском государственном медико-социальном центре ветеранов войны, с помощью клинико-психопатологического метода, а также случаи суицидов среди участников боевых действий, с помощью статистического метода.

Результаты. Структура психических нарушений, непосредственно связанных со стрессом, представлена посттравматическим стрессовым расстройством и расстройствами адаптации. Психические расстройства, непосредственно не связанные со стрессом, представлены органическим эмоционально лабильным (астеническим) расстройством и посткоммоционным синдромом. В результате анализа суицидов среди военнослужащих получена социодемографическая характеристика, обобщенные данные о длительных сроках пребывания в зоне боевых действиях, об огнестрельном ранении как ведущем механизме суицида, наличии алкогольного опьянения и других проявлений поведения, предшествовавших суицидальной попытке.

Выводы. Оценка суицидального риска должна быть обязательной процедурой во время медицинского обследования военнослужащих, которые вернулись из зоны боевых действий и получили опыт психической травмы.

Ключевые слова: посттравматические психические нарушения, участник боевых действий, суицидальное поведение, посттравматическое стрессовое расстройство.

Structure of posttraumatic mental disorders and suicidal behavior of combatants

A.K. Ladyk–Bryzgalova

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse of Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Purpose – to study the structure of post-traumatic mental disorders and suicidal behaviour of combatants.

Materials and methods. Investigated the mental state of soldiers who were treated at the Ukrainian state medical and social centre for veterans using clinical and psychopathological methods, and cases of suicides among combatants using statistical methods.

Results. Structure of directly related to stress mental disorders consists of posttraumatic stress disorder and adjustment disorders. Not directly related to stress mental disorders consists of organic emotionally labile (asthenic) disorder and post-concussion syndrome. Analysis of suicides among soldiers showed demographic characteristics, summarized data about long terms of deployment, firearms as the leading mechanism of suicide, alcohol use and other behaviors that preceded the suicide attempts.

Conclusions. Assessment of suicide risk should be included in the mandatory medical examination procedures of soldiers who returned from combat zone and have experience of trauma.

Key words: post-traumatic mental disorders, combatant, suicidal behavior, post-traumatic stress disorder.

Відомості про автора

Ладик–Брызгалова Аліса Костянтинівна – аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України; вул. Кирилівська, 103, м. Київ, 04080, Україна.

УДК 613.2:616-082:356.13(477)

М.І. Бадюк¹, Д.В. Ковида¹, Д.М. Сокирко²

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПРИКОРДОННОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ В УМОВАХ ВЕДЕННЯ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

¹Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

²Центральний клінічний госпіталь Державної прикордонної служби України, м. Київ, Україна

Мета – визначити особливості організації лікувально-евакуаційного забезпечення Державної прикордонної служби України в умовах ведення збройного конфлікту.

Матеріали: дані літературних джерел, оперативні відомості, нормативно-правові документи; **метод:** інформаційно-аналітичний.

Результати. Висвітлено основні особливості організації лікувально-евакуаційного забезпечення Державної прикордонної служби України в умовах ведення збройного конфлікту.

Висновки. Визначено особливості організації лікувально-евакуаційного забезпечення Державної прикордонної служби України в умовах ведення збройного конфлікту. Ці особливості полягають у специфічності її діяльності та побудови етапів медичної евакуації.

Ключові слова: лікувально-евакуаційне забезпечення, Державна прикордонна служба України.

Вступ

У системі заходів, які здійснюються медичною службою в умовах сучасних воєнних (збройних) конфліктів, важливе і найбільш складне місце належить лікувально-евакуаційному забезпеченню (ЛЕЗ). Досвід медичного забезпечення військ переконливо свідчить, що в переважній більшості випадків своєчасність проведення заходів ЛЕЗ є фактором, який визначає виживання та повернення до строю постраждалих, а отже, ефективність діяльності медичної служби військових частин (з'єднань) [4].

Мета роботи – визначити особливості організації ЛЕЗ Державної прикордонної служби (ДПС) України в умовах ведення збройного конфлікту.

Матеріали та методи

Матеріали дослідження: дані літературних джерел, оперативні відомості, нормативно-правові документи; метод: інформаційно-аналітичний.

Результати дослідження та їх обговорення

Державна прикордонна служба України почала формуватися після проголошення незалежності України 24 серпня 1991 р. у результаті державно-територіального розмежування колишніх радянських республік, на основі з'єднань і частин Західного прикордонного округу КДБ СРСР та остаточно отримала свій вигляд у 2003 р. [2].

Так, станом на початок 1991 р. Західний прикордонний округ охороняв 3999,8 км державного кордону, із них 2965 км – території України. До його складу входило 6 прикордонних загонів, 6 окремих

контрольно-перепускних пунктів, 2 окремі бригади прикордонних сторожових кораблів, які об'єднували 125 прикордонних застав, 56 відділень контрольно-перепускних пунктів, 25 кораблів і 85 катерів. Кількість особового складу становила 16799 осіб [1, 2].

Україна залишилася без сформованих кордонів на південних, східних і північних рубежах (5053,24 км – 72,26% загального кордону), прикордонної інфраструктури і, як наслідок, фактично відкритою для безконтрольного і незаконного переміщення через кордон громадян і транспортних засобів, поширення різного роду контрабанди [1, 5].

До кінця 1992 р. Прикордонні війська України завершили процес прийому під контроль та охорону державний кордон України по всьому периметру держави протяжністю майже 7 тис. км. За рахунок додаткової чисельності були сформовані 10 загонів прикордонного контролю у складі 120 застав прикордонного контролю і 126 пунктів пропуску.

Державна прикордонна служба України після розпаду СРСР отримала військово-медичну службу, яка була фактично фрагментом медичної служби колишнього КДБ і, звичайно, не відповідала ні завданням, ні потребам новостворених Прикордонних військ України [1, 2, 5].

Однак основні засади ЛЕЗ прикордонних військ були закладені ще після завершення Другої світової війни, коли відбулися кардинальні зміни, а саме: долікарська допомога почала надаватися на заставі (рівень роти), перша лікарська допомога – у комендатурі (рівень батальйону), а кваліфікована медична допомога – у загоні (рівень полку). Також були створені госпіталі округу прикордонної служби.

Призначення даних госпіталів було аналогічним, як і госпіталів округу Радянської армії. Але якщо у

військовому окрузі госпітальне лікування поранених і хворих здійснювалось мережею окремих медичних батальйонів та гарнізонних госпіталів, госпіталем округу, то в прикордонному окрузі всі ці функції виконувались одним госпіталем округу. Тобто між медичним пунктом прикордонного загону та госпіталем округу прикордонників не було проміжного етапу медичної евакуації (ЕМЕ) [3].

У зв'язку з реорганізацією Прикордонних військ України до сучасної ДПС України основною оперативно-службовими ланкою став прикордонний загін, до складу можуть входити прикордонні комендатури, відділи прикордонної служби, прикордонні застави, контрольно-пропускні пункти, відділення прикордонного контролю, що привело до переформування медичної служби [6].

Так, сьогодні на рівні прикордонних нарядів і постів технічного спостереження, що прийшли на зміну прикордонним заставам, медична допомога забезпечується у вигляді само- та взаємодопомоги, на рівні відділу прикордонної служби – первинна медична допомога, що надається інструктором прикордонної служби – фельдшером, на рівні прикордонного загону – первинна медична допомога, що надається лікарсько-фельдшерськими (сестринськими) бригадами у медичному пункті загону.

Кожен медичний пункт прикордонного загону укомплектований санітарним автомобілем.

Окрім того, вторинна медична допомога надається на рівні поліклініки та клінічних госпіталів ДПС України, а третинна медична допомога – у Центральному клінічному госпіталі ДПС України [7, 8].

Реально оцінюючи оперативну обстановку з урахуванням ситуації в державі та окремих її регіонах, зокрема, в межах смуги відповідальності ДПС України у відповідній військово-сухопутній зоні Збройних сил (ЗС) України, відомчою медициною визначено порядок та організацію проведення ЛЕЗ особового складу задіяних підрозділів ДПС України в антитерористичній операції (АТО) на території Донецької та Луганської областей.

Так, медичною службою ДПС України проведено ряд заходів:

- практично завершено готовність об'єктів і комунікацій госпіталів (Київ, Львів, Одеса), медико-санітарної частини (Ізмаїл), а також продовжено укомплектування новоствореного госпіталю (Харків) до функціонування в умовах особливого періоду;

- уточнено лінійні схеми взаємодії служби ДПС України східного, південного, північного та західного регіонарних управлінь із найближчими територіальними медичними підрозділами надання первинної та вторинної медичної допомоги системи Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України;

- встановлено обсяги надання медичної допомоги на ЕМЕ залежно від медичної обстановки;

- проведено практичні заходи використання санаторію «Аркадія» (Одеса) за потреби перепрофілювання та розгортання санаторію як ЕМЕ «госпіталь для легкопоранених»;

- організовано взаємодію з МОЗ України, Військово-медичним департаментом Міністерства оборони (МО) України, організаційними структурами інших військових формувань із питань медичного сортування, спрямування потоку поранених (уражених) та хворих на ЕМЕ тощо [9, 10].

Обсяги надання медичної допомоги на ЕМЕ встановлюються залежно від оперативної та медичної обстановки:

- а) якщо бойові дії не ведуться, ЛЕЗ прикордонних загонів, загонів морської охорони здійснюється силами і засобами їхніх медичних служб у взаємодії з місцевими закладами охорони здоров'я МО України, Міністерства внутрішніх справ (МВС) України, МОЗ України згідно з планами взаємодії на мирний час;

- б) під час участі в операціях (бойових діях) ЗС України ЛЕЗ здійснюється медичними службами прикордонних загонів, загонів морської охорони із залученням сил та засобів служб охорони здоров'я регіональних управлінь і резерву управління охорони здоров'я Департаменту матеріально-технічного забезпечення Адміністрації ДПС України у тісній взаємодії із закладами охорони здоров'я МО України, МОЗ, МВС, насамперед зі спрямуванням потоку поранених (уражених) та хворих на ЕМЕ ЗС України.

При організації ЛЕЗ враховуються принципи своєчасності, послідовності та безперервності надання медичної допомоги.

Так, домедична допомога повинна надаватися у вигляді само- та взаємодопомоги в районах виконання завдань або місці події не пізніше 10 хв. від моменту поранення з метою усунення явищ, що загрожують життю пораненого, запобігання розвитку небезпечних для життя ускладнень та інвалідності.

Первинна медична допомога надається фельдшерами відділів прикордонної служби або лікарями (у разі підсилення лікарським складом) з метою нівелювання загрозливих для життя наслідків поранення і попередження тяжких захворювань.

Також первинна медична допомога надається силами медичних пунктів загонів та лікарськими бригадами резервних підрозділів охорони здоров'я прикордонних загонів, загонів морської охорони, закладів охорони здоров'я ДПС України з метою усунення або послаблення наслідків поранень, які загрожують життю, а також підготовки тих, хто цього потребує, до подальшої евакуації. Така допомога повинна надаватися не пізніше 1 год. з моменту поранення.

З урахуванням специфіки діяльності підрозділів ДПС України, а також віддаленості від власних закладів охорони здоров'я в зоні проведення АТО, вторинна медична допомога надається у відділеннях лікарень МОЗ України, військових госпіталях МО України. Така допомога повинна надаватися якнайшвидше, але не пізніше 6 год. з моменту поранення.

При надходженні значної кількості інфекційних хворих їх евакуація проводиться у найближчі інфекційні відділення лікарень МОЗ України, військових госпіталів

МО України, медико-санітарних частин Національної академії та Навчального центру ДПС України, клінічних госпіталів ДПС України.

Третинна медична допомога надається в Центральному клінічному госпіталі ДПС України, Національному військово-медичному клінічному центрі «ГВКГ» МО України, ВМКЦ МО України, Центральному госпіталі МВС України, Центральному госпіталі Служби безпеки України, обласних лікарнях та науково-дослідних інститутах Національної академії медичних наук МОЗ України.

Медична евакуація здійснюється санітарним (у т.ч. броньованим) транспортом, реанімобілями госпіталів, загальним пасажирським та пристосованим транспортом підвозу матеріально-технічних засобів, а також евакуаційним медичним транспортом ЗС України визначеними евакуаційними шляхами.

Евакуація поранених (уражених) у тяжкому стані здійснюється авіаційним транспортом (вертольотами ДПС України, що доукомплектовуються необхідним медичним обладнанням). Евакуація постраждалих із кораблів та катерів берегової охорони забезпечується санітарним катером «Сокаль» МО України відповідно до угод.

Висновки

Таким чином, нами визначено особливості організації лікувально-евакуаційного забезпечення ДПС України в умовах ведення збройного конфлікту. Ці особливості полягають у специфічності її діяльності та побудови етапів медичної евакуації.

Перспективи досліджень спрямовані на подальше вивчення порушеного в статті питання.

Література

1. *Кабачинський М. І.* Становлення та розбудова Прикордонних військ України в 1991-2003 роках: історичний аспект : дис. ... д.і.н. : 07.00.01 / М. І. Кабачинський ; Чернівецький нац. ун-т. – Чернівці, 2006. – 586 с.
2. *Матеріал* для проведення гуманітарної підготовки з персоналом. Тема № 20: «3 кордонів починається держава. Історія та сучасність Державної прикордонної служби України». – Київ, 2013. – С. 11–13.
3. *Меґедь В. П.* Медико-соціальне обґрунтування системи охорони здоров'я Державної прикордонної служби України : дис. ... д.мед.н. : 14.02.03 / В. П. Меґедь. – Київ, 2010. – 327 с.
4. *Особливості* функціонування системи лікувально-евакуаційного забезпечення в умовах воєнних конфліктів низької інтенсивності / М. І. Бадюк, А. С. Котуза, О. В. Рудинський [та ін.] // Проблеми військової охорони здоров'я. – 2006. – Вип. 16. – С. 5–14.
5. *Плахотний М.* Становлення Державної прикордонної служби України в системі забезпечення національної безпеки України / М. Плахотний // Вісник Національної академії державного управління. – 2012. – № 3. – С. 104–111.
6. *Про* Державну прикордонну службу України : Закон України від 03.04.2003 р. № 661-IV [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/661-15>. – Назва з екрана.
7. *Про* затвердження Інструкції про порядок надання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я Державної прикордонної служби України : наказ Адміністрації Державної прикордонної служби України від 11.12.2012 р. № 1065 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z2214-12>. – Назва з екрана.
8. *Про* затвердження Переліку закладів охорони здоров'я Державної прикордонної служби України : наказ Адміністрації Державної прикордонної служби України від 11.12.2012 № 1066 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z2166-12>. – Назва з екрана.
9. *Про* затвердження Тимчасового порядку контролю за переміщенням осіб, транспортних засобів та вантажів (товарів) через лінію зіткнення у межах Донецької та Луганської областей : наказ від 12.06.2015 р. № 415 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon.golovbukh.ua/regulations/2341/8374/8375/465003>. – Назва з екрана.
10. *Про* порядок та організацію проведення медичного забезпечення особового складу ДПСУ в особливий період : методичні вказівки УОЗ Адміністрації Державної прикордонної служби України [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z0570-09>. – Назва з екрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2016 р.

Особенности организации лечебно-эвакуационного обеспечения Государственной пограничной службы Украины в условиях ведения вооруженных конфликтов

М.И. Бадюк¹, Д.В. Ковида¹, Д.Н. Сокирко²

¹Украинская военно-медицинская академия,
г. Киев, Украина

²Центральный клинический госпиталь Государственной пограничной службы Украины, г. Киев, Украина

Цель – определить особенности организации лечебно-эвакуационного обеспечения Государственной пограничной службы Украины в условиях ведения вооруженного конфликта.

Материалы: данные литературных источников, оперативные сведения, нормативно-правовые документы; **метод:** информационно-аналитический.

Результаты. Освещены основные особенности организации лечебно-эвакуационного обеспечения Государственной пограничной службы Украины в условиях ведения вооруженного конфликта.

Выводы. Определены особенности организации лечебно-эвакуационного обеспечения Государственной пограничной службы Украины в условиях ведения вооруженного конфликта. Эти особенности заключаются в специфичности ее деятельности и построения этапов медицинской эвакуации.

Ключевые слова: лечебно-эвакуационное обеспечение, Государственная пограничная служба Украины.

Features of medical evacuation support of the State Border Service of Ukraine in conditions of armed conflict

M.I. Badiuk¹, D.V. Kovyda¹, D.M. Sokyрко²

¹Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine

²Central Clinical Hospital of the State Border Service of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Purpose – to determine the peculiarities of organization of medical-evacuation support of the State border service of Ukraine in conditions of armed conflict.

The materials of study were literature data, operational data, legal documents; information-and-analytical method.

Results. The article focuses on the main features of organization of medical-evacuation support of the State border service of Ukraine in conditions of armed conflict.

Conclusions. The features of organization of medical-evacuation support of the State border service of Ukraine in conditions of armed conflict that are reflected in the specificity of its activities and the features of construction of stages of medical evacuation.

Key words: medical evacuation support, the State Border Service of Ukraine.

Відомості про авторів

Бадюк Михайло Іванович – д.мед.н., проф., лауреат державної премії України в галузі науки і техніки, начальник кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії; вул. Мельникова, 24, м. Київ, 04655, Україна.

Ковида Дмитро Васильович – к.мед.н., викладач кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії, майор медичної служби; вул. Мельникова, 24, м. Київ, 04655, Україна.

Сокирко Дмитро Миколайович – начальник відділення функціональної діагностики, лікар із функціональної діагностики клініки діагностики Центрального клінічного госпіталю Державної прикордонної служби України, підполковник медичної служби; вул. Ягідна, 58, м. Київ, 03089, Україна.

УДК 616.89-058:355

Ю.М. Завалко¹, І.І. Кутько², М.Ф. Андрейко¹, Н.О. Єрчкова¹

СТРУКТУРА РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ В УЧАСНИКІВ АТО (ПЛОТНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НА КЛІНІЧНОМУ МАТЕРІАЛІ СТАЦІОНАРНИХ ХВОРИХ)

¹КЗ «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня» Дніпропетровської обласної ради», м. Дніпро, Україна
²ДУ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр
Міністерства охорони здоров'я України», м. Костянтинівка, Донецька область, Україна

Мета – вивчити структуру психічних розладів учасників АТО, які перебували на стаціонарному лікуванні в КЗ «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня» Дніпропетровської обласної ради» у період з 14.07.2014 р. по 30.09.2016 р.

Матеріали та методи. Вивчено 520 карт стаціонарного хворого і 520 анкет учасників АТО. Використано клініко-психопатологічний і статистичний методи. Статистичну обробку матеріалів проведено з визначенням питомої ваги кожного виду розладів.

Результати. Психічні розлади невротичного рівня і пов'язані зі стресом стани становили 37,5%. Друге місце посіли розлади внаслідок уживання алкоголю – 25,6%, третє – органічні включно із симптоматичними психічні розлади – 24,6%. Хворі на шизофренію склали 1,7%, на гострі транзиторні маячні розлади – 5,6%, розлади особистості – 1,3%. За віковими характеристиками переважали хворі у віковому діапазоні 41–50 років (25,2%), 36–40 років (22,2%) і 31–35 років (20,4%).

Висновки. Отримані дані можуть бути використані при розробці стратегічних програм впливу на стан психічного здоров'я осіб, які брали участь в АТО. Подальші дослідження спрямовані на основу розробки індивідуального лікування і соціореабілітаційних заходів щодо інтеграції таких хворих у суспільство.

Ключові слова: учасники АТО, психічні розлади, розробка індивідуальних програм реабілітації.

Вступ

Стан здоров'я нації є складовою проблемою, яка включає рівень та якість психічного здоров'я населення країни в цілому та окремих його контингентів.

У цьому розумінні надзвичайно актуальним є дослідження та оцінка стану психічного здоров'я учасників АТО [1, 5, 8]. Рівень та якість психічного здоров'я учасників АТО залежить від впливу низки факторів, серед яких неабияке значення має толерантність до стресових чинників, зокрема фізичних, біологічних, психологічних і соціальних. Їх сукупна дія, а також стан попереднього психічного здоров'я обумовлюють появу й розвиток різного виду психічних відхилень [7].

Крім актуального, їх вивчення має стратегічне значення, зокрема, в сенсі прогнозу стану соціального функціонування, потреби в різного виду допомозі особам, що отримали досвід участі в бойових діях [2, 3, 7, 9, 10].

Подальше використання аналізу стану психічного здоров'я учасників АТО в стратегічних дослідженнях потребує початкового, тобто пілотного, дослідження [4, 6].

Мета роботи – вивчити структуру психічних розладів учасників АТО, що пройшли стаціонарне лікування в КЗ «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня» Дніпропетровської обласної ради за термін з 14.07.2014 р. по 30.09.2016 р.

Матеріали та методи

Проведено суцільне вивчення 520 медичних карт стаціонарного хворого учасників АТО та спеціально розроблених для дослідження 520 анкет хворих учасників АТО.

Використано клініко-психопатологічний та статистичний методи.

Діагностика психічних розладів проведена згідно з критеріями МКХ-10.

Статистична обробка матеріалу містила визначення питомої ваги кожного виду розладу.

Результати дослідження та їх обговорення

У роботі насамперед наводимо різноманіття розладів психіки в учасників АТО.

Найбільшу питому вагу становили хворі з невротичними, пов'язаними зі стресом і соматоформними розладами, – 37,5%; друге місце посіли психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин (алкоголю) – 25,6%; третє – органічні, включно з симптоматичними, психічні розлади – 24,6%.

Сама по собі питома вага розладів, виникнення яких причинно пов'язане з дією психологічного стресового фактора, є закономірною. Інша справа – прогностичні судження щодо їх подальшої динаміки, яка значною мірою

залежить від своєчасної та якісної психологічної реабілітації. Крім того, значна кількість випадків психологічної декомпенсації учасників АТО свідчить про необхідність більш докладного попереднього вивчення «психологічного імунітету» до впливу надважких та екстремальних стресових чинників із метою превенції психологічної дезадаптації клінічного рівня.

Безумовно, потребують пильної уваги показники розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, оскільки це свідчить про поширеність неконструктивних заходів зниження психологічного напруження та отримання стану релаксації. У подальшому слід чекати сумнівної за прогнозом динаміки виявлених станів. При розробці реабілітаційних заходів щодо цього контингенту хворих необхідно враховувати хибний стереотип поведінки в тяжких ситуаціях, що вже розпочав своє формування, але дотепер залишається певною мірою «в тіні».

Щодо органічних за походженням розладів психіки можна і слід очікувати подальшої негативної динаміки, але це не виключає можливості стабілізації стану хворих за умов постійного належного спостереження та підтримуючого лікування. У стратегічному сенсі необхідно враховувати специфіку органічного фактора, прогнозуючи індивідуальну динаміку соціального функціонування хворих.

Усі інші види розладів психіки мали значно меншу питому вагу, але саме їх наявність у вивченому контингенті хворих потребує подальшого пильного розгляду у зв'язку з характером і глибиною порушень.

Так, питома вага хворих на шизофренію становила 1,7%, гострих і транзиторних маячних розладів – 5,6%. Частка хворих на афективні розлади сягала 2,5%. Несподівано невеликою виявилась питома вага хворих із розладами особистості – 1,3%. Це може свідчити про те, що декомпенсація розладів особистості на рівні, який потребує госпіталізації, не має великого масштабу, але треба враховувати, що цілком можливе «прикривання» такої декомпенсації симптоматичним у цих випадках вживанням алкоголю.

У будь-якому разі подальшого поглибленого вивчення потребують хворі обох цих груп.

Розглядаючи більш детально окремі групи розладів психіки учасників АТО, які пройшли стаціонарне лікування, слід відмітити таке.

У групі невротичних розладів (F 40–F 48) переважали тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад та розлади адаптації, тобто в їх генезі дійсно домінують значення мали екстраординарні стресові чинники, але певну роль відіграли преморбідні якості особистості, стан фізичного здоров'я та деякі демографічні показники (вік, освіта, сімейний стан).

Література

1. *Діагностика* емоційного стану та пост стресових розладів в умовах гібридної війни / О. А. Панченко, Т. Е. Чумак, Н. О. Зайцева [та ін.] // Психічне здоров'я. – 2015. – № 3–4 (48–49). – С. 11–15.
2. *Литвинцев С. В.* Боевая психическая травма : руководство для врачей / С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков, А. М. Резник. – Москва : Медицина, 2005. – 432 с.

На рівні пілотного дослідження вони поглиблено не вивчалися, але, безумовно, таке дослідження необхідне з метою подальшого впливу на динаміку соціального функціонування учасників АТО.

Доволі значну проблему становили випадки розладів, пов'язаних зі вживанням алкоголю. Значна їх кількість свідчить, між іншим, про прихильність до використання алкоголю з метою редукції надмірної тривоги та підвищення стресовитримки. Але механізм підтримки психологічного комфорту нестійкий, що обумовлює декомпенсацію стану і призводить до госпіталізації хворих, найчастіше екстреної. Привертає увагу те, що практично не спостерігалися стани відмови (абстинентні). Це, на нашу думку, можна розглядати як сприятливу прогностичну ознаку. Натомість, стани післяабузусної інтоксикації були достатньо тяжкими.

Питома вага афективних (депресивних) розладів хоча і була в цілому незначною (2,5%), але їх практичне значення безумовне, оскільки не виключає подальшого хронічного перебігу патології, а значить – необхідності диспансерного обліку.

Аналогічно склалася ситуація з такими розладами, як шизофренія, шизоафективні та маячні розлади, відносно яких можна говорити про провокативний вплив бойових обставин на рівень і зміст психічного здоров'я певної частини учасників АТО.

З огляду на те, що переважна більшість (99,6%) хворих отримала психіатричне лікування вперше, можна вважати, що попередній стан їхнього психічного здоров'я був на достатньому рівні.

Необхідно також у стратегічному плані взяти до уваги, що серед хворих переважали особи віком 41–50 років (25,2%), 36–40 років (22,2%) і 31–35 років (20,4%). З одного боку, це може свідчити про обмежені компенсаторні можливості хворих цих вікових груп, а з іншого – відображає особливості комплектування бойових підрозділів (за мобілізаційними заходами).

Висновки

Дані пілотного дослідження рівня та структури розладів психіки учасників дають змогу використовувати їх при розробці стратегічно орієнтованих програм впливу на стан психічного здоров'я тих верств населення, які отримали досвід участі в бойових діях і, безумовно, не можуть виключати його при організації та реалізації свого життя.

Подальші дослідження полягають у розробці індивідуальних лікувальних і соціотерапевтичних реабілітаційних заходів, спрямованих на повноцінну інтеграцію в суспільство.

3. *Нечипоренко В. В.* Психические расстройства и особенности медико-психологической реабилитации ветеранов локальных войн с боевыми ранениями / В. В. Нечипоренко, В. М. Лыткин, Е. А. Лисицына // *Амбулаторная Хирургия. Стационарзамещающие технологии.* – 2007. – № 1 (25). – С. 52–54.
4. *Організація медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій : методичні рекомендації (21.16/36.16) / Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України.* – Київ, 2016. – 28 с.
5. *Особенности перебігу посттравматичного стрессового розладу у демобілізованих учасників АТО, які перебувають на реабілітації в санаторно-курортних умовах / Б. В. Михайлов, О. І. Сердюк, О. О. Галаченко [та ін.] // Український вісник психоневрології.* – 2016. – Т. 24, вип. 2 (87). – С. 69–73.
6. *Панченко О. А.* Социально-стрессовые расстройства: Мирное население в эпицентре военных действий / О. А. Панченко, И. И. Кутько, Н. А. Зайцева // *Новости медицины и фармации в Украине.* – 2014. – № 15(509). – С. 6.
7. *Тадевосян М. Я.* Психическая травма, ее последствия и предрасполагающие факторы / М. Я. Тадевосян, С. Г. Сукиасян // *Журнал неврологии и психиатрии.* – 2011. – № 11. – С. 95–100.
8. *Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад : наказ МОЗ України від 23.02.2016 р. № 121 [Електронний документ].* – Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160223_0121.html. – Назва з екрана.
9. *Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype / R. A. Lanius, E. Vermetten, R. J. Loewenstein [et al.] // American Journal of Psychiatry.* – 2010. – Vol. 167. – P. 640–647. – doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09081168.
10. *Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD) / D. E. Jonas, K. Cusack, C. A. Forneris [et al.] // Comparative Effectiveness Reviews.* – 2013. – Vol. 92.

Дата надходження рукопису до редакції: 16.11.2016 р.

Структура расстройств психики в участников АТО (пилотное исследование на клиническом материале стационарных больных)

*Ю.Н. Завалко¹, И.И. Кутько²,
М.Ф. Андрейко¹, Н.А. Ерчкова¹*

¹КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета, г. Днепр, Украина

²ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр Министерства здравоохранения Украины», г. Константиновка, Донецкая область, Украина

Цель – изучить структуру психических расстройств участников АТО, находившихся на стационарном лечении в КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета» в период с 14.07.2014 г. по 30.09.2016 г.

Материалы и методы. Изучено 520 карт стационарного больного и 520 анкет участников АТО. Используются клинико-психопатологический и статистический методы. Статистическая обработка материалов проведена с определением удельного веса каждого вида расстройств.

Результаты. Психические расстройства невротического уровня и связанные со стрессом состояния составили 37,5%. Второе место заняли расстройства вследствие употребления алкоголя – 25,6%, третье – органические включительно с симптоматическими психическими расстройствами – 24,6%. Больные с шизофренией составили 1,7%, а с острыми транзиторными бредовыми расстройствами – 5,6%, с расстройствами личности – 1,3%. По возрастным характеристикам преобладали больные в возрастном диапазоне 41–50 лет (25,2%), 36–40 лет (22,2%) и 31–35 лет (20,4%).

Выводы. Полученные сведения могут быть использованы при отработке стратегических программ влияния на состояние психического здоровья лиц, участвовавших в АТО. Дальнейшие исследования направлены на разработку индивидуального лечения и социореабилитационных мероприятий по интеграции таких больных в общество.

Ключевые слова: участники АТО, психические расстройства, разработка индивидуальных программ реабилитации.

Structure of disorders of mentality among the participants of the anti-terrorist operation (pilot study on the clinical material of the hospitalized patients)

*Yu.M. Zavalko¹, I.I. Kut'ko²,
M.F. Andreyko¹, N.O. Erchkova¹*

¹CI «Dnipropetrovsk Clinical Psychiatric Hospital»

of Dnipropetrovsk Regional Council», Dnipro, Ukraine

²PI «Scientific-practical medical rehabilitation-diagnostic center of the Ministry of Health of Ukraine», Kostiantynivka, Donetsk region, Ukraine

Purpose – studying the structure of mental disorders of participants of the anti-terrorist operation who were hospitalized in CI «Dnipropetrovsk Clinical Psychiatric Hospital of Dnipropetrovsk Regional Council» in the period from 14.07.2014 till 30.09.2016.

Materials and methods. 520 cards and 520-patient questionnaires participants of the anti-terrorist operation were studied. Clinical-psychopathological and statistical methods

were used. Statistical analysis of the materials was carried out with determination of the specific gravity of each type of disorder.

Results. Mental disorders and neurotic stress-related conditions reached 37.5%. The second place was occupied by disorders due to alcohol consumption – 25.6%, third place – organic and inclusive with symptomatic mental disorders – 24.6%. Patients with schizophrenia amounted to 1.7%, acute transitory delusional disorders – 5.6%, personality disorders – 1.3%. By age characteristics prevailed patients in the age range 41–50 years (25.2%), 36–40 years (22.2%) and 31–35 years (20.4%).

Conclusions. Obtained information can be used in developing of strategic programs of influence on the mental health of persons involved in the anti-terrorist operation.

Further studies could form the basis for the development of individual treatment and social-rehabilitation activities aimed at the integration of patients into society.

Key words: participants of the anti-terrorist operation, mental disorders, development of individual rehabilitation programs.

Відомості про авторів

Завалко Юрій Миколайович – к.мед.н., заслужений лікар України, головний лікар КЗ «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня» Дніпропетровської обласної ради»; вул. Бехтерева, 1, м. Дніпропетровськ, 49115, Україна.

Кутько Ігор Іванович – д.мед.н., проф., керівник наукового відділу ДУ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»; вул. О. Невського, 14, м. Костянтинівка, Донецька обл., 85110, Україна.

Андрейко Михайло Федорович – к.мед.н., заслужений лікар України, заступник головного лікаря з медичних питань КЗ «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня» Дніпропетровської обласної ради»; вул. Бехтерева, 1, м. Дніпропетровськ, 49115, Україна.

Єрчкова Ніна Олександрівна – к.мед.н., доц., лікар-психіатр КЗ «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня» Дніпропетровської обласної ради»; вул. Бехтерева, 1, м. Дніпропетровськ, 49115, Україна.

УДК 616.2:355(477.42)

Б.Б. Леськів, С.І. Шевченко

ДВОРІЧНИЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ТА МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ У ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ ЗАГАЛЬНОЇ МЕРЕЖІ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ

КУ «Обласна клінічна лікарня імені О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради, м. Житомир, Україна

Мета – узагальнити досвід організації системи лікування та медичної реабілітації учасників антитерористичної операції у лікувально-профілактичних закладах загальної мережі на прикладі Житомирської області.

Матеріали та методи: контент-аналіз нормативних документів та медико-соціологічне дослідження – анкетування 365 учасників антитерористичної операції.

Результати. Система лікування та медичної реабілітації учасників антитерористичної операції, запроваджена в Житомирській області, дозволяє забезпечити потребу даної категорії пацієнтів у кваліфікованій та високоспеціалізованій медичній допомозі. Ефективність системи підтверджена результатами анкетування учасників антитерористичної операції, які продемонстрували високий ступінь задоволення отриманими медичними послугами.

Висновки. Впровадження системи лікування та медичної реабілітації учасників антитерористичної операції можливе лише за умов належного фінансування закладів охорони здоров'я загальної мережі. Кваліфікація медичного персоналу і рівень менеджменту з боку керівників закладів охорони здоров'я загальної мережі дозволяють налагодити ефективну роботу системи на регіональному рівні.

Ключові слова: антитерористична операція, лікування і реабілітація учасників антитерористичної операції.

Вступ

Проблема лікування та медичної реабілітації учасників антитерористичної операції (АТО) набула актуальності у зв'язку з агресією на сході України, завершення якої є невизначеним в часі. Кількість воїнів, які зазнали травм і поранень в ході бойових дій, а також захворіли на хронічні захворювання, поступово зростає.

Крім цього, внаслідок впливу комплексу несприятливих факторів під час перебування в зоні АТО (значні фізичні навантаження, постійний стресовий стан, проблеми харчування, забезпечення питною водою належної якості, неможливість дотримання прийнятних санітарно-гігієнічних стандартів та побутових умов тощо) у багатьох учасників АТО виникають або загострюються хронічні захворювання різних органів та систем [1–3].

Сили і засоби військової медицини недостатні для надання необхідної, насамперед спеціалізованої та високоспеціалізованої, медичної допомоги і забезпечення медичної та професійної реабілітації учасників АТО, які продовжують службу або демобілізовані [4, 5, 8, 10].

Більшість публікацій присвячені питанням відновного лікування та реабілітації учасників АТО з певними патологіями [1–3, 9]. Організаційні проблеми їх медичного забезпечення обговорюються лише в поодиноких повідомленнях [4, 6, 7].

Публікацій про досвід організації системи лікування та медичної реабілітації учасників АТО в

лікувально-профілактичних закладах загальної мережі на рівні області нам виявити не вдалося.

Мета роботи – узагальнити досвід організації системи лікування та медичної реабілітації учасників АТО в лікувально-профілактичних закладах загальної мережі на прикладі Житомирської області.

Матеріали та методи

У дослідженні використано методи системного аналізу та логічного узагальнення, контент-аналіз нормативних документів загальнодержавного рівня та розпорядчих документів Житомирської обласної ради, Управління охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації, які стосуються медичного обслуговування учасників АТО, протоколи спеціалізованої лікарсько-консультативної комісії (ЛКК) Житомирської обласної клінічної лікарні імені О.Ф. Гербачевського за 2014–2016 роки. Проведено також медико-соціологічне дослідження – анкетування 365 учасників АТО, які проходили обстеження, лікування та реабілітацію в лікувально-профілактичних закладах загальної мережі Житомирської області.

Результати дослідження та їх обговорення

На даний час у Житомирській області створена чітка та ефективна система надання медичної допомоги та проведення реабілітації учасникам АТО. У її основу

покладені нормативні документи загальнодержавного рівня та рішення Житомирської обласної ради. З ініціативи обласної ради щорічно з 2014 р. в Житомирській області розробляється, приймається та виконується «Програма соціальної підтримки громадян, які прибувають з тимчасово окупованої території, районів проведення антитерористичної операції (далі – АТО) на територію Житомирської області та військовослужбовців, працівників Збройних сил України, Національної гвардії України, Служби безпеки України, інших силових структур області, що брали участь в АТО». Фінансування Програми здійснюється за кошти обласного бюджету. Організаційні засади викладені в розроблених управлінням охорони здоров'я обласної державної адміністрації документах: «Дорожня карта медичної реабілітації учасників АТО» та «Пам'ятка з питань медичної реабілітації для учасників АТО».

Перший із вказаних документів призначений для керівників та спеціалістів лікувально-профілактичних закладів, працівників органів державного управління і місцевого самоврядування Житомирської області. Він розісланий на місця, а також обговорений та роз'яснений на засіданнях колегії управління, профільних семінарах фахівців основних медичних спеціальностей, а також на шпальтах обласної медичної газети «Пульс».

Другий документ призначений безпосередньо для учасників АТО та командування військових частин Збройних Сил України, які базуються на території області, керівників інших силових структур. Він містить докладну інформацію з поясненням того, як і куди слід звертатися учаснику АТО в разі виникнення проблем медичного характеру. Пам'ятка оприлюднена в місцевих друкованих засобах масової інформації, на обласному радіо і телебаченні, крім того, значним накладом надруковані листівки з її текстом, які розміщені на інформаційних стендах в людних місцях населених пунктів області.

Основними позиціями, що обумовили практичну важливість і, як показав дворічний досвід роботи, ефективність запропонованої Дорожньої карти є:

1. Об'єктом програми є учасники АТО, які продовжують службу в лавах Збройних Сил та інших силових відомств України, демобілізовані воїни, які після проходження служби в зоні бойових дій повернулися до цивільного життя за місцем постійного проживання, члени сімей загиблих учасників АТО.

2. У разі необхідності учасники АТО можуть звертатися по медичну допомогу не лише до військово-медичних закладів або відомчих медичних закладів, але й до територіальних закладів первинної ланки, центрів надання медичної допомоги вторинного рівня, а також до обласних лікувально-профілактичних закладів, що надають спеціалізовану медичну допомогу третинного рівня, з направленнями з військомату, медсанчастин, військових медиків, військових шпиталів, лікарів цивільних медичних закладів нижчого рівня з уточненням причини скерування та його мети або звернутися до них самостійно.

3. Медичне обслуговування учасників АТО здійснюється першочергово і безкоштовно.

4. Дорожньою картою визначені 26 закладів охорони здоров'я вторинного рівня (центральні районні та міські лікарні) та 7 закладів третинного рівня (обласні лікувально-профілактичні заклади), в яких проводиться лікування та медична реабілітація учасників АТО.

5. Організована і функціонує обласна спеціалізована лікарсько-консультативна комісія (ЛКК) в консультативно-діагностичній поліклініці обласної клінічної лікарні ім. О.Ф. Гербачевського з метою освідчення учасників АТО, визначення їх потреби в лікуванні та/або реабілітації, визначення закладу, в якому необхідні заходи можуть бути реалізовані, і оформлення відповідних документів.

Обов'язки голови ЛКК покладені на заступника головного лікаря з поліклінічної роботи. Голова ЛКК в процесі спілкування з учасником АТО та після вивчення військово-медичних документів визначає перелік обстежень та консультацій, необхідних пацієнту. З метою забезпечення оперативного вирішення вказаних питань організований окремий кабінет для прийому учасників АТО, виділений молодший спеціаліст з медичною освітою (секретар ЛКК).

За результатами проведеного обстеження заповнюється висновок ЛКК, у якому зазначено, до якого саме лікувально-профілактичного закладу області скеровується учасник АТО.

Відповідно до Дорожньої карти, високоспеціалізована хірургічна допомога учасникам АТО надається в стаціонарі обласної клінічної лікарні, спеціалізована медична допомога терапевтичного плану – в обласному шпиталі для ветеранів війни у м. Бердичеві, психіатрична – в обласній психіатричній лікарні № 1 (враховуючи специфіку психіатричної допомоги, там організована обласна спеціалізована психіатрична ЛКК для учасників АТО), наркологічна – в обласному наркологічному диспансері (організована обласна спеціалізована наркологічна ЛКК для учасників АТО), психологічна – в обласному лікувально-санаторному центрі «Дениші», а також в Житомирському обласному медичному центрі вертебрології та реабілітації.

Передбачено також надання стоматологічної (терапевтичної та хірургічної) допомоги та проведення зубного протезування воїнам АТО в двох стоматологічних поліклініках обласного центру (відбір на лікування та зубне протезування здійснюється спеціалізованою стоматологічною ЛКК).

Разом з учасником АТО, що отримав направлення ЛКК до лікувально-санаторного центру «Дениші», при бажанні може поїхати один із членів його родини, який звільнюється при цьому від оплати готельних послуг, проте має сплатити вартість харчування та лікування.

Частота звернень учасників АТО до обласної спеціалізованої ЛКК ніяким чином не обмежена і визначається лише станом їхнього здоров'я та потребою в отриманні медичної допомоги. Що стосується психологічної реабілітації учасників АТО в обласному лікувально-санаторному центрі «Дениші», то вона проводиться не частіше одного разу на рік.

6. Лікувально-профілактичні заклади, визначені як такі, що надають медичну допомогу і здійснюють реабілітацію учасників АТО, отримують після завершення курсу лікування відшкодування витрат на лікування і харчування за підвищеними нормами кожного воїна (55 грн на харчування та 65 грн на лікарські засоби на один ліжко-день) із коштів обласного бюджету.

У випадку, якщо важкість стану пацієнта або складність проведеного лікування чи висока вартість застосованих лікарських засобів та виробів медичного призначення призвели до перевищення вказаних нормативних витрат, лікувально-профілактичний заклад надає до комісії обласної ради письмове обґрунтування щодо об'єктивності причин допущених перевитрат. Комісія щомісячно розглядає і, як правило, затверджує заявлені для відшкодування суми. Для отримання відшкодування лікувально-профілактичний заклад надає до обласного управління охорони здоров'я пакет документів на кожного пролікованого учасника АТО. До нього входять: заява учасника АТО про здійснення відшкодування витрат закладу, копія посвідчення учасника бойових дій (довідка командира про участь в АТО), копія першої і другої сторінок паспорта (у разі реєстрації поза межами Житомирської області – довідка про службу у військовій частині, яка базується в Житомирській області), копія ідентифікаційного коду та направлення обласної ЛКК на лікування (реабілітацію). Для зручності учасників АТО копії вказаних документів знімаються безкоштовно безпосередньо в кабінеті ЛКК.

За 2015 р. лікувально-профілактичним закладам відшкодовано коштів, витрачених на лікування учасників АТО, на суму 3 568 017 грн, у 2016 р. – 3 604 725 гривень.

Таким чином, лікувально-профілактичні заклади постійно мають обігові кошти для безумовного забезпечення принципу повної безоплатності лікування та реабілітації воїнів АТО.

Аналогічно вищеописаному механізму вирішується питання безкоштовного лікування близьких членів сім'ї загиблих воїнів.

За період з липня 2014 р. до листопада 2016 р. в консультативно-діагностичній поліклініці обласної клінічної лікарні проконсультовано 5865 учасників АТО. Найчастіше вони потребували консультації невролога, психотерапевта, сурдолога, ортопеда-травматолога та гастроентеролога.

В КУ «Обласний медичний консультативно-діагностичний центр» за цей час пройшли обстеження 2507 осіб, в обласній психіатричній лікарні №1 проконсультовано психіатром та психологом 4277 учасників АТО.

За проаналізований період спеціалізованою ЛКК обласної клінічної лікарні оглянуто 3177 учасників АТО, з них направлені до стаціонару цього закладу 703, обласного шпиталю ветеранів війни – 378, Житомирського обласного медичного центру вертебології та реабілітації – 560, обласного лікувально-санаторного центру – 1497, інших лікувально-профілактичних закладів – 39 осіб.

Обласною спеціалізованою психіатричною ЛКК оглянуто 391 учасника АТО, з яких проліковано в стаціонарі обласної психіатричної лікарні №1 381 особу.

Обласною спеціалізованою наркологічною ЛКК оглянуто 233 учасники АТО, з них 221 особа пройшла курс стаціонарного лікування.

Обласною спеціалізованою стоматологічною ЛКК оглянуті 279 учасників АТО. Усім за медичними показаннями санована ротова порожнина або виконане зубне протезування.

У лікувально-профілактичних закладах вторинного рівня надання медичної допомоги проліковано 860 воїнів АТО.

З метою вивчення ступеня задоволення учасників АТО наданою медичною допомогою та проведеною реабілітацією за допомогою спеціально розробленого запитальника проведено анкетування 365 учасників АТО.

З'ясовано, що цілком задоволені отриманими медичними послугами 99,7% опитаних. Основними факторами, які сприяли такій високій оцінці, були: шанобливе ставлення з боку медичного персоналу всіх рангів – від лікарів до молодшого медичного персоналу; оперативне вирішення всіх питань щодо отримання консультацій, проходження обстежень, лікування; безкоштовне надання медичної допомоги; висока ефективність наданих послуг. Поліпшення стану здоров'я після проведеного лікування та медичної реабілітації відмітили 91,3% опитаних. Не зареєстровано жодної скарги учасників АТО, пов'язаної з наданням медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Житомирської області.

Висновки

1. Система лікування та медичної реабілітації учасників АТО в лікувально-профілактичних закладах загальної мережі, впроваджена в Житомирській області, дозволяє забезпечити потребу даної категорії пацієнтів у кваліфікованій та високоспеціалізованій медичній допомозі.

2. Ефективність системи підтверджена результатами анкетування учасників АТО, які продемонстрували високий ступінь задоволення отриманими медичними послугами.

3. Впровадження такої системи можливе лише при вирішенні питань фінансування програми лікування та реабілітації учасників АТО за рахунок додаткових коштів обласного бюджету.

4. Кваліфікація медичного персоналу і рівень менеджменту з боку керівників закладів охорони здоров'я загальної мережі дозволяють налагодити ефективну роботу такої системи на регіональному рівні.

Досвід впровадження системи лікування та медичної реабілітації учасників АТО в лікувально-профілактичних закладах загальної мережі в Житомирській області дає підстави вважати **перспективним** запровадження такої системи в інших областях України з урахуванням місцевих особливостей.

Література

1. *Дугіна Н. В.* Відновне лікування бійців антитерористичної операції засобами фізичної реабілітації після ампутації нижніх кінцівок / Н. В. Дугіна // Слобожанський наук.-спорт. вісн. – 2015. – № 2 (46). – С. 74–76.
2. *Єна А. І.* Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції / А. І. Єна, В. В. Маслюк, А. В. Сергієнко // Науковий журнал МОЗ України. – 2014. – № 1. – С. 5–16.
3. *Коробіцина М. Б.* Медико-соціальна та психологічна адаптація учасників бойових дій та осіб, які перенесли психотравмуючий вплив факторів бойової обстановки. / М. Б. Коробіцина // Вісник ОНУ ім. І. І. Мечнікова. – 2014. – Т. 19, вип. 2 (32). – С. 178–187.
4. *Кочін І. В.* Особливості медико-санітарних втрат і організації екстреної медичної допомоги населенню та військовослужбовцям в зоні проведення антитерористичної операції / І. В. Кочін // Медицина неотложных состояний. – 2015. – № 6 (69). – С. 16–23.
5. *Ломакін Г.* Соціально-психологічні особливості процесу ресоціалізації учасників бойових дій / Г. Ломакін // Вісник Київського національного університету ім. Тараса Шевченка. Психологія. – 2014. – № 2 (2). – С. 49–52.
6. *Малюга А. В.* Шляхи прогнозування подальшого службового використання військовослужбовців, які отримали поранення під час проведення антитерористичної операції / А. В. Малюга // Наука і техніка Повітряних сил Збройних сил України. – 2015. – № 1 (18). – С. 175–177.
7. *Медичне забезпечення антитерористичної операції: воєнно-медична доктрина України як інструмент формування єдиного медичного простору* / В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський, М. В. Кудренко [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 1 (33). – С. 7–14.
8. *Проблеми оцінки ефективності надання медичної допомоги силам антитерористичної операції та населенню на південному сході України* / А. М. Сердюк, В. Я. Білий, Ю. І. Кундієв [та ін.] // Журнал НАМН України. – 2014. – Т. 20, № 4. – С. 409–415.
9. *Рютін В. В.* Особливості співпраці військових психологів з волонтерами-психологами під час проведення антитерористичної операції / В. В. Рютін, В. В. Арнаутова // Честь і закон. – 2015. – № 2 (53). – С. 64–68.
10. *Тополь О. В.* Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції / О. В. Тополь // Вісник Чернігівського нац. пед. ун-ту. – 2015. – Вип. 124. – С. 230–233. – (Педагогічні науки).

Дата надходження рукопису до редакції: 10.11.2016 р.

Двухлетний опыт лечения и медицинской реабилитации участников антитеррористической операции в лечебно-профилактических учреждениях общей сети Житомирской области

Б.Б. Леськів, С.І. Шевченко
КУ «Областная клиническая больница им. А.Ф. Гербачевского» Житомирского областного совета, г. Житомир, Украина

Цель – обобщить опыт организации системы лечения и медицинской реабилитации участников антитеррористической операции в лечебно-профилактических учреждениях общей сети на примере Житомирской области.

Материалы и методы: контент-анализ нормативных документов и медико-социологическое исследование – анкетирование 365 участников антитеррористической операции.

Результаты. Система лечения и медицинской реабилитации участников антитеррористической операции, внедренная в Житомирской области, позволяет обеспечить потребности данной категории пациентов в квалифицированной и высокоспециализированной медицинской помощи. Эффективность системы подтверждена результатами анкетирования участников антитеррористической операции, которые продемонстрировали высокий уровень удовлетворения полученными медицинскими услугами.

Выводы. Внедрение системы лечения и медицинской реабилитации участников антитеррористической операции возможно лишь при условии надлежащего финансирования учреждений здравоохранения общей сети. Квалификация медицинского персонала и уровень менеджмента со стороны руководителей учреждений здравоохранения общей сети позволяют наладить эффективную работу системы на региональном уровне.

Ключевые слова: антитеррористическая операция, лечение и реабилитация участников антитеррористической операции.

Two year experience of treatment and medical rehabilitation of participants of anti-terror operation in medical and preventive establishments of general network of Zhytomyr area

B.B. Leskiv, S.I. Shevchenko
CI “Regional clinical hospital named after A.F. Gerbachevsky” of the Zhytomyr regional council, Zhytomyr, Ukraine

Purpose – is generalization of experience of organization of the system of treatment and medical rehabilitation of participants of anti-terror operation in medical and preventive establishments of general network on the example of the Zhytomyr area.

Materials and methods: content-analysis of normative documents and medical social research are a questionnaire 365 participants of anti-terror operation.

Results. The system of treatment and medical rehabilitation of participants of anti-terror operation is entered in the Zhytomyr area, allows to provide the requirement of this category of patients in skilled and high-specialized medicare. Efficiency of the system is confirmed by the results of questionnaire of participants of anti-terror operation, that showed the high degree of pleasure the got medical services.

Conclusions. Introduction of the system of treatment and medical rehabilitation of participants of anti-terror operation is possible only on condition of the proper financing of establishments of health protection general network. Qualification of medical personnel and management level from the side of leaders of establishments of health protection general network allow to put right effective work of the system at regional level.

Key words: anti-terror operation, treatment and rehabilitation of participants of anti-terror operation.

Відомості про авторів

Леськів Богдан Богданович – к.мед.н., головний лікар КУ «Обласна клінічна лікарня імені О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради; вул. Червоного Хреста, 3, м. Житомир, 10002, Україна.

Шевченко Сергій Іванович – лікар організаційно-методичного відділу КУ «Обласна клінічна лікарня імені О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради; вул. Червоного Хреста, 3, м. Житомир, 10002, Україна.

УДК 614.2.:616-082:355.2:001.8

В.Г. Лівінський

ОБҐРУНТУВАННЯ НОВОГО МЕХАНІЗМУ ВИКОРИСТАННЯ СИСТЕМИ ЦИВІЛЬНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПОРАНЕНИХ І ХВОРИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ШЛЯХОМ СТВОРЕННЯ ТИМЧАСОВИХ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ОБ'ЄДНАНЬ

Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

Мета – опрацювати новий механізм використання системи цивільної охорони здоров'я для надання спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям.

Матеріали та методи. Об'єкт дослідження – система медичного забезпечення ЗС України. Предмет – організація надання спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям. Методи дослідження: історичний, бібліографічний, аналітичний, системного підходу.

Результати. Опрацьовано новий механізм використання системи цивільної охорони здоров'я для лікування поранених (хворих) військовослужбовців та розроблено нову функціонально-організаційну модель надання їм спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги.

Висновки. Запровадження нового механізму використання системи цивільної охорони здоров'я для надання спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям потребує прийняття відповідного урядового акту.

Ключові слова: медичне забезпечення, єдиний медичний простір, тимчасові функціональні об'єднання.

Вступ

Опрацювання перспективних шляхів реформування системи військової охорони здоров'я потребує нових організаційних підходів щодо ефективного і раціонального використання наявних медичних ресурсів.

Основоположними програмними документами щодо забезпечення національної безпеки держави, які розроблені та введені в дію протягом останніх двох років, заплановано, зокрема, реформування і розвиток системи військової охорони здоров'я, що передбачає модернізацію системи медичного забезпечення військ із максимальною інтеграцією її із системою цивільної охорони здоров'я [4], координацію військової та цивільної систем охорони здоров'я в питаннях надання медичної допомоги військовослужбовцям, удосконалення системи управління медичною службою, її функціональної та організаційної структури [6] і має на меті побудову системи медичного забезпечення, здатної до надання належної медичної підтримки силам оборони при виконанні будь-яких завдань [5].

Відповідно до зазначених програмних документів в органах управління медичним забезпеченням Збройних Сил України (далі – ЗС України) із залученням фахівців Української військово-медичної академії продовжується пошук нових шляхів та опрацювання нових механізмів залучення цивільних закладів охорони здоров'я до надання медичної допомоги і лікування поранених (хворих) військовослужбовців, які передбачається реалізувати на засадах єдиного медичного простору.

Актуальність даного питання посилюється тим, що в стані готовності Територіальних госпітальних баз (далі – ТерГБ) МОЗ України, створення яких визначено відповідною урядовою постановою [4], виявлено ряд серйозних проблем і недоліків, що поставило під сумнів можливість їх розгортання та виконання завдань за призначенням в особливий період [7]. Виявлені проблеми і недоліки потребують поглибленого вивчення та аналізу, а механізм використання можливостей цивільних закладів охорони здоров'я для надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги пораненим (хворим) військовослужбовцям потребує нормативно-правового врегулювання.

Мета роботи – опрацювання на засадах єдиного медичного простору нового механізму використання можливостей цивільних закладів охорони здоров'я для лікування поранених (хворих) військовослужбовців, зокрема, щодо надання останнім спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги.

Матеріали та методи

Використовувались нормативно-правові акти з питань реформування і розвитку ЗС України та системи їх медичного забезпечення, відкриті публікації у наукових джерелах із зазначеної теми. Методи дослідження: історичний, бібліографічний, аналітичний, системного підходу. Об'єкт дослідження – система медичного забезпечення ЗС України. Предмет – організація надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги пораненим (хворим) військовослужбовцям.

Результати дослідження та їх обговорення

Система медичного забезпечення ЗС України побудована за територіальним принципом та включає медичні підрозділи військових частин і з'єднань та військові заклади охорони здоров'я, а в особливий період ще й визначені цивільні заклади охорони здоров'я.

Необхідність використання мережі цивільних закладів охорони здоров'я для лікування поранених (хворих) військовослужбовців обумовлена тим, що в особливий період жодна військово-медична служба, навіть у збройних силах передових країн світу, не спроможна власними силами і засобами повністю забезпечити потреби військ у наданні пораненим (хворим) військовослужбовцям спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги, їх лікуванні та реабілітації. До кінця минулого століття вирішення даної проблеми планувалося здійснювати шляхом додаткового розгортання визначеної кількості військово-медичних формувань, матеріальні запаси для яких готувалися завчасно, ще у мирний час, та утримувалися на базах і складах. Зважаючи на те, що їх утримання та періодичне оновлення потребувало значних фінансових витрат, згодом, зі зниженням рівня зовнішніх загроз, кількість військово-медичних формувань була скорочена, запаси зменшені, а придатне для використання медичне майно та обладнання передані для поточного забезпечення військово-медичних служб [8]. На зміну їм та для компенсації потреб військ у спеціалізованій і високоспеціалізованій медичній допомозі відповідною урядовою постановою передбачено створення ТерГБ МОЗ України [3].

Проте останнім часом у стані готовності ТерГБ МОЗ України виявлено ряд серйозних проблем і недоліків [7], що можуть створити значні перешкоди для їх розгортання та виконання завдань за призначенням, основними з яких є:

- відсутність достатньої кількості медичного персоналу, насамперед нейрохірургів, судинних хірургів та інших лікарів хірургічного профілю, для комплектування ТерГБ згідно штатів;
- недостатня забезпеченість матеріально-технічними засобами (медичним, речовим, продовольчим майном, транспортом, паливно-мастильними матеріалами тощо);
- відсутність у закладах охорони здоров'я, визначених для формування територіальних госпіталів, достатньої кількості ліжко-місць та фондів для їх розгортання;
- відсутність договірних відносин між МО України та МОЗ України щодо утворення спеціальних формувань;
- невизначеність джерел фінансування заходів щодо формування ТерГБ, підготовки їх до роботи та функціонування.

Крім того, передача цивільних ЗОЗ до складу ТерГБ МОЗ України цілісним комплексом призведе до порушення системи охорони здоров'я цивільного населення в цих та інших адміністративно-

територіальних одиницях внаслідок мобілізації частини лікарів, ліквідації дитячих, пологових та інших відділень, що в сучасних умовах є неприпустимим.

В основу пошуку нових шляхів залучення системи цивільної охорони здоров'я для надання пораненим (хворим) військовослужбовцям спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги покладено досвід медичного забезпечення військ під час антитерористичної операції (далі – АТО) на Сході України. Незважаючи на те, що урядове рішення про розгортання ТерГБ не приймалося, в районах проведення АТО та наближених до них до системи надання медичної допомоги пораненим (хворим) військовослужбовцям долучилися 17 центральних районних лікарень, Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечникова та ряд клінічних закладів Національної академії медичних наук (далі – НАМН) України, де надано медичну допомогу понад 5 тис. поранених і понад 30 тис. хворих військовослужбовців [1]. Таким чином, у зоні проведення АТО на засадах єдиного медичного простору сформувалася територіальна система медичного забезпечення військ, до складу якої увійшли медичні підрозділи військових частин і з'єднань ЗС України та інших військових формувань, військові та цивільні заклади охорони здоров'я, і яка підтвердила свою дієздатність та ефективність в умовах реального збройного конфлікту [2].

Зважаючи на зазначене, нами запропонований новий механізм використання можливостей системи цивільної охорони здоров'я для надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги пораненим (хворим) військовослужбовцям, а саме – не шляхом вилучення для зазначених цілей визначених цивільних закладів охорони здоров'я цілісними комплексами, як це передбачено при створенні ТерГБ, а використовуючи лише невелику частину (до 30%) їх ліжкового фонду. Такий механізм не впливатиме негативним чином на стан охорони здоров'я населення в адміністративно-територіальних одиницях, оскільки визначені цивільні заклади охорони здоров'я не припинять діяльності щодо його обслуговування, та дасть можливість раціонально використати їх можливості для потреб медичного забезпечення військ. При цьому можна буде здійснити відбір найбільш необхідного для лікування поранених ліжкового фонду, зокрема загальнохірургічних, травматологічних, нейрохірургічних, торако-абдомінальних, комбустіологічних, щелепно-лицьових, ЛОР, офтальмологічних та інших ліжок.

Для лікування поранених військовослужбовців в особливий період та їх реабілітації насамперед слід використовувати заклади охорони здоров'я, що мають потужну лікувально-діагностичну і матеріально-технічну базу, укомплектовані висококваліфікованими медичними фахівцями, забезпечені сучасним високотехнологічним медичним обладнанням та ще у мирний час надають спеціалізовану і високоспеціалізовану медичну допомогу. Крім того, зважаючи на умови, в яких їм доведеться виконувати поставлені завдання, вони мають відповідати таким основним вимогам та критеріям:

– мати достатній запас стійкості до роботи в умовах обмеження енергетичних, водних, матеріально-технічних і медичних ресурсів та бути спроможними до стійкої ефективної діяльності під час надзвичайного стану і у воєнний час без значного трансформування та з максимальним використанням існуючої матеріально-технічної бази і людських ресурсів;

– географічне розташування визначених закладів охорони здоров'я має забезпечувати рівномірний та пропорційний розподіл їх у межах країни між зонами відповідальності органів військового управління оперативного рівня;

– приймальні відділення мають забезпечувати можливість одночасного прийому значної кількості поранених і хворих (не менше 10–12 осіб);

– переведення визначених закладів охорони здоров'я на роботу в умовах особливого періоду має здійснюватися у максимально стислі строки, без залучення значних матеріальних і фінансових ресурсів;

– визначені заклади охорони здоров'я мають бути спроможними до переведення на роботу в умовах особливого періоду у максимально стислі строки, без залучення значних матеріальних і фінансових ресурсів;

– як бажана, але необов'язкова, вимога – доцільна наявність поблизу визначених закладів охорони здоров'я залізничних станцій та аеропортів.

Для належної організації діяльності визначених цивільних закладів охорони здоров'я, які передбачається залучити для надання медичної допомоги і лікування поранених (хворих) військовослужбовців, забезпечення керованості потоками поранених (хворих) і контролю їх виписки, а також взаємодії з військово-медичними службами пропонується об'єднати їх у межах адміністративно-територіальних одиниць у Тимчасові функціональні об'єднання закладів охорони здоров'я (ТФО).

Тимчасові функціональні об'єднання закладів охорони здоров'я – це група закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, розташованих на території адміністративно-територіальної одиниці, що в особливий період виділяють резерв профільних ліжок (до 30% від загальної ліжкової місткості) для надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги пораненим (хворим) військовослужбовцям, їх лікування і реабілітації (рис.). Основними завданнями ТФО мають стати прийом, реєстрація та статистичний облік поранених (хворих) військовослужбовців, що надходять, надання їм своєчасної спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги, лікування та проведення медичної і фізичної реабілітації.

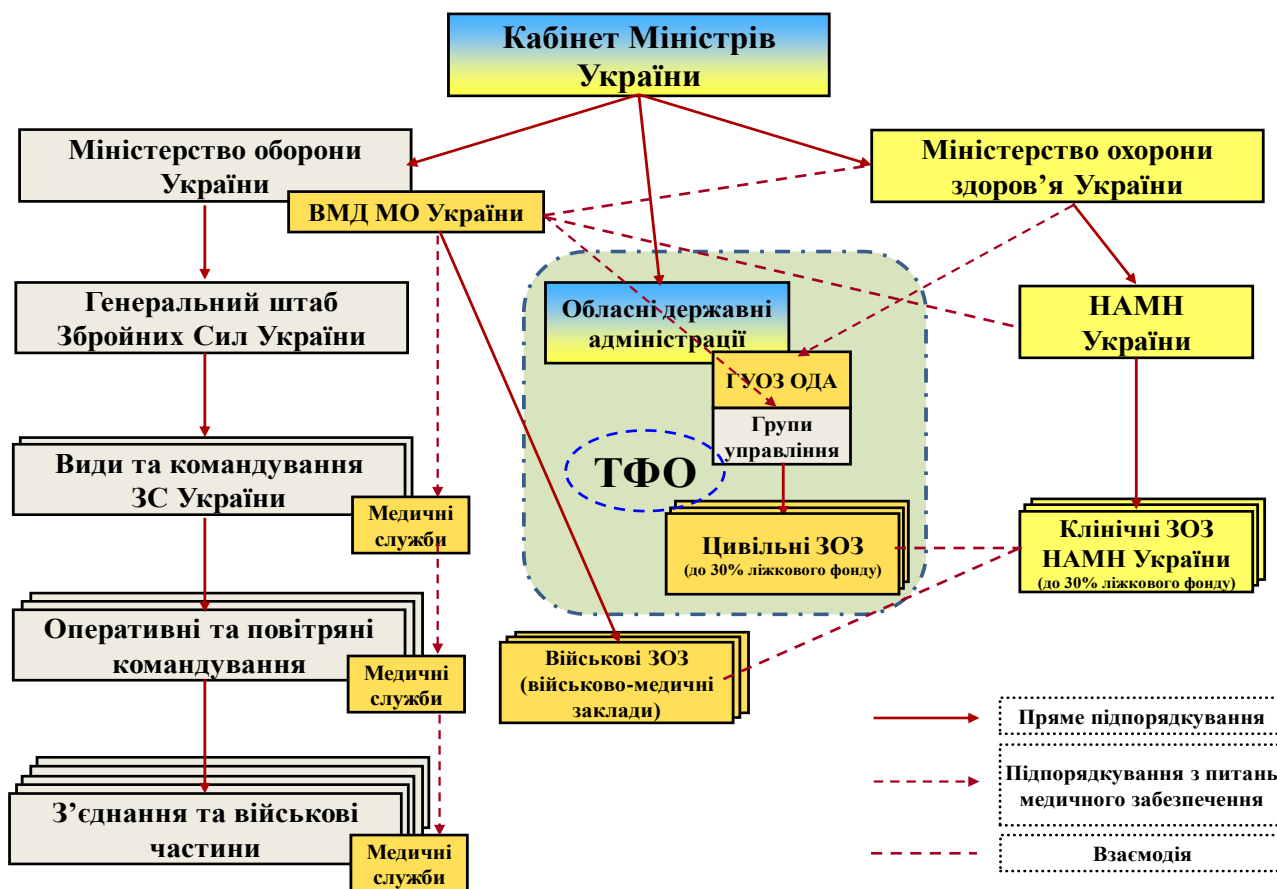


Рис. Функціонально-організаційна структура ТФО

Надання медичної допомоги і лікування поранених (хворих) військовослужбовців здійснюватиметься штатним медичним персоналом на базі і фондах закладів охорони здоров'я, що увійдуть до складу ТФО. За необхідності, Національна академія медичних наук України та вищі медичні навчальні заклади підсилуватимуть заклади охорони здоров'я, що увійдуть до складу ТФО, медичними фахівцями необхідних спеціальностей та кваліфікації.

Для керівництва ТФО необхідно створити у структурних підрозділах з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій (ОДА) групи управління, які мають очолити заступники їх керівників. Склад груп управління визначатиметься керівниками ОДА за погодженням з МОЗ України та МО України. Для забезпечення взаємодії ТФО з військово-медичними службами до їх складу необхідно включати представників від органів управління медичним забезпеченням ЗС України.

Загальне керівництво ТФО має здійснювати МОЗ України.

Важливим фактором для ефективного функціонування запропонованої моделі має стати забезпечення державного фінансування видатків для лікування поранених (хворих) військовослужбовців. Його актуальність посилюється тим, що переважна більшість закладів охорони здоров'я нині перебуває у комунальній власності і має вкрай обмежене фінансування, а також зростання кількості приватних закладів охорони здоров'я, частину яких у майбутньому також було б доцільно залучити до лікування поранених (хворих) військовослужбовців.

Зважаючи на те, що ТФО не є юридичними особами і, згідно законодавства України, не можуть здійснювати фінансово-господарської діяльності, компенсація витрат на лікування поранених (хворих) військовослужбовців має здійснюватися з державного бюджету безпосередньо закладам охорони здоров'я, що надають медичну допомогу, здійснюють лікування та проводять медичну реабілітацію.

Створення та утримання у визначених цивільних закладах охорони здоров'я запасів лікарських засобів, виробів медичного призначення, донорської крові та її препаратів, а також їх поповнення має здійснюватися за рахунок державного бюджету, місцевих бюджетів та інших джерел фінансування, що передбачені законодавством України.

Головна перевага впровадження запропонованої функціонально-організаційної моделі полягає у перспективі створення на засадах єдиного медичного простору потужної територіальної системи медичного забезпечення військ, яка на регіональному рівні об'єднає зусилля військово-медичних служб і системи цивільної охорони здоров'я та дозволить організувати належне медичне забезпечення військовослужбовців під час дії особливого періоду, надзвичайного стану та інших кризових ситуацій.

На відміну від ТерГБ, створення яких може призвести до порушення охорони здоров'я цивільного

населення у визначених адміністративно-територіальних одиницях, заклади охорони здоров'я, що увійдуть до складу ТФО, не припинять своєї основної діяльності щодо надання медичної допомоги та лікування населення України.

Принциповими відмінностями ТФО від ТерГБ МОЗ України та їх перевагами є:

- максимальне використання на засадах єдиного медичного простору можливостей систем військової і цивільної охорони здоров'я;
- мінімізація негативного впливу від створення ТФО на стан охорони здоров'я цивільного населення;
- відсутність потреби утримання у мирний час значних запасів матеріально-технічних засобів, медичного майна та обладнання для створення в особливий період нових військово-медичних формувань або перепрофілізації існуючих закладів охорони здоров'я;
- повна сумісність системи управління медичним забезпеченням військ із системою управління ТФО;
- значне скорочення термінів готовності визначених цивільних закладів охорони здоров'я до виконання завдань за призначенням.

Запровадження в системі медичного забезпечення ЗС України запропонованої функціонально-організаційної моделі надання спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги сприятиме зниженню рівня смертності та підвищенню виживаності поранених, зменшенню частоти ускладнень, скороченню термінів лікування і реабілітації, а також прискорюватиме повернення військовослужбовців до строю.

Соціальна складова ефективності запропонованої функціонально-організаційної моделі полягає в тому, що збільшуватиметься частка осіб, що закінчили лікування без зміни категорії придатності, та зменшуватиметься кількість осіб, що потребуватимуть відпусток за станом здоров'я або встановлення інвалідності. На відміну від ТерГБ, створення яких може призвести до порушення надання медичної допомоги цивільному населенню у визначених адміністративно-територіальних одиницях, заклади охорони здоров'я, які залучатимуться для лікування поранених (хворих) військовослужбовців, не припинять основної діяльності щодо медичного забезпечення населення України.

Економічна складова ефективності запропонованої функціонально-організаційної моделі медичного забезпечення військ полягає в тому, що скорочення термінів лікування сприятиме зменшенню видатків на нього та на проведення тривалої реабілітації поранених (хворих) військовослужбовців. Зниження рівня інвалідизації військовослужбовців сприятиме зменшенню видатків державного бюджету на їх утримання та виплати по інвалідності. Повернення поранених до строю або їх соціальна адаптація та працевлаштування сприятимуть зростанню внутрішнього валового продукту держави. Також відпаде необхідність в утриманні у мирний час значних запасів матеріально-технічних засобів, медичного майна та обладнання для створення в особливий період нових військово-медичних формувань або перепрофілізації

існуючих, а відсутність необхідності проведення відмобілізування і бойового злягоджування дозволить уникнути видатків на їх проведення.

Опрацювання і прийняття урядового акту щодо затвердження механізму та порядку використання можливостей системи цивільної охорони здоров'я для надання в особливий період спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям ЗС України та інших військових формувань шляхом створення ТФО дозволить сформулювати в масштабах всієї держави ефективну дієздатну та завжди готову до роботи систему воєнної охорони здоров'я незалежно від того, на яких би кордонах не виникла загроза національній безпеці. Запропонована система, за необхідності, також може бути успішно застосована у мирний час під час надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру.

Висновки

1. Система медичного забезпечення ЗС України в особливий період не в змозі власними силами та засобами повністю забезпечити потреби військ у наданні пораненим спеціалізованої і високоспеціалізованої

медичної допомоги та потребує залучення цивільних закладів охорони здоров'я.

2. У стані готовності ТерГБ МОЗ України виявлено ряд серйозних проблем і недоліків, що поставило під сумнів можливість їх розгортання в особливий період та виконання завдань за призначенням.

3. З урахуванням досвіду медичного забезпечення АТО опрацьовано новий механізм використання можливостей цивільних закладів охорони здоров'я для лікування поранених (хворих) військовослужбовців та розроблено нову функціонально-організаційну модель надання їм спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги, який полягає у використанні для зазначених цілей лише частини (до 30%) їх ліжкового фонду.

4. Показано переваги розробленої функціонально-організаційної моделі й доведено її медичну, соціальну та економічну ефективність.

5. Запровадження нового механізму використання системи цивільної охорони здоров'я для надання пораненим (хворим) військовослужбовцям спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги потребує прийняття відповідного урядового акту.

Література

1. *Верба А. В.* Досвід медичного забезпечення антитерористичної операції та шляхи його вдосконалення / А. В. Верба, В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський // Наука і оборона. – 2015. – № 3/4. – С. 28–33.
2. *Лівінський В. Г.* Формування єдиного медичного простору держави в інтересах медичного забезпечення військовослужбовців / В. Г. Лівінський // East European Scientific Journal Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe. – 2016. – № 9 (13), Vol. 1. – P. 30–36.
3. *Про визначення лікувальних установ системи Міністерства охорони здоров'я України, які братимуть участь у наданні медичної допомоги в особливий період* : Постанова Кабінету Міністрів України від 30.11.1998 р. № 1894-65 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
4. *Про рішення РНБО України від 2 вересня 2015 року «Про нову редакцію Воєнної доктрини України»* : Указ Президента України від 24.09.2015 р. № 555/2015 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
5. *Про рішення РНБО України від 20 травня 2016 року «Про Стратегічний оборонний бюлетень України»* : Указ Президента України від 06.06.2016 р. № 240/2015 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. *Про рішення РНБО України від 4 березня 2016 року «Про Концепцію розвитку сектору безпеки і оборони України»* : Указ Президента України від 14.03.2016 р. № 92/2015 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
7. *Протокол узгоджувальної наради щодо стану готовності Територіальних госпітальних баз Міністерства охорони здоров'я України і можливості застосування їх для надання медичної допомоги військовослужбовцям ЗС України та інших військових формувань в особливий період, що відбулася у Міністерстві оборони України 31.10.2016 року під головуванням заступника Міністра оборони України генерал-лейтенанта Павловського І.В.* / Вх. ВМД МОУ від 07.11.2016 р. № 7120 (на 11 аркушах).
8. *Сучасні підходи до побудови системи лікувально-евакуаційних заходів як основи медичного забезпечення військ в особливий період* / В. Я. Білий, А. В. Верба, М. І. Бадюк [та ін.] // Наука і оборона. – 2016. – № 2. – С. 34–41.

Дата надходження рукопису до редакції: 22.11.2016 р.

Обоснование нового механизма использования системы гражданского здравоохранения для лечения раненых и больных военнослужащих путем создания временных функциональных объединений

В.Г. Ливинский

Украинская военно-медицинская академия,
г. Киев, Украина

Цель – разработать новый механизм использования системы гражданского здравоохранения для оказания специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи военнослужащим.

Материалы и методы. Объект исследования – система медицинского обеспечения ВС Украины. Предмет – оказание специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи военнослужащим. Методы исследования – исторический, библиографический, аналитический, системного подхода.

Результаты. Разработан новый механизм использования системы гражданского здравоохранения для лечения раненых (больных) военнослужащих и новая функционально-организационная модель оказания им специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи.

Выводы. Внедрение нового механизма использования системы гражданского здравоохранения для оказания специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи военнослужащим требует принятия соответствующего правительственного документа.

Ключевые слова: медицинское обеспечение, единое медицинское пространство, временные функциональные объединения.

Justification of the new mechanism of the civilian health system use for the treatment of sick and wounded soldiers by creating a temporary functional associations

V.G. Livinsky

Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine

Purpose – processing new mechanism civilian use of health to provide specialized and highly specialized medical care servicemen.

Materials and methods. The object of study – the system of medical support of the Armed Forces of Ukraine. The subject – the organization of specialized and highly specialized medical care servicemen. Methods: historical, bibliographic, analytical, systematic approach.

Results. It created a new mechanism for civil use of the health care system to treat the wounded (sick) troops and a new functional and organizational model providing them with specialized and tertiary care.

Conclusions. The introduction of a new mechanism for civil use of health to provide specialized and highly specialized medical care requires appropriate military government act.

Key words: medical service, a single medical space, temporary functional association.

Відомості про автора

Лівінський Володимир Григорович – н.с. науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії; вул. 11 лінія, 1, м. Ірпінь, 08203, Україна.

УДК 616.89-001:612.176:355.422

В.Я. Пішель, М.Ю. Полив'яна, К.В. Гузенко

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД ТА РОЗЛАДИ АДАПТАЦІЇ В УЧАСНИКІВ АТО: КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ПРАКТИКА ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЇ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України,
м. Київ, Україна

Мета – дослідити клініко-соціальні особливості посттравматичного стресового розладу та розладів адаптації в учасників АТО та здійснити аналіз реальної практики психофармакотерапії цих розладів.

Матеріали та методи. Проведено обстеження 249 бійців АТО, які перебували на стаціонарному лікуванні в Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни. У ході дослідження використано клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний, інформаційно-аналітичний та статистичний методи.

Результати. Найбільш поширеними (124 пацієнти – 49,8%) виявились розлади, які відповідали діагностичній рубриці F43 за МКХ-10 «Реакція на важкий стрес і порушення адаптації». Виявлено клініко-соціальні й клініко-психопатологічні особливості посттравматичного стресового розладу та розладу адаптації. Проаналізовано психофармакологічний супровід посттравматичних психічних розладів у реальній клінічній практиці.

Висновки. Результати дослідження стануть підґрунтям для розробки диференційованих психофармакотерапевтичних програм і схем лікування посттравматичних психічних розладів в учасників бойових дій з урахуванням структури, клінічної типології й особливостей перебігу та коморбідності цих станів.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, розлади адаптації, учасники АТО, клініко-соціальна характеристика, психофармакотерапія.

Вступ

Наразі в Україні сформувалась складна соціально-політична ситуація, яка пов'язана з продовженням бойових дій в зоні антитерористичної операції (АТО) на сході країни. Через це суттєво збільшується загальна кількість військовослужбовців, зокрема учасників бойових дій. Водночас серед них зростає кількість осіб з посттравматичними психічними розладами, які потребують своєчасної та ефективної лікувально-реабілітаційної допомоги. Це стає першочерговою проблемою психіатрії сьогодення [1]. Однак дослідження психічних розладів у даній категорії осіб стосуються переважно питань діагностики та лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [3–5], у той час як встановлено, що розлади адаптації (РА) взагалі складають до чверті звернень до психіатрів, а в бойових умовах досягають навіть половини [1]. Наразі остаточно не визначено особливості формування та перебіг, типові клінічні варіанти, методи раннього виявлення та прогноз відносно ПТСР та РА в учасників АТО. Також існує занадто мало досліджень щодо результативності терапії зазначених психічних розладів [2]. Подальше вивчення цих питань є дуже актуальним й важливим задля оптимізації лікувально-діагностичної та соціо-реабілітаційної допомоги даній категорії хворих.

Мета роботи – визначити клініко-соціальні особливості ПТСР та РА в учасників АТО та здійснити аналіз реальної практики їх психофармакотерапії.

Матеріали та методи

В основу роботи покладено результати обстеження 249 військовослужбовців чоловічої статі, які брали участь у проведенні АТО на території України. Усі досліджувані перебували на стаціонарному лікуванні в Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни. Основні методи дослідження – клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, інформаційно-аналітичний та статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами дослідження встановлено, що найбільш поширеними (124 пацієнти – 49,8%) у представлений вибірці виявились розлади, які відповідали діагностичній рубриці F43 за МКХ-10 «Реакція на важкий стрес і порушення адаптації». Також усі пацієнти, як особи, що зазнали впливу травмуючих подій, відповідали ще одній рубриці МКХ-10 – «Жертва стихійного лиха, військових та інших ворожих подій» (Z65.5). Для проведення подальшого аналізу цих пацієнтів було розподілено за діагнозом на дві основні групи: посттравматичний стресовий розлад (F43.1) та розлади адаптації (F43.2).

Віковий діапазон пацієнтів із ПТСР становив від 21-го до 51-го року. Найчисленнішими були підгрупи 31–35 років – 13 (23,2%), 36–40 – 13 (23,2%) та 41 рік і старше – 14 (25,0%) бійців. Середній вік обстежених цієї

групи склав $35,11 \pm 0,95$ року. На момент встановлення діагнозу РА віковий діапазон пацієнтів даної групи знаходився у межах 19–58 років, більшість із них – 30 (53,6%) – були старше 41 року. Середній вік досліджених цієї групи становив $35,81 \pm 1,16$ року.

Більшість обстежених мали середню спеціальну (62,5% хворих на ПТСР і 66,2% хворих на РА) і вищу (23,2% та 17,6%) освіту. До призову до ЗСУ не працювали лише 7 (12,5%) та 12 (17,6%) досліджених. Водночас постійне місце роботи з достатнім рівнем кваліфікації мали 38 (67,9%) та 13 (19,1%) чоловіків у першій та другій групах. Попередній досвід роботи в силових структурах або служби в ЗСУ мали понад третина бійців – 19 (33,9%) та 26 (38,2%) в групах ПТСР і РА відповідно. За сімейним станом 30 (53,6%) чоловіків першої та 32 (47,1%) другої групи були одруженими, 11 (19,6%) та 21 (30,8%) – розлученими, 15 (26,8%) та 15 (22,1%) – самотніми. Із власною родиною проживали 34 (60,7%) та 31 (45,6%), з батьками – 13 (23,2%) та 16 (23,5%) осіб, інші жили самотійно. Дітей мали 24 (42,9%) та 34 (50,0%) пацієнтів груп ПТСР і РА відповідно.

При дослідженні анамнестичних даних відзначено епізодичне вживання психоактивних речовин у 3 (5,4%) пацієнтів з ПТСР та 15 (22,4%) з РА. Серед них переважало вживання алкоголю – 3 (5,4%) та 13 (19,1%) осіб обох груп відповідно. Усі обстежені проходили протягом одного місяця після мобілізації спеціалізовану військову підготовку у ЗСУ. Але вони зазначили, що це занадто короткий термін, і тому рівень підготовки до участі в бойових діях був недостатнім. Поряд з цим майже усі – 118 (95,2%) бійців – повідомили про відсутність психологічної підготовки та підтримки.

Після переведення до зони АТО усі досліджені в різній мірі відмітили зміни в особистісному психологічному стані. 20 (35,7%) чоловіків з ПТСР та 25 (36,8%) бійців з РА відзначили дуже значні складнощі в адаптації на початку участі у бойових діях, які пов'язували з великим психологічним навантаженням в нових для них обставинах. Усі обстежені вказали, що на різних етапах служби вони відчували розчарування, глобальну небезпеку та безвихідь. При цьому більшість (43 – 76,8%) пацієнтів з ПТСР та лише третина (20 – 29,4%) бійців з РА вказали на «заморожені емоції» безпосередньо протягом бойових дій, коли всі емоції відмежовувались через брак часу та напругу при виконанні завдань.

З метою подолання психологічного навантаження лише 18 (32,1%) бійців з ПТСР та 8 (11,8%) з РА приймали алкоголь, у чому самі зізнались. Проте майже 70,0% з усіх досліджених відмітили відсутність достатнього контролю за вживанням алкоголю своїми товаришами по службі.

Під час знаходження в зоні проведення АТО чоловіки зазнали впливу значних екстремальних подій: безпосередню участь у бойових діях брали всі 56 (100,0%) бійців групи ПТСР та 35 (51,5%) групи РА, піддавалися фізичному насильству 3 (5,4%) та 15 (22,1%), отримали поранення 45 (75,0%) та 19 (27,9%), пережили загрозу зброєю 29 (51,8%) та 21 (30,9%); стали свідками

загибелі товаришів 54 (96,4%) та 31 (45,6%) особа з ПТСР та РА відповідно.

За результатами дослідження встановлено, що тип психотравмуючої дії, її індивідуальна значущість для постраждалого, рівень психологічної та соціальної підтримки є визначальними для формування ПТСР і РА. Виділено деякі фактори ризику, а саме: вік (старше 31 року), додаткові психотравмуючі події у житті за межами АТО, низький соціально-економічний статус. Встановлено, що важкий, тривалий та інтенсивний екстремальний вплив участі в проведенні бойових дій в АТО, наявність поранень і фізичних травм найбільш значущі для розвитку ПТСР.

Поява перших ознак порушень адаптації у бійців обох груп склала від одного до 10-ти місяців з моменту перебування у зоні проведення АТО. У пацієнтів з РА найчастіше це відбувалось через 6 місяців (в середньому $6,63 \pm 0,45$). У даній групі відзначалось два періоди з найвищими значеннями за цим показником: 3 – (11 бійців – 16,2%) та 10 місяців (20 – 29,4%). У чоловіків з ПТСР перші прояви розладу виникали через 2–12 місяців, у середньому – $8,68 \pm 0,46$ місяця. У даній групі також можна зазначити два піки появи перших ознак: 4–6 місяців – у 21 (37,5%) та 11–12 місяців – у 26 (46,4%) пацієнтів.

Формування розгорнутої симптоматики відбувалось протягом 1–12 місяців від появи перших ознак розладу. У 22 (39,3%) пацієнтів знадобилось 2–3 місяці для формування ПТСР, для появи розгорнутої симптоматики при РА – 6 місяців (в середньому $4,21 \pm 0,31$ та $3,71 \pm 0,39$ відповідно). Таким чином, можна зазначити, що ПТСР і РА мали хронічний або відстрочений тип перебігу.

Також важливо зазначити, що суттєве погіршення стану при ПТСР спостерігалось протягом першого місяця після виходу із зони АТО або при поверненні додому – 42 (75%) обстежених. Так, додатковим пусковим тригером до загострення психопатологічної симптоматики ставали проблеми з дружинами у 12 (21,4%) бійців, проблеми та складнощі зі здоров'ям близьких, особливо батьків – у 6 (10,7%) та складнощі при працевлаштуванні – у 4 (7,1%) осіб. Натомість пацієнти з РА не відмітили посилення симптоматики в аналогічних ситуаціях.

Важливо відобразити діагностичний розподіл групи з розладами адаптації: F43.21 – 25 (36,8%), F43.22 – 6 (8,8%), F43.23 – 29 (42,6%), F43.24 – 1 (1,5%), F43.25 – 6 (8,8%) та F43.28 – 1 (1,5%). Встановлено, що найбільш поширеними серед усіх РА були пролонгована депресивна реакція (F43.21) та розлади адаптації із переважанням інших емоцій (F43.23).

Клініко-психопатологічний аналіз особливостей ПТСР, поряд з хвилеподібним типом перебігу, виявив кілька характерних проявів даної патології, що постійно повторювалися: нав'язливі спогади про військові дії – у 21 (37,5%) пацієнта, нічні страхіття з кошмарними сновидіннями на військову тематику та з картинами пережитого – у 32 (57,1%) обстежених. Дисоціативні флешбеки, або симптоми повторного переживання події, відзначено у 10 (17,9%) обстежених. Наявність істотного

психологічного дистресу у вигляді значної тривоги зазначили 42 (75,0%), напруги – 25 (44,6%), дратівливості – 41 (73,2%) та розгубленості – 10 (17,9%) пацієнтів. Усі обстежені зазнали перезбудження вегетативної нервової системи з підвищенням рівня бадьорості та стійкого безсоння, тривалі і стійкі складнощі при засинанні, поверхневий сон з частими пробудженнями незалежно від тематики сновидінь. 24 (42,9%) пацієнти з ПТСР вказали на зниження апетиту та, навіть, зниження ваги («одяг став свободніший»). Уникнення почуттів та думок, пов'язаних з психотравмуючою ситуацією, зустрічей з бійцями спостерігалось у 15 (26,8%) обстежених. Відчуття провини перед вбитими та пораненими однослужбовцями зафіксовано у 5 (8,9%) пацієнтів. Крім того, у 50 (89,3%) хворих з ПТСР мала місце депресивна симптоматика, відчуття відстороненості та заціпеніння – у 43 (76,8%), надмірні песимістичні роздуми – у 19 (33,9%), плаксивість – у 17 (30,4%) та підвищена втомлюваність – у 13 (23,2%) осіб. Також слід звернути увагу на наявність у них виразного більшого синдрому. Головний біль відмітили 17 (30,4%) пацієнтів, різноманітні соматичні скарги та порушення, що сприймалися лише на суб'єктивному рівні, спостерігались у 13 (23,2%), біль у тілі – у 15 (26,8%) бійців, за винятком болю після поранень. Лише у хворих з ПТСР була зафіксована короткочасна та довготривала поява логоневрозу – 9 (16,1%) пацієнтів.

Розлади адаптації значною мірою визначались індивідуальною схильністю та уразливістю від важкого стресового фактору, що в свою чергу впливало на формування більш поліморфної клінічної картини, ніж при ПТСР. Було виокремлено три основні клінічні варіанти РА за характером домінуючої симптоматики: афективні (тривожні, депресивні та змішані), поведінкові (з дисфоріями та/або з дипсоманією) і соматоформні. Також можна припустити, що прояви РА можуть бути і продромальними симптомами інших психічних розладів.

Однією з двох найчастіших скарг при РА були розлади сну (поверхневий, тривожний сон з частими прокиданнями), які відмітив 41 (60,3%) пацієнт. На наявність нестерпного тиснучого або спастичного головного болю вказали 39 (57,4 %) бійців. Слід

зазначити велику поширеність соматичних скарг загального характеру (33 пацієнтів – 48,5%), що можна розглядати як соматизацію тривоги. Серед основних скарг, окрім головного болю, зустрічались відчуття нудоти, нестача повітря на вдиху, кручення у суглобах, біль у шиї та спині, запаморочення, біль у серці та відчуття «ватяних ніг».

Значне відчуття тривоги відзначили 10 (14,7%) пацієнтів, (найчастіше ті, які відповідали діагнозу F43.22). Практично всі бійці вказали на зростаючу конфліктність (63 – 92,6%), а також на неспроможність розслабитись, знервованість та напругу – 61 (89,7%). Це підтверджувалось непосидючістю, метушливістю, активною жестикуляцією та потиранням різних частин обличчя та перебиранням волосся. Надмірну уразливість та відчуття скривденості вказали 62 (91,2%) бійці. Було встановлено анергічні прояви у 42 (61,8%) досліджених,

які включали стійке відчуття змореності, слабкості, розбитості та відчуття «втрати енергії». Виснажливості та втрату сил виявлено у 11 (16,2%) бійців переважно з пролонгованою депресивною реакцією (F43.21). Багатьох із них (22 – 32,4%) у зоні АТО тривожили думки про родини та батьків, відчуття провини перед ними.

Слід зазначити, що після повернення із зони АТО обстежені даної групи (43 – 63,2%) особливо воліли мати додатковий час на реадaptaцію в мирних умовах, що пояснювали змінами в поглядах і особливим значенням грошей, соціального статусу, взаємовідносинами з іншими людьми. Вони також зазначали відчуття невпевненості та песимістичного бачення себе у майбутньому. 17 (30,4%) бійців з ПТСР та лише один (1,5%) з РА мали наміри повернутися до вже звичної для них обстановки в бойову частину якомога швидше.

Суїцидальні висловлювання та наміри було зафіксовано у 14 (20,6%) бійців з РА, у клінічній картині яких превалювала депресивна та тривожно-депресивна симптоматика. Один з пацієнтів з діагнозом F43.22 намагався скоїти суїцид (спроба повіситись на ремні).

Також у одного бійця з РА відзначена гетероагресивна поведінка, що була ситуаційно зумовлена. Водночас 11 (19,6%) пацієнтів із ПТСР висловлювали суїцидальні думки та наміри, гетероагресивні дії мали місце у 13 (23,2%) обстежених, у 4 із них ці дії були спрямовані на членів своєї родини та близьких друзів.

Супутні діагнози соматичного профілю було встановлено 26 (46,4%) пацієнтам з ПТСР та 22 (32,4%) хворим з РА. У групі РА виявилася значна коморбідність із сомато-неврологічною патологією – у 14 (20,6%) пацієнтів з діагнозом F42.23. Найбільш часто зустрічалось поєднання із серцево-судинною (гіпертонічна хвороба) та неврологічною (вертеброгенною) патологією. Також нами виокремлено групу з поєднанням діагнозів ПТСР або РА з посткомоційним синдромом (F07.2) – 5 (8,9%) і 7 (10,3%) пацієнтів відповідно.

Усім дослідженим з ПТСР та РА було надано комплексну психотерапевтичну та психотерапевтичну допомогу, а також проведено психосоціальні реабілітаційні заходи. При здійсненні психотерапевтичних заходів більшу увагу приділяли індивідуальним та груповим заняттям із когнітивно-поведінкової та раціональної терапії, арт-терапії тощо. Також проводились тренінги стійкості до стресу з метою формування навичок протистояти стресовим подіям.

Психотерапевтичне втручання включало застосування антидепресантів (84 призначення – 67,7%), антипсихотиків (37 – 29,8%), анксиолітиків (83 – 66,9%) та тимостабілізаторів (9 – 7,3%). Серед антидепресантів на першому місці за частотою призначень при ПТСР та РА був міансерин (30 мг/добу) – у 13 (23,2%) та 22 (32,4%) випадках відповідно. На другому місці – препарати СІЗС (есциталопрам 10 мг/добу та сертралін 50 мг/добу) – 22 (39,3%) та 13 (19,1 %) призначень при ПТСР та РА. Також використовували венлафаксин, агомелатін, кломіпрамін та міртазапін. Загалом

призначення СИЗС та СИЗСН при ПТСР спостерігалось у 24 (42,9%) випадках, що відповідає вимогам Протоколу щодо надання медичної допомоги пацієнтам цієї групи.

Широко застосовували також анксиолітичну терапію – у 83 (66,9%) досліджених. Так, прегабалін (лірика) було призначено 18 (32,1%) пацієнтам з ПТСР та 11 (16,2%) з РА.

Загалом прегабалін (150 мг/добу) використовували у 29 (23,4%) обстежених не тільки в якості терапії тривожної симптоматики, але й з метою подолання виразного больового синдрому. Серед основних препаратів цієї групи слід зазначити також буспірон/спітомін (10 мг/добу) – 18 (14,5%) призначень та афобазол (30 мг/добу) – 17 (13,7%). Значно менше застосовували такі препарати з анксиолітичною дією, як мебікар (9 – 7,3%), гідазепам (6 – 4,8%), сібазон та феназепам – по 2 (1,6%) призначення.

Терапію антипсихотиками отримували 14 (20,6%) пацієнтів з РА та 23 (41,1%) з ПТСР. З метою впливу, у тому числі, на тривожну симптоматику призначали переважно антипсихотики з додатковою седативною дією – хлорпротиксен (25 мг/добу) – 6 (10,7%) та 7 (10,3%) пацієнтам та кветіапін (10 мг/добу) – 9 (16,1%) і 4 (5,9%) бійцям з ПТСР і РА відповідно. Сульпірид (300 мг/добу) призначали у випадках значної кількості соматичних скарг та схильності хворого до іпохондрії: 6 (10,7%) та 3 (4,4%) пацієнтів з ПТСР та РА. Відмічались поодинокі призначення рісперідону та левопромазіну хворим з ПТСР. Препарати вальпроєвої кислоти (7 – 5,6%) та карбамазепін (2 – 1,6%) призначали не лише в якості стабілізаторів настрою, але й у випадках порушень вегетативної регуляції.

Оцінку важкості стану та його динаміки в процесі терапії проводили з використанням шкали загального клінічного враження (CGI, яка включає субшкали CGI-S – важкість стану, та CGI-I – покращення). Ступінь важкості стану бійців з діагнозом ПТСР за шкалою CGI-S було оцінено від легких розладів – «3 бали» (14 пацієнтів – 15,0%) до важких – «6 балів» (4 – 7,1%). Найбільшою була підгрупа з помірно вираженими

психопатологічними розладами, що відповідає балу «4» – 29 пацієнтів (51,8%). Середній показник цієї групи за шкалою CGI-S становив $4,05 \pm 0,11$ бала. Виразність психопатологічної симптоматики у пацієнтів з РА була меншою – від легких («3 бали») до виразних розладів («5 балів») та в середньому становила $3,39 \pm 0,07$. Серед усіх РА можна відокремити підгрупу з діагнозом F43.25 із середнім балом $4,17 \pm 0,31$. Протягом стаціонарного лікування у жодного із досліджених не було погіршення стану, але у двох пацієнтів (2,9%) не було зафіксовано будь-яких змін у стані. Динаміка показників в обох групах була майже рівною і відповідала значному покращенню – «1 бал». Так, в групі ПТСР середній показник становив $1,88 \pm 0,07$ бала, а в групі РА – $1,78 \pm 0,08$ бала. Найкраща динаміка в процесі терапії спостерігалась у пацієнтів зі змішаною тривожно-депресивною реакцією (F43.22) – $1,5 \pm 0,22$. Найменш позитивною динаміка стану була у досліджуваних зі змішаними порушеннями емоцій та поведінки (F43.25) – $2,34 \pm 0,42$ бала.

Висновки

Таким чином, найбільш поширеними в учасників АТО (124 пацієнти – 49,8%) виявились розлади, які відповідали діагностичній рубриці F43 за МКХ-10 «Реакція на важкий стрес і порушення адаптації». Отримані результати дослідження стануть підґрунтям для розробки диференційованих психофармакотерапевтичних програм і схем лікування посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій з урахуванням структури, клінічної типології й особливостей перебігу та коморбідності цих станів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з аналізом особливостей формування, типів клінічних варіантів і перебігу посттравматичного стресового розладу та розладів адаптації з метою розробки диференційованих програм психофармакотерапії даних розладів в учасників АТО.

Література

1. *Богомолець О. В.* Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій / *О. В. Богомолець, І. Я. Пінчук, А. К. Ладик-Бризгалова* // *Архів психіатрії*. – 2016. – № 2 (85). – С. 11–15.
2. *Пішель В. Я.* Проблемні питання психофармакотерапії посттравматичного стресового розладу / *В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна* // *Архів психіатрії*. – 2016. – № 1 (84). – С. 7–11.
3. *Фоа Э.* Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / *Э. Фоа, Т. Кин, М. Фридман*. – Москва : Когніто-Центр, 2005. – 467 с.
4. *Baker D. G.* Post-traumatic stress disorder: emerging concepts of pharmacotherapy / *D. G. Baker, C. M. Nievergelt, V. B. Risbrough* // *Expert. Opin. Emerg. Drugs*. – 2009. – № 14. – P. 251–272.
5. *Opler L. A.* Pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder / *L. A. Opler, M. S. Grennan, M. G. Opler* // *Drugs Today*. – 2006. – № 42. – P. 803–809.

Дата надходження рукопису до редакції: 14.11.2016 р.

Посттравматическое стрессовое расстройство и расстройства адаптации у участников АТО: клиничко-социальная характеристика и практика психофармакотерапии

В.Я. Пишель, М.Ю. Польшаная, К.В. Гузенко
Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев, Украина

Цель – изучить клиничко-социальные особенности посттравматического стрессового расстройства и расстройств адаптации у участников АТО и провести анализ реальной практики психофармакотерапии этих расстройств.

Материалы и методы. Проведено обследование 249 бойцов АТО, находившихся на стационарном лечении в Украинском государственном медико-социальном центре ветеранов войны. В ходе исследования использованы клиничко-психопатологический, клиничко-анамнестический, психодиагностический, информационно-аналитический, статистический методы.

Результаты. Наиболее распространенными (124 пациента – 49,8%) оказались расстройства, которые соответствовали диагностической рубрике F43 (МКХ-10) «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации». Изучены клиничко-социальные и клиничко-психопатологические особенности посттравматических стрессовых расстройств, и расстройств адаптации. Проанализировано психофармакологическое сопровождение посттравматических психических расстройств в реальной клиничко-практике.

Выводы. Полученные в ходе исследования результаты станут основой для разработки дифференцированных психофармакотерапевтических программ и схем лечения посттравматических психических расстройств у участников боевых действий с учетом структуры, клиничко-типологии и особенностей течения и коморбидности этих состояний.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства адаптации, участники АТО, клиничко-социальная характеристика, психофармакотерапия.

Posttraumatic stress disorder and adjustment disorders at participants in the ATO: clinical-social characteristic and practice of psychopharmacotherapy

V.Ya. Pishel, M.Yu. Polyviana, K.V. Guzenko
Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Substance Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Purpose – to study clinical-social features of posttraumatic stress disorder (PTSD) and adjustment disorders (AD) at participants in the ATO and to carry out the analysis of psychopharmacotherapy of these disorders in real clinical practice.

Materials and methods. In the basis of research make results of examination of 249 combatants, who fought in anti-terrorist operation, and were hospitalized in the Ukrainian state medico-social center of military veterans. Methods: clinical-psychopathologic, clinical-anamnestic, psychodiagnostic, informationanalytical, statistical.

Results. It is established that the most prevalence (124 patients – 49,8%) were disorders which corresponds to the diagnostic code F43 (ICD-10) "Reaction to a severe stress, and adjustment disorders". Clinical-social and clinical-psychopathologic features of PTSD and AD are studied. Psychopharmacological maintenance of stress-related psychiatric disorders in real clinical practice is analyzed.

Conclusions. The results received during the research will become a basis for development of the differentiated psychopharmacotherapeutical programs and schemes of treatment for posttraumatic mental disorders at combatants. The structure, clinical typology, features of a course and comorbidity of stress-related psychopathological disorders will be account for these proposes.

Key words: posttraumatic stress disorder, adjustment disorder, participants of the antiterrorist operation, clinical-social characteristic, psychopharmacotherapy.

Відомості про авторів

Пишель Віталій Ярославович – д.мед.н., проф., завідувач відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів УНДІ ССПН; вул. Кирилівська, 103, м. Київ, 04080, Україна.

Польшаная Марина Юрївна – к.психол.н., с.н.с., провідний науковий співробітник відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів УНДІ ССПН; вул. Кирилівська, 103, м. Київ, 04080, Україна.

Гузенко Катерина Валерївна – к.мед.н., с.н.с. відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів УНДІ ССПН; вул. Кирилівська, 103, м. Київ, 04080, Україна.

УДК 617.7:616-089:355(477)

В.Н. Сердюк, С.Б. Устименко, В.В. Головкин

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ОФТАЛЬМОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТРАВМАМИ ГЛАЗ, ПОЛУЧЕННЫМИ ВО ВРЕМЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ЗОНЕ АТО

Днепропетровская областная клиническая офтальмологическая больница, г. Днепр, Украина

Цель – изучить особенности оказания офтальмохирургической помощи больным с травмами глаз, полученными во время боевых действий в зоне АТО.

Материалы и методы. В работе проведен анализ структуры глазного травматизма и особенностей оказания офтальмологической помощи в Днепропетровской областной клинической офтальмологической больнице военнослужащим из зоны АТО.

Результаты. В ДОКОБ была оказана помощь 318 участникам АТО, проведено 279 оперативных вмешательств 203 пациентам. Структура хирургической помощи, оказанной в ДОКОБ: 32,2% – ПХО проникающих ранений, 28,1% – комбинированные вмешательства в сочетании с витреоретинальной хирургией, 9,5% – ПХО непроникающих ранений, 8,0% – ФЭК с имплантацией ИОЛ, 7,2% – операции на веках, 5,0% – эвисцерации, 1,4% – удаление инородных тел орбиты, 8,2% – другие вмешательства.

Выводы. Максимально быстрое и возможное восстановление анатомической структуры органа зрения и зрительных функций обуславливает необходимость быстрой доставки раненых в специализированные лечебные учреждения третьего уровня, имеющие необходимое оснащение.

Ключевые слова: антитеррористическая операция, травма глаз, офтальмохирургическая помощь.

Введение

Проведение антитеррористической операции (АТО) на Востоке Украины ставит перед врачами всех специальностей множество вопросов по организации медицинской помощи пострадавшим. Несмотря на многочисленные исследования в области оказания помощи людям с травмами органа зрения, полученными во время чрезвычайных ситуаций, массовых волнений и боевых действий, а также с заболеваниями, которые ассоциируются с этими событиями, проведенными в мире, в нашей стране такая работа последние 20 лет практически не велась.

Анализ литературы показывает, что доля поражений органа зрения, как изолированных, так и сочетанных, в общей структуре травматических повреждений может быть весьма значительной и составлять от 2% до 15% [1, 5, 7, 10]. Основными причинами большинства боевых травм глаза являются поражение осколками, мусором, пороховыми газами, которые разлетаются в результате взрыва, огнестрельные ранения.

Исследования по сочетанной травме органа зрения, полученной в военных условиях, касаются, как правило, боевых травм. Они наиболее полно освещены военными медиками [11, 12]. В период Второй мировой войны 1941–1945 гг. боевые повреждения глаз составили 1–2%. В условиях современных войн частота боевых санитарных потерь офтальмологического профиля возросла до 4,5% в Афганистане (1979–1989 гг.) и до 8% – на Северном Кавказе (1999–2002 гг.), что связано, в

первую очередь, с увеличением применения осколочных снарядов и взрывных боеприпасов [4].

При проникающих и тупых травмах глазного яблока наиболее часто имеет место сочетанное повреждение основных структур переднего и заднего отрезков: роговицы, радужки, хрусталика, сетчатки, что обуславливает значительные и разнообразные клиничко-функциональные нарушения в травмированном глазу, как непосредственно после травмы, так и в отдаленном периоде. Сочетанность и полиморфизм посттравматических изменений переднего и заднего отрезков глаза, а также его придатков, существенно усложняют проведение оптико-реконструктивных операций, направленных на восстановление нормальных анатомо-топографических соотношений. Однако одномоментная хирургическая коррекция нескольких патологически измененных структур глаза обеспечивает наиболее полную и эффективную медико-социальную реабилитацию пациентов [2, 3, 6, 8, 9].

Таким образом, очевидна актуальность изучения системы оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой органа зрения в современных условиях военного времени. Назрела необходимость разработки специальных лечебно-диагностических приемов, определения специфики подходов и организации экстренной комплексной специализированной медицинской помощи этой категории пострадавших.

Цель работы – изучить особенности оказания офтальмохирургической помощи больным с травмами

глаз, полученными во время боевых действий в зоне АТО.

Материалы и методы

В работе проведен анализ структуры глазного травматизма и особенностей оказания офтальмологической помощи в Днепропетровской областной клинической офтальмологической больнице (ДОКОБ) военнослужащим из зоны АТО. Срок наблюдения с мая 2014 по сентябрь 2016 года.

Результаты исследования и их обсуждение

Принципы оказания медицинской помощи раненым с травмой органа зрения следующие:

– 0 уровень – первичная (базовая) доврачебная помощь непосредственно на поле боя: наложение асептической повязки (моно- или бинокулярной) при помощи ИПП, в/м обезболивание, эвакуация;

– 1 уровень – первичная врачебная помощь (медпункт батальона, полка или роты): эпибульбарная анестезия, промывание раны, инстилляци и парентеральное введение антибиотиков, антисептиков, удаление поверхностных инородных тел, противостолбнячный анатоксин;

– 2 уровень – квалифицированная врачебная помощь (врач-офтальмолог военного госпиталя либо ЛПУ МЗ Украины – оптимально 4–6 часов после травмы): удаление поверхностных инородных тел, эпи- и парабульбарно антибиотики;

– 3 уровень – специализированная медпомощь (тыловые госпитальные базы или ЛПУ МЗ Украины) – согласно протоколам ведения пациентов с травмой органа зрения, утвержденным МЗ Украины, оптико-реконструктивная хирургия;

– 4 уровень – реабилитация раненых.

КУ «Днепропетровская областная клиническая офтальмологическая больница» – единственная больница в области и одна из немногих в Украине, которая предоставляет высокоспециализированную офтальмологическую помощь военнослужащим, пострадавшим в зоне проведения антитеррористической операции и временно перемещенным лицам из восточных регионов Украины и Автономной Республики Крым.

В ДОКОБ была оказана помощь 318 участникам АТО; проведено 279 оперативных вмешательств 203 пациентам; 290 осмотров военнослужащих выполнено в офтальмологической поликлинике; 353 осмотра военнослужащих выполнено в консультативно-диагностической поликлинике.

По этиологическим причинам боевой травмы преобладают последствия минно-взрывных поражений – 63%, на втором месте ушибленные повреждения (контузии) – 20%, ожоги – 9%, огнестрельные (пулевые) ранения – 8%. Отдельно следует отметить высокий процент глазного травматизма в первые месяцы кампании до сентября 2014 года, что, по нашему мнению, было связано с отсутствием тактических очков или попросту недооценкой военнослужащими и командирами

жизненной важности этого специального средства защиты органа зрения.

По анатомической локализации повреждения (согласно принципам международного общества травмы глаза ISOT) мы разделили травмы органа зрения следующим образом: механическая травма глазного яблока – 57,9%, травмы век – 24,5%, сочетанные повреждения глаза и придатков – 6,4%, травмы орбиты – 5,9%, ожоги – 5,3%. Среди механических повреждений глазного яблока три четверти составляют проникающие ранения, из них 60% с наличием внутриглазных инородных тел. По тяжести поражения преобладали тяжелые травмы и средней тяжести (суммарно до 95%). У 34% пациентов отмечены травматические повреждения обоих глаз. В большинстве случаев (79% пострадавших) имели место сочетанные повреждения органа зрения и других органов и систем. По нашим данным, в 60% случаев поражается две структуры глазного яблока, в 36% – три структуры и более. Для выработки оптимальной тактики хирургического лечения больных с последствиями осколочных ранений глаза необходимо произведение точной локализации осколка, а также диагностика всех имеющихся сопутствующих осложнений.

В настоящее время общепризнанным является принцип одномоментной исчерпывающей хирургической обработки проникающих ранений глазного яблока, подразумевающий не только ушивание раны, пластику дефектов и назначение средств, улучшающих трофику тканей, но и формирование передней камеры, репозицию и пластику радужки при ее повреждении, факовитреофагии при разрушении хрусталика и стекловидного тела.

Структура хирургической помощи в КУ ДОКОБ: 32,2% – ПХО проникающих ранений, 28,1% составляют комбинированные вмешательства в сочетании с витреоретинальной хирургией, 9,5% – ПХО непроникающих ранений, 8,0% – ФЭК с имплантацией ИОЛ, 7,2% – операции на веках, 5,0% – эвисцерации, 1,4% – удаление инородных тел орбиты, 8,2% – другие вмешательства.

Выводы

1. Как показывает анализ оказания помощи пациентам с военной травмой органа зрения, две трети пострадавших нуждались в высокоспециализированной хирургической помощи с использованием передовых технологий оперативных вмешательств (витреоретинальная хирургия, комбинированные операции, ПХО с удалением внутриглазных инородных тел).

2. Учитывая тот факт, что пострадавшие в подавляющем большинстве – лица трудоспособного возраста, крайне важным является максимально быстрое и возможное восстановление анатомической структуры органа зрения и зрительных функций, что обуславливает необходимость быстрой доставки раненных в специализированные лечебные учреждения третьего уровня, имеющих необходимое оснащение.

Перспективы дальнейших исследований составляет изучение способов оптимизации оказания помощи пострадавшим с военной травмой органа зрения.

Литература

1. *Боевые сочетанные повреждения головы* / Даниличев В. Ф., Балин В. Н., Гайдар Б. В. [и др.] // Боевые повреждения органа зрения : Материалы науч. конф., посв. 100-летию со дня рождения проф. Б. Л. Поляка. – Санкт-Петербург, 1999. – С. 20–23.
2. *Бойко Э. В.* Особенности оптико-реконструктивной хирургии тяжелой комбинированной сочетанной открытой травмы глаза / Э. В. Бойко, С. В. Чурашов // Материалы 9-го съезда офтальмологов России : тез. докл.– Москва, 2010. – С. 390.
3. *Венгер Г. Е.* Восстановительная хирургия радужной оболочки при травмах глаза и исходах: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Г. Е. Венгер. – Одесса, 1984. – 33 с.
4. *Военно-полевая хирургия*: учебник. – 2-е изд., изм. и доп. / под ред. Е. К. Гуманенко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 768 с.
5. *Гафурова Л. Г.* Организация офтальмологической помощи при сочетанных травмах органа зрения в чрезвычайных ситуациях : дис. ... д-ра мед. наук / Л. Г. Гафурова. – Москва, 2000. – 250 с.
6. *Гундорова Р. А.* Приоритетные направления в проблеме глазного травматизма / Р. А. Гундорова // Вестн. офтальмол. – 2004. – № 1. – С. 12–14.
7. *Ерьюхин И. А.* Клиника, диагностика и лечение сочетанных огнестрельных ранений / И. А. Ерьюхин, В. И. Хрупкий, И. М. Самохвалов // Опыт советской медицины в Афганистане : тез. докл. Всесарм. науч. конф. – Москва, 1992. – С. 24–25.
8. *Поздеева Н. А.* Витреоретинальная хирургия у пациентов в посттравматической аниридией / Н. А. Поздеева // Офтальмохирургия. – 2012. – № 3. – С. 42–46.
9. *Травкин А. Г.* Реконструктивная микрохирургия переднего отдела глаза / А. Г. Травкин // Материалы 7-й Евро-Азиатской конференции по офтальмохирургии. – Екатеринбург, 2006.– С. 24.
10. *Maichuk Y. F.* Taufon as a regulator of reparative and regenerative processes III the cornea / Y. F. Maichuk, E. I. Yartsev // Abstracts 9th international congress of eye research. – 1990. – P. 194.
11. *Ocular and cerebral trauma in non-accidental injury in infancy: underlying mechanisms and implications for pediatric practice* / Green M. A., Lieberman G., Milroy C. M., Parsons M. A. // Br. J. Ophthalmol. – 1996. – Vol. 80, № 4. – P. 282–287.
12. *Ullem M.* Ocular trauma / M. Ullem // Rev-Prat. – 1995. – Vol. 45, № 4. – P. 431–435.

Дата подачі рукопису в редакцію: 14.11.2016 г.

Особливості надання офтальмохірургічної допомоги хворим із травмами очей, отриманими під час бойових дій у зоні АТО

В.М. Сердюк, С.Б. Устименко, В.В. Головкин
КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна офтальмологічна лікарня», м. Дніпро, Україна

Мета – вивчити особливості надання офтальмохірургічної допомоги хворим із травмами очей, отриманими під час бойових дій в зоні АТО.

Матеріали і методи. У роботі проведено аналіз структури очного травматизму та особливостей надання офтальмологічної допомоги в Дніпропетровській обласній клінічній офтальмологічній лікарні військовослужбовцям із зони АТО.

Результати. У ДОКОЛ була надана допомога 318 учасникам АТО, проведено 279 оперативних втручань 203 пацієнтам. Структура хірургічної допомоги у ДОКОЛ: 32,2% – ПХО проникаючих поранень, 28,1% – комбіновані втручання у поєднанні з вітреоретинальною хірургією, 9,5% – ПХО непроникаючих поранень, 8,0% – ФЕК з імплантацією ІОЛ, 7,2% – операції на повіках, 5,0% – евісцератії, 1,4% – видалення сторонніх тіл орбіти, 8,2% – інші втручання.

Висновки. Максимально швидке і можливе відновлення анатомічної структури органа зору і зорових функцій обумовлює необхідність швидкої доставки поранених в спеціалізовані лікувальні установи третього рівня, що мають необхідне оснащення.

Ключові слова: антитерористична операція, травма очей, офтальмохірургічна допомога.

Features ophthalmosurgical providing care to patients with eye injuries sustained during the fighting in the area ATO

V.N. Serdiuk, S.B. Ustimenko, V.V. Golovkyn
Dnipropetrovsk Regional Clinical Ophthalmologic Hospital, Dnipro, Ukraine

Purpose – to study features ophthalmosurgical providing care to patients with eye injuries sustained during the fighting in the area ATO.

Materials and methods. The paper analyzes the structure of the eye injury, and especially the provision of eye care in the Dnipropetrovsk Regional Clinical Ophthalmologic Hospital military personnel from the zone ATO.

Results. In DRCON assisted 318 participants ATO, performed 279 surgical interventions 203 patients. The structure of surgical care at DRCON: 32.2% – PST penetrating wounds, 28.1% – are combined intervention in combination with vitreoretinal surgery, 9.5% – PST non-penetrating wounds, 8.0% – FEK with IOL implantation, 7.2% – surgery on the eyelids, 5.0% – evisceration, 1.4% – removal of foreign bodies orbit, 8.2% – other interventions.

Conclusions. As quickly and possible restoration of the anatomical structure of eye and visual function necessitates rapid delivery wounded in the specialized treatment of the third-level institutions having the necessary equipment.

Key words: anti-terrorist operation, the eye injury, ophthalmic care.

Ведомости об авторах

Сердюк Валерий Николаевич – д.мед.н., заслуженный врач Украины, главный внештатный специалист департамента здравоохранения облгосадминистрации Днепропетровской области по специальности «Офтальмология», директор КУ «Днепропетровская областная клиническая офтальмологическая больница»; пл. Соборная, 14, г. Днепр, 49027, Украина.

Устименко Светлана Борисовна – заместитель по медицинской части директора КУ «Днепропетровская областная клиническая офтальмологическая больница»; пл. Соборная, 14, г. Днепр, 49027, Украина.

Головкин Владимир Владимирович – к.мед.н., врач-офтальмолог отделения микрохирургии глаза КУ «Днепропетровская областная клиническая офтальмологическая больница»; пл. Соборная, 14, г. Днепр, 49027, Украина.

УДК 614.885:378.6(477.53)

Т.В. Плужнікова

ВОЛОНТЕРСЬКИЙ ЗАГІН УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ АКАДЕМІЇ м. ПОЛТАВИ ЯК МЕДИЧНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ДЕРЖАВИ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Мета – проаналізувати роль волонтерської діяльності серед студентів-медиків як медичного потенціалу країни та визначити шляхи подальшого розвитку.

Методи: бібліосемантичний, аналітичний, спостереження.

Результати. У Полтаві функціонують: волонтерський загін «В ритмі молоді» вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія»; волонтерський загін «Турбота» Полтавського базового медичного коледжу; волонтерський загін «Незвичайні люди» Полтавського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, куди входять студенти Української медичної стоматологічної академії та лікарі-інтерни. Волонтери мають навички з тактичної медицини, надання первинної медико-санітарної допомоги, а також проявляють професіоналізм і вміння працювати в команді в екстремальних умовах.

Висновки. Волонтерська діяльність в Україні – це суспільне явище та важлива складова діяльності недержавних соціальних служб. Волонтерська робота, як показують приклади, є запорукою успішного процвітання країни, а волонтерська молодь серед студентів-медиків становить майбутній медичний потенціал держави як важливу складову національної безпеки України.

Ключові слова: волонтерський загін, Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, медичний потенціал.

Вступ

Сучасна ситуація в Україні характеризується соціально-психологічною, економічною нестабільністю, зниженням рівня життя більшості населення, зростанням злочинності і насильства. Суттєво додає напруженості ситуація, яка склалася на сході України. Сьогодні, в умовах неоголошеної війни на сході нашої країни, висококваліфікована професійна допомога лікаря є життєво необхідною та надзвичайно важливою умовою для перемоги української армії [8]. У сучасних умовах все глибше потрібне усвідомлення громадськістю та державними органами важливості оптимізації різноманітних аспектів соціального розвитку. Формування великого руху добровольців є одним із важливих шляхів до продуктивної соціальної роботи в будь-якій державі. Соціально-психологічні проблеми в Україні позначилися на психологічному самопочутті різних верств населення. Потреби населення в соціальній допомозі, психологічній підтримці і захисті зростають. Ще більш відчутно визначились категорії людей, які потребують різного виду допомоги (учасники антитерористичної операції, молоді люди без жодного заняття, безробітні, пенсіонери, інваліди) [4, 6]. Насамперед виникає необхідність у залученні добровільних помічників-волонтерів до вирішення соціальних проблем різних верств населення. Для вирішення цієї проблеми слід апробувати та поширити на соціальну сферу України досвід волонтерської діяльності передових країн світу, насамперед країн Європейського Союзу [2].

Сьогодні великого значення серед студентів набуває громадська діяльність. Особливе місце серед напрямів громадської діяльності посідає волонтерство, яке масово поширюється в Україні. Світовий досвід свідчить, що волонтерська діяльність – це активна складова побудови громадянського суспільства, добровільна діяльність молоді, спрямована на надання допомоги особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і потребують сторонньої допомоги. Така діяльність сприяє самореалізації волонтера [3]. Для України, як і для всього світу, волонтерство є актуальним і важливим. В Україні слово «волонтер» знає кожен, оскільки це людина, покликана підтримувати ближнього, допомагати усім, хто за іронією долі потрапив у складне життєве становище. Волонтер – це товариш, опора та надія. Саме молодь становить надійний потенціал суспільства, який приведе до позитивних зрушень. Найбільш соціально-активною частиною молодіжного середовища є волонтери. Практика показує, що волонтери-студенти є реальним кадровим потенціалом у молодій демократичній державі [1, 7].

Особливе значення мають волонтерські організації серед студентів-медиків. Будь-які волонтерські групи діють у межах соціальних програм, які реалізуються конкретною службою і передбачені планом її роботи, завданнями, покладеними на них державою. Державна цільова соціальна програма «Молодь України» на 2016–2020 роки базується на необхідності повноцінного розвитку та самореалізації молоді, що є однією із суспільних цінностей, а соціальна підтримка молоді – одним з основних пріоритетів державної політики [5].

Мета роботи – проаналізувати роль волонтерської діяльності серед студентів-медиків як медичного потенціалу країни та визначити шляхи подальшого розвитку.

Матеріали та методи

У дослідженні використано такі **матеріали**: звіти волонтерських загонів, нормативно-правові документи; **методи**: бібліосемантичний, аналітичний, спостереження.

Результати дослідження та їх обговорення

За історичними даними, 1859 рік вважається роком виникнення волонтерського руху у світі. В Україні волонтерство з'явилося на початку 90-х років ХХ століття. У Полтаві функціонують: волонтерський загін «В ритмі молоді» вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія»; волонтерський загін «Турбота» Полтавського базового медичного коледжу; волонтерський загін «Незвичайні люди» Полтавського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, до якого входять студенти Української медичної стоматологічної академії та лікарі-інтерни. Волонтери-студенти залучаються до роботи в навчальний період у середньому протягом 2–3 год. на тиждень (за заздалегідь уточненим графіком).

Дієвою ланкою у структурі органів студентського самоврядування є студентський волонтерський загін «Турбота», який понад 9 років функціонує на базі медичного коледжу медичної академії м. Полтава. На базі шпиталю інвалідів Великої Вітчизняної війни студенти-волонтери разом із викладачами проводять семінари-тренінги «Пенсіонер допоможи пенсіонеру», забезпечують шефство над дітьми-сиротами Полтавської школи-інтернату імені Н. Крупської.

На сьогодні волонтерський загін «В ритмі молоді» Української медичної стоматологічної академії очолюється головою Волонтерського відділу Студентського парламенту ВДНЗУ «УМСА» «В ритмі молоді», студентом ІІ курсу медичного факультету №1 Островським Андрієм. Волонтерські загоны «В ритмі молоді» і «Турбота» проводять активну роботу щодо формування навиків здорового способу життя та профілактики негативних явищ у м. Полтава, проводять роботу із сім'ями та дітьми, що опинилися в складних обставинах, а також роботу з хворими дітьми.

Волонтерські служби при центрах соціальних служб для молоді м. Полтави є одним з об'єктів уваги державної молодіжної політики. Істотну роль у посиленні статусу добровольців при центрах соціальних служб для молоді та у формуванні позитивного ставлення громадськості до їхньої діяльності відіграє впровадження системи навчання волонтерів. З огляду на специфіку діяльності та завдання соціальних служб для молоді застосовуються досить різноманітні форми навчання добровольців. Це, зокрема: школа волонтерів (протягом року); тематичні волонтерські курси (протягом півроку); табір підготовки добровільних помічників (протягом

місяця). На виконання державної цільової соціальної програми «Молодь України» на 2016–2020 роки з березня по травень 2016 р. студенти Української медичної стоматологічної академії у позанавчальний час проходили тренінги з теоретичної та практичної підготовки у восьми напрямках: психологічна підготовка до волонтерської діяльності; цивільний захист; надання домедичної допомоги; протипожежна безпека; поведіння під час надзвичайної ситуації на воді; основи самооборони та військової підготовки; міжнародна волонтерська діяльність; досвід волонтерської діяльності благодійних та громадських організацій. Заключним етапом навчання стали змагання 8 команд-учасників проекту. Волонтери рятували потопуючого на воді, надавали домедичну та першу медичну допомогу при надзвичайних ситуаціях, укомплектовували «тривожний чемоданчик», надавали потерпілим психологічну допомогу, демонстрували вміння поведіння зі зброєю, гасили пожежу. Після успішного проходження тренінгів і складання тестів студенти нашої академії успішно підтвердили свої знання та вміння й отримали сертифікати волонтерів.

За словами організаторів, метою даного проекту було сприяння підвищенню мотивації молоді до волонтерської діяльності, оволодіння основними знаннями, навичками та вміннями, необхідними для волонтерської роботи, виховання національної свідомості і людської гідності, відповідальності за власне життя та життя інших, а також розвиток соціальної активності і вищих моральних цінностей.

Події 2014 року в Україні стали для її громадян тяжким психологічним випробуванням. Кількість жителів України, які потребують психологічної реабілітації та соціальної адаптації через події останніх років, досить значна. Це і учасники бойових дій, і члени родин учасників бойових дій, і вимушені переселенці. Психологічні порушення, що неминуче розвиваються після участі особи в бойових діях, як правило, зачіпають всі рівні функціонування людини, призводять до стійких особистісних змін. Це спостерігається не тільки в учасників антитерористичної організації, які безпосередньо пережили стрес, але й у членів їхніх сімей. Студенти-волонтери Української медичної стоматологічної академії разом із волонтерами-психологами постійно проводять психологічні тренінги з українськими військовими та допомагають у проведенні реабілітації постраждалих під час військових дій.

З метою поліпшення засвоєння професійних навичок лікарями-інтернами та студентами в нашій академії організований медико-патріотичний конкурс професійної майстерності «Лікар – патріот, захисник України!». Лікарі-інтерни та учасники волонтерського загону «В ритмі молоді» змагалися в чотирьох конкурсах, де продемонстрували навички з тактичної медицини, надання первинної медико-санітарної допомоги, професіоналізм та командну роботу медиків в екстремальних умовах.

Полтавський міський центр соціальних служб для сім'ї дітей та молоді з метою популяризації, активізації та

підтримки волонтерського руху у м. Полтава проводить форуми волонтерів, на яких учасники обмінюються досвідом роботи. У м. Полтава відбулося своєрідне підбиття підсумків роботи волонтерів міста протягом нинішнього року. Понад 50 студентів медичних факультетів № 1 і № 2 та медичного коледжу академії стали учасниками Проекту «Школа волонтерів», ініційованого «Обласним молодіжним центром» Полтавської обласної ради та Головним управлінням Державної служби України з надзвичайних ситуацій у Полтавській області, відбувся гала-концерт та урочисте нагородження переможців п'ятого міського конкурсу «Волонтер року», на якому студенти академії отримали почесні нагороди.

Висновки

Волонтерська діяльність в Україні – це суспільне явище та важлива складова діяльності недержавних

соціальних служб. Волонтерська робота, як показують приклади, є запорукою успішного процвітання країни, а волонтерська молодь серед студентів-медиків становить майбутній медичний потенціал держави як важливу складову національної безпеки України.

Перспективи подальших досліджень

У подальшому необхідно створювати сприятливі умови для розвитку і самореалізації української молоді, надавати підтримку у формуванні її громадянської позиції та національно-патріотичної свідомості. Отже, служби, які залучають до роботи волонтерів, повинні активно планувати систематичне навчання, наради, інструктаж, дискусії, семінари, «круглі столи», тренінги, що дає змогу урізноманітнити форми ознайомлення волонтерів зі змістом, напрямками, особливостями, видами соціальної роботи адекватно до їхнього рівня професійної підготовки до такої діяльності.

Література

1. Горелов Д. М. Волонтерський рух: світовий досвід та українські громадянські практики / Д. М. Горелов, О. А. Конієвський // Аналіт. доп. – Київ : НІСД, 2015. – 36 с.
2. Лях Т. Л. Волонтерські групи як ресурс соціально-педагогічної діяльності державних і громадських організацій / Т. Л. Лях. – Київ : Центр навчальної літератури, 2009. – С. 130–139.
3. Режим доступу : <http://health.unian.ua/country/1045539-psiologichnojiireabilitatsiji-cherez-viynu-v-krajini-potrebutatimut-6-mlnosib.html>.
4. Режим доступу : <http://www.5.ua/suspilstvo/Ekspert-Ukraini-potribni-kilkatysiach-psykholohiv-dlia-roboty-iz-biitsiamy-ATO-93062.html>.
5. Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1018-2015-p>.
6. Соціально-педагогічна та психологічна допомога сім'ям з дітьми в період військового конфлікту : навчально-методичний посібник. – Київ : Агентство «Україна», 2015. – 176 с.
7. Технологізація волонтерської роботи в сучасних умовах / За ред. А. Й. Капської. – Київ : Либідь, 2010. – 140 с.
8. Шафранський В. В. Психічне здоров'я населення України: стан, проблеми та шляхи вирішення / В. В. Шафранський, С. В. Дудник // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 3 (39). – С. 12–19.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.11.2016 р.

Волонтерский отряд Украинской медицинской стоматологической академии г. Полтавы как медицинский потенциал государства*Т.В. Плужникова*

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Цель – проанализировать роль волонтерской деятельности среди студентов-медиков как медицинского потенциала страны и определить пути дальнейшего развития.

Методы: библиосемантический, аналитический, наблюдения.

Результаты. В Полтаве функционируют: волонтерский отряд «В ритме молодежи» высшего государственного учебного заведения Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия»; волонтерский отряд «Забота» Полтавского базового медицинского колледжа; волонтерский отряд «Необычные люди» Полтавского городского центра социальных служб для семьи, детей и молодежи, куда входят студенты Украинской медицинской стоматологической академии и врачи-интерны. Волонтеры имеют навыки по тактической медицине, оказанию первичной медико-санитарной помощи, а также проявляют профессионализм и умение работать в команде в экстремальных условиях.

Выводы. Волонтерская деятельность в Украине – это общественное явление и важная составляющая деятельности негосударственных социальных служб. Волонтерская работа, как показывают примеры, является залогом успешного процветания страны, а волонтерская молодежь среди студентов-медиков составляют будущий медицинский потенциал государства как важную часть национальной безопасности Украины.

Ключевые слова: волонтерский отряд, Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава, медицинский потенциал.

Volunteer squad Ukrainian Medical Dental Academy in Poltava as the medical potential of the state*T.V. Pluzhnikova*HSEEU “Ukrainian Medical Dental Academy”,
Poltava, Ukraine

Purpose – to analyze the role of voluntary work among medical students as medical potential of the country and to identify ways of further development.

Methods: bibliosemantic, analytical, monitoring.

Results. In Poltava is: voluntary group "In the rhythm of youth" higher state educational institution of Ukraine "Ukrainian Medical Dental Academy", volunteer group "Care" Poltava Basic Medical College, voluntary group "Special People" Poltava City centre of social services for families, children and youth, which includes students of Ukrainian Academy of medical dental doctors and interns. Volunteers have skills in tactical medicine for primary health care, professionalism and teamwork among health professionals in extreme conditions.

Conclusions. Volunteering in Ukraine is a social phenomenon and an important part of the activities of non-governmental social services. Volunteer work, as shown by the examples, is the key to a successful prosperity of our country, a volunteer youth among medical students is a potential future health of our country, as an important component of national security of Ukraine.

Key words: volunteer squad, Ukrainian Medical Dental Academy, Poltava, the medical potential.

Відомості про автора

Плужнікова Тетяна Владиславівна – к.мед.н., викладач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою та медичним правознавством ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»; вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011, Україна.

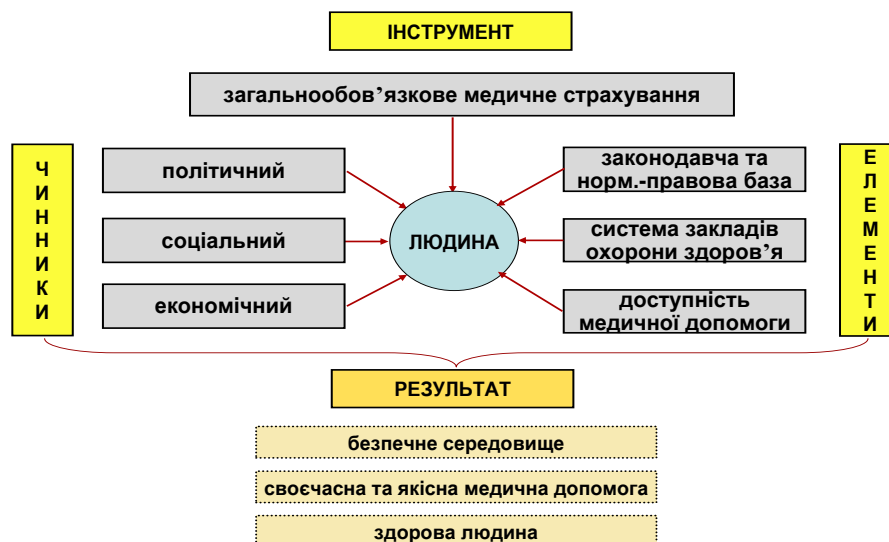


Рис. Модель єдиного медичного простору України (варіант)

На підставі наведеного основним інструментом формування засад єдиного медичного простору є запровадження загальнообов'язкового медичного страхування, а результатом – безпечне середовище, своєчасна та якісна медична допомога, здорова людина.

Слід зазначити, що принципи єдиного медичного простору на цей час уже реалізуються і застосовуються в системі охорони здоров'я держави та у відомчій, у тому числі військовій, медицині через запровадження і використання єдиної законодавчої та нормативно-правової бази з питань охорони здоров'я, єдиних стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів та інших галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, системи акредитації закладів охорони здоров'я та ліцензування господарської діяльності з медичної практики, єдиних вимог щодо підготовки та атестації медичних (фармацевтичних) фахівців усіх освітньо-кваліфікаційних рівнів і спеціальностей, порядку обігу наркотичних та сильнодіючих речовин тощо.

Наступним прикладом реалізації засад єдиного медичного простору є залучення цивільних закладів охорони здоров'я до надання медичної допомоги військовослужбовцям як у мирний час, так і в особливий період. Зазвичай військово-медичні служби в мирний час не можуть у своєму складі відтворювати та дублювати заклади охорони здоров'я, наявні в системі цивільної охорони здоров'я та призначені для надання всіх видів високоспеціалізованої високотехнологічної медичної допомоги. За таких умов для надання медичної допомоги військовослужбовцям та ветеранам військової служби в разі потреби використовуються можливості науково-дослідних клінічних установ Національної академії медичних наук України та інших цивільних високоспеціалізованих закладів охорони здоров'я.

В особливий період військово-медичні служби самостійно здійснюють надання медичної допомоги військовослужбовцям на полі бою, на першому та другому рівнях медичного забезпечення, але самотужки

не можуть забезпечити надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги, оскільки не мають для цього достатніх потужностей. Водночас, з цією метою постановою Кабінету Міністрів України «Про взаємодію медичних служб ЗС України та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини» передбачено створення єдиної загальної державної системи медичного забезпечення цивільного населення і військовослужбовців на випадок екстремальних ситуацій, надзвичайного стану і на воєнний час [8].

Як один із напрямів її реалізації та на виконання вимог Указу Президента України «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України» від 17.04.1998 р. «Про стан державного матеріального резерву та мобілізаційної підготовки» опрацьовано та у встановленому порядку затверджено постанову Кабінету Міністрів України, якою доручено МОЗ України, МОЗ Автономної Республіки Крим та управлінням охорони здоров'я обласних державних адміністрацій утворити на базі підвідомчих лікувальних установ територіальні госпітальні бази МОЗ України [12].

Ще одним кроком на шляху реалізації засад єдиного медичного простору стало прийняття постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження порядку надання медичної допомоги у військово-медичних закладах і взаєморозрахунків за неї між військовими формуваннями», якою передбачено можливість надання медичної допомоги та лікування військовослужбовців у військово-медичних закладах незалежно від відомчої підпорядкованості [9].

Новою редакцією Воєнної доктрини України пріоритетним завданням для ЗС України визначено досягнення до 2020 р. повної сумісності з відповідними силами держав-членів НАТО, а одним з основних напрямів реформування та розвитку ЗС України є модернізація системи медичного забезпечення військ із максимальною її інтеграцією з системою цивільної

8. *Про* взаємодію медичних служб Збройних Сил та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини : постанова Кабінету Міністрів України від 16.10.1995 р. № 819 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/819-95-п>. – Назва з екрана.
9. *Про* затвердження порядку надання медичної допомоги у військово-медичних закладах і взаєморозрахунків за неї між військовими формуваннями : постанова Кабінету Міністрів України від 18.10.1999 р. № 1923 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1923-99-п>. – Назва з екрана.
10. *Бюджетний* Кодекс України, Закон України від 08.07.2010 р. № 2456-VI // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 2010. – № 50–51. – 572 с.
11. *Про* рішення РНБО України від 02.09.2015 р. «Про нову редакцію Воєнної доктрини України» : Указ Президента України від 24.09.2015 р. № 555/2015 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/555/2015>. – Назва з екрана.
12. *Про* рішення Ради національної безпеки і оборони України від 17.04.1998 р. «Про стан державного матеріального резерву та мобілізаційної підготовки» : Указ Президента України від 14.05.1998 р. № 475 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/463/2011>. – Назва з екрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 22.11.2016 р.

Единое медицинское пространство как элемент формирования медицинского потенциала государства

В.А. Жаховский

Украинская военно-медицинская академия,
г. Киев, Украина

Цель – изучить и проанализировать сущность единого медицинского пространства и его значение для формирования перспективных путей реформирования отечественного здравоохранения.

Материалы и методы. Объект исследования – система здравоохранения на мирное и военное время. Предмет исследования – медицинское обеспечение военнослужащих и гражданского населения. Методы исследования – аналитический, библиографический, системного подхода.

Результаты. Разработка перспективных путей реформирования отечественного здравоохранения сопровождается поиском новых организационных подходов к эффективному и рациональному использованию имеющихся медицинских ресурсов с их научным обоснованием.

Выводы. Единое медицинское пространство необходимо рассматривать как общее эффективное и рациональное использование возможностей медицинских учреждений всех форм собственности и подчиненности, размещенных на определенной территории, для обеспечения равного доступа всех граждан страны к финансируемой государством медицинской помощи.

Ключевые слова: единое медицинское пространство, система здравоохранения, Военно-медицинская доктрина Украины.

The only medical space as an element formation the medical potential of the state

V.O. Zhakhovsky

Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine

Purpose – study and analyze the essence of a single medical space and its importance for the formation of the promising ways of reforming the national health care.

Materials and methods. Object of research – the health system in peacetime and wartime. Item – state medical support troops and civilians. Research methods – analytical, bibliographic, approach of the systems.

Results. Working promising ways of reforming the national health accompanied by a search for new organizational approaches for effective and efficient use of available health resources and their scientific substantiation.

Conclusions. The only medical space should be considered as common effective and efficient use of health care to all forms of ownership and subordination, located in the defined areas to ensure equal access for all citizens throughout the country to publicly funded health care.

Key words: the only medical space, medical providing, Medical Military Doctrine of Ukraine.

Відомості про авторів

Жаховський Віктор Олександрович – к.держ.упр., доц., провідний науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії; вул. 11 лінія, 1, м. Ірпінь, Київська область, 08203, Україна.

I-го півріччя 2016 р. у заклади охорони здоров'я Харківського регіону за медичною допомогою звернулась 149841 ВПО. На догоспітальному етапі медична допомога надана 112946 пацієнтам (75,4%), 36895 пацієнтам (24,6%) медична допомога надана в стаціонарних умовах (рис. 1).

Найбільше навантаження щодо надання медичної допомоги на догоспітальному етапі за період спостереження визначено в амбулаторно-поліклінічних закладах м. Харкова – 58308 (51,6%) пацієнтів. Майже

рівнозначний показник був у закладах охорони здоров'я сільських районів Харківської області – 26173 (23,2%) пацієнти та в обласних закладах охорони здоров'я – 28465 (25,2%) пацієнтів. Проте найбільша питома вага стаціонарної медичної допомоги – 51,9% (19153 пацієнти) протягом 2014–2016 рр. була надана в обласних закладах охорони здоров'я, 32,8% (12113 пацієнтів) одержали необхідну медичну допомогу в закладах охорони здоров'я м. Харкова і 15,3% (5629 пацієнтів) у закладах охорони здоров'я сільських районів Харківської області (табл. 1).

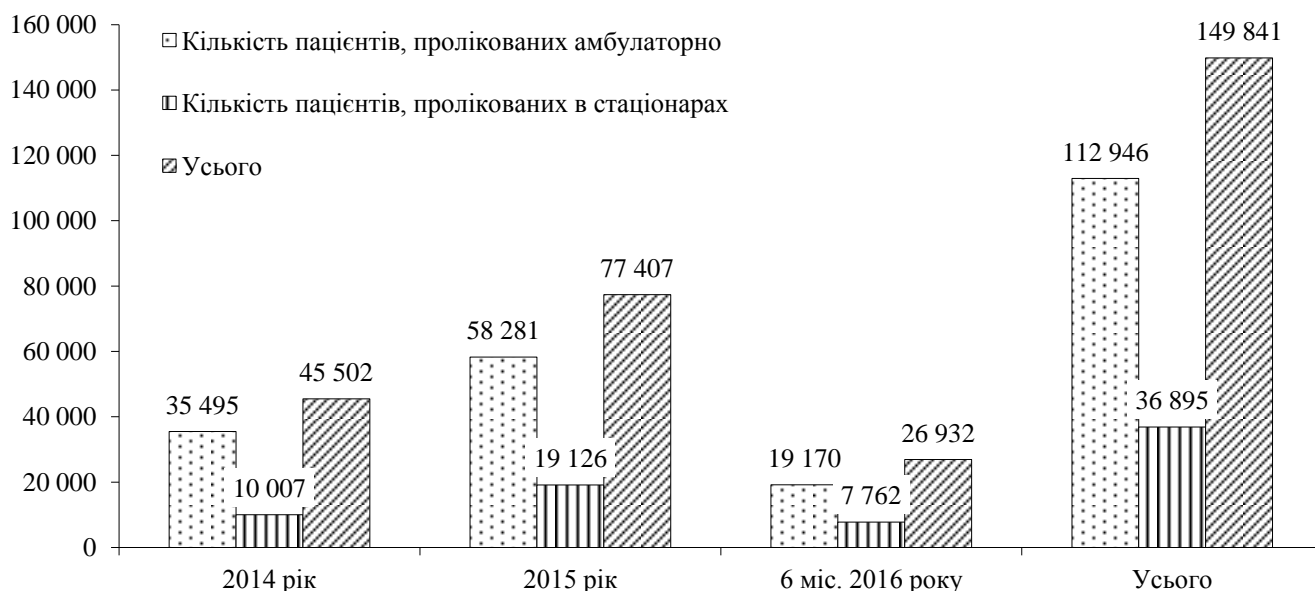


Рис. 1. Обсяги надання медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам у закладах охорони здоров'я Харківського регіону

Таблиця 1
Обсяги та види надання медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам у закладах охорони здоров'я Харківського регіону (кількість осіб, що одержали медичну допомогу)

Заклади охорони здоров'я		Кількість осіб, яким надана медична допомога			
		2014 рік	2015 рік	6 міс. 2016 року	Усього
Амбулаторно-поліклінічна допомога	Заклади охорони здоров'я сільських районів Харківської області	10 411	11 803	3 959	26 173
	Заклади охорони здоров'я м. Харкова	16 783	31 605	9 920	58 308
	Обласні заклади охорони здоров'я	8 301	14 873	5 291	28 465
	Усього	35 495	58 281	19 170	112 946
Стаціонарна допомога	Заклади охорони здоров'я сільських районів Харківської області	2 004	2 605	1 020	5 629
	Заклади охорони здоров'я м. Харкова	3 037	6 385	2 691	12 113
	Обласні заклади охорони здоров'я	4 966	10 136	4 051	19 153
	Усього	10 007	19 126	7 762	36 895
Разом		45 502	77 407	26 932	149 841

Обсяг амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги за 2014–2016 рр. склав 75,0% від загальної кількості зареєстрованих ВПО, стаціонарну медичну допомогу отримали 24,6% від загальної кількості зареєстрованих.

Протягом 2014–2016 рр. спеціалізована медична допомога за державними цільовими програмами, розробленими МОЗ України, була надана 423 хворим на цукровий діабет (4,7% від загальної кількості осіб, що звернулись за медичною допомогою щодо забезпечення їх інсуліном вітчизняного та іноземного виробництва), 475 хворим на туберкульоз (5,3%), 266 хворим на ВІЛ/СНІД (3,0%), 3690 онкологічним хворим (41,5%) та

16 хворим на хвороби нирок (0,2%), яким була надана високоспеціалізована медична допомога із застосуванням методів замісної ниркової терапії, а саме гемодіалізу («штучна нирка»), перитонеального діалізу та імуносупресивної терапії (для хворих, які перенесли трансплантацію нирки та інших органів).

За 2014–2015 рр. та I-е півріччя 2016 р. на надання медичної допомоги ВПО було витрачено 153814923,55 тис. грн, з яких 18705451,89 тис. грн (12,2%) – на надання медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічному секторі та 135109471,66 тис. грн (87,8%) – на стаціонарну медичну допомогу (рис. 2).

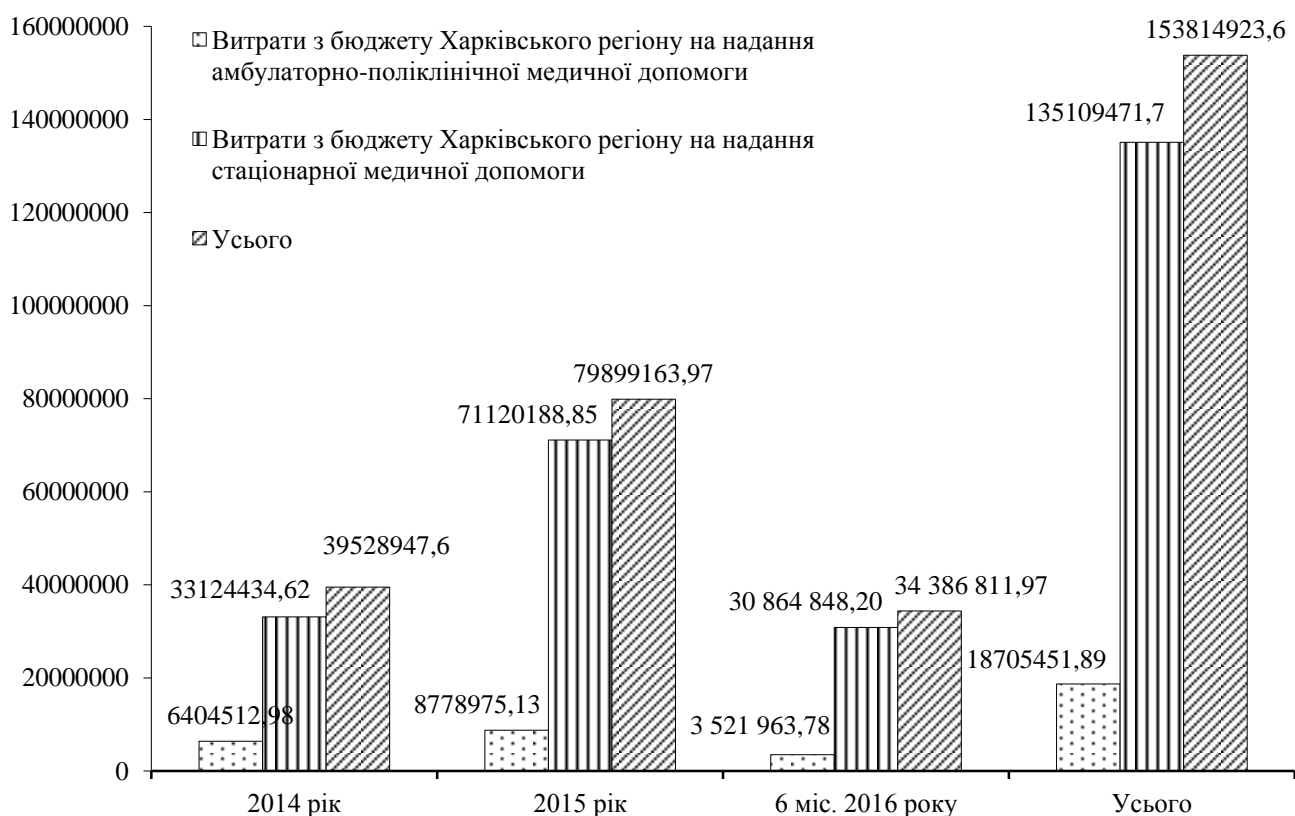


Рис. 2. Витрати з бюджету на надання медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам у закладах охорони здоров'я Харківського регіону (тис. грн)

Серед закладів охорони здоров'я регіону, що надавали амбулаторно-поліклінічну допомогу ВПО, найбільше фінансове навантаження визначено в обласних закладах охорони здоров'я – було витрачено 13741976,76 тис. грн (73,5% від загальних витрат на надання амбулаторно-поліклінічної допомоги). У закладах охорони здоров'я м. Харкова обсяг витрат бюджетних коштів на амбулаторно-поліклінічну допомогу ВПО склав 3297908,61 тис. грн (17,6%) і в закладах охорони здоров'я сільських районів Харківської області – 1665566,52 тис. грн (8,9%).

Розподіл фінансових витрат на стаціонарну медичну допомогу ВПО в закладах охорони здоров'я Харківського регіону на обласному, міському і

сільському районному рівнях склав 100688446,46 тис. грн (74,5%) в обласних закладах охорони здоров'я, 25828096,67 тис. грн (19,1%) у закладах охорони здоров'я м. Харкова і 8592928,53 тис. грн (6,4%) у закладах охорони здоров'я (табл. 2).

З вищенаведених даних видно, що показники розподілу коштів на надання амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної допомоги в обласних, міських та сільських районних закладах охорони здоров'я майже не відрізняються. Найбільше фінансове навантаження припадає на заклади охорони здоров'я обласного рівня, хоча навантаження саме на амбулаторно-поліклінічну ланку медичної допомоги припадало на міські заклади охорони здоров'я.

Таблиця 2

**Витрати з бюджету на надання медичної допомоги
внутрішньо переміщеним особам у закладах
охорони здоров'я Харківського регіону (витрачені кошти)**

Заклади охорони здоров'я		Витрачені кошти (тис. грн)			
		2014 рік	2015 рік	6 міс. 2016 року	Усього
Амбулаторно-поліклінічна допомога	Заклади охорони здоров'я сільських районів Харківської області	662 339,51	747616,62	255 610,39	1665566,52
	Заклади охорони здоров'я м. Харкова	1211842,60	1571093,41	514 972,60	3297908,61
	Обласні заклади охорони здоров'я	4530330,87	6460265,10	2 751 380,79	13741976,76
	Усього	6404512,98	8778975,13	3 521 963,78	18705451,89
Стационарна допомога	Заклади охорони здоров'я сільських районів Харківської області	2638928,03	4321273,19	1 632 727,31	8592928,53
	Заклади охорони здоров'я м. Харкова	6173649,10	14134505,88	5 519 941,70	25828096,67
	Обласні заклади охорони здоров'я	24311857,49	52664409,78	23 712 179,19	100688446,46
	Усього	33124434,62	71120188,85	30 864 848,20	135109471,66
Разом		39528947,60	79899163,97	34 386 811,97	153814923,55

За окремими видами медичної допомоги, згідно з державними цільовими програмами, розробленими МОЗ України, бюджетні витрати за 2014–2015 рр. та I-е півріччя 2016 р. склали: на хворих на цукровий діабет витрачено 10522 тис. грн.; на хворих на туберкульоз – 5555 тис. грн за рахунок місцевого бюджету із використанням лікарських засобів, які отримані за центральними поставками МОЗ України та передбачені лише для лікування хворих на туберкульоз Харківської області; на хворих на ВІЛ/СНІД – 961,3 тис. грн, на онкологічних хворих – 10514 тис. грн; на хворих на хронічну хворобу нирок, яким надавалась високоспеціалізована медична допомога із застосуванням методів замісної ниркової терапії (гемодіалізу, перитонеального діалізу та імуносупресивної терапії) – 9601 тис. гривень.

Висновки

В обласних, міських і сільських районних закладах охорони здоров'я Харківського регіону протягом 2014–

2016 рр. надавався великий обсяг медичної допомоги ВПО, що потребувало певних витрат бюджетних коштів. У цих умовах органам місцевого самоврядування та управлінням охорони здоров'я доцільно використовувати дані Єдиного реєстру внутрішньо переміщених осіб щодо кількості осіб, які переїхали до регіону, дані статистичної звітності закладів охорони здоров'я (за їх наявності) про проведені профілактичні огляди ВПО та виявлені захворювання, дані реєстрів хвороб, за якими складено відповідні державні цільові програми, тощо з метою планування обсягів медичної допомоги в закладах охорони здоров'я та можливих фінансових витрат.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому вивченні організації надання медичної допомоги внутрішньо переміщеним особам в Харківському регіоні з метою забезпечення її доступності, високої якості та ефективності за умови раціонального використання державних і регіональних бюджетних коштів на охорону здоров'я.

Література

1. За рік кількість вимушених переселенців збільшилася на півмільйона // Доступ до правди, 10.05.2016 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://dostup.pravda.com.ua/news/publications/za-rik-kilkist-vymushenykh-pereselentsiv-zbilshylasia-na-pivmiliona>. – Назва з екрану.
2. *Захист* прав вимушених переселенців [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.pereselenci.kh.ua>. – Назва з екрану.
3. *Звіт* Міністерства соціальної політики України про стан виконання у II кварталі 2016 року заходів, передбачених Комплексною державною програмою щодо підтримки, соціальної адаптації та реінтеграції громадян України, які переселилися з тимчасово окупованої території України та районів проведення антитерористичної операції в інші регіони України, на період до 2017 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/category?cat_id=169302. – Назва з екрану.
4. *Конституція* України: Прийнята на V сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року. – Київ : Українська правнича фундація, 1996. – 44 с.
5. *Основи* законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-12 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>. – Назва з екрану.
6. *Про* забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб : Закон України від 20 жовтня 2014 року №1706-18 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.zakon2.rada.gov.ua/laws/show/936-19>. – Назва з екрану.
7. *Про* затвердження Комплексної державної програми щодо підтримки, соціальної адаптації та реінтеграції громадян України, які переселилися з тимчасово окупованої території України та районів проведення антитерористичної операції в інші регіони України, на період до 2017 року : постанова Кабінету Міністрів України від 16.12.2015 р. № 1094 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1094-2015>. – Назва з екрану.

Дата надходження рукопису до редакції: 13.11.2016 р.

Организация оказания медицинской помощи внутренне перемещенным лицам в Харьковском регионе

*А.И. Сердюк, О.А. Корон,
А.М. Зайцев, Н.В. Просоленко*

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина
Харьковский областной информационно-аналитический центр медицинской статистики, г. Харьков, Украина

Цель – проанализировать организацию медицинского обеспечения внутренне перемещенных лиц в учреждениях здравоохранения Харьковского региона.

Методы: медико-статистический, аналитический и структурно-функционального анализа.

Результаты. За 2014–2016 гг., согласно Комплексной государственной программы по поддержке, социальной адаптации и реинтеграции граждан Украины, которые переселились из временно оккупированной территории Украины и районов проведения антитеррористической операции в другие регионы Украины, в учреждениях здравоохранения Харьковского региона медицинская помощь оказана 149 841 внутренне перемещенному лицу, из которых 112 946 пациентам – на догоспитальном этапе и 36895 – в стационарных условиях. За этот период с целью медицинского обеспечения внутренне перемещенных лиц было

потрачено 153814923,55 тыс. грн бюджетных средств, из которых 10258495,05 тыс. грн – в учреждениях здравоохранения сельских районов Харьковской области, 29126005,28 тыс. грн – в учреждениях здравоохранения г. Харькова и 114430423,22 тыс. грн – в областных учреждениях здравоохранения.

Выводы. В областных, городских и сельских районных учреждениях здравоохранения Харьковского региона в течение 2014–2016 гг. предоставляется большой объем медицинской помощи внутренне перемещенным лицам, что требует определенных затрат бюджетных средств. В этих условиях органам местного самоуправления и управлениям здравоохранения целесообразно использовать данные Единого реестра внутренне перемещенных лиц по количеству лиц, переехавших в регион, данные статистической отчетности учреждений здравоохранения (при наличии таковых) о проведенных профилактических осмотрах внутренне перемещенных лиц ВПО и выявленных заболеваниях, данные реестров болезней, по которым составлены соответствующие государственные целевые программы, и т.д. с целью планирования объемов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения и возможных финансовых затрат.

Ключевые слова: медицинская помощь, учреждения здравоохранения Харьковского региона, внутренне перемещенные лица.

Medical care delivery organization internally displaced persons in Kharkov region*O.I. Serdiuk, O.A. Korop,**O.M. Zaitsev, N.V. Prosolenko*

Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education
Kharkov Regional Information and Analytical Centre
for Health Statistics, Kharkov, Ukraine

Purpose – to analyze the state of medical support internally displaced persons (IDPs) in health care Kharkov region.

Methods: the medical-statistical, analytical and structural-functional analysis.

Results. During 2014–2016 years Integrated under the state program to support, social adaptation and reintegration of citizens of Ukraine who moved from the temporarily occupied territory of Ukraine and the areas of counter-terrorist operations in other regions of Ukraine in the health care Kharkov region aid provided 149,841 IDPs, including

112,946 patients – in prehospital and 36,895 – in a hospital. During this period in order to provide medical IDPs was spent 153,814,923.55 thousand UAH budget, of which 10,258,495.05 thousand UAH spent in health care in rural areas of the Kharkov region, 29,126,005.28 thousand UAH – in health care Kharkov and 114,430,423.22 thousand UAH – in regional health care facilities.

Conclusions. At the regional, city and district rural health facilities in Kharkov region for 2014–2016 provided a large amount of care of internally displaced persons in need of some budget expenditures. In these circumstances, local governments and health departments should be used data Single Registry of IDPs on the number of people who moved to the region, the data statistical reporting of health facilities (if any) of IDPs conducted routine inspections and detected disease data registries diseases, which compiled the relevant state targeted programs, etc. to plan the volume of care in health care institutions and possible financial costs.

Key words: medical, health care Kharkov region, internally displaced persons.

Відомості про авторів

Сердюк Олександр Іванович – д.мед.н., проф., зав. кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я Харківської медичної академії післядипломної освіти; вул. Дарвіна, 8/10, м. Харків, 61002, Україна.

Короп Олег Андрійович – д.мед.н., проф. кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я Харківської медичної академії післядипломної освіти; вул. Дарвіна, 8/10, м. Харків, 61002, Україна.

Зайцев Олександр Михайлович – к.мед.н., начальник Харківського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики, доцент кафедри клінічної інформатики та інформаційних технологій в управлінні охороною здоров'я Харківської медичної академії післядипломної освіти; пл. Свободи, 5, м. Харків, 61022, Україна.

Просоленко Наталія Василівна – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я Харківської медичної академії післядипломної освіти; вул. Дарвіна, 8/10, м. Харків, 61002, Україна.

УДК 616.921.5:551.5:355.25

В.І. Трихліб¹, С.Л. Литовка², С.О. Моргу², В.М. Остапенко³, М.О. Третьяков³, С.І. Ткачук⁴, Л.В. Котюк³

ВПЛИВ МЕТЕОРОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ, ЦИРКУЛЮЮЧИХ ЗБУДНИКІВ НА РІВЕНЬ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ГОСТРИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

¹Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

²Центральне санітарно-епідеміологічне управління Міністерства оборони України, м. Київ, Україна

³10-е Регіональне санітарно-епідеміологічне управління Міністерства оборони України, м. Київ, Україна

⁴Військово-медичний клінічний центр Західного регіону Міністерства оборони України, м. Львів, Україна

Мета – вивчити та проаналізувати захворюваність військовослужбовців на хвороби органів дихання, вплив особливостей військової служби та метеорологічних факторів на рівень захворюваності.

Матеріали та методи. У ході дослідження використано дані обліково-медичної документації і статистичної звітності та метеорологічні показники за місцем дослідження. Застосовано статистичний, аналітичний, бібліосемантичний методи.

Результати. У структурі захворюваності військовослужбовців строкової служби на хвороби органів дихання перші місяці посіли гострі респіраторні захворювання (70%), гострі тонзиліти (22%) і пневмонії (8%). Підвищення захворюваності було обумовлено як прибуттям молодого поповнення, так і сезонними факторами. Динаміка захворюваності серед мобілізованих військовослужбовців більше залежала від прибуття нового поповнення. Під час підвищення рівня захворюваності в різні періоди року змінюється і структура вірогідних збудників гострих респіраторних захворювань.

Висновки. На рівень захворюваності військовослужбовців мають вплив прибуття нового поповнення та метеорологічні фактори. Останні впливають як на стан організму людей, так і на циркуляцію окремих збудників гострих респіраторних захворювань.

Ключові слова: гострі респіраторні захворювання, пневмонія, метеорологічні фактори, військовослужбовці.

Вступ

Гострі респіраторні захворювання (особливо аденовірусної етіології) та грип надзвичайно актуальні для військовослужбовців, у зв'язку з високим рівнем захворюваності та кількістю спалахів [2, 6, 17]. У структурі всієї захворюваності військовослужбовців ГРЗ становить не менше 20–25%, а в структурі інфекційної патології на їх долю щорічно припадає близько 60–70% [1, 4].

Зростання захворюваності на ці інфекції може бути зумовлено як внутрішніми причинами (які існують в цих колективах), так і зовнішніми – від контакту з цивільним населенням в місцях дислокації частин до прибуття нового поповнення, тобто занесення інфекції в частини ззовні [12].

З урахуванням різних особливостей військових колективів (особливостей розміщення, виконання завдань, санітарно-гігієнічних умов, великих фізичних навантажень, психологічного стресу тощо, які призводять до зниження імунітету), інфекційні захворювання в них розповсюджуються значно швидше, ніж серед цивільного населення [16]. Встановлено, що при перебуванні в одному приміщенні – в казармі, наметі – значної кількості людей (більше, ніж за санітарними нормами),

військовослужбовці хворіють на ГРЗ частіше, ніж ті, що розміщуються окремо в кімнатах з меншою кількістю осіб (не більше, ніж розрахована кількість). Також відомо, що захворюваність на ГРЗ вища протягом перших кількох тижнів від початку формування колективів для навчання. Деякі спалахи серед військовослужбовців пов'язані зі збільшенням захворюваності і серед цивільного населення. Цьому може сприяти контакт із населенням під час переходів (переїздів), сумісної ліквідації стихійних лих та інших заходів, повернення військовослужбовців з відряджень, відпусток тощо.

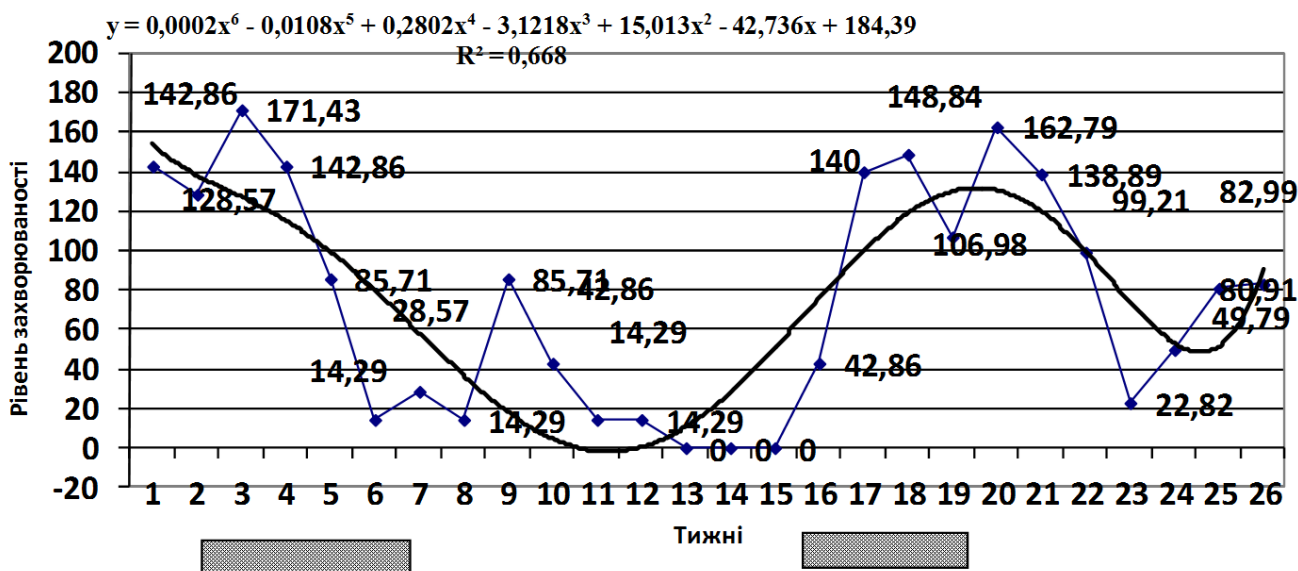
Крім того, під час польових виходів, бойових дій військовослужбовці піддаються підвищеному ризику інфікування новими збудниками. Так, поява вірусу пандемічного грипу H1N1 серед цивільного населення в 2009 р. сприяла швидкому розповсюдженню інфекції також і серед військовослужбовців [17].

На даний час відомо, що ГРЗ викликають понад 200 збудників. Основними є: риновіруси (25–40% від усіх ГРЗ), віруси грипу (до 5–15%), парагрипу та коронавіруси, які обумовлюють значну спалахову захворюваність. Рідше захворювання викликають респіраторно-синцитіальний вірус, аденовіруси, ентеровіруси, реовіруси, пікорнавіруси. Захворювання викликають як окремі збудники, так і їх асоціації. Під час

ГРЗ. Так, на 12 тижні підвищення відбулося на фоні низької захворюваності на ГРЗ, але через 1,5–2 тижні після підвищення захворюваності на ГРЗ. На 25 тижні співвідношення хворих з пневмонією, що надходили на лікування, порівняно з ГРЗ було значно вищим, ніж на 18 тижні (відповідно 22,6% та 6,5% хворих з пневмонією від хворих з ГРЗ).

Захворюваність на хвороби органів дихання серед

осіб офіцерського складу, прапорщиків та військовослужбовців військової служби за контрактом із числа постійного контингенту навчального центру в першій половині 2015 р. знаходилася в діапазоні від 0 до 18,71±4,79% (рис. 2), в аналогічному періоді 2014 р. захворюваність вказаного контингенту знаходилася в діапазоні від 0 до 8,32±3,2%. Підвищення захворюваності серед військовослужбовців цієї групи було обумовлено сезонними факторами, як це спостерігалось і серед цивільного населення.



Примітка: – термін прибуття нового поповнення

Рис. 1. Захворюваність військовослужбовців строкової служби на хвороби органів дихання у першому півріччі 2015 р.

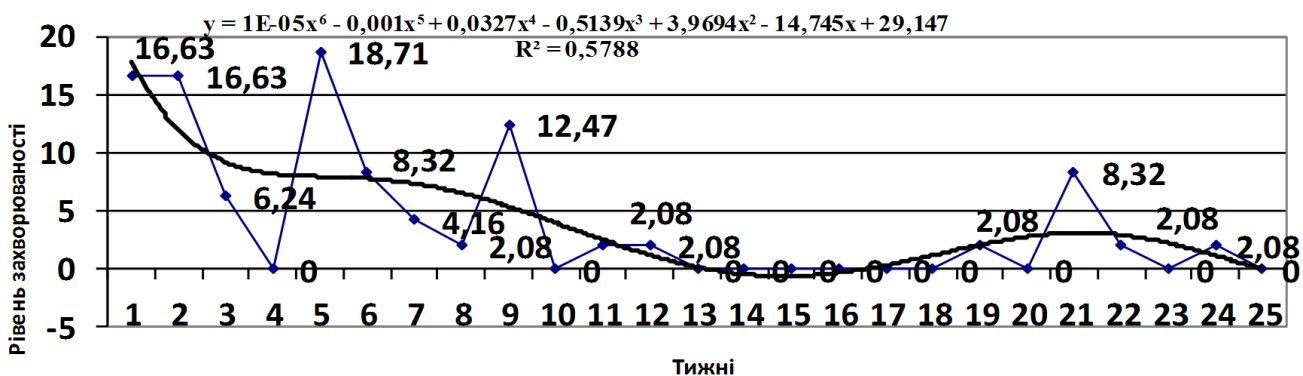


Рис. 2. Захворюваність осіб офіцерського складу, прапорщиків та військовослужбовців військової служби за контрактом на хвороби органів дихання у першому півріччі 2015 р.

Серед осіб офіцерського складу, прапорщиків та військовослужбовців за контрактом перше місце в структурі захворюваності хворобами органів дихання також займали ГРЗ. За період спостереження рівень захворюваності знаходився в діапазоні від 0 до 16,63±4,5%, в аналогічному періоді 2014 р. захворюваність

вказаного контингенту знаходилася в діапазоні від 0 до 8,32±3,21%. Підвищена захворюваність реєструвалась протягом перших 9 тижнів року. Також одноразове підвищення спостерігалось на 21 тижні (до 8,32±3,21%).

Захворюваність на пневмонію серед осіб офіцерського складу, прапорщиків та

військовослужбовців військової служби за контрактом зростала до $4,16 \pm 2,3\%$ на п'ятому тижні, а до $2,08 \pm 1,6\%$ – на 19, 22, 24 тижнях. За аналогічний період 2014 р. захворюваність вказаного контингенту на пневмонію знаходилася в діапазоні від 0 до $2,08 \pm 1,6\%$.

Захворюваність на хвороби органів дихання серед мобілізованих військовослужбовців у першій половині 2015 р. знаходилася в діапазоні від 0 до $32,97 \pm 2,5\%$ (рис. 3). Порівняти рівні захворюваності з показниками за

аналогічний період 2014 р. неможливо через відсутність даного контингенту у цей період. Підвищення захворюваності спостерігалось, як правило, одразу після прибуття нового поповнення, що видно на рис. 3. Найбільше підвищення було в період з 13 по 20 тижень (на 15 тижні – до $24,59 \pm 2,2\%$, на 20 тижні – $32,97 \pm 2,5\%$). У цей час підвищення захворюваності було пов'язане й з іншими факторами, одним з яких було переохолодження під час польових навчань.

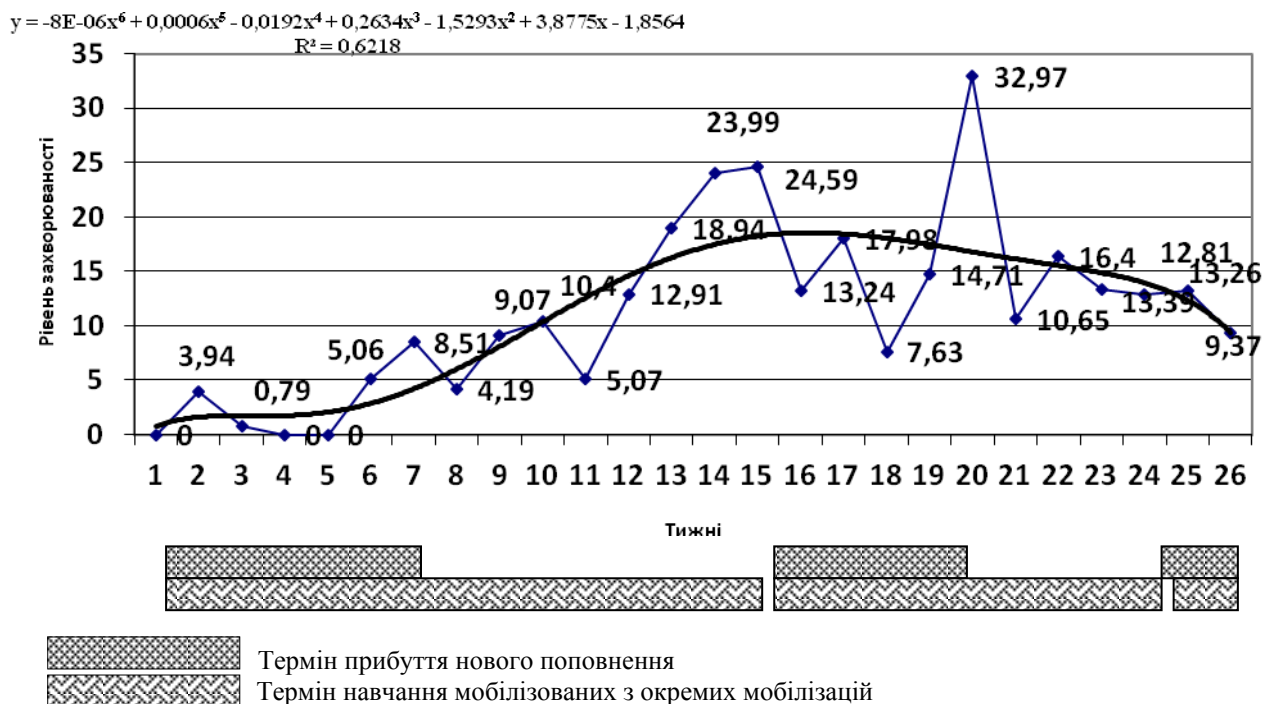


Рис. 3. *Захворюваність мобілізованих військовослужбовців на хвороби органів дихання у першому півріччі 2015 р.*

У структурі захворюваності хворобами органів дихання в першому півріччі 2015 р. захворюваність на ГРЗ серед мобілізованих військовослужбовців також займала перше місце ($26,86 \pm 2,3\%$).

Серед мобілізованих військовослужбовців на другому місці за військово-епідеміологічним значенням інфекційних хвороб знаходиться захворюваність на гострий тонзиліт (до $11,36 \pm 1,5\%$), на третьому місці – захворюваність на пневмонію (до $3,28 \pm 0,82\%$). Найбільше підвищення захворюваності на пневмонію спостерігалось на 12–13, 16–17, 22–26 тижнях цього року, тобто захворюваність на пневмонію у мобілізованих мала тенденцію до збільшення у весняно-літні місяці порівняно із зимово-весняними місяцями.

Перша хвиля підвищення захворюваності на хвороби Х класу (у тому числі ГРЗ) військовослужбовців строкової служби, які були призвані восени 2014 р., відбувалась під час циркуляції в Україні переважно парагрипу, РС-вірусу та аденовірусу, з наступною їх зміною на грип А та В. Під час другої хвилі – переважно парагрипу та, приблизно з однаковою частотою, грипу А та В, РС-вірусу, аденовірусу. Третя хвиля – на фоні

циркуляції парагрипу та аденовірусу, частка котрого значно збільшилась. Підвищення захворюваності на пневмонію було також на фоні зростання в структурі вірусів-збудників ГРЗ частки аденовірусів.

Захворюваність органів дихання, у тому числі і ГРЗ, серед осіб офіцерського складу, прапорщиків, військовослужбовців за контрактом з числа постійного складу навчального центру відбувалась на фоні циркуляції в Україні в 2015 р. вірусів парагрипу, РС-вірусів, аденовірусів та значних коливань частки грипу В (переважно) та А. Інша хвиля відбувалась на тлі парагрипу та вагомій частки аденовірусу, що значно збільшилась. Захворюваність на пневмонію серед військових даної групи відбувалась одразу після підвищення частки вірусів грипу В та А та іншого підвищення рівня захворюваності на фоні підвищення частки аденовірусів.

Хвилі зростання рівня захворюваності на хвороби Х класу, зокрема ГРЗ, у тому числі серед мобілізованих військовослужбовців, були переважно пов'язані з прибуттям нового поповнення. Значне підвищення рівня захворюваності відбувалося на фоні різко збільшеної

частки аденовірусів серед збудників ГРЗ, які циркулювали в Україні. Захворюваність на пневмонію та її підвищення спостерігалися одразу після прибуття

нового поповнення та збільшення циркуляції частки аденовірусів.

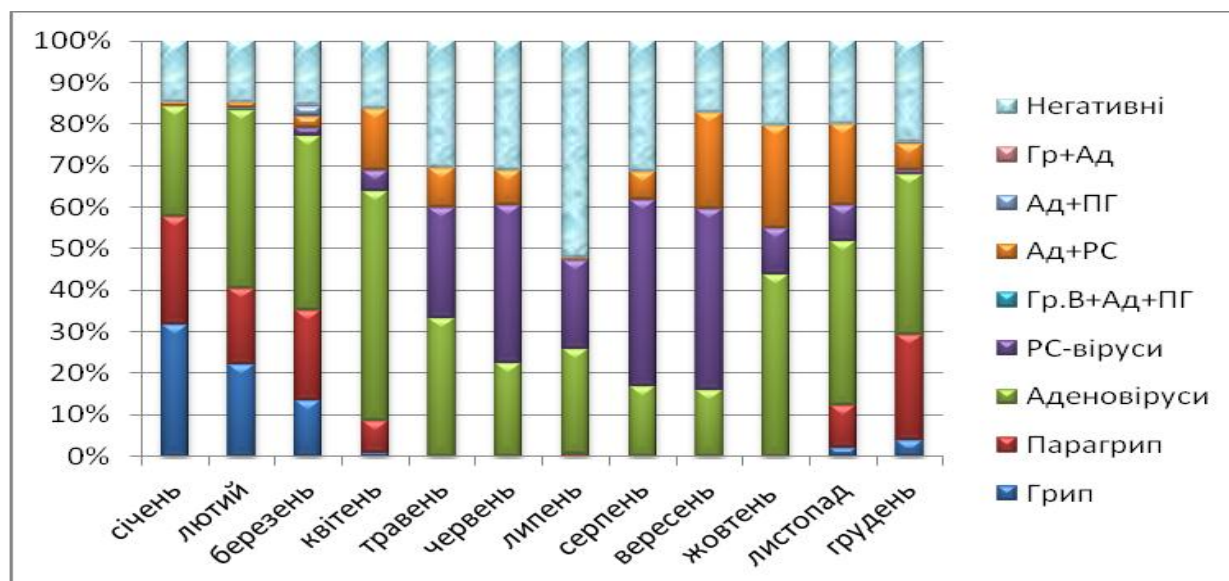


Рис. 4. Сумарна за три роки структура вірусів, які були виділені від хворих за допомогою імунофлюорисцентного методу, за місяцями

Аналіз загальної структури збудників, які виявлялись у хворих на ГРЗ військовослужбовців за три попередні роки, показав наступне. На рисунку 4 видно, що у всіх місяцях у структурі збудників, виділених від хворих на ГРЗ військовослужбовців, переважали аденовіруси, тільки в теплу пору року (з травня по вересень, особливо в серпні та вересні) – РС-віруси. Віруси грипу частіше виявлялись у період з грудня по березень. Привертає увагу значний відсоток негативних результатів досліджень на віруси в літні місяці, що може бути пояснено тим, що в дані місяці в етіології ГРЗ та пневмоній більша роль належить бактеріальним та атипичним збудникам, а можливо, й іншим вірусам, крім вищенаведених.

Протягом перших трьох тижнів року, коли спостерігався високий рівень захворюваності на хвороби, що належали до Х класу, коливання середньотижневої температури було від -6,2 до 2,5°C, коливання різниці в показниках температури повітря від міні до максимуму за тиждень були від 8 до 24°C, середньотижнева вологість повітря коливалась від 64,9% до 92,6%, а коливання різниці вологості повітря за тиждень від міні до максимуму було від 30 до 69%; середньотижнева швидкість повітря коливалась від 3,9 до 4,6 м/с; різниця швидкості повітря за тиждень від міні до максимуму була від 4,4 до 6,2 м/с. На 9 тиждень середня температура повітря була 2,7°C, різниця тижневої температури від міні до максимуму становила 7°C, середньотижнева вологість повітря – 85,2%, а коливання різниці вологості повітря за тиждень від міні до максимуму було 34%; середньотижнева швидкість повітря була 2,5 м/с; різниця швидкості повітря за тиждень від міні до максимуму – 4,4 м/с. З 12 тижня і до 20 тижня коливання

середньотижневої температури становило від 3,48 до 14°C, коливання різниці в показниках температури повітря від міні до максимуму за тиждень були від 10 до 29°C, середньотижнева вологість повітря коливалась від 52,8% до 77,9%, а коливання різниці вологості повітря за тиждень від міні до максимуму було від 53 до 75%; середньотижнева швидкість повітря коливалась від 3,2 до 4,4 м/с; різниця швидкості повітря за тиждень від міні до максимуму була від 4,4 до 7,6 м/с. У подальший період до 26 тижня коливання середньотижневої температури було від 8,4 до 18,6°C, коливання різниці в показниках температури повітря від міні до максимуму за тиждень були від 15 до 19°C, середньотижнева вологість повітря коливалась від 56,3% до 63,1%, а коливання різниці вологості повітря за тиждень від міні до максимуму було від 51 до 83%; середньотижнева швидкість повітря коливалась від 3,1 до 4,18 м/с; різниця швидкості повітря за тиждень від міні до максимуму була від 4,4 до 6,2 м/с. Дані стосовно температури та вологості повітря, швидкості вітру наведені на рисунках 5–7.

Висновки

1. Рівень захворюваності на хвороби органів дихання (Х клас хвороб) серед військовослужбовців строкової служби, які перебували у навчальному центрі, був значно вищим порівняно з рівнем захворюваності офіцерів, військовослужбовців за контрактом, мобілізованих військовослужбовців.

2. Динаміка захворюваності серед мобілізованих військовослужбовців більше залежала від прибуття нового поповнення.

3. Під час підвищення рівня захворюваності в різні періоди року змінюється і структура вірогідних збудників ГРЗ. Перша хвиля підвищення захворюваності на хвороби Х класу (у перші тижні року) серед військовослужбовців строкової служби, які були призвані восени 2014 р., офіцерів, військовослужбовців за контрактом відбувалась під час циркуляції в Україні переважно парагрипу, РС-вірусу та аденовірусу, з наступною їх зміною на грип А та В. Під час другої хвилі переважали збудники парагрипу та, приблизно в однаковій частці, грипу А та В, РС-вірусу, аденовірусу. Третя хвиля відбувалась на фоні циркуляції парагрипу та аденовірусу, частка котрого значно збільшилась. Підвищення захворюваності на пневмонію відбувалось також на фоні зростання в структурі вірусів-збудників ГРЗ частки аденовірусів.

4. Захворюваність на пневмонію та її підвищення спостерігалися одразу після прибуття нового поповнення

та збільшення циркуляції частки аденовірусів.

5. У зимові місяці при виникненні середньоважких та важких форм грипу, позагоспітальної вірусної, вірусно-бактеріальної пневмонії до лікування слід додавати озельтамівір, у той час як у теплішу пору року при розвитку важких захворювань – рибавірин.

6. У зимові місяці з метою профілактики грипу слід призначати озельтамівір, амінокапронову кислоту та індуктори інтерферонів, в інші пори року для профілактики ГРЗ – інші противірусні препарати, індуктори інтерферонів, антибактеріальні препарати.

Перспективи подальших досліджень полягають у продовженні вивчення найбільш актуальних проблем захворюваності військовослужбовців іншими класами хвороб та основних етіологічних факторів, що їх спричиняють.

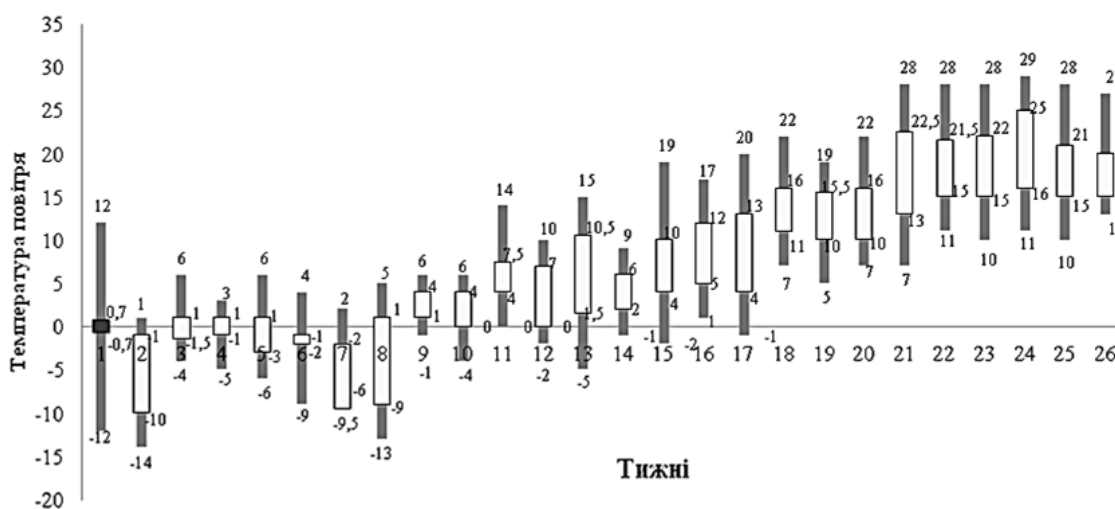


Рис. 5. Динаміка температури повітря в районі знаходження навчального центру під час перебування військовослужбовців у 2015 р.

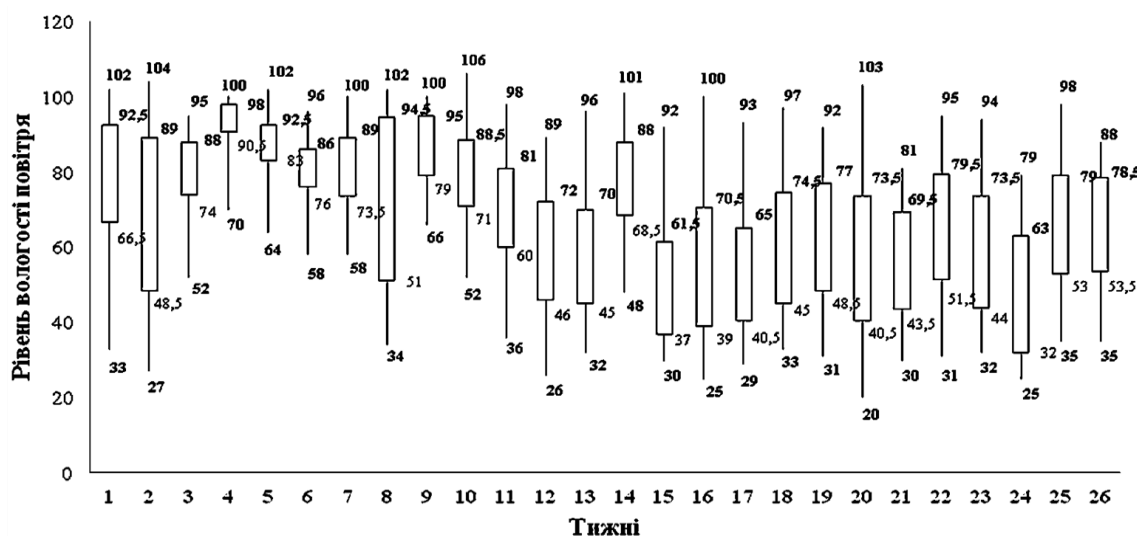


Рис. 6. Динаміка рівня вологості повітря в районі знаходження навчального центру під час перебування військовослужбовців у 2015 р.

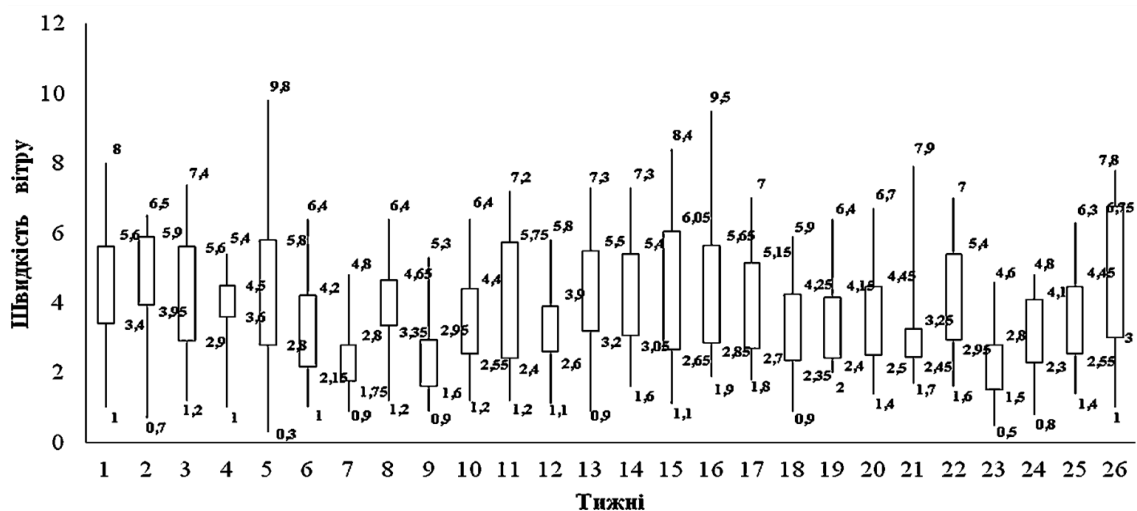


Рис. 7. Динаміка швидкості вітру в районі знаходження навчального центру під час перебування військовослужбовців у 2015 р.

Література

1. Внебольничная пневмония у взрослых. Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / Чучалин А. Г., Синапальников А. И., Страчунский Л. С. [и др.]. – Москва : М-Вести, 2006. – 76 с.
2. Жоголев С. Д. Эпидемиологический анализ заболеваемости внебольничной пневмонией в войсках / С. Д. Жоголев, П. И. Огарков, П. И. Мельниченко // Военно-медицинский журнал. – 2004. – Т. 325, № 3. – С. 16–21.
3. Зайцев А. А. Острые респираторные вирусные инфекции: лечение и профилактика / А. А. Зайцев, О. И. Клочков // Справочник врача общей практики. – 2009. – № 9. – С. 66–9.
4. Мельниченко П. И. Эпидемиология и профилактика внебольничной пневмонии у военнослужащих на современном этапе / П. И. Мельниченко // Военно-медицинский журнал. – 2003. – Т. 324, № 3. – С. 7–14.
5. Острые респираторные заболевания и возможности иммуномодулирующей терапии [Электронный ресурс] / А. В. Малкоч, Л. А. Анастасевич, А. С. Боткина // Лечащий врач. – Режим доступа : <http://www.lvrach.ru/2008/08/5615064>. – Название с экрана.
6. A Clinical Study on Acute Viral Lower Respiratory Tract Infection by in a Korean Military Hospital [Electronic resource] / J. Y. Heo, K. W. Choe, H. K. Kim [et al.]. – URL : <https://idsa.confex.com/idsa/2013/webprogram/Paper41771.html> – Title from screen.
7. Acute Lower Respiratory Tract Infections in Soldiers, South Korea, April 2011–March 2012 / J. Y. Heo, J. E. Lee, H. K. Kim, K-W. Choe // Emerg. Infect. Dis. – 2014. – Vol. 20 (5). – P. 875–877.
8. Characteristics and the prevalence of respiratory viruses and the correlation with climatic factors of hospitalized children in Suzhou children's hospital / Ji W, Z. R. Chen, H. B. Guo [et al.] // Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi. – 2011. – Vol. 45 (3). – P. 205–10.
9. <http://www.mif-ua.com/archive/article/3717>.
10. Noyola D. E. Effect of climatological factors on respiratory syncytial virus epidemics / D. E. Noyola, P. B. Mandeville // Epidemiol. Infect. – 2008. – Vol. 136 (10). – P. 1328–1332.
11. Outbreak of febrile respiratory illness caused by adenovirus at a South Korean military training facility: clinical and radiological characteristics of adenovirus pneumonia / S. M. Hwang, D. E. Park, Y. I. Yang [et al.] // Jpn. J. Infect Dis. – 2013. – Vol. 66 (5). – P. 359–65.
12. Outbreak of influenza A and B among military recruits: evidence from viral culture and polymerase chain reaction / P. Y. Liu, L. C. Wang, Y. H. Lin [et al.] // J. Microbiol. Immunol. Infect. – 2009. – Vol. 42 (2). – P. 114–21.
13. Pica N. Environmental Factors Affecting the Transmission of Respiratory Viruses / N. Pica, N. M. Bouvier // Curr Opin Virol. – 2012. – Vol. 2 (1). – P. 90–95.
14. Sloan C. Impact of Pollution, Climate, and Socio-demographic Factors on Spatiotemporal Dynamics of Seasonal Respiratory Viruses / C. Sloan, M. L. Moore, T. Hartert // Clin. Transl. Sci. – 2011. – Vol. 4 (1). – P. 48–54.
15. Tang J. W. Correlations between climate factors and incidence—a contributor to RSV seasonality / J. W. Tang, T. P. Loh // Rev Med Virol. – 2014. – Vol. 24 (1). – P. 15–34.
16. Viral agents responsible for febrile respiratory illnesses among military recruits training in tropical Singapore / S. G. Seah, E. A. Lim, S. Kok-Yong [et al.] // J. Clin. Virol. – 2010. – Vol. 47 (3). – P. 289–92.

17. *Zheng Jie Marc Ho* Emerging and re-emerging infectious diseases: challenges and opportunities for militaries / *Zheng Jie Marc Ho, Yi Fu Jeff Hwang, Jian Ming Vernon Lee* // *Mil. Med. Res.* – 2014. – Vol. 1. – P. 21.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.11.2016 р.

Влияние метеорологических факторов, циркулирующих возбудителей на уровень заболеваемости острыми респираторными заболеваниями у военнослужащих

Influence of meteorological factors, circulating pathogen incidence on the level of morbidity with acute respiratory diseases at servicemen

*В.И. Трихлеб¹, С.Л. Литовка²,
С.А. Морзун², В.М. Остапенко³,
М.А. Третьяков³, С.И. Ткачук⁴, Л.В. Котюк³*

*V.I. Tryhlib¹, S.L. Lytovka²,
S.O. Morhun², V.M. Ostapenko³,
M.O. Tretyakov³, S.I. Tkachuk⁴, L.V. Kotyuk³*

¹Украинская военно-медицинская академия,
г. Киев, Украина

¹Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine

²Центральное санитарно-эпидемиологическое управление
Министерства обороны Украины, г. Киев, Украина

²Central Sanitary and Epidemiological Department
Ministry of Defence of Ukraine, Kyiv, Ukraine

³10-е Региональное санитарно-эпидемиологическое

³10th Regional Sanitary and Epidemiological Department

управление Министерства обороны Украины,
г. Киев, Украина

Ministry of Defence of Ukraine, Kyiv, Ukraine

⁴Военно-медицинский клинический центр
Западного региона, г. Львов, Украина

⁴Military Clinical Medical Centre of Western Region
Ministry of Defence of Ukraine, Lviv, Ukraine

Цель – изучить и проанализировать заболеваемость военнослужащих болезнями органов дыхания, влияние особенностей военной службы и метеорологических факторов на уровень заболеваемости.

Purpose – to study and analyze servicemen morbidity of respiratory diseases, influence of military service features and meteorological factors on the level of incidence.

Материалы и методы. В ходе исследования использованы данные учетно-медицинской документации и статистической отчетности, метеорологические показатели по месту исследования. Применялись статистический, аналитический, библиосемантический методы.

Materials and methods. During research the data of the medical documentation, statistical reports and meteorological parameters at the place of study have been used. Applied statistical, analytical bibliosemantic methods.

Результаты. В структуре заболеваемости военнослужащих срочной службы болезнями органов дыхания первые места заняли острые респираторные заболевания (70%), острые тонзиллиты (22%) и пневмонии (8%). Повышение заболеваемости было обусловлено как прибытием молодого пополнения, так и сезонными факторами. Динамика заболеваемости среди мобилизованных военнослужащих больше зависела от прибытия нового пополнения. Во время повышения уровня заболеваемости в разные периоды года изменяется и структура вероятных возбудителей острых респираторных заболеваний.

Results. In the structure of morbidity military men of urgent service on respiratory diseases the first places have occupied acute respiratory infections (70%), acute tonsillitis (22%) and pneumonia (8%). Increase of incidence has been caused as arrival of young replenishment and seasonal factors. Dynamics of morbidity among mobilized military men more dependent on arrival of new replenishment. During the increase of incidence level in different periods of year the structure of possible activators of acute respiratory diseases varies also.

Выводы. На уровень заболеваемости военнослужащих влияют прибытие нового пополнения и метеорологические факторы. Последние влияют как на состояние организма людей, так и на циркуляцию отдельных возбудителей острых респираторных заболеваний.

Conclusions. The level of incidence of military men is influenced with arrival of new replenishment and meteorological factors. The last influence both the condition of an organism of people and on circulation of separate agents of acute respiratory diseases.

Ключевые слова: острые респираторные заболевания, пневмония, метеорологические факторы, военнослужащие.

Key words: acute respiratory diseases, pneumonia, meteorological factors, military man.

Відомості про авторів

Трихліб Володимир Іванович – д.мед.н., доц., проф. кафедри військової терапії Української військово-медичної академії; вул. 11 лінія, 1, м. Ірпінь, 08203, Україна.

Литовка Сергій Леонідович – майор медичної служби, начальник Центрального санітарно-епідеміологічного управління Міністерства оборони України; пр-т Повітрофлотський, 6, м. Київ, 03168, Україна.

Моргун Сергій Олександрович – майор медичної служби, заступник начальника санітарно-гігієнічного відділу Центрального санітарно-епідеміологічного управління Міністерства оборони України; пр-т Повітрофлотський, 6, м. Київ, 03168, Україна.

Остапенко В'ячеслав Михайлович – полковник медичної служби, начальник 10 Регіонального санітарно-епідеміологічного управління Міністерства оборони України; вул. Госпітальна, 16, м. Київ, 01133, Україна.

Третьяков Михайло Олександрович – майор медичної служби, начальник санітарно-епідеміологічного відділу 10-го Регіонального санітарно-епідеміологічного управління Міністерства оборони України; вул. Госпітальна, 16, м. Київ, 01133, Україна.

Ткачук Степан Іванович – полковник медичної служби, начальник клініки інфекційних хвороб Військово-медичного клінічного центру Західного регіону; вул. Личаківська, 26, м. Львів, 79008, Україна.

Котюк Людмила Володимирівна – лаборант лабораторії особливо небезпечних інфекцій лабораторного відділу 10-го Регіонального санітарно-епідеміологічного управління Міністерства оборони України; вул. Госпітальна, 16, м. Київ, 01133, Україна.

УДК 614.4:616.936(573.3)

С.П. Алиев, Н.Х. Сапарова, Х.М. Саидов

ЭКОЛОГО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ УСЛОВИЙ, ВЛИЯЮЩИХ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЕСТНОЙ ПЕРЕДАЧИ МАЛЯРИИ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины
Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан,
г. Душанбе, Республика Таджикистан

Цель – провести эпидемиологический анализ условий, влияющих на распространение и восстановление местной передачи малярии в Таджикистане.

Методы: библиосемантический, эпидемиологический, структурно-логического анализа.

Результаты. Южные районы Республики Таджикистан, являющиеся местом обитания двух основных переносчиков малярии *An. pulcherrimus*, *An. superpictus* и граничащие с Исламским Государством Афганистан, обладают высокой восприимчивостью и уязвимостью к восстановлению малярии. Поэтому, даже относительно небольшое число завозных случаев малярии или комаров, инфицированных малярией на территории Исламского Государства Афганистан, может привести к реактивации старых очагов, возникновению новых и последующему распространению малярии по территории всей страны.

Выводы. Условиями, влияющими на распространение и восстановление местной передачи малярии в Таджикистане, являются наличие соответствующей экосистемы и близость Исламского Государства Афганистан с высоким уровнем поражения малярией, а также низкий уровень подготовки медицинских работников и санитарной культуры населения.

Ключевые слова: малярия, Таджикистан, комары, переносчики, экосистема.

Введение

Малярия является на сегодняшний день важным в эпидемиологическом плане инфекционным заболеванием [3], которому уделяется особое внимание на глобальном уровне [1, 2, 4]. Проблема малярии актуальна и для Таджикистана [5].

Климат Республики Таджикистан благоприятно влияет на длительность сезона передачи малярии, который в отдельных регионах, в частности, в Хатлонской области, достигает 6–7 месяцев [6].

Цель работы – провести эпидемиологический анализ условий, влияющих на распространение и восстановление местной передачи малярии в Таджикистане.

Методы: библиосемантический, эпидемиологический, структурно-логического анализа.

Результаты исследования и их обсуждение

Больные малярией регистрируются в республике в течение всего года, но передача инфекции наиболее интенсивно происходит с июня по октябрь в связи с массовым вылетом разных видов малярийных комаров. Значительное увеличение числа случаев малярии наблюдается с апреля – это весенняя волна проявления заражений трехдневной малярией в прошлом году, затем в июне начинается сезон передачи при среднесуточной температуре +25⁰С и выше, и число случаев продолжает возрастать, достигая максимума в августе–сентябре,

после чего в октябре–ноябре снижается при более низких среднесуточных температурах. На первом месте по пораженности малярией находится Хатлонская область, которая включает две зоны: Курган-Тюбинскую и Кулябскую. Эта область относится к долинно-пустынный типу ландшафта Южного Таджикистана.

В Хатлонской области количество годовых осадков колеблется в пределах 800–1000 мм. Дожди идут с марта по апрель и с ноября по декабрь. В результате ливневых дождей потоки воды образуют водоемы, у истоков большинства из которых образуются ручьи, полноводные только в сезон дождей, а во время сухого сезона (с мая по октябрь) они мелеют.

Эта зона является наиболее благоприятной для вылета малярийных комаров. На ее территории обитают два основных переносчика малярии: *An. pulcherrimus*, *An. superpictus*. Повышение заболеваемости малярией в данной области можно объяснить близостью афганских селений, неблагополучных по малярии. Основными местами вылета *Anopheles* на этой территории являются многочисленные ручьи – арыки, вдоль которых образуются разветвления, заполняющиеся стоячей или медленно текущей водой, а также водоемы, образованные при затоплении ям и заброшенных ирригационных сооружений.

В центральной, юго-восточной, северной и северо-западной частях республики преобладает ущельно-речной и горно-речной типы ландшафтно-маляриогенных зон. Учитывая быстрое течение рек, а также сравнительно низкую температуру воздуха, районы, расположенные на

данной территории, эпидемиологическую опасность не представляют (кроме населенных пунктов, граничащих с неблагоприятными по малярии территориями). В распространении малярии важную роль играет образ жизни и сельскохозяйственная деятельность человека. Так, например, жители Хатлонской области (Курган-Тюбинская зона) занимаются рисоводством, в результате чего возникают дополнительные места выплода малярийных комаров, что способствует росту численности комаров *Anopheles*. С каждым годом в этой области увеличивается площадь хлопковых полей, ведется строительство ирригационных систем, что приводит к ухудшению маляриологической ситуации.

Низкий социально-экономический уровень жизни населения, практически полное отсутствие канализации, наличие водных площадей вокруг домов создают благоприятные условия для размножения комаров. Интенсивная миграция населения осложняет ситуацию по малярии, как на территории временного пребывания трудовых мигрантов, так и по возвращению их в места постоянного проживания. Маляриологическая ситуация в Таджикистане, несмотря на проводимые мероприятия, остается тревожной, потому что происходит завоз малярии вследствие миграционных процессов и залета зараженных малярийных комаров из определенных близко расположенных населенных пунктов Афганистана, где имеются стойкие очаги малярии, уже не одно десятилетие, и практически не проводятся противокомариные обработки.

Основные факторы, отрицательно влияющие на маляриологическую ситуацию в Таджикистане:

- продолжение интенсивной передачи малярии в зонах афгано-таджикской границы, где доступ населения к первичной медицинской помощи и ее качество остаются недостаточными;
- дефицит эффективных инсектицидов и ограниченный объем проведения противочленичных мероприятий;
- недостаточная квалификация медицинских работников в области клинической и лабораторной диагностики малярии;
- отсутствие оперативной информации о маляриологической ситуации в пограничных районах Афганистана и синхронности в проведении противомаларийных мероприятий;
- недостаточные знания населения о мерах профилактики малярии и борьбы с ней.

Нами изучены и определены виды комаров – основные потенциальные переносчики малярии в республике, такие как *An. pulcherrimus*, *An. superpictus*, *An. hyrcanus*, *An. claviger*, *An. martinus*, которым присущи различные климатогеографические зоны их обитания. Так, *An. pulcherrimus* является основным переносчиком малярии в долинах Южного Таджикистана, встречаясь и на равнинах Северного Таджикистана. Основное место

его выплода – постоянные и временные водоемы в поймах крупных рек (Каферниган, Сыр-Дарья, Вахш, Пяндж) и рисовые чековые поля.

Основное место выплода *An. superpictus* – горные и предгорные районы (Московский, Восейский, Муминабадский, Ховалингский, Кулябский, Горно-Бадахшанская Автономная область), а также предгорные равнины. *An. hyrcanus* – второстепенный переносчик заболевания, встречается на равнинах и низкогорьях, особенно на юге республики; *An. claviger* и *An. martinus* – в горах и на равнинах, чаще всего на севере республики.

Южные районы Республики Таджикистан, граничащие с Исламским Государством Афганистан, обладают высокой восприимчивостью и уязвимостью (по терминологии Всемирной организации здравоохранения), поэтому даже относительно небольшое число завозных случаев малярии (или возникших в результате заноса комарами *Anopheles*, инфицированными на территории Исламского Государства Афганистан) может привести к реактивации старых очагов, возникновению новых и к последующему распространению малярии вглубь страны.

Ситуация осложняется тем, что значительное число населенных пунктов на приграничных территориях Исламского Государства Афганистан находится в пределах 3–5-километровой зоны от населенных пунктов Республики Таджикистан (иногда – на расстоянии всего 50 м), то есть в зоне прямого перелета переносчиков. Таким образом, достижение благополучия по малярии в районах Республики Таджикистан, граничащих с Исламским Государством Афганистан, не является полной гарантией стойкого невозврата этой болезни, которая может быть занесена зараженными переносчиками с сопредельной территории Исламского Государства Афганистан. Увеличению масштабов завоза малярии также будет способствовать расширение экономических связей между Исламским Государством Афганистан и Республикой Таджикистан. В последние годы построены 6 мостов через пограничную реку Пяндж, созданы торговые зоны, организованы 5 авиарейсов в неделю между Республикой Таджикистан и Исламским Государством Афганистан, а также с Пакистаном.

Выводы

Условиями, влияющими на распространение и восстановление местной передачи малярии в Таджикистане, являются наличие соответствующей экосистемы и близость Исламского Государства Афганистан с высоким уровнем поражения малярией, а также низкий уровень подготовки медицинских работников и санитарной культуры населения.

Перспективы дальнейших исследований направлены на изучение влияния миграции населения на распространение малярии в Таджикистане.

Литература

1. *Глобальная стратегия по борьбе с малярией / ВОЗ.* – Женева : 1994. – 36 с.
2. *Кондрашин А. В.* Малярия в мире и глобальная стратегия борьбы с ней / А. В. Кондрашин. – Женева, 1997. – 80 с.
3. *Лысенко А. Я.* Маляриология / А. Я. Лысенко, А. В. Кондрашин. – Женева : Открытые системы, 1999. – 247 с.
4. *Лысенко А. Я.* Руководство по тропическим болезням / А. Я. Лысенко. – Москва – Ленинград : Медицина, 1983. – 120 с.
5. *Орлов В. С.* Малярия : руководство по эпидемиологии инфекционных болезней / В. С. Орлов. – Москва : Медицина, 1993. – Т. 2. – С. 292–308.
6. *Хромов А. С.* Экологически безопасные методы борьбы с малярией и ее переносчиками / А. С. Хромов, А. И. Изотов // Эпидемиология малярии и организации противомаларийных мер : сборник инструктивных материалов Международного учебного семинара. – 1982. – Т. 1. – С. 47.

Дата поступления рукописи в редакцию: 14.11.2016 г.

Еколого-епідеміологічний аналіз умов, що впливають на поширення і відновлення місцевої передачі малярії у Таджикистані

С.П. Алієв, Н.Х. Сапарова, Х.М. Саїдов

Таджицький науково-дослідний інститут профілактичної медицини Міністерства охорони здоров'я і соціального захисту населення Республіки Таджикистан, м. Душанбе, Республіка Таджикистан

Мета – провести епідеміологічний аналіз умов, що впливають на поширення і відновлення місцевої передачі малярії в Таджикистані.

Методи: бібліосемантичний, епідеміологічний, структурно-логічного аналізу.

Результати. Південні райони Республіки Таджикистан, які є місцем проживання двох основних переносників малярії *An. pulcherrimus*, *An. superpictus* і межують з Ісламською Державою Афганістан, мають високу сприйнятливість і вразливість до відновлення малярії. Тому навіть відносно невелике число привізних випадків малярії або комарів, інфікованих малярією на території Ісламської Держави Афганістан, може привести до реактивації старих вогнищ, виникнення нових і подальшого поширення малярії по території всієї країни.

Висновки. Умовами, які впливають на поширення і відновлення місцевої передачі малярії в Таджикистані, є наявність відповідної екосистеми і близькість Ісламської Держави Афганістан з високим рівнем ураження малярією, а також низький рівень підготовки медичних працівників та санітарної культури населення.

Ключові слова: малярія, Таджикистан, комарі, переносники, екосистема.

Ecological and epidemiological analysis of the conditions that affect the distribution and recovery of local malaria transmission in Tajikistan

S.P. Aliyev, N.H. Saparova, H.M. Saidov

Tajik Research Institute of Preventive Medicine
Ministry of Health and Social Protection of the Republic
of Tajikistan, Dushanbe, Tajikistan

Purpose – to conduct epidemiological analysis of the conditions that affect the distribution and recovery of local malaria transmission in Tajikistan.

Methods: bibliosemantic, epidemiological, structural and logical analysis.

Results. The southern areas of Tajikistan, which is the place of residence of two major malaria vectors *An. pulcherrimus*, *An. superpictus* and bordering the Islamic State of Afghanistan, with high sensitivity and vulnerability to malaria recovery. Therefore, even a relatively small number of imported cases of malaria or mosquitoes infected with malaria in the territory of the Islamic State of Afghanistan, can lead to reactivation of old lesions, the emergence of new and further spread of malaria throughout the country.

Conclusions. Conditions that affect the distribution and recovery of local malaria transmission in Tajikistan is the presence of an appropriate ecosystem and the proximity of the Islamic State of Afghanistan with high defeat malaria, and low level of health workers and health culture of the population.

Key words: malaria, Tajikistan, mosquitoes, vectors, ecosystem.

Сведения об авторах

Алиев Самардин Партоевич – к.мед.н., директор Таджикского научно-исследовательского института профилактической медицины Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан; ул. Шевченко, 61, г. Душанбе, 734025, Таджикистан.

Сапарова Наргиза Худайбердиевна – научный сотрудник Таджикского научно-исследовательского института профилактической медицины Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан; ул. Шевченко, 61, г. Душанбе, 734025, Таджикистан.

Саидов Хуршед Мирзокаримович – к.мед.н., заместитель директора Таджикского научно-исследовательского института профилактической медицины Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан; ул. Шевченко, 61, г. Душанбе, 734025, Таджикистан.

УДК 616.-058:616-057.1:65.015

М.П. Гребняк, Р.А. Федорченко

МЕДИЧНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ ШАХТАРІВ – ОСНОВА ТРУДОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ ДЕРЖАВИ

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Мета – обґрунтувати підходи до розвитку медичного менеджменту підземних гірників вугільних шахт.

Матеріали та методи. Загальна чисельність когортних досліджень – 19 тис. осіб. Проаналізовано біля 2 тис. лабораторних аналізів повітря та інструментальних досліджень мікроклімату на робочих місцях шахтарів. Вивчення стану здоров'я проводилось за матеріалами Держкомстату України, умови праці на шахтах аналізувались за матеріалами МЗ України. Методи дослідження – бібліосемантичний, системного підходу, структурно-логічного аналізу.

Результати. Проаналізовано захворюваність гірників та санітарно-гігієнічні умови у шахтах. Встановлено високі рівні тривалості тимчасової втрати працездатності за наступними класами: хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, травми та отруєння. Найпоширенішими є такі професійно обумовлені захворювання – хвороби органів дихання, травми та отруєння, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини у зв'язку із високою запиленістю та нагрівом мікроклімату. Обґрунтовано необхідність удосконалення системи медичного менеджменту, складовими блоками якої є: «Попередні та періодичні медогляди», «Санітарний нагляд», «Профвідбір», «Медико-соціальна експертиза».

Висновки. Високі рівні захворюваності та незадовільні умови праці на вугільних шахтах диктують необхідність удосконалення медичного менеджменту шахтарів.

Ключові слова: медичний менеджмент, шахтарі, професійні захворювання.

Вступ

Охорона здоров'я працездатного населення та його відновлення стає однією із пріоритетних проблем національної безпеки. Дані міжнародної організації праці свідчать про те, що у світі щорічно реєструється понад 169 млн професійних захворювань (ПЗ). В Україні внаслідок ПЗ 10% працівників стають інвалідами, а первинна інвалідність становить 28,9 вип./100 тис. працюючих [5]. За останні 10 років кількість «накопичених» хронічних захворювань зросла на 355% [7].

Особливої актуальності задача збереження та подальшого розвитку трудових ресурсів набуває у вугільній промисловості, у зв'язку з тим, що рівень ПЗ у регіонах розташування вуглевидобувної промисловості значно перевищує загальнонаціональний рівень [2, 9, 15, 16]. Безумовно, проблемою збереження трудового потенціалу країни є погіршення діяльності системи медико-санітарного забезпечення шахтарів. Протягом 1991–2003 рр. кількість МСЧ зменшилась у 11,3 разу [7].

Мета роботи – обґрунтувати підходи до розвитку медичного менеджменту підземних гірників вугільних шахт.

Матеріали та методи

Загальна чисельність когортних досліджень – 19 тис. осіб. Проаналізовано біля 2 тис. лабораторних аналізів повітря та інструментальних досліджень мікроклімату на робочих місцях шахтарів. Вивчення

стану здоров'я проводилось за матеріалами Державного комітету статистики України, Донецького обласного центру медичної статистики, інформатики та АСУ. Умови праці на шахтах аналізувались за матеріалами МОЗ України.

Методи дослідження: бібліосемантичний, системного підходу, структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз стану здоров'я підземних робітників вугільних шахт показав високий ризик розвитку серед них патологічних станів, на що вказує рівень захворюваності. Як видно з таблиці 1, серед шахтарів найчастіше реєструються хвороби органів дихання. Привертають високі рівні тривалості тимчасової втрати працездатності за наступними класами: «Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини», «Травми та отруєння». Про високий рівень розвитку вказаних патологічних станів також свідчить структура захворюваності, у якій перші рангові місця займають хвороби органів дихання, травми та отруєння, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини.

Усі ці хвороби пов'язані, передусім, з умовами праці. Водночас слід зазначити, що хвороби, обумовлені промисловим виробництвом, належать до хронічних захворювань з тривалим перебігом та супроводжують людину протягом усього її життя, навіть після припинення контакту зі шкідливими чинниками виробництва [3, 4, 10–12].

Однією із першочергових задач медицини праці

у вугільній промисловості є побудова медичного менеджменту (ММ). На нашу думку, медичний менеджмент – система управління медико-соціальними заходами, які спрямовані на профілактику професійних та професійно обумовлених захворювань шляхом поліпшення умов праці та оптимізацією медико-санітарного забезпечення. Головну задачу ММ можна сформулювати як забезпечення оптимального рівня функціонування організму у процесі професійної

діяльності при збереженні працездатності протягом усього періоду праці [1, 4, 8, 16]. Під стандартом ММ шахтарів слід розуміти комплекс організаційної структури та функціонального процесу, необхідних для забезпечення управління медичним забезпеченням. Система менеджменту являє собою взаємно об'єднану сукупність наступних блоків: «Попередні та періодичні медогляди», «Санітарний нагляд», «Профвідбір», «Медико-соціальна експертиза» (рис.).

Таблиця 1

Характеристика захворюваності з тимчасовою втратою працездатності у вугільній промисловості

Клас хвороб	Захворюваність		Структура	
	вип. / 100	дні /100	%	ранг
Хвороби нервової системи	7,9	110,3	6,9	4
Хвороби системи кровообігу	6,8	111,6	5,9	5
Хвороби органів дихання	44,0	372,5	38,5	1
Хвороби органів травлення	5,4	102,2	4,7	6
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	15,2	227,0	13,3	3
Травми та отруєння	18,3	461,3	16,0	2
Інші	16,8	193,3	14,7	
Усього	114,4	1678,2	100,0	

Складовими блоку «Попередні та періодичні медогляди» є допуск працівників до роботи зі шкідливими та небезпечними факторами, динамічний контроль за станом здоров'я. Їхніми основними цілями є виявлення ранніх ознак несприятливого впливу виробничого середовища на організм та підвищеного ризику щодо виникнення захворювань.

Обсяг досліджень, перелік спеціалістів, строки проведення оглядів визначаються відповідно до вимог «Переліку шкідливих речовин, небезпечних промислових факторів та робіт». За результатами медичних оглядів робітники гірничодобувної промисловості за станом здоров'я розподіляються на три групи: здорові, хворі та група ризику розвитку професійних та професійно обумовлених захворювань.

Управлінською дією на завершальному етапі є організація реабілітації, тобто заходів, що спрямовані на відновлення порушених функцій, здоров'я та працездатності. Розрізняють наступні види реабілітації: превентивна, медична та соціально обумовлена. Превентивна реабілітація спрямована на попередження професійних захворювань, діагностику преморбідних

станів, підвищення загальної резистентності, відновлення працездатності при стомленні та профілактику перевтоми. Метою медичної реабілітації є проведення власне відновного лікування (патогенетична та симптоматична терапія), що забезпечує повернення (збереження) працездатності. Соціально-трудова реабілітація передбачає відновлення працездатності, раціональне працевлаштування, соціальну адаптацію. Критерії ефективності лікувально-профілактичних заходів та диспансеризації хворих ґрунтуються на диференціальній оцінці стану здоров'я.

Провідними факторами, що обумовлюють професійну захворюваність, є несприятливі умови праці. При цьому найбільшу кількість працівників, які працюють в умовах, що не відповідають санітарно-гігієнічним нормам, зайнято у гірничодобувній промисловості. За даними Держкомстату, у гірничій промисловості в таких умовах працюють понад 67% працівників. Як свідчать дані табл. 2, найбільше робочих місць не відповідають санітарно-гігієнічним нормам за вмістом пилу (51,1% усіх робочих місць).

Таблиця 2

Характеристика умов праці на підприємствах вугільної промисловості України за даними лабораторних досліджень

Показник	Перевищення ГДК, %
Кількість проб на вміст пари та газів / у т.ч. речовин I та II класів безпеки	20,9 / 24,5
Кількість проб на вміст пари та аерозолів / у т.ч. речовин I та II класів безпеки	45,0 / 24,0
Кількість робочих місць, що не відповідають санітарним нормам за вмістом пилу	51,1
Кількість робочих місць, що не відповідають санітарним нормам за метеофакторами	36,3



Рис. Система медичного менеджменту у вугільній промисловості

Ризикометричний аналіз показав, що біля половини усіх проб на вміст пилу та аерозолів перевищують ГДК, у т.ч. кожна четверта проба з речовинами I та II класів небезпеки. Відомо, що при проведенні вибухових робіт атмосфера вугільних шахт забруднюється різними токсичними газами: оксидом вуглецю, оксидом та діоксидом азоту, аерозолем свинцю, формальдегідом, метанолом, вінілхлоридом, трикрезилфосфатом, толуолом, аміаком. Дані табл. 2 свідчать про те, що 36,3% робочих місць у вугільній промисловості не відповідають санітарно-гігієнічним нормативам за метеофакторами. Мікроклімат у вугільних шахтах залежить від глибини пластів, що розробляються, температури та кількості повітря, що подається з поверхні, швидкості руху, а також від вмісту вологи у шахтах. Зі збільшенням глибини температура повітря підвищується в середньому на 1°C через кожні 30–35 м і на глибині 100 м становить 13,8–14,5°C, 860 м – сягає 30°C, а 1000 м – 40°C.

Сьогодні у світі поширюється вчення про критичні контрольні точки (Комітет експертів ВООЗ) [6]. Зростаюче його значення пов'язане з можливістю реалізації на системному рівні заходів щодо охорони здоров'я. Під критичною контрольною точкою мається на увазі процес, операція, процедура, місце або практика, на якій можуть бути реалізовані заходи боротьби або профілактики. Головне їх спрямування – попередження або зниження до мінімуму будь-якої небезпеки, що відбувається в ході виконання даної операції. Головними елементами системи критичних контрольних точок обмеження професійної діяльності є класифікація умов праці, фактори ризику, обмеження життєдіяльності,

зв'язок професійного захворювання з виконуваною роботою, медичний нагляд, профвідбір, медико-соціальна експертиза та встановлення величини втрати працездатності.

Гігієнічна регламентація заснована на принципі мінімізації шкідливого впливу промислових факторів на здоров'я робітників протягом усього періоду трудової діяльності. Трудова діяльність у вугільних шахтах відбувається в умовах постійного впливу промислового пилу, що перевищує допустимі рівні. Небезпека виникнення ПЗ легень залежить від рівня пилу та його агресивності. У якості такого еквіваленту найчастіше використовується ГДК. Ризик виникнення ПЗ значно залежить від маси пилу, що надходить у легені, тобто пилового навантаження. Під пиловим навантаженням розуміється маса пилових частинок, що знаходиться у зоні дихання та потрапляє до легень внаслідок вдихання.

Пріоритетним науковим підходом в охороні праці є концепція професійного ризику, рекомендована ВООЗ та Програмою ООН по навколишньому середовищу. Ризик враховує ступінь коливання від нормативів та можливі наслідки для здоров'я, дозволяє визначити кількісний збиток від нього при виборі ефективних управлінських заходів. В основі кількісної оцінки ризику знаходиться індекс професійних захворювань, що ґрунтується на категоріях ризику та ступеня важкості порушень здоров'я [3, 13, 14, 17, 18].

Метою блоку «Медико-соціальна експертиза» є визначення ступеня обмеження професійної працездатності та життєдіяльності. Його складовими є санітарна характеристика, визначення ПЗ та його зв'язок з

професією, встановлення ступеня професійної працездатності, у якій міститься інформація щодо рівня несприятливих промислових факторів на робочих місцях та коливань їх значень від чинних нормативів [1, 6]. Згідно з МОТ, професійне захворювання – це «захворювання, що розвилось внаслідок дії факторів ризику, обумовлених трудовою діяльністю» [3]. Основні положення діагностики професійних захворювань: розвиток захворювання в ході виконання роботи з високим рівнем запиленості; з'ясування характерних клініко-рентгенологічних та морфологічних симптомів; наявність функціональних симптомів дихальної недостатності; виявлення типових змін (бронхообструктивного синдрому); ступінь наявності патологічного процесу у легенях. Важливим елементом блоку «Медико-соціальна експертиза» є залучення осіб з ПЗ до трудової діяльності. Раціональне працевлаштування інвалідів передбачає своєчасне запобігання впливу несприятливих умов праці, з одного боку, та з іншого – така його організація, яка сприяє заміщенню втрачених і відновленню порушених функцій.

Медичний менеджмент передбачає встановлення абсолютних та відносних медичних протипоказань щодо продовження професійної діяльності. До абсолютних протипоказань належать стани, що перешкоджають виконанню професійних вимог. Відносними протипоказаннями є висока ймовірність погіршення стану здоров'я або зниження техніко-економічних показників. Ступінь втрати професійної працездатності визначається медико-соціальною експертною комісією (МСЕК). До МСЕК подаються наступні документи: направлення ВКК із зазначенням динаміки захворювання, переліку проведених лікувально-профілактичних заходів та їх ефективності; направлення адміністрації підприємства; копія трудової книжки; акт розслідування ПЗ або нещасного випадку на підприємстві; результати обстеження у спеціалізованому профпатологічному центрі. Для визначення причинно-наслідкових зв'язків ПЗ з конкретною професією, що сприяла розвитку захворювання, та строком його встановлення МСЕК, аналізуються висновки лікарні профзахворювань щодо професійного характеру захворювання, акт розслідування ПЗ, результати огляду у МСЕК та функціональних досліджень з урахуванням соціально-трудова факторів. У висновку МСЕК відображується наступна інформація: можливий вплив шкідливих факторів виробництва у попередні роки та натеper (професійний маршрут), виникнення захворювання саме у час роботи з ними, динаміка стану здоров'я при зміні умов праці (клініко-трудова анамнез), ймовірні непрофесійні фактори (шкідливі звички, захворювання непрофесійної етіології, побутові отруєння), стаж роботи в умовах впливу несприятливих факторів промислового виробництва.

Головними критеріями ступеня втрати професійної працездатності є: різко виражена соціальна дезадаптація та необхідність у постійному сторонньому догляді або допомозі – 100% втрати; різко виражене обмеження життєдіяльності, що обумовлює виразну соціальну дезадаптацію, за можливості виконання роботи в адаптованих умовах – 70–80%; значне зниження

можливості соціальної адаптації та втрата працездатності за основною професією, але можливе працевлаштування на роботі з більш низькою кваліфікацією – 50–60%; можливо працювати за своєю професією, але при змінених умовах праці та більш низькій заробітній платні – 30–40%; відсутність підстав для призначення групи інвалідності, але незначне обмеження виконуваної роботи, що обумовлює незначне зниження заробітної платні – 25%.

Профвідбір шахтарів – це система цілеспрямованого відбору людини на роботу у підземних умовах вугільних шахт із різко вираженими специфічними факторами виробництва, що ґрунтується на диференціально-динамічній медико-біологічній експертизі професійно важливих функцій організму. Висновок щодо ступеня придатності людини до конкретної професії та умов (ділянки, горизонту) дається на підставі диференційованої оцінки функціональних показників основних систем організму. Для систематизації та можливості диференційованого практичного використання даних оцінок стану ключових функцій організму гірників прийнято виділяти чотири головні групи обстежених за ступенем їх відповідності обраній професії: придатні, практично придатні, умовно придатні, непридатні.

Групу професійно придатних складають особи, функціональний стан досліджуваних систем організму яких знаходиться у межах норми. Оціночні бали усіх показників відмінні та добрі, загальний бал професійної придатності 4 та вище. Серцево-судинна, дихальна системи, система кровообігу, зоровий та слуховий аналізатори – без патологічних відхилень. У представників цієї групи високий ступінь фізичної працездатності та теплової резистентності (для робітників при розробці глибоких горизонтів копалин), добрий стан головних нейрофізіологічних та психічних функцій та достатня стійкість їх в умовах підвищеної небезпеки.

У практично придатних осіб функціональний стан важливих систем організму знаходиться у межах норми. Оціночні бали усіх показників добрі, загальний бал професійної придатності – вище 3,5, задовільний ступінь фізичної працездатності та теплової резистентності. Однак значення окремих показників виходять за межі фізіологічної норми. Причому функції ці, як правило, не несуть основного навантаження у процесі праці або добре компенсовані іншими. Частина осіб цієї групи потребують оздоровлення (за показниками, виявленими при проведенні поглибленого обстеження).

Групу умовно придатних до робіт у шахті становлять особи, функціональний стан головних систем організму яких знаходиться у межах норми. Оціночні бали показників добрі та задовільні, загальний бал профпридатності – вище 3. У гірників задовільний ступінь фізичної працездатності та теплової резистентності. Значення показників окремих функцій виходять за межі фізіологічної норми. Інколи у однієї особи два або більше показників однієї системи оцінені балом 2 та 1. Представники цієї групи, як правило, потребують лікувально-оздоровчих заходів. Після медичної реабілітації практично усі вони можуть бути

зайняті у шахті на окремих роботах. При цьому враховуються особливості умов праці на конкретному робочому місці. У ряді випадків необхідне проведення заходів із покращення соціально-побутових умов.

Групу професійно непридатних становлять особи з чітко вираженими відхиленнями від фізіологічної норми. У них фіксуються порушення з боку серцево-судинної системи, дихальної системи або системи крові, зорового або слухового аналізаторів; суттєво знижена швидкість реакцій та емоційна стійкість у небезпечних умовах; низький ступінь фізичної працездатності. Усі особи цієї групи потребують проведення медичної реабілітації, після чого можуть бути працевлаштовані, як правило, на виконання робіт на поверхні.

Висновки

1. Найпоширенішими професійно обумовленими захворюваннями серед гірників у вугільній промисловості є хвороби органів дихання, кістково-м'язової системи та сполучної тканини, травми та отруєння.

2. Збереження трудових ресурсів у вугільній промисловості потребує вдосконалення системи організаційної структури та процесів, що детермінують ефективність управління медичним забезпеченням.

3. Складовими блоками медичного менеджменту шахтарів є «Попередні та періодичні медогляди», «Професійний відбір», «Медико-соціальна експертиза».

Перспективи подальших досліджень

Скласти комп'ютерну мережу реєстру персонального обліку та інформації щодо працівників вугільних шахт та умов їхньої праці для виявлення ймовірних причинно-наслідкових зв'язків між професійною захворюваністю та факторами ризику. Розробити стандарти медичних технологій та профвідбору, діагностики професійної патології на різних рівнях. Впровадити систему моніторингу стану здоров'я та професійної придатності за результатами профвідбору, попередніх та періодичних медоглядів для динамічного нагляду за станом здоров'я шахтарів.

Література

1. Гребняк Н. П. Кардио-респираторная функция у горнорабочих / Н. П. Гребняк, В. П. Гребняк. – Донецк : Каштан, 2004. – 228 с.
2. Жуков Е. Л. Организация пропатологической помощи в Кемеровской области / Е. Л. Жуков, О. П. Селедцова, К. В. Щипачев // Медицина труда и промышленная экология. – 2002. – № 10. – С. 21–23.
3. Измеров Н. Ф. Охрана труда рабочих и профилактика профессиональных заболеваний на современном этапе / Н. Ф. Измеров // Медицина труда и промышленная экология. – 2002. – № 1. – С. 1–7.
4. Измеров Н. Ф. Роль профилактической медицины в сохранении здоровья населения / Н. Ф. Измеров // Медицина труда и промышленная экология. – 2000. – № 1. – С. 1–6.
5. Кашуба М. О. Метод проведення коніометричних досліджень аерозоллю / М. О. Кашуба // Гігієна населених місць. – Вип. 4. – Київ, 2003. – С. 51–56.
6. Комитет экспертов ВОЗ. Серия технических докладов 774. – Женева, 1991. – 47 с.
7. Матеріали I Всеукраїнського форуму «Збереження та розвиток трудового потенціалу». – Київ, 2004. – 41 с.
8. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья. – Женева, 2001. – 54 с.
9. Опыт работы центра охраны здоровья по организации медицинской помощи шахтерам Кузбасса / В. В. Агаджанян, В. А. Семенихин, Ю. С. Федоров [и др.] // Медицина труда и промышленная экология. – 2002. – № 10. – С. 27–30.
10. Радионова Г. К. К вопросу об информации профпатологической службы / Г. К. Радионова, Л. Г. Жаворонок, Э. А. Новохатская // Медицина труда и промышленная экология. – 2002. – № 10. – С. 21–26.
11. Связь профессиональной патологии органов дыхания с кумулятивной пылевой экспозицией / Новоселова Т. А., Домнин С. Г., Кашанский С. В., Щербаков С. В. // Медицина труда и промышленная экология. – 2000. – № 3. – С. 24–27.
12. Стан виробничого травматизму в Україні: проблеми і шляхи їх вирішення / Кундієв Ю. І., Лисюк М. О., Нагорна А. М., Дегтяренко Г. Є. // Охорона здоров'я України. – 2003. – № 2. – С. 25–29.
13. Субботин В. В. Профессиональный риск как критерий определения экономической ответственности работодателя / В. В. Субботин, В. В. Ткачев // Медицина труда и промышленная экология. – 2003. – № 5. – С. 43–48.
14. Суворов Г. А. Методология биологической нормы в медицине труда / Г. А. Суворов, И. В. Саночкин // Медицина труда и промышленная экология. – 2003. – № 5. – С. 6–13.
15. Тулеев А. Г. Охрана здоровья работников угольной отрасли и её роль в коррекции демографической ситуации в Кемеровской области / А. Г. Тулеев // Медицина труда и промышленная экология. – 2002. – № 10. – С. 1–3.
16. Эпидемиология профессиональной заболеваемости по отдельным производственным областям и регионам / Гребняк Н. П., Гребняк В. П., Бондаренко Г. А., Гладчук Е. А. // Охорона здоров'я України. – 2003. – № 2. – С. 71–74.

17. JNC 7 Express. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Pressure. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute. National High Blood Pressure Education Program. NIH Publication No. 03-5233. May 2003. – 207 p.
18. *The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure: The JNC 7 report* / Chobanian A. V., Bakris G. L., Black H. R. [et al.] // JAMA. – 2003. – P. 2560–2572.

Дата надходження рукопису до редакції: 08.11.2016 р.

**Медицинский менеджмент шахтёров –
основа трудового потенциала страны**

Н.П. Гребняк, Р.А. Федорченко
Запорожский государственный медицинский
университет, г. Запорожье, Украина

Цель – обосновать подходы к развитию медицинского менеджмента в угольной промышленности.

Материалы и методы. Общая численность когортных исследований составила около 19 тыс. горнорабочих. Проанализировано более 2 тыс. лабораторных исследований атмосферного воздуха и инструментальных исследований микроклимата на рабочих местах шахтёров. Изучение состояния здоровья шахтёров проводилось по материалам Госкомстата Украины. Условия труда на шахтах анализировались по материалам МЗ Украины. Использованные методы: библиосемантический, системного подхода, структурно-логического анализа.

Результаты. Проанализирована заболеваемость горнорабочих и санитарно-гигиенические условия в шахтах. Наиболее распространёнными являются профессионально обусловленные заболевания (органов дыхания, костно-мышечной системы, травмы), в основном из-за высокой запылённости и нагревающего микроклимата. Обоснована необходимость совершенствования медицинского менеджмента в угольной промышленности, составляющими блоками которого служат «Предварительные и периодические медицинские осмотры», «Санитарный надзор», «Профотбор», «Медико-социальная экспертиза».

Выводы. Высокие уровни заболеваемости и неудовлетворительные условия труда на угольных шахтах диктуют необходимость совершенствования системы медицинского менеджмента шахтёров.

Ключевые слова: медицинский менеджмент, шахтёры, профессиональные заболевания.

**Medical management of miners –
the basis of labor potential of the State**

M.P. Grebnyak, R.A. Fedorchenko
Zaporizhzhia State Medical University,
Zaporizhzhia, Ukraine

Purpose – to study approaches improving medical management in the coal industry.

Materials and methods: the total number of studies cohort was about 19 thousand miners. It analyzed more than 2 thousand. Laboratory tests of air and climate research tools in the workplace miners. The study of the health of the miners carried out on materials State Statistical Office Ukraine, informatics and automation. Working conditions in the mines were analyzed based on the Ministry of Health of Ukraine. Methods of system analysis, causal analysis and logic synthesis were used.

Results. Analyzed the morbidity of miners, sanitary and hygienic conditions in the mines. The most common are the professional-related diseases (respiratory, musculoskeletal system, injuries), mainly due to high dustiness and microclimate heating. The necessity of improving the medical management in the coal industry. Building blocks which are “Preliminary and Periodic Medical Examinations”, “Sanitary Supervision”, “Occupational selections”, “Medical and social expertise”.

Conclusions. High levels of morbidity and poor working conditions in coal mines dictated by the need to improve health management system of miners.

Key words: medical management, miners, occupational diseases.

Відомості про авторів

Гребняк Микола Петрович – д.мед.н., проф. кафедри загальної гігієни та екології Запорізького державного медичного університету; пр-т Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, Україна.

Федорченко Руслана Анатоліївна – к.мед.н., асистент кафедри загальної гігієни та екології Запорізького державного медичного університету; пр-т Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, Україна.

Література

1. *Здоровье – 2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века* (ВОЗ, 2013 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://online.zakon.kz /Document/?doc_id =31570892 &mode=p. – Название с экрана.
2. *Разработка показателей для целевых ориентиров политики Здоровье-2020*. Первое совещание группы экспертов. Утрехт, Нидерланды, 18–19 июня 2012 г. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0016/172510/Developing-indicators-for-the-Health-2020-targets-Rus.pdf, по состоянию на 29 мая 2013 г. – Название с экрана.
3. *Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being* // Health in All Policies International Meeting, Adelaide, 13–15 April 2010. – Geneva : WHO, 2010.
4. *Constructing the evidence base on the social determinants of health: a guide* ; J. Bonnefoy, A. Morgan, M. P. Kelly [et al.] ; Measurement and Evidence Knowledge Network, Commission on Social Determinants of Health. – Geneva: WHO, 2007.
5. *Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival* / J. E. Lawn, H. Blencowe, S. Oza [et al.] ; Lancet Every Newborn Study Group // Lancet. – 2014. – Jul. 12; Vol. 384 (9938). – P. 189–205.
6. *Marmot M. G. Social determinants of health* / M. G. Marmot, R. G. Wilkinson, E. Brunner. – New York : Oxford University Press, 2006.
7. *Priorities for research on equity and health: implications for global and national priority setting and the role of WHO to take the health equity research agenda forward*. – Geneva : WHO, 2010.

Дата надходження рукопису до редакції: 08.11.2016 р.

Детерминанты младенческой смертности в зависимости от пола и места проживания

С.В. Дудник

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

Цель – изучить, проанализировать и определить динамику, структуру и тенденции младенческой смертности в Украине (в зависимости от пола, места жительства и по основным причинам смерти) за период 2012–2015 гг.

Материалы и методы. Исследование проведено на основе статистических данных Государственного комитета статистики Украины за период 2012–2015 гг. Методы: аналитический, статистический, сравнительного анализа, системного подхода.

Результаты и выводы. Установлены тенденции уровня и структуры младенческой смертности в зависимости от пола и места жительства (город, село). Общий уровень младенческой смертности как мальчиков,

так и девочек имеет тенденцию к снижению на 6,4%. Общий уровень младенческой смертности мальчиков на 19,9% выше аналогичного у девочек. Показатели младенческой смертности мальчиков как в сельской местности, так и в городских поселениях, выше аналогичных показателей у девочек. Смертность как мальчиков, так и девочек первого года жизни с учетом места проживания (городские поселения, сельская местность) имеет тенденции к снижению, причем более значительные тенденции к снижению прослеживаются в городской местности. Показатели младенческой смертности в сельской местности выше, чем в городских поселениях (мальчики – на 9,5%, девочки – на 23,2%). В дальнейшем необходимо исследовать региональную дифференциацию младенческой смертности, провести комплексную оценку факторов риска возникновения детской смертности.

Ключевые слова: младенческая смертность, детерминанты младенческой смертности, причины смерти, структура смертности, уровень смертности, смертность в зависимости от пола и места жительства (город, село).

The determinants of infant mortality in Ukraine according to gender and place of residence

S.V. Dudnyk

PE «Ukrainian Institute of Strategic Researches
MHC of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – to examine, analyze and determine the dynamics of the level, structure and tendencies of infant mortality in Ukraine according to gender, causes of death and place of residence for the period 2012–2015.

Materials and methods. Statistical data of the State Statistics Committee of Ukraine for the period 2012–2015. The following methods were used: analytical, statistical, comparative analysis, a systematic approach.

Results and conclusions. During the study were identified current tendencies of the level and structure of infant mortality according to gender, causes of death and place of residence. The overall infant mortality rate for both

boys and girls has a tendency of decrease by 6.4%. The overall infant mortality rate of boys is greater than 19.9% total rate of infant mortality of girls. The indicators of infant mortality of boys both rural and urban areas is higher than those of infant mortality of girls from urban and rural areas. Mortality both boys and girls, taking into account the place of residence (urban settlements, rural) under the age of 1 year has a tendency to decrease, a significant downward trend evident in urban areas. The indicators of infant mortality of boys and girls from rural areas is higher than similar rates of mortality in urban areas (9.5% boys, 23.2% girls). There is a need for further study of regional differentiation of infant mortality, carrying out a comprehensive assessment of the risk factors that contribute to child deaths.

Key words: infant mortality, determinants of infant mortality, causes of death, structure of mortality, level of mortality, mortality according to gender and place of residence (urban, rural).

Відомості про автора

Дудник Світлана Валеріївна – к.мед.н., вчений секретар ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

ОЦІНКА ОРГАНІЗАТОРАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СТАНУ ТА ПЕРСПЕКТИВ РОЗВИТКУ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВТОРИННОГО РІВНЯ

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

Мета – дослідити оцінку організаторами охорони здоров'я України стану та перспектив розвитку променевої діагностики в закладах охорони здоров'я вторинного рівня.

Матеріали та методи. З використанням методу соціологічних досліджень було опитано 400 організаторів охорони здоров'я, які працюють у закладах охорони здоров'я вторинного рівня. Із загальної кількості опитаних головних лікарів міських лікарень було 37, головних лікарів центральних районних лікарень – 82, заступників головних лікарів – 126, завідувачів відділень – 155.

Результати. Задовільно оцінили організацію роботи служби променевої діагностики 51,3% головних лікарів міських лікарень, 37,2% головних лікарів центральних районних лікарень, 51,2% заступників головних лікарів та 33,9% завідувачів відділень. Із запропонованих шляхів оптимізації діяльності служби променевої діагностики на рівні госпітального округу всі категорії респондентів найбільше підтримали оснащення сучасним обладнанням відповідно до клінічних протоколів (усі групи опитаних – 100,0%, заступники головних лікарів – 96,8%), використання інформаційних технологій (у межах 83,7–97,9%) та підвищення професійного рівня лікарів-радіологів (у межах 61,2–95,2%).

Висновки. Серед опитаних організаторів охорони здоров'я найвище оцінили організацію променевої діагностики в закладах охорони здоров'я вторинного рівня головні лікарі міських лікарень, а найнижче – завідувачі структурних підрозділів лікарень.

Ключові слова: заклад охорони здоров'я вторинного рівня, променева діагностика, організатор охорони здоров'я, опитування.

Вступ

Променеві методи діагностики займають одне з найважливіших місць у діагностиці захворювань [3]. Особливого значення набувають сучасні методи променевої діагностики для надання інтенсивної медичної допомоги у невідкладних станах [1–2]. Оцінка організаторами охорони здоров'я стану та перспектив розвитку променевої діагностики в закладах охорони здоров'я вторинного рівня є актуальною в умовах реформування системи вторинної медичної допомоги та створення госпітальних округів [4–6].

Мета роботи – дослідити оцінку організаторами охорони здоров'я України стану та перспектив розвитку променевої діагностики в закладах охорони здоров'я вторинного рівня.

Матеріали та методи

За спеціально розробленою анкетною з використанням методу соціологічних досліджень було опитано 400 організаторів охорони здоров'я, які працюють у закладах охорони здоров'я вторинного рівня. Із загальної кількості опитаних головних лікарів міських лікарень (МЛ) було 37, головних лікарів центральних районних лікарень (ЦРЛ) – 82, заступників головних лікарів – 126, завідувачів відділень – 155. Анкети

розроблялися із дотриманням сучасних біоетичних принципів, відповідно до вимог соціологічних досліджень, із забезпеченням конфіденційної інформації про респондентів та їх права у будь-який момент відмовитись від опитування, а також можливістю при мінімальній кількості питань одержати необхідну інформацію. Отримані в ході дослідження дані оброблялися з використанням статистичного методу.

Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження вивчалася думка респондентів щодо стану організації променевої діагностики в закладах охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги. Зведені та статистично опрацьовані результати дослідження наведено у табл. 1. Як видно з таблиці, задовільно оцінюють стан організації служби променевої діагностики 51,3% головних лікарів МЛ, 37,2% головних лікарів ЦРЛ, 51,2% заступників головних лікарів та 33,9% завідувачів структурних підрозділів закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги. При цьому:

– частка головних лікарів МЛ, які впевнені, що променева діагностика відповідає сучасним клінічним вимогам, становить 11,8%; задоволені рівнем матеріально-технічної бази 13,5%, задоволені рівнем професійної підготовки лікарів-радіологів – 29,7%,

задоволені рівнем професійної підготовки з питань променевої діагностики лікарів клінічного профілю 24,4% респондентів цієї групи;

– частка головних лікарів ЦРЛ, які впевнені, що організація променевої діагностики у закладі відповідає сучасним вимогам, становить 13,2%; задоволені матеріально-технічним забезпеченням 14,4%, задоволені рівнем професійної підготовки лікарів-радіологів 38,8%, задоволені рівнем професійної підготовки з питань променевої діагностики лікарів клінічного профілю 20,4% опитаних головних лікарів;

– частка заступників головних лікарів, які впевнені, що організація променевої діагностики у закладі відповідає сучасним клінічним вимогам,

становить 7,2%; задоволені матеріально-технічною базою 12,0%, задоволені рівнем професійної підготовки лікарів-радіологів 33,6%, задоволені рівнем професійної підготовки з питань променевої діагностики лікарів клінічного профілю 19,2% респондентів даної групи;

– частка завідувачів структурними підрозділами, які впевнені, що робота відділення променевої діагностики відповідає сучасним клінічним вимогам, становить 3,2%; задоволені рівнем матеріально-технічної бази 2,6%, задоволені рівнем професійної підготовки лікарів-радіологів 28,2%, задоволені рівнем професійної підготовки з питань променевої діагностики лікарів клінічного профілю 14,1% керівників структурних підрозділів.

Таблиця 1

Оцінка організаторами охорони здоров'я стану організації променевої діагностики в закладах охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги, %

Показник	Головні лікарі МЛ	Головні лікарі ЦРЛ	Заступники головних лікарів	Завідувачі відділень
Загальна оцінка стану організації променевої діагностики:				
- задовільна	51,3	37,2	51,2	33,9
- незадовільна	48,7	62,8	48,8	66,1
Відповідність організації променевої діагностики сучасним клінічним вимогам:				
- відповідає	11,8	13,2	7,2	3,2
- частково відповідає	55,8	66,4	53,6	42,2
- не відповідає	32,4	20,4	39,2	54,6
Задоволені матеріально-технічною базою:				
- задоволені	13,5	14,4	12,0	2,6
- частково задоволені	48,7	64,0	47,2	40,9
- не задоволені	37,8	21,6	40,8	56,5
Задоволені рівнем професійної підготовки лікарів-радіологів:				
- задоволені	29,7	38,8	33,6	28,2
- частково задоволені	51,4	28,8	42,4	46,9
- не задоволені	18,9	32,4	24,0	24,9
Задоволені рівнем професійної підготовки лікарів клінічного профілю з променевої діагностики:				
- задоволені	24,4	20,4	19,2	14,1
- частково задоволені	37,8	40,8	30,4	41,6
- не задоволені	37,8	38,8	50,4	44,3

Далі вивчалася та аналізувалася думка респондентів щодо оперативних політик як перешкод для ефективної діяльності служби променевої діагностики відповідно до сучасних клінічних вимог. Як видно з табл. 2, організатори охорони здоров'я вважають, що найбільше перешкоджають ефективній діяльності служби променевої діагностики наступні оперативні політики: недостатнє фінансування (у межах 83,2–90,8%), відсутність сучасного обладнання (у межах 64,8–90,8%), низький рівень знань лікарями клінічних протоколів (у межах 48,0–72,9%), недосконала система оцінки діяльності служби (у межах 42,4–62,1%). Досить велика

частка респондентів вказала на низьку кваліфікацію лікарів-радіологів (у межах 18,9–32,4%).

Наступним кроком дослідження було вивчення ставлення організаторів охорони здоров'я до шляхів оптимізації діяльності служби променевої діагностики на рівні госпітального округа. Аналіз наведених у табл. 3 даних свідчить про те, що із запропонованих шляхів оптимізації діяльності служби на рівні госпітального округа всі категорії респондентів найбільше підтримали необхідність оснащення закладів охорони здоров'я сучасним обладнанням відповідно до клінічних протоколів (усі 100,0%, а заступники головних лікарів – 96,8%),

використання інформаційних технологій (у межах 83,7–97,9%) та підвищення професійного рівня лікарів-радіологів (у межах 61,2–95,2%). Створення на базі лікарні інтенсивного лікування центру променевої діагностики на рівні госпітального округу респонденти підтримали в

межах 62,1–78,7% опитаних категорій організаторів охорони здоров'я, а запровадження фінансування через механізм державно-приватного партнерства підтримали, відповідно, 55,7–97,5% опитаних.

Таблиця 2

Оперативні політики, як перешкоджають ефективній діяльності служби променевої діагностики відповідно до сучасних клінічних вимог, %

Оперативна політика	Головні лікарі МЛ	Головні лікарі ЦРЛ	Заступники головних лікарів	Завідувачі відділень
Недосконала нормативна база	32,4	34,8	33,6	19,8
Недостатнє фінансування	83,7	92,4	83,2	90,8
Відсутність сучасного обладнання	64,8	85,2	74,4	90,8
Відсутність лікарів-радіологів	5,4	6,0	4,0	3,8
Низький рівень кваліфікації лікарів-радіологів	18,9	32,4	24,0	24,9
Недосконала система оцінки діяльності служби	62,1	51,6	42,4	53,7
Низький рівень знань лікарями клінічних протоколів	72,9	68,4	59,2	48,0
Безвідповідальність за невиконання галузевих стандартів медичної допомоги	56,7	46,8	45,6	44,2

Таблиця 3

Ставлення організаторів охорони здоров'я до шляхів оптимізації служби променевої діагностики на рівні госпітального округу, %

Інновації	Головні лікарі МЛ	Головні лікарі ЦРЛ	Заступники головних лікарів	Завідувачі відділень
Створення центру променевої діагностики на рівні госпітального округу	62,1	73,2	78,4	78,7
Використання інформаційних технологій в організації служби променевої діагностики на рівні госпітального округу	83,7	88,8	93,6	97,9
Оснащення сучасним обладнанням відповідно до клінічних протоколів	100,0	100,0	96,8	100,0
Підвищення професійного рівня лікарів-радіологів	70,7	61,2	95,2	85,8
Навчання лікарів клінічного профілю питання сучасної променевої діагностики	75,6	79,6	82,5	85,8
Удосконалення системи оцінки діяльності служб променевої діагностики	62,1	51,6	42,4	53,7
Впровадження фінансування через механізм державно-приватного партнерства	64,8	63,6	97,5	55,7

Висновки

Серед опитаних організаторів охорони здоров'я найбільш позитивно оцінили організацію променевої діагностики в закладах охорони здоров'я вторинного рівня головні лікарі міських лікарень, а найбільш негативно – завідувачі структурних підрозділів лікарень. Опитані організатори охорони здоров'я вказали на найвищий

рівень наступних оперативних політик як перешкод до ефективної діяльності служби променевої діагностики відповідно до сучасних клінічних вимог: недостатнє фінансування (у межах 83,2–90,8%), відсутність сучасного обладнання (у межах 64,8–90,8%), низька обізнаність лікарів із клінічними протоколами (у межах 48,0–72,9%), недосконала система оцінки діяльності служби (у межах 42,4–62,1%). Із запропонованих шляхів оптимізації

діяльності служби променевої діагностики на рівні госпітального округу всі категорії респондентів найвище оцінили необхідність оснащення закладів охорони здоров'я сучасним обладнанням відповідно до клінічних протоколів (усі 100,0%, а заступники головних лікарів – 96,8%), використання інформаційних технологій в організації служби променевої діагностики на рівні госпітального округу (у межах 83,7–97,9%) та підняття

професійного рівня лікарів-радіологів (у межах 61,2–95,2%).

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням доступності та якості променевої діагностики для пацієнтів закладів охорони здоров'я вторинного рівня.

Література

1. Качур О. Ю. Вплив різних моделей організації променевої діагностики на ефективність і терміни її застосування при наданні стаціонарної медичної допомоги / О. Ю. Качур, Г. О. Слабкий // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2014. – № 4. – С. 5–7.
2. Качур О. Ю. Основні показники діяльності рентгенологічної служби системи охорони здоров'я України / О. Ю. Качур // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2013. – № 4. – С. 9–12.
3. Лучевая диагностика: что показывает МРТ, ПЭТ, КТ, рентген [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://mrt-uzi.com>. – Название с экрана.
4. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів / Аніщенко О. В., Моїсеєнко Р. О., Слабкий Г. О. [та ін.]. – Київ, 2011. – 149 с.
5. Слабкий Г. О. Модель лікарні майбутнього / Г. О. Слабкий, Г. Я. Пархоменко. – Київ, 2010. – 60 с.
6. Слабкий Г. О. Потреба лікарні інтенсивного лікування в променевих методах діагностики / Г. О. Слабкий, О. Ю. Качур // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 2. – С. 63–67.

Дата надходження рукопису до редакції: 03.11.2016 р.

Оценка организаторами здравоохранения состояния и перспектив развития лучевой диагностики в учреждениях здравоохранения вторичного уровня

А.Ю. Качур

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

Цель – исследовать оценку организаторов здравоохранения Украины состояния и перспектив развития лучевой диагностики в учреждениях здравоохранения вторичного уровня.

Материалы и методы. С использованием метода социологических исследований было опрошено 400 организаторов здравоохранения, которые работают в учреждениях здравоохранения вторичного уровня. От общего количества опрошенных главных врачей городских больниц было 37, главных врачей центральных районных больниц – 82, заместителей главных врачей – 126, заведующих отделениями – 155.

Результаты. Удовлетворительно оценили организацию работы службы лучевой диагностики 51,3% главных врачей городских больниц, 37,2% главных врачей центральных районных больниц, 51,2% заместителей главных врачей и 33,9% заведующих отделениями. Из предложенных путей оптимизации деятельности службы лучевой диагностики на уровне госпитального округа все категории респондентов наиболее поддержали оснащение современным оборудованием в соответствии с клиническими протоколами (все группы опрошенных – 100,0%, заместители главных врачей – 96,8%), использование информационных технологий (в пределах 83,7–97,9%) и повышение профессионального уровня врачей-радиологов (в пределах 61,2–95,2%).

Выводы. Среди опрошенных организаторов здравоохранения наиболее высоко оценили организацию лучевой диагностики в учреждениях здравоохранения вторичного уровня главные врачи городских больниц, а наиболее низко – заведующие структурными подразделениями больниц.

Ключевые слова: учреждение здравоохранения вторичного уровня, лучевая диагностика, организатор здравоохранения, опрос.

Evaluation of the condition and prospects of radial diagnostics development in health care institutions of the secondary level by health care organizers

O.Yu. Kachur

PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Purpose – to study the assessment of the condition and prospects of radial diagnostics development in the secondary level health care institutions by health care organizers in Ukraine.

Materials and methods. 400 health care organizers who work in the secondary level health care institutions were surveyed with the use of the method of sociological research. There were 37 Chief Doctors of city hospitals, 82 Chief Doctors of the central district hospitals, 126 Deputy Chief Doctors, 155 heads of departments among the surveyed physicians.

Results. 51.3% Chief doctors of city hospitals, 37.2% of Chief doctors of the central district hospitals, 51.2% Deputy Chief doctors and 33.9% of the heads of departments assessed the organization of radial diagnostics service as satisfactory one. Of the suggested ways to optimize the activity of radial diagnostics service at hospital circuit level all the categories of respondents supported mostly supply with modern equipment according to clinical protocols (all groups of respondents – 100% Deputy Chief doctors – 96.8%), the use of information technologies (within 83.7 – 97.9%) and improving the professional level of doctors-radiologists (within – 61.2–95.2%).

Conclusions. Among the surveyed health care organizers the highest rate was given to the organization of radial diagnostics service in the secondary level health care institutions by the Chief Doctors of city hospitals and the lowest one by the heads of structural units of hospitals.

Key words: secondary level health care institution, radial diagnostics, health care organizers, survey.

Відомості про автора

Качур Олександр Юрійович – к.мед.н., н.с. ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 314.4:616.31-008.1(477.87)

А.О. Керецман

ОБСЯГ І СТРУКТУРА ВТРАЧЕНИХ РОКІВ ПОТЕНЦІЙНОГО ЖИТТЯ ВІД ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет» м. Ужгород, Україна

Мета – обґрунтувати рекомендації щодо практичного застосування методики розрахунку обсягу втрат років потенційного життя через передчасну смертність від хвороб органів травлення населення у Закарпатській області.

Матеріали та методи. За допомогою методів потенціальної демографії та стандартизації проаналізовано офіційні дані щодо кількості померлих, віку та причин смерті у 2013 році.

Результати. Показник втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності від хвороб органів травлення у Закарпатській області у 2013 р. становив 812,3 на 100 тис. населення віком до 65 років. Перевищення українського рівня становить на 15,5%, або у 1,2 разу. Структура втрачених років потенційного життя у різних зонах області істотно відрізняється як за величиною, так і за внеском окремих нозологій у його формування.

Висновки. Більшість втрат (90%) обумовлена трьома основними нозологіями – фіброз і цироз печінки, гострий панкреатит та алкогольна хвороба печінки. Найвищий рівень втрачених років потенційного життя відмічається у гірській зоні.

Ключові слова: передчасна смертність, втрачені роки потенційного життя, хвороби органів травлення, Закарпатська область.

Вступ

У Європейському регіоні відбуваються важливі демографічні зміни, які визначають потреби у зміцненні здоров'я, профілактиці захворювань і наданні медичної допомоги. Однак темпи та інтенсивність таких змін у різних країнах, всередині самих країн і в різних групах населення мають відмінності, що породжує нові проблеми та різноманітність медико-санітарних ситуацій, які потребують особливого підходу [1]. Враховуючи глобальні зміни навколишнього середовища, суспільства та охорони здоров'я, які формують принципово нову економічну парадигму сучасного розвитку держави [3], відтворення здорового населення та зменшення безповоротних втрат внаслідок смертності набуває особливого значення.

Однією з найгостріших сучасних соціальних проблем України є неприпустимо висока передчасна смертність, яка набагато перевищує аналогічні рівні у розвинутих країн світу (за критеріями ВООЗ, передчасною вважається смертність до 65 років). Основні втрати внаслідок передчасної смертності на сучасному етапі сконцентровано, передусім, в інтервалі працездатного віку, що служить індикатором соціального неблагополуччя у нашій державі [6].

При цьому серйозною проблемою в Україні є хвороби органів травлення (ХОТ), значущість яких, як причини втрат життя і працездатності, останніми роками зростає. Якщо на початку першого десятиріччя ХХІ сторіччя в Україні за класом ХОТ ще зберігалось останнє місце у п'ятірці основних причин смерті, тепер ці захворювання піднялись на вищу сходинку, випередивши клас хвороб органів дихання [7].

Одним із підходів до вивчення демографічних втрат є здійснення розрахунку кількості втрачених років потенційного життя, тобто обсяг недожитих населенням років, за яким смерть вважається передчасною.

Втрачені роки потенційного життя (Years of Potential Life Lost (YPLL) or Potential Life Lost Years, або ВРПЖ) є мірою впливу передчасної смертності на населення і дозволяє оцінити відносну значущість окремих причин смерті у формуванні втрат через передчасну смерть. Адже соціально-економічне значення окремих причин смерті визначається не лише абсолютною кількістю смертей та їх значущістю у структурі, але й впливом на оцінену у роках потенційного життя величину незворотних втрат внаслідок смертності та різну величину внеску у скорочення середньої очікуваної тривалості життя [2, 5, 8, 11]. Крім того, розрахунок ВРПЖ застосовується для обчислення рекомендованого експертами ВООЗ показника DALY – Disability-adjusted life year. Це сума років потенційного життя, втрачених через передчасну смерть, та років, проведених у непрацездатному стані, або погіршення якості життя людини. Він також служить одним з індикаторів здоров'я населення в окремих країнах і використовується для оцінки ефективності політики у сфері охорони здоров'я і діяльності системи охорони здоров'я в Україні [9–11].

Враховуючи, що різні причини зумовлюють різну величину внеску у скорочення середньої очікуваної тривалості життя населення, розрахунок показника ВРПЖ дозволяє оцінити міру впливу передчасної смертності в цілому та відносну значущість окремих причин смерті у формуванні втрат, зокрема через передчасну смерть. Тому розрахунок обсягу та структури

ВРПЖ від ХОТ дає змогу оцінити міру їхнього впливу на передчасну смертність в цілому та відносну значущість окремих гастроентерологічних нозологій, як причин смерті, у формуванні втрат через її настання. Це, в свою чергу, дозволить моделювати ймовірні варіанти розвитку ситуації у випадку реалізації цілеспрямованих заходів профілактики ХОТ, оцінюючи їх переваги та недоліки з огляду на збережений обсяг потенційного життя.

Мета роботи – оцінити обсяг втрат років потенційного життя через передчасну смертність від ХОТ населення Закарпатської області, виявити їх відмінності в окремих ландшафтних зонах, визначити місце окремих нозологій ХОТ у його формуванні та обґрунтувати рекомендації щодо практичного застосування методики.

Матеріали та методи

Для оцінки демографічних втрат використовувався метод потенціальної демографії. Кількість ВРПЖ розраховується як сума різниці років між пороговим значенням віку смерті і фактичним віком смерті всіх осіб, померлих протягом року в молодших за пороговий вікових інтервалах (у нашому випадку це 65 років). Розрахунки здійснюються як для смертності від усіх причин, так і для основних класів, укрупнених груп або окремих нозологій. Для порівняльного аналізу використовується відносний показник (індекс) років втраченого потенційного життя, що являє собою кількість років втраченого потенційного життя на 1000 осіб у віці до 65 років (або до вибраного значення).

Показник ВРПЖ розраховується за формулою:

$$\frac{\sum(65 - \text{Age of death}) \times \text{Number of death at age}}{\text{Number of people ages 65 and younger}} \times 100,000.$$

Для порівняння показників ВРПЖ у різних зонах Закарпатської області було здійснено прямий метод стандартизації. Інформаційною базою дослідження стали офіційні дані Державної служби статистики України та Головного управління статистики у Закарпатській області щодо кількості померлих за місцем проживання, віковими групами та причинами смерті за підсумками 2013 року та стосовно чисельності населення віком до 65 років.

Результати дослідження та їх обговорення

За нашими розрахунками, показник (індекс) ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від ХОТ у Закарпатській області у 2013 р. становив 812,3 на 100 тис. населення, що на 15,5%, або в 1,2 рази, перевищує аналогічний в Україні (703,5 на 100 тис. населення). Порівняно з 2010 р. (810,2 на 100 тис. населення) показник ВРПЖ від ХОТ в області зріс незначно, однак за останні два роки індекс зріс на 18,2% (з 687,6 до 812,3 на 100 тис. населення). При цьому абсолютна кількість смертей від ХОТ серед населення Закарпатської області віком до 65 років залишається майже незмінною – 616 у 2010 р. та 623 у 2013 році. Однак абсолютна кількість недожитих років невинно зростає, починаючи з 2011 р. (табл. 1).

Таблиця 1

Динаміка показника втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності від хвороб органів травлення, недожитих років та абсолютної кількості смертей від хвороб органів травлення населення Закарпатської області у 2010–2013 рр., на 100 тис. осіб у віці 0–64 роки*

Рік	Індекс ВРПЖ	Кількість недожитих років	Кількість померлих від ХОТ
2010	810,2	8975	616
2011	687,6	7637,5	509
2012	789,6	8787,5	641
2013	812,3	9047,5	623

Примітка (тут і далі): * – авторські розрахунки за даними Державної служби статистики України та Головного управління статистики у Закарпатській області.

Таблиця 2

Показник втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності від хвороб органів травлення у 2013 р., на 100 тис. населення у віці 0–64 роки*

Усі ХОТ	Виразка шлунка і 12-палої кишки	Алкогільна хвороба печінки	Фіброз і цироз печінки	Гострий панкреатит	Інші ХОТ
812,3	12,1	227,6	272,2	234,1	66,2

Абсолютна більшість втрат (90,3%) обумовлена трьома основними нозологіями – фіброз і цироз печінки (33,5%), гострий панкреатит (28,8%) та алкогільна хвороба

печінки (28%) (табл. 2). При цьому спостерігалась виразна диференціація індексу залежно від місця проживання. Територія Закарпатської області становить

12,8 тис. км², близько 80% площі – гірська місцевість. За адміністративно-територіальним устроєм область поділена на 13 районів, але характерною особливістю її є поділ на три ландшафтні зони: низинну, передгірську та гірську. До низинної зони входять чотири міста та чотири адміністративні райони (м. Берегове, м. Чоп, м. Мукачеве, м. Ужгород, Берегівський, Мукачівський, Виноградівський та Ужгородський райони). До передгірської зони належать м. Хуст і Хустський район, Іршавський, Тячівський, Перечинський і Свалявський райони. Гірська зона представлена Велико-Березнянським, Рахівським, Міжгірським та Воловецьким районами. Зони різняться за віково-статевою структурою та кількістю населення, співвідношенням міських і сільських жителів, численними природними особливостями (джерелами якісних

мінеральних вод, геохімічним складом ґрунтів, геотермальними ресурсами, кліматом), різною якістю та доступністю медичної допомоги тощо.

Індекс ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від ХОТ на 100 тис. населення у низинній зоні становив у 2013 р. 772,99, у передгірській зоні – 785,5, у гірській зоні – 994,9. Для усунення можливого впливу елімінованої ознаки (у нашому випадку це різна кількість населення в ландшафтних зонах) нами здійснено розрахунок стандартизованих показників ВРПЖ від ХОТ. Отримані результати свідчать про відсутність впливу елімінованої ознаки на величину індексу в різних ландшафтних зонах, що підтверджує більшу гостроту проблеми високої передчасної смертності від ХОТ населення гірської місцевості (рис. 1).

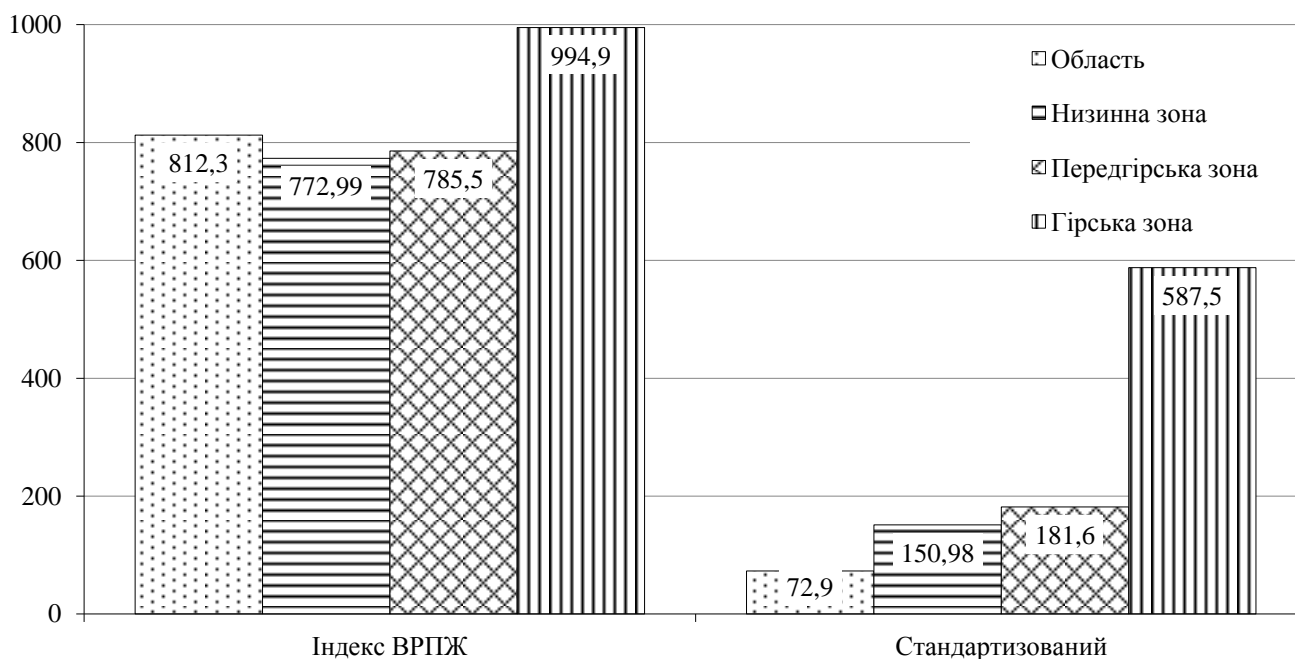


Рис. 1. Індекс втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності від хвороб органів травлення у Закарпатській області у 2013 р., на 100 тис. населення

Так, стандартизований коефіцієнт ВРПЖ на 100 тис. населення в гірській зоні становить 587,5, у передгірській – 181,6, у низинній зоні – 150,98. Отже найбільших втрат зазнає населення гірської зони, де індекс на 74% перевищує відповідний у низинній зоні та на 69% – у передгірській. При цьому переважання загальнообласного показника (72,9 на 100 тис. населення) визначається в кожній зоні: у 2 рази в низинній зоні та у 2,5 рази в передгірській зоні. Для гірської зони переважання становить аж у 8 разів (!), що свідчить про частіше раннє настання смерті від ХОТ населення даної зони.

Абсолютна кількість втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності від ХОТ у Закарпатській області становить 9047,5 людино-року. Найбільше втрат внаслідок передчасної смертності від ХОТ несе населення низинної та передгірської зони –

3957,5 та 3397,5 людино-року. При цьому абсолютна кількість втрачених людино-років у гірській зоні становить лише 1685.

Серед причин смертності лідируючу позицію за абсолютною кількістю втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності серед населення області займає фіброз і цироз печінки – 3032,5 людино-року. У розрізі окремих геохімічних зон найбільше втрат у людино-роках у низинній зоні спричинено алкогольною хворобою печінки (1245 людино-років), у передгірській та гірській зонах – фіброзом і цирозом печінки (1260 та 595 людино-років) (табл. 3). Така різниця в абсолютній кількості втрачених людино-років у різних зонах може бути спричинена різною кількістю померлих від ХОТ, різним віком настання смерті та різною чисельністю населення до 65 років.

Таблиця 3

Абсолютна кількість втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності від хвороб органів травлення (окремі нозології) у 2013 р., людино-роки*

Місцевість	Виразка шлунка та 12-палої кишки	Алкогольна хвороба печінки	Фіброз і цироз печінки	Гострий панкреатит	Інші ХОТ
Низинна зона	30	1245	1177,5	1205	300
Передгірська зона	60	952,5	1260	885	137,5
Гірська зона	45	337,5	595	517,5	190
Область	135	2535	3032,5	2607,5	737,5

Таблиця 4

Показник втрачених років потенційного життя та стандартизований за віком коефіцієнт втрачених років потенційного життя внаслідок передчасної смертності від хвороб органів травлення (окремі нозології) у 2013 р., на 100 тис. осіб у віці 0–64 роки*

Місцевість	Виразка шлунка та 12-палої кишки		Алкогольна хвороба печінки		Фіброз печінки		Гострий панкреатит		Інші ХОТ	
	ВРПЖ	ст. ВРПЖ**	ВРПЖ	ст. ВРПЖ	ВРПЖ	ст. ВРПЖ	ВРПЖ	ст. ВРПЖ	ВРПЖ	ст. ВРПЖ
Область	12,1	1,1	227,6	20,4	272,2	24,4	234,1	21,0	66,2	6,0
Низинна зона	5,9	1,1	243,2	47,5	230,0	44,9	235,4	46,0	58,6	11,6
Передгірська зона	13,9	3,2	220,2	50,9	291,3	67,4	204,6	47,3	55,5	12,8
Гірська зона	26,6	15,7	199,3	117,7	351,3	207,4	305,6	180,4	112,2	66,2

Примітка: ** – стандартизований ВРПЖ.

Структура ВРПЖ у різних зонах області також істотно відрізняється як за величиною, так і за величиною внеску окремих нозологій у його формування. Як видно з таблиці 4, стандартизований за чисельністю населення показник ВРПЖ у різних ландшафтних зонах Закарпатської області повторює тенденцію показника, обчисленого без урахування відмінностей у чисельності населення. Порівняльний аналіз структури показника ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від окремих нозологій ХОТ здійснювався на основі стандартизованих показників і виявив істотну диференціацію причин смерті залежно від ландшафтної зони проживання. Так, найбільше втрат від усіх причин несе населення гірської зони. У розрізі окремих нозологій найбільший коефіцієнт ВРПЖ у гірській та передгірській зонах, як і в області в цілому (24,4 на 100 тис. населення), відзначається від фіброзу і цирозу печінки (207,4 та 67,4 на 100 тис. населення), у низинній зоні – від алкогольної хвороби печінки (47,5 на 100 тис. населення). При цьому встановлено переважання загальнообласного рівня ВРПЖ від фіброзу і цирозу печінки у гірській зоні аж у 8,5 разу, у передгірській зоні – у 2,8 разу. І хоча індекс ВРПЖ від фіброзу і цирозу печінки у низинній зоні є найменшим (44,9 на 100 тис. населення) і займає третє рангове місце за величиною, він у 1,8 разу перевищує індекс ВРПЖ по області. При цьому він нижчий у 1,5 разу, ніж у передгірській зоні, та у 4,6 разу, ніж у гірській.

Попри найбільший коефіцієнт ВРПЖ від фіброзу і цирозу печінки у гірській зоні, величина його внеску у

формування ВРПЖ від усіх ХОТ більша у передгірській зоні (37,1% проти 35,3%). У низинній зоні найбільша частка у формуванні ВРПЖ від усіх ХОТ належить алкогольній хворобі печінки (31,5%), що і визначило перше рейтингове місце патології за величиною показника. Фіброзу і цирозу печінки належить третє рейтингове місце у структурі ВРПЖ від усіх ХОТ у низинній зоні з величиною внеску 29,7% у формуванні індексу ВРПЖ від усіх ХОТ. Більшою тут виявилася частка для гострого панкреатиту (30,4%), що і визначило другу позицію для патології з величиною коефіцієнта ВРПЖ 46,0 на 100 тис. населення.

У гірській зоні гострому панкреатиту належить друга позиція, як за величиною, так і за часткою внеску у формування ВРПЖ в цілому (180,4 на 100 тис. населення та 30,7%), а алкогольній хворобі печінки – третє місце (117,7 на 100 тис. населення та 20%).

При цьому у передгірській зоні друга позиція належить алкогольній хворобі печінки за рахунок 28% внеску у формування індексу в цілому з величиною показника 50,9 на 100 тис. населення, а третє місце – гострому панкреатиту (47,3 на 100 тис. населення та 26%).

Структура ВРПЖ в області виглядає наступним чином за величиною індексу та часткою внеску окремих патологій у його формування: фіброз і цироз печінки (24,4 на 100 тис. населення та 33,5%), гострий панкреатит (21,0 на 100 тис. населення та 28,8%), алкогольна хвороба печінки (20,4 на 100 тис. населення та 28%). Також слід зазначити, що величина внеску гострого панкреатиту у

формування ВРПЖ у цілому в області є меншою, ніж у низинній та передгірській зоні, однак вищою, ніж у передгірській зоні.

Виразці шлунка та дванадцятипалої кишки за величиною коефіцієнта ВРПЖ та внеском у формування індексу ВРПЖ від ХОТ у цілому в області та її окремих ландшафтних зонах належить четверте місце. При цьому слід наголосити, що попри однаковий стандартизований коефіцієнт ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від виразки шлунка та дванадцятипалої кишки в області та у низинній зоні (1,1 на 100 тис. населення), більший внесок патології у формування індексу ВРПЖ від ХОТ в цілому відмічається в області (1,5%); у низинній зоні він становить лише 0,7%. У гірській та передгірській зонах

цей внесок становить 2,7% та 1,8% відповідно (рис. 2). Однак різною є відмінність у величині індексу ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від виразки шлунка та дванадцятипалої кишки населення області. Так, найбільшим він виявився у гірській зоні (15,7 на 100 тис. населення) та значно меншим – у передгірській зоні (3,2 на 100 тис. населення). Однак насторожує той факт, що індекс ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від виразки шлунка та дванадцятипалої кишки у гірській зоні переважає відповідний показник по області аж у 14,2 разу, що вимагає посиленої уваги з боку лікарів з метою адекватного лікування та розробки цілеспрямованих заходів профілактики.

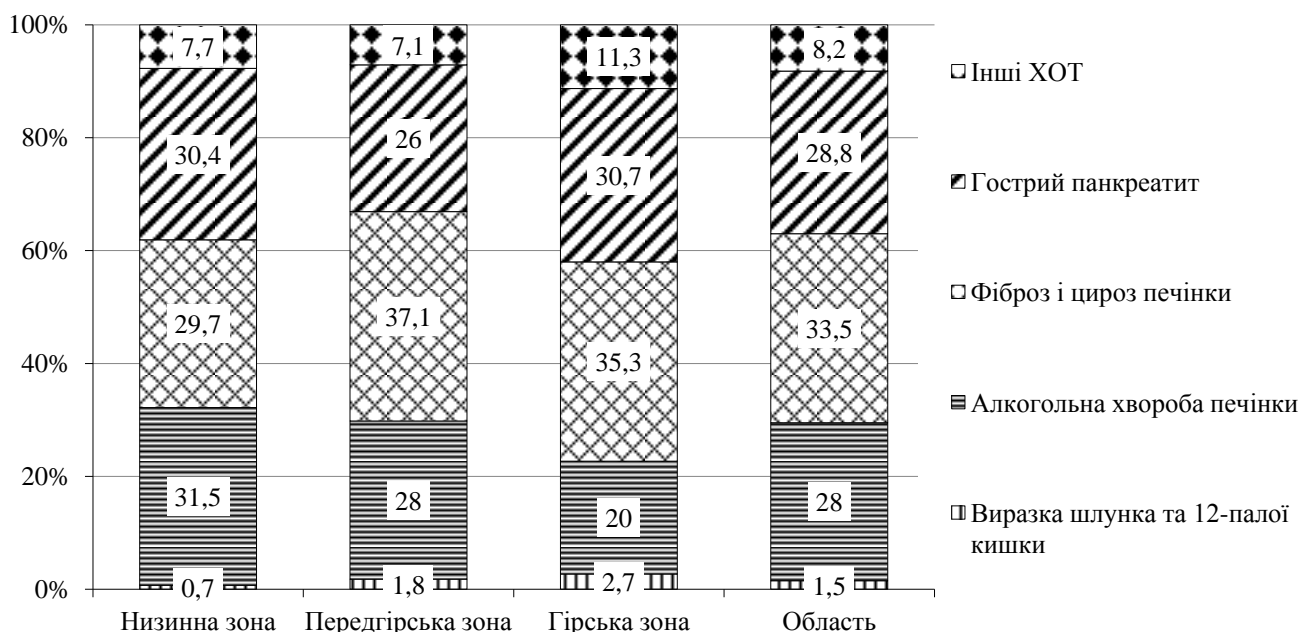


Рис. 2. Структура втрачених років потенційного життя внаслідок хвороб органів травлення населення Закарпатської області в окремих ландшафтних зонах і причини смерті у 2013 р., %

Отже, відмічено, що гірській зоні притаманні не лише найвищі рівні ВРПЖ від ХОТ, але й значне перевищення їх загальнообласного рівня, що обґрунтовує необхідність фокусування на проблемах цих територій. Наявна нерівність розміру втрат за місцем проживання через надмірну смертність від ХОТ населення гірської зони має привернути увагу управлінців у сфері охорони здоров'я та відповідальних за вироблення політики на регіональному рівні осіб для розробки цілеспрямованих профілактичних заходів, орієнтованих на попередження передчасної смертності населення від визначених причин у всіх геохімічних зонах Закарпатської області.

Корисність застосування методики оцінки ВРПЖ беззаперечна. Переваги зазначеного підходу полягають у чутливості та об'єктивності показника вимірювань, базуванні на міжнародних і хронологічних порівняннях, у визначенні точних цілей та оцінки для скорочення поширеності хвороб органів травлення за допомогою

адекватного їх лікування та профілактики.

Прикладом сучасного застосування методики розрахунку показника ВРПЖ для потреб управління в Україні є використання розрахункових даних щодо абсолютної кількості ВРПЖ у масштабах країни при науковому обґрунтуванні проекту комплексної загальнодержавної програми «Здоров'я–2020: український вимір». Також розрахунки індексу ВРПЖ було здійснено для оцінки економічних втрат через передчасну смертність населення України, з можливістю використання зазначених даних при формуванні державної політики у сфері громадського здоров'я [1].

Практичне застосування розрахунків ВРПЖ рекомендується для оцінки проблеми передчасної смертності від ХОТ та спричинених нею втрат потенційного життя, планування профілактичних заходів стосовно можливого запобігання цим втратам та розробки цільових індикаторів, оцінки ефективності

соціальної політики на регіональному рівні в цілому та програмних заходів, що стосуються ХОТ (удосконалення організації скринінгу, диспансерного нагляду, конкретної технології профілактики, діагностики та лікування.

Висновки

1. Показник ВРПЖ внаслідок передчасної смертності від хвороб органів травлення у Закарпатській області у 2013 р. становив 812,3 на 100 тис. населення віком до 65 років (стандартизований показник – 72,9). При цьому більшість втрат (90%) обумовлено трьома основними нозологіями – фіброз і цироз печінки, гострий панкреатит та алкогольна хвороба печінки.

2. Відмічається перевищення українського рівня показника ВРПЖ від ХОТ на 15,5%, або у 1,2 разу, – 703,5 на 100 тис. населення віком 0–64 роки.

3. У розрізі окремих ландшафтних зон Закарпатської області основні відмінності у формуванні показника ВРПЖ (стандартизований показник) полягали в тому, що для населення гірської зони рівень показника вищий, ніж у низинній та передгірській зонах, у 3,9 та у

3,2 разу відповідно. Втрачені роки потенційного життя внаслідок передчасної смертності у гірській та передгірській зонах формуються за рахунок фіброзу і цирозу печінки (207,4 та 67,4 на 100 тис. населення), у низинній зоні – алкогольної хвороби печінки (47,5 на 100 тис. населення).

4. Розрахунки показника ВРПЖ – абсолютного (в людино-роках) чи відносного (на 100 тис. населення) – внаслідок передчасної смертності від ХОТ у цілому та від окремих нозологій можна використовувати при плануванні або моделюванні ймовірних варіантів розвитку ситуації у випадку реалізації тих або інших сценаріїв, заходів профілактики ХОТ, оцінюючи їх переваги та недоліки з огляду на перспективи щодо обсягів збереженого потенційного життя.

Перспективи подальших досліджень

У подальшому буде доречним здійснити розрахунки втрат населення Закарпатської області залежно від віково-статевого складу та місця проживання (місто, село).

Література

1. *Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 по состоянию на 29 марта 2013 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/171435/RC62wd09-Rus.pdf. – Название с экрана.
2. *Колодяжна О. І.* Визначення втрачених років здорового життя від професійних захворювань за методом DALY / *О. І. Колодяжна, А. М. Нагорна* // Український журнал з проблем медицини праці. – 2013. – № 2 (35). – С. 11–15.
3. *Оганезова А. В.* Формирование здоровьесориентированной экономики / *А. В. Оганезова* // Проблемы экономики. – 2015. – № 2. – С. 93–99.
4. *Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір : розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 № 1164-р.* [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрану.
5. *Рынгач Н. А.* Оценка потерянных лет потенциальной жизни вследствие младенческой смертности / *Н. А. Рынгач, Р. А. Моисеенко* // Восточноевропейский журнал общественного здоровья. – 2013. – Спецвыпуск на русском языке. – С. 81–84.
6. *Смертність населення України у трудовоактивному віці : колект. монографія / відп. ред. Е. М. Лібанова.* – Київ : Ін-т демографії та соц. досліджень НАНУ, 2007. – 211 с.
7. *Філіппов Ю. М.* Хвороби органів травлення та гастроентерологічна допомога населенню України: здобутки, проблеми та шляхи їх вирішення / *Ю. М. Філіппов* // Гастроентерологія. – 2014. – Тематичний номер. – С. 10–12.
8. *Чепелевська Л. А.* Розрахунки кількості втрачених людино-років життя населення працездатного віку від хвороб системи кровообігу / *Л. А. Чепелевська, Н. О. Рингач, О. О. Чернобривенко* // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2000. – № 2. – С. 103–107.
9. *Gardner J. W.* Years of potential life lost (YPLL) – what does it measure? / *J. W. Gardner, J. S. Sanborn* // Epidemiology. – 1990. – Vol. 1 (4). – P. 322–329.
10. *Health Indicators 2012 : annual reports / Canadian Institute for Health Information and Statistics Canada.* – 130 p.
11. *Latvia Health system review 2012.* Health system review: European Observatory on Health Systems and Policies – Vol. 14. – № 8. – 2012. [Electronic resource]. – Access mode : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/186072/e96822.pdf. – Title from screen.
12. *Premature mortality in the United States: public health issues in the use of years of potential life lost* // MMWR (MorbMortalWklyRep.) – 1986. – № 35. – P. 1–11.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.11.2016 р.

**Объем и структура потерянных лет
потенциальной жизни от болезней
органов пищеварения в Закарпатской области***А.О. Керецман*ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Цель – обосновать рекомендации относительно практического применения методики расчета объема потерь лет потенциальной жизни вследствие преждевременной смертности от болезней органов пищеварения населения в Закарпатской области.

Материалы и методы. При помощи методов потенциальной демографии и стандартизации проанализированы официальные данные относительно количества умерших, возраста и причин смерти в 2013 году.

Результаты. Показатель потерянных лет потенциальной жизни в результате преждевременной смертности от болезней органов пищеварения в Закарпатской области в 2013 г. составлял 812,3 на 100 тыс. населения в возрасте до 65 лет. Превышение украинского уровня составляет на 15,5%, или в 1,2 раза. Структура потерянных лет потенциальной жизни в разных зонах области существенно отличается, как по величине, так и по вкладу отдельных нозологий в его формирование.

Выводы. Большинство потерь (90%) обусловлено тремя основными нозологиями – фиброз и цирроз печени, острый панкреатит и алкогольная болезнь печени. Наивысший уровень потерянных лет потенциальной жизни отмечается в горной зоне.

Ключевые слова: преждевременная смертность, потерянные годы потенциальной жизни, болезни органов пищеварения, Закарпатская область.

**Scope and structure years of potential life
lost from digestive diseases in the Transcarpathian region***A.O. Keretsman*

SHEI “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to justify recommendations for the practical application of the methodology calculation years of potential life lost due to premature death from diseases of the digestive of population in the Transcarpathian region.

Materials and methods. Demography potential method and standardization based on official information on the number of deaths, ages and causes of death in 2013.

Results. The indicator years of potential life lost due to premature mortality from digestive diseases in the Transcarpathian region in 2013 was 812.3 per 100 thousand under 65 years old. Excess Ukrainian level of 15.5%, or 1.2 times. VPRZH structure in different areas of the field as significantly different in magnitude and the largest individual contribution in its formation nosology.

Conclusions. Most losses (90%) due to three main nosology – fibrosis and cirrhosis, acute pancreatitis and alcoholic liver disease. VPRZH highest level observed in the mountainous area.

Key words: premature mortality, years of potential life lost, diseases of the digestive system, Transcarpathian region.

Відомості про автора

Керецман Анжеліка Олексіївна – асистент кафедри соціальної медицини та гігієни ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська область, 88000, Україна.

УДК 616.314-084-053.2:546.15

О.В. Клітинська, А.А. Васцько

УДОСКОНАЛЕННЯ АЛГОРИТМУ ДІАГНОСТИКИ КАРІОЗНИХ УРАЖЕНЬ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ

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

Мета – оптимізувати алгоритм діагностики каріозних уражень з урахуванням глибини та характеру клінічного перебігу.

Матеріали та методи. Для збору даних було обстежено 602 дитини віком від 5 до 17 років, з них 108 дітей 5–6-річного віку, 248 дітей 7–11-річного віку та 246 дітей 12–17-річного віку.

Результати. Враховуючи умови, в яких може відбуватися амбулаторний стоматологічний прийом, інструментальну та матеріальну оснащеність закладу, запропоновано алгоритм діагностики, що заснований на даних анамнезу, огляду та інструментальної діагностики, без застосування спеціальних і додаткових засобів.

Висновки. Застосування розробленого алгоритму діагностики каріозних уражень твердих тканин постійних і тимчасових зубів дозволить знизити частоту ускладнень та підвищити рівень надання стоматологічної допомоги.

Ключові слова: діти, карієс, діагностика карієсу, тимчасові зуби, постійні зуби, алгоритм діагностики.

Вступ

Правильна постановка діагнозу обумовлює правильний вибір лікувальної тактики та підвищує якість надання медичної допомоги [1, 4, 10]. Правильність постановки діагнозу при каріозному ураженні твердих тканин зубів знижує ризики виникнення ускладнень і тим самими покращує загальний рівень здоров'я [2, 3, 5, 6].

Враховуючи, що стоматолог відсутній на первинному рівні надання медичної допомоги, та умови, у яких відбувається амбулаторний прийом сімейним лікарем, інструментальну та матеріальну оснащеність закладів охорони здоров'я первинного рівня, алгоритм діагностики розроблявся з урахуванням можливості його застосування без додаткових, спеціальних засобів та приладів [6, 7–9].

Мета роботи: оптимізувати алгоритм діагностики каріозних уражень з урахуванням глибини та характеру клінічного перебігу.

Дослідження є фрагментом наукової теми кафедри стоматології дитячого віку стоматологічного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет» «Вдосконалення надання стоматологічної допомоги дітям, які проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду» (державний реєстраційний номер 0114U004123).

Матеріали та методи

Для збору даних було обстежено 602 дитини віком від 5 до 17 років. З них: 108 дітей 5–6-річного віку (53 хлопчики та 56 дівчаток), 248 дітей 7–11-річного віку (122 хлопчики та 126 дівчаток) та 246 дітей 12–17-річного віку (120 хлопчиків та 126 дівчаток).

Результати дослідження та їх обговорення

На першому етапі діагностики каріозний процес рандомізували на ураження, яке не супроводжувалося наявністю дефекту твердих тканин зубів, та ураження, де визначався дефект. При ураженні твердих тканин зубів, яке не супроводжувалося наявністю дефекту, проводили діагностичне забарвлення карієс-маркерами. Ураження, яке не забарвлювалось, відносили до групи некаріозних уражень твердих тканин зубів. У випадку, коли вогнище ураження забарвлювалось, в подальшому, в процесі стоматологічного огляду, проводили його візуальну оцінку. Крейдоподібне вогнище ураження характеризувалося шорсткістю при зондуванні та супроводжувалося появою суб'єктивних відчуттів у вигляді чутливості та оскомини, що вказувало на гострий початковий карієс. Вогнище ураження пігментоване, від брудно-жовтого до коричневого кольору, за умови затримки зонда, свідчило про хронічний перебіг початкового карієсу.

Каріозні ураження, які супроводжувалися наявністю дефекту твердих тканин, диференціювали за глибиною ураження. Поверхневий карієс, при розташуванні в межах емалі, середній карієс, при ураженні плащового дентину, та глибокий карієс, при локалізації у межах навколо пульпарного дентину.

При ураженнях у межах емалі проводили оцінку вмісту каріозної порожнини. Так, вивчення останньої світлими, крейдоподібними некротичними масами вказувало на гострий поверхневий карієс. Зондування порожнини супроводжувалося виникненням у пацієнтів помірних больових відчуттів та затримкою зонда. Проведення температурної проби спричиняло короточасний біль, що швидко минав, у відповідь на холодний подразник.

За умови виповнення порожнини пігментованими, від брудно-жовтого до темно-коричневого кольору, некротичними масами характер та перебіг процесу відповідав хронічному поверхневого карієсу.

При ураженні плащового дентину пацієнти відмічали виникнення болу від хімічних подразників, що швидко минав після їх усунення. Під час огляду діагностували наявність порожнини, що чітко візуалізується. Зонд затримувався в порожнині, провокував суб'єктивні відчуття у хворих у вигляді болісності. При гострому перебігу середнього карієсу порожнина виповнена м'якими, світлими некротичними масами. Порожнина при ураженні хронічним середнім карієсом була виповнена пігментованими некротичними масами, від світло- до темно-коричневого кольору.

При ураженні навколо пульпарного дентину пацієнти скаржились на наявність больових відчуттів, які виникали під впливом термічних подразників та швидко минали після їх усунення. Каріозна порожнина, що виповнена світлими, білуватого, або сіро-жовтого кольору некротичними масами, вказує на гострий за перебігом глибокий карієс. Зондування супроводжувалось різко болісними відчуттями по всьому дну каріозної порожнини. Температурна проба була позитивною. За умови виповнення порожнини пігментованими некротичними масами від брудно-жовтого до темно-коричневого кольору та при виникненні больових відчуттів, спровокованих зондуванням стінок та дна, та слабо позитивної температурної діагностували хронічний глибокий карієс (рис. 1).

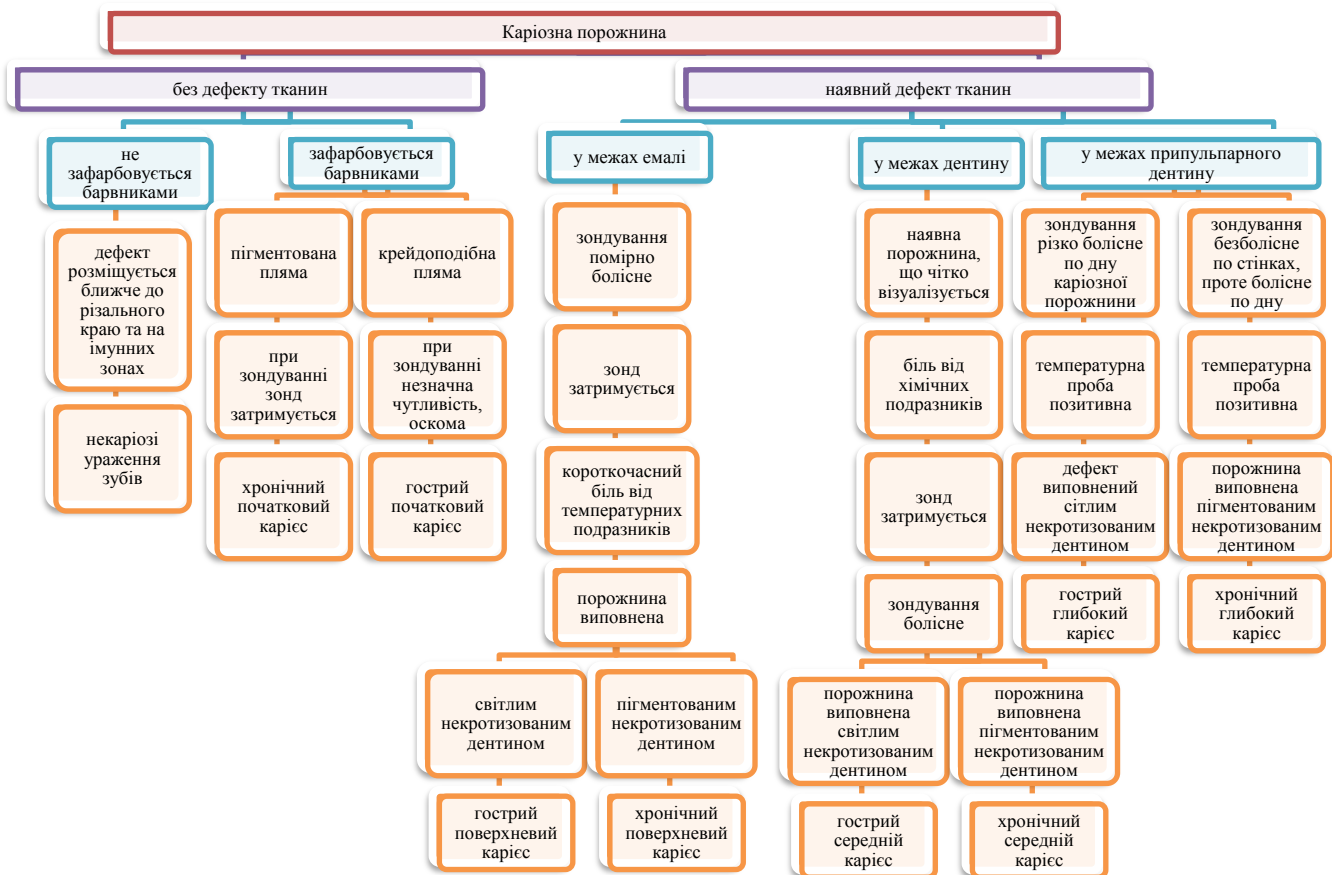


Рис. 1. Алгоритм постановки діагнозу карієсу постійних зубів

Для постановки діагнозу каріозних уражень у дітей із тимчасовим прикусом діагностичні критерії дещо відрізняються. Відмінності обумовлені, передусім, особливостями клінічного перебігу даної нозологічної одиниці, а саме мінімальними суб'єктивними відчуттями та стрімкою динамікою неускладненого карієсу в ускладнений.

Так, на діагностичному етапі, за умови наявності вогнища ураження, яке не супроводжувалося утворенням дефекту твердих тканин, обов'язково проводили вітальне забарвлення карієс-маркерами. У випадку, якщо ураження не забарвлювалося, його верифікували як некаріозне

ураження. Ураження що забарвлювалося, додатково оглядали. У випадку виявлення крейдоподібної плями проводили зондування, під час якого відмічали шорсткість поверхні, затримку зонда та незначну чутливість з боку суб'єктивних відчуттів пацієнта. Комплекс клінічних ознак верифікували як гострий початковий карієс. За наявності пігментованого вогнища ураження брудно-жовтого чи темно-коричневого кольору та відчуття шорсткості і затримки зонда на поверхні плями діагностували хронічний перебіг початкового карієсу.

При виявленні ураження з дефектом тканин проводили візуальну диференціацію за глибиною

ураження. Ураження в межах емалі іноді супроводжувалося короточасним болем під дією температурних подразників. Виповнення порожнини світлими крейдоподібними некротичними масами, болісність та затримка зонда при зондуванні вказували на гострий початковий карієс. За умови наявності у порожнині пігментованих некротичних мас, колір яких охоплює спектр від брудно-жовтого до темно-коричневого чи навіть чорного, а також ініційоване зондуванням відчуття оскомини вказують на розвиток хронічного поверхневого карієсу. За наявності дефекту в

межах дентину пацієнти скаржилися на біль, переважно від хімічних подразників. Вміст порожнини, представлений світлими, м'якими некротичними масами, які легко знімаються, у вигляді нашарувань, та різко болісні відчуття, спровоковані зондуванням лише по дну, характеризують гострий середній карієс. Виповнення порожнини пігментованими некротичними масами та болісні відчуття при зондуванні стінок і дна порожнини дають можливість діагностувати хронічний середній карієс (рис. 2).

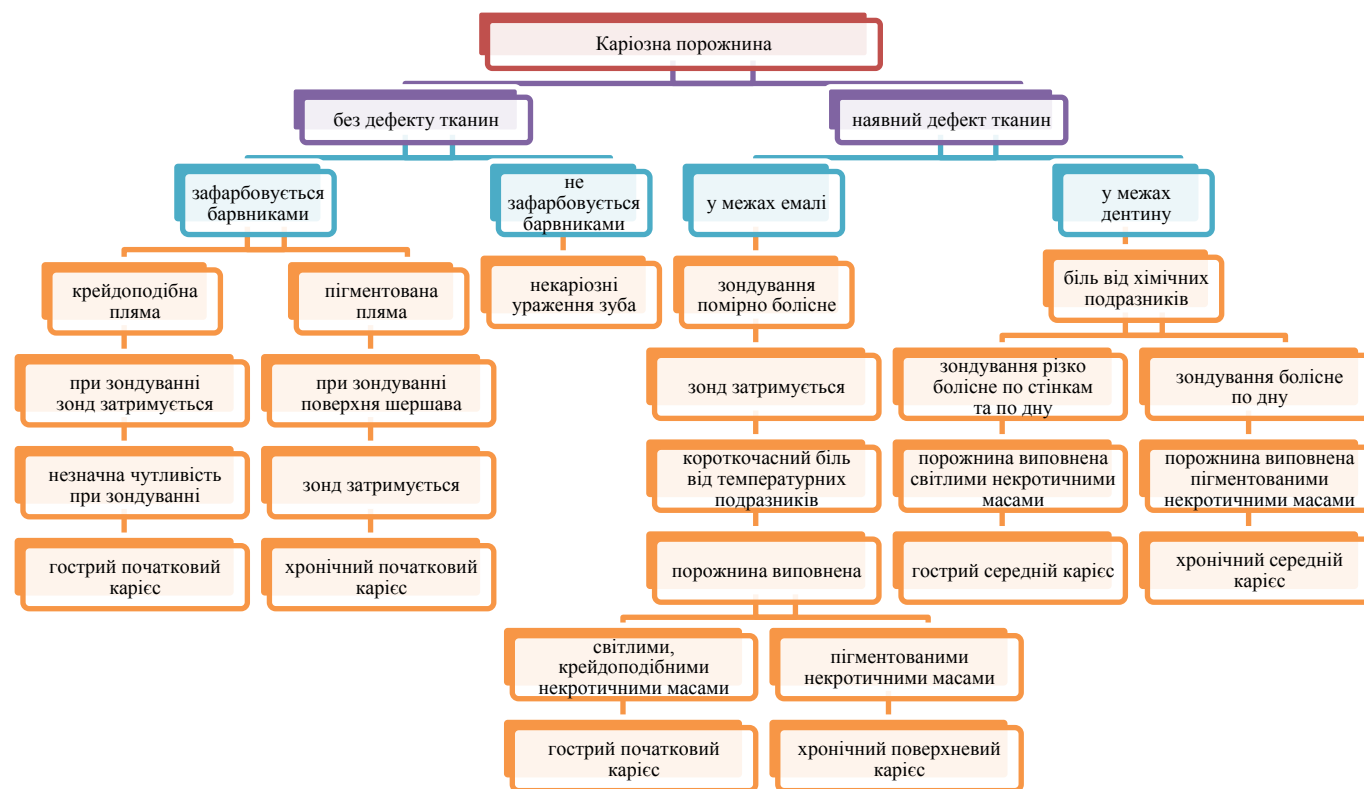


Рис. 2. Алгоритм постановки діагнозу карієсу тимчасових зубів

Висновки

Застосування розробленого алгоритму діагностики каріозних уражень твердих тканин постійних і тимчасових зубів дозволить знизити відсоток ускладнень та підвищити рівень надання стоматологічної допомоги.

Перспективи подальших досліджень

Враховуючи складність проведення діагностики уражень твердих тканин зубів у дітей, особливо в тимчасовому прикусі, застосування розробленого алгоритму діагностики дозволить правильно обрати лікувальну тактику, підвищить якість надання медичної допомоги. Створення діагностичних алгоритмів інших нозологій знизить ризик виникнення ускладнень і тим самим призведе до покращення загального рівня здоров'я дитячого населення, особливо за умови проживання на географічно неоднорідних територіях.

Література

1. *Алиева Р. К.* Изучение доступности населению стоматологической помощи / Р. К. Алиева, А. В. Алимский // Экономика и Менеджмент в Стоматологии. – 2000. – № 2. – С. 88–89.
2. *Бабушкіна Н. С.* Клініко-експериментальне обґрунтування методу профілактики карієсу зубів у дітей, що мешкають в геохімічній зоні з антропогенним навантаженням : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Н. С. Бабушкіна. – Одеса, 2010. – 22 с.
3. *Безвужко Е. В.* Стоматологічна захворюваність дітей, які проживають на різних за екологічним станом територіях, та обґрунтування диференційованої профілактики уражень твердих тканин зубів : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Е. В. Безвужко. – Київ, 2013. – 36 с.
4. *Беске Ф.* Здравоохранение Германии: система достижения перспективы развития: пер. с нем. / Ф. Беске, И. Халлауер. – Москва: ООО «Лабпресс», 2000. – 288 с.
5. *Вагнер В. Д.* Оснащение рабочего места врача-стоматолога / В. Д. Вагнер, А. Н. Гуров, О. В. Чекунов // Труды 11 съезда Стоматологической Ассоциации и 8 съезда стоматологов России. – Москва, 2006. – С. 257–259.
6. *Вахненко О. М.* Аналіз ресурсного забезпечення стоматологічної служби в Україні / О. М. Вахненко // Современная стоматология. – 2011. – № 3. – С. 172–176.
7. *Епідеміологічні дослідження – основа планування заходів профілактики стоматологічних хвороб у дітей* / Л. Ф. Каськова, Н. В. Левченко, О. Ю. Андріанова [та ін.] // Український стоматолог. альм. – 2011. – № 2. – С. 25–26.
8. *Казакова Р. В.* Порівняльний аналіз показників карієсу зубів і захворювань тканин пародонта у підлітків, які проживають в різних екологічних умовах / Р. В. Казакова, Л. В. Білищук, В. С. Мельник // Новини стоматології. – 2013. – № 1. – С. 78–79.
9. *Клітинська О. В.* Комплексне обґрунтування діагностики, профілактики та поетапного лікування карієсу у дітей, які постійно проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / О. В. Клітинська. – Полтава, 2016. – 39 с.
10. *Програма Національного стратегічного планування розвитку системи медичних стандартів в Україні* / Ю. В. Вороненко, Р. Й. Василюшин, Я. С. Березницький [та ін.] // Український мед. часоп. – 2006. – № 6/56. – С. 15–27.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.11.2016 р.

Усовершенствование алгоритма диагностики кариозных поражений твердых тканей зубов

О.В. Клитинская, А.А. Васько

ГБУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Цель – оптимизировать алгоритм диагностики кариозных поражений с учетом глубины и характера клинического течения.

Материалы и методы. Для сбора данных было обследовано 602 пациента в возрасте от 5 до 17 лет, из них 108 детей 5–6 лет, 248 детей 7–11 лет и 246 детей 12–17 лет.

Результаты. Учитывая условия, в которых может осуществляться амбулаторный стоматологический прием, инструментальную и материальную оснащенность, предложен алгоритм диагностики, который основывается на данных анамнеза, осмотра и инструментальной диагностики, без применения специальных и дополнительных средств.

Выводы. Применение разработанного алгоритма диагностики кариозных поражений твердых тканей постоянных и временных зубов позволит снизить процент осложнений и повысить уровень оказания стоматологической помощи.

Ключевые слова: дети, кариес, диагностика кариеса, временные зубы, постоянные зубы, алгоритм диагностики.

Improving diagnosis algorithm damage carious dental hard tissues

O.V. Klitynska, A.A. Vasko

SHEI “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – diagnostic algorithm optimization carious lesions considering the depth and nature of the clinical course.

Materials and methods. To collect data were examined 602 children aged 5 to 17 years: 108 children 5–6ty years of age, 248 children 7–11ty years of age and 246 children 12–17ty age.

Results. Due to conditions in which there is outpatient dental reception, instrumental and material equipment of the proposed diagnostic algorithm was developed with the possibility of its use without any additional, special tools and equipment.

Conclusions. The application of the algorithm diagnostics carious lesions of hard tissues of permanent and temporary teeth will reduce the rate of complications and increase the level of dental care.

Key words: children, caries diagnosis of caries, teeth, permanent teeth, diagnostic algorithm.

Відомості про авторів

Клітинська Оксана Василівна – д.мед.н., доц., завідувач кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська область, 88000, Україна.

Васько Артур Артурович – асистент кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська область, 88000, Україна.

УДК 614.2.007:159.9.07

В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, Е.В. Борвінко

ЯКИМ ПОВИНЕН БУТИ СУЧАСНИЙ УПРАВЛІНЕЦЬ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

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

Мета – порівняти особливості управлінської діяльності керівників закладів охорони здоров'я з основними вимогами, що висуваються на сучасному етапі розвитку галузі до організаторів охорони здоров'я.

Матеріали та методи. У роботі використані дані власних соціологічних та соціально-психологічних досліджень. За самостійно розробленою анкетною опитано 123 керівники закладів охорони здоров'я. За методикою Е. Шейна «Якорі кар'єри» обстежено 116 студентів-медиків старших курсів. Застосовані бібліосемантичний, соціологічний, соціально-психологічний та медико-статистичний методи.

Результати. Наразі у діяльності керівників закладів охорони здоров'я переважає господарча робота та фандрейзинг. Однак виконання завдань, що стоять перед системою охорони здоров'я на етапі розвитку та реформування, вимагає від управлінців оволодіння низкою компетентностей: галузевих, менеджерських (фахових), підприємницьких (ділових) та особистісних/міжособистісних. Існує резерв для підготовки керівників нової генерації з числа майбутніх лікарів. Опитування серед старшокурсників показало, що певна частка студентів-медиків націлена на посаду, яка буде пов'язана з управлінням.

Висновки. Дисбаланс, який існує між тим, чим повинен займатися сучасний управлінець охорони здоров'я, та тим, чим він займається у реальному трудовому житті, вимагає перегляду основних підходів до сфери відповідальності керівників медичних закладів, їх прав та повноважень. Такий перегляд повинен здійснюватися з позицій компетентного підходу та відбуватися паралельно з переглядом системи підбору та кар'єрного просування керівних кадрів, їх до- та післядипломної підготовки.

Ключові слова: керівники, заклади охорони здоров'я, управлінські компетенції, реформа охорони здоров'я.

Вступ

Охорона здоров'я (ОЗ) є настільки складно організованою системою, що для нормального функціонування не може обходитися без адекватного управління. Принципи управління в системі охорони здоров'я багато в чому схожі з принципами управління в інших галузях господарства, однак мають свою унікальну специфіку. Використання сучасних специфічних підходів до менеджменту дає можливість забезпечити підвищення ефективності діяльності як галузі охорони здоров'я в цілому, так і окремих лікувальних закладів, медичних колективів.

Сьогодення вимагає від систем охорони здоров'я більш цілісного, орієнтованого на людину, підходу. Рішення, спрямовані на здоров'я людей, повинні бути збалансовані з рішеннями, які зосереджуються на поліпшенні здоров'я системи ОЗ. Це вимагає всеосяжних і позитивних змін, що спрямовані на людей: на пацієнтів, на медичних працівників та на керівників, які приймають управлінські рішення [15, 16].

Управління в галузі охорони здоров'я, що повинно ускладнюватися з розвитком самої системи надання медичних послуг, в Україні залишається у вигляді пострадянської адміністративно-командної моделі. Модифікації управління закладами охорони здоров'я останніх років не внесли кардинальних змін у застарілі підходи до менеджменту. Переважна частина

управлінських методів, що використовуються у закладах охорони здоров'я, запозичені або з радянської моделі, або з інших галузей, неефективна і не відповідає основним завданням, що стоять перед системою ОЗ [11]. У складі керівників медичних закладів переважають управлінці колишньої формації, що володіють позитивним соціальним самопочуттям і достатнім рівнем професіоналізму, але не володіють, повною мірою, знаннями і технологіями сучасного менеджменту. Їх практична повсякденна діяльність будується на основі наявних особистісних якостей і управлінських навичок, отриманих дослідним шляхом [1].

У вітчизняній охороні здоров'я спостерігається дефіцит фахових керівників, які здатні стати рушійною силою розвитку усієї галузі в цілому та свого закладу зокрема. Більшість дослідників поділяють думку, що кваліфікаційний рівень керівників охорони здоров'я відіграє велику роль у процесі реформування галузі і слугує запорукою його успішності та ефективності, оскільки сучасна ОЗ неможлива без організаційного начала, носієм якого є керівна ключова ланка системи ОЗ [5, 8, 14].

В умовах реформування ОЗ України значення управлінських рішень, що торкаються керівної ланки галузі, відіграють роль спускового гачка перетворень, оскільки саме управлінський персонал через низку заходів прямого та опосередкованого впливу сприяє або, навпаки, перешкоджає трансформації галузі [12].

Таке бачення підтверджують результати нашого опитування керівників закладів охорони здоров'я, більшість (87,8%) яких вважають, що управлінська діяльність у галузі ОЗ дуже сильно або сильно пов'язана з державною політикою, а їх кар'єра у якості керівника на 66,7% залежить від думки окремих, вищих осіб, які приймають рішення.

У науковій медичній літературі довгий час обговорюється питання про те, на базі яких фахівців готувати керівників охорони здоров'я – на базі осіб з вищою медичною освітою, з вищою освітою соціально-економічного профілю, із середньою освітою тощо. Поштовхом до дискусії є те, що в деяких країнах керівні посади у медичних закладах можуть займати юристи, економісти і навіть медсестри. Українські дослідники відзначають, що найкращим варіантом є наявність у керівників охорони здоров'я базового медичного освіти і практичного лікарського досвіду [3].

Щодо передумов призначення на керівні посади у медичній галузі спостерігається однотайність думок у опитаних. Усі керівники ОЗ, які взяли участь в опитуванні, впевнені, що вища освіта є обов'язковою передумовою отримання керівної посади, а 76,3% вважають, що обов'язковою є саме медична освіта. Переважна більшість опитаних (84,2%), як і провідні закордонні експерти з менеджменту, зазначає, що лікарі повинні мати практичний досвід роботи. На їхню думку, це не менше 3,5 (95% ДІ [1,84–5,36]) та не більше 12 (95% ДІ [6,31–17,29]) років перед тим, як обійняти керівну посаду, тобто в середньому 7,7 року (95% ДІ [3,98–11,42]).

Окрім правильного підбору кадрів необхідна також їх своєчасна ротація. На жаль, у нашій країні кар'єрне зростання у керівному корпусі обмежене, не вирішеною є і проблема ротації управлінців. Переважна більшість (78,8%) опитаних вважає неприйнятним для себе перехід на іншу роботу або зміну характеру діяльності. Третина (36,3%) ні за яких умов не згодна змінити управлінську діяльність на роботу практичного лікаря, однак продовжує підтримувати свої клінічні професійні навички. На думку наших респондентів, співвідношення управлінської та професійної лікарської діяльності для всіх опитаних керівників ОЗ становить 35,0% (95% ДІ [27,67–42,33]) на 65,0% (95% ДІ [57,67–72,33]).

В умовах українських реалій більшість управлінців прагнуть підтримувати свої клінічні навички не через гарантоване продовження медичної практики, а через ризик у будь-який час, при зміні вищого керівництва, державного або галузевого курсу, стати незатребуваним у сфері управління та у системі охорони здоров'я. Вони прагнуть мати хоча б якусь можливість професійної реалізації, оскільки не мають жодних гарантій щодо свого подальшого працевлаштування на управлінських посадах. Переважна більшість (81,8%) респондентів вважає, що якщо раптом втратить нинішню роботу, та не зможе знайти рівноцінне місце організатора охорони здоров'я. На запитання щодо можливостей кар'єрного росту в організаторів охорони здоров'я (рис. 1) тільки третина (31,1%) опитаних керівників зазначила, що є достатньо можливостей, решта відповіла, що їх недостатньо або певною мірою ухилилася від відповіді.

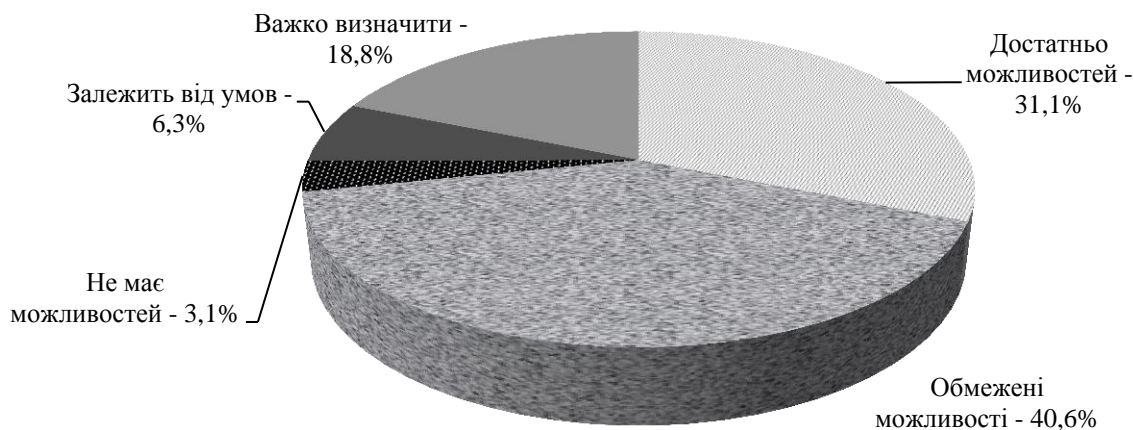


Рис. 1. Відповіді опитаних керівників на запитання «Чи достатньо можливостей для кар'єрного росту в організатора охорони здоров'я?» (у % до загальної кількості опитаних)

Натепер у повсякденній професійній діяльності керівників закладів охорони здоров'я (табл. 2) переважає господарча та фінансова діяльність, а також забезпечення закладу необхідними для діяльності ресурсами (сукупна частка даних видів діяльності найбільша – 39,97%). Це кореспондується з дослідженнями інших українських фахівців, згідно з якими у діяльності головних лікарів переважає господарча робота, а не творча управлінська діяльність [4].

В Аналітичній записці Інституту економічних досліджень та політичних консультацій щодо компетенцій адміністраторів охорони здоров'я (2013) визначили, що однією з головних компетенцій сучасного головного лікаря державного українського закладу виявляється фандрейзинг – процес залучення фінансових засобів або інших ресурсів, які заклад не в змозі забезпечити самостійно [9].

Таблиця 2

Оцінка керівниками закладів охорони здоров'я залученості у різні види управлінської діяльності

Вид діяльності	Частка у загальній структурі робочого часу, прийнятого за 100% (M±m _p , %)	Ранг щоденної участі (від 1 – найбільший ступінь участі до 10 – найменший)
Господарська діяльність	16,1±3,31	1
Фінансова діяльність	12,48±2,98	2
Забезпечення ресурсами	11,39±2,86	3
Робота з кадрами	11,88±2,92	4
Аналітична робота	10,36±2,75	5
Різні комунікації	8,97±2,58	6
Ухвалення управлінських рішень	7,76±2,41	7
Робота з документацією	7,69±2,4	8
Адміністративна діяльність	6,79±2,27	9
Організаційна діяльність	6,58±2,24	10

Такий стан речей суперечить виконанню завдань, що стоять перед системою охорони здоров'я на сучасному етапі розвитку та реформування. Сьогодні вимагає нової генерації менеджерів, які повинні володіти низкою необхідних компетенцій, що відбивають їх здатність застосовувати знання, вміння та особистісні якості для успішної діяльності у сфері управління [6, 7, 9].

Позитивним моментом оновленої (2014 р.) програми спеціалізації (2- та 18-місячної) з «Організації і управління охороною здоров'я» є те, що при її розробці використовувався компетентнісний підхід. Однак і строки навчання (перехід з 2-х міс. до 18-міс.), і перелік та зміст управлінських компетенцій у галузі ОЗ потребує перегляду. Згідно власних досліджень (рис. 2), для

ефективної управлінської діяльності у сучасних умовах необхідна наявність у керівників ЗОЗ галузевих, менеджерських (фахових) компетенцій, підприємницьких (ділових), особистісних та міжособистісних компетенцій [2].

Зазначені компетенції та сфера діяльності, що вони охоплюють, вступають у протиріччя з тим, чим у повсякденній практиці займаються керівники ОЗ (табл. 2). Усе це призводить до демотивації та професійного вигорання керівної ланки галузі. Так, за даними нашого опитування, більшість (54,5%) вважають, що в їх діяльності позитивні негативні моменти переважають над позитивними, а 42,4% респондентів у різній мірі не задовольняє управлінська робота.

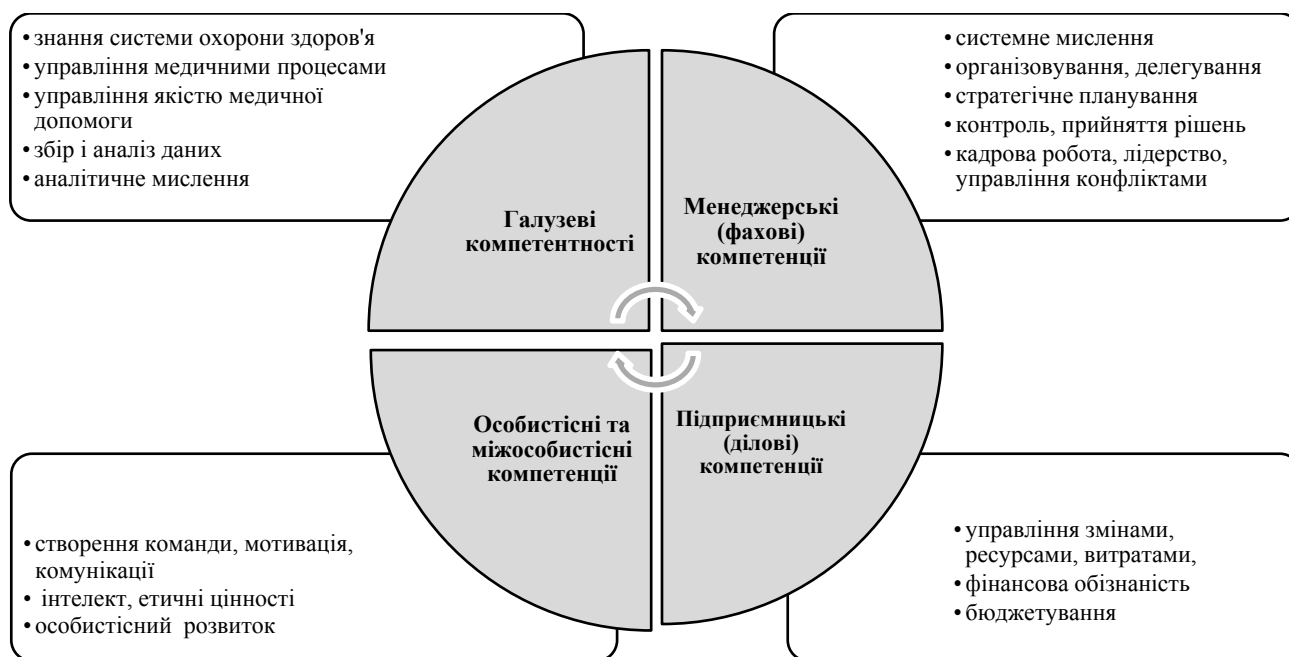


Рис. 2. Перелік та зміст управлінських компетенцій, необхідних керівникам системи охорони здоров'я для забезпечення ефективної діяльності

Отже, нагальним завданням сьогодні є створення нової системи підбору, підготовки та підзвітності керівних кадрів, яка б враховувала стратегії, орієнтовані на ефективність системи ОЗ та оновлену роль лідера.

Висновки

Для ефективного функціонування і трансформації системи охорони здоров'я необхідна критична маса професіоналів нової генерації, здатних до глибокого розуміння проблем і ключових тенденцій розвитку системи охорони здоров'я, готових до застосування широкого спектра навичок для впровадження змін на організаційному та політичному рівнях.

Механізми, які регулюють процедури відбору персоналу, просування по кар'єрних сходах та доступу до обіймань керівних посад, повинні ґрунтуватися на формалізованих критеріях із доведеною ефективністю на основі сучасних наукових уявлень.

Формуванням управлінських компетенцій у сфері охорони здоров'я повинні займатися досвідчені фахівці на до- та післядипломному рівнях навчання, приділяючи

суттєву увагу формуванню системного мислення, як у студентів, так і у курсантів, оскільки брак знань про систему охорони здоров'я у керівників галузі різних рівнів може стати серйозним бар'єром для ефективного функціонування галузі, а в кінцевому підсумку – для поліпшення здоров'я населення.

Дисбаланс, який існує між тим, чим повинен займатися сучасний управлінець охорони здоров'я, та тим, чим він займається у реальному трудовому житті, вимагає перегляду основних підходів до сфери відповідальності керівників медичних закладів, їх прав та повноважень. Такий перегляд повинен здійснюватися з позицій компетентісного підходу та відбуватися паралельно з переглядом системи підбору та кар'єрного просування керівних кадрів, їх до- та післядипломної підготовки.

Перспективи подальших досліджень

Розробка оновленої системи підбору, підготовки та підзвітності керівних кадрів у сфері охорони здоров'я з позицій компетентісного підходу.

Література

1. *Князев А. А.* Формирование и развитие стратегического резерва руководящих кадров в здравоохранении (организационно-управленческие аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение» / А. А. Князев. – Москва, 2013. – 25 с.
2. *Крячкова Л. В.* Застосування компетентісного підходу для післядипломного навчання керівників медичних закладів шляхом забезпечення чутливості охорони здоров'я / Л. В. Крячкова // Український журн. медицини, біології та спорту. – 2015. – № 2 (2). – С. 113–116.
3. *Обґрунтування* необхідності формування управлінських компетентностей у лікарів на додипломному етапі їх навчання та підвищення ефективності підготовки управлінських кадрів системи охорони здоров'я / Лехан В. М., Крячкова Л. В., Заярський М. І., Максименко О. П. // Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». – 2016. – Т. 16, Вип. 2 (54). – С. 265–271.
4. *Панчишин Н. Я.* Оцінка ефективності управління в системі охорони здоров'я / Н. Я. Панчишин, В. Л. Смірнова // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2012. – № 3 (53). – С. 57–59.
5. *Підвищення* професійного рівня керівників медичних закладів – підґрунтя реформування галузі / В. М. Лобас, О. Т. Дорохова, Н. М. Адоньєва [та ін.] // Медична освіта. – 2011. – № 3. – С. 99–101.
6. *Програма* післядипломної підготовки керівників медичних закладів за спеціальністю «Управління охороною здоров'я» / [Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні»] // Представництво Європейської Комісії в Україні. – Київ, 2009. – 44 с.
7. *Роль* управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України / [Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні»] // Представництво Європейської Комісії в Україні. – Київ, 2009. – 70 с.
8. *Смірнова В. Л.* Роль керівників охорони здоров'я в її реформуванні / В. Л. Смірнова, Н. Я. Панчишин // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2013. – № 3. – С. 26–28.
9. *Степурко Т.* Компетенції адміністраторів в охороні здоров'я: реалії та перспективи : Аналітична записка НСЗ/2013 // Т. Степурко, І. Грига. – Київ : Інститут економічних досліджень та політичних консультацій, 2013. – 12 с.
10. *Тарасенко В. В.* Стратегии развития территориальных кластеров / В. В. Тарасенко // Экономические стратегии. – 2011. – № 11. – С. 82–92.

11. Тхориков Б. А. Проектное управление в ЛПУ : опыт Белгородской области / Б. А. Тхориков // Здравоохранение. – 2012. – № 7. – С. 28–32.
12. Управлінські обмеження як індикатор здатності і готовності керівників закладів охорони здоров'я до реформи системи охорони здоров'я / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Г. С. Канюка, О. В. Романова // Економіка і право охорони здоров'я. – 2015. – № 1 (1). – С. 81–87.
13. Чикер В. А. Психологическая диагностика организации и персонала / В. А. Чикер. – Санкт-Петербург : Речь, 2003. – 170 с.
14. Шкробанець І. Д. Медичний менеджмент в умовах реформування систем охорони здоров'я / І. Д. Шкробанець, Ю. М. Нечитайло // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 2. – С. 72–75.
15. Senkubuge F. Strengthening health systems by health sector reforms / F. Senkubuge, M. Modisenyane, T. Bishaw // Glob. Health Action. – 2014. – № 7. – P. 1–7.
16. Systems thinking for health systems strengthening / edited by Don de Savigny and Taghreed Adam. – Geneva : World Health Organization, Alliance for Health Policy and Systems Research, 2009. – 107 с.

Дата надходження рукопису до редакції 25.11.2016 р.

Каким должен быть современный управленец в сфере здравоохранения

В.Н. Лехан, Л.В. Крячкова, Э.В. Борвинко
ГУ «Днепропетровская медицинская академия
МЗ Украины», г. Днепр, Украина

Цель – сравнить особенности управленческой деятельности руководителей учреждений здравоохранения с основными требованиями, предъявляемыми на современном этапе развития отрасли к организаторам здравоохранения.

Материалы и методы. В работе использованы данные собственных социологических и социально-психологических исследований. По самостоятельно разработанной анкете опрошено 123 руководителя учреждений здравоохранения. По методике Э. Шейна «Якоря карьеры» обследовано 116 студентов-медиков старших курсов. Применены библиосемантический, социологический, социально-психологический и медико-статистический методы.

Результаты. На современном этапе в деятельности руководителей учреждений здравоохранения преобладают хозяйственная работа и фандрейзинг.

Однако выполнение задач, стоящих перед системой здравоохранения в период развития и реформирования отрасли, требует от управленцев овладения рядом компетентностей: отраслевых, менеджерских (профессиональных), предпринимательских (деловых) и личностных/межличностных. Существует резерв для подготовки руководителей нового поколения из числа будущих врачей. Опрос среди старшекурсников показал, что определенная доля студентов-медиков нацелена на должность, которая будет связана с управлением.

Выводы. Дисбаланс, который существует между тем, чем должен заниматься современный управленец здравоохранения, и тем, чем он занимается в реальной трудовой жизни, требует пересмотра основных подходов к сфере ответственности руководителей медицинских учреждений, их прав и полномочий. Такой пересмотр должен происходить с позиций компетентностного подхода и протекать параллельно с пересмотром системы подбора и карьерного продвижения руководящих кадров, их до- и последипломной подготовки.

Ключевые слова: руководители, учреждения здравоохранения, управленческие компетенции, реформа здравоохранения.

What should be the modern manager in health care

V.M. Lekhan, L.V. Kryachkova, E.V. Borvinko
SE "Dnipropetrovsk Medical Academy
Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine

Purpose – the comparison of management activity features of health facilities managers with basic requirements for health care officials at the present stage of the development of health industry.

Materials and methods. We used the data of our own sociological and socio-psychological research. Over one hundred – 123 managers of health facilities were interviewed by self-designed questionnaire. According to the method of E. Shane "Career anchors" 116 medical students of senior courses were examined. Biblосemantic, sociological, socio-psychological, medico-statistical methods were used.

Results. At the present day economic activities and fundraising dominate in the activity of health facilities managers. But the challenges, facing the health care system at

the present stage of development and reform, requires that managers master a number of management competencies: industrial, managerial (professional), entrepreneurial (business) and personal/interindividual. There is a reserve for training a new generation of leaders among future doctors. The survey of senior students showed that a certain percentage of medical students aims to the position associated with the management.

Conclusions. The imbalance that exists between what the modern health care manager should do and what he does in real working life requires a revision of the main approaches to the responsibilities of managers of health facilities, their rights and responsibilities. Such review should take place from the positions of competence approach and proceed in parallel to the revision of the system of selection and promotion of management personnel, their under- and post-graduate training.

Key words: managers, health facilities, managerial competences, health care reform.

Відомості про авторів

Лехан Валерія Микитівна – д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

Крячкова Лілія Вікторівна – д.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

Борвінко Ельвіра Вікторівна – к.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

УДК 314.4:616.4-053(477.53)

В.П. Лисак

СМЕРТНІСТЬ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ВНАСЛІДОК ХВОРОБ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ

Департамент охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації, м. Полтава, Україна

Мета – вивчити та проаналізувати показники смертності населення Полтавської області внаслідок хвороб ендокринної системи.

Матеріали та методи. Матеріали дослідження: статистичні дані галузевої статистичної звітності Полтавської області за 2011–2015 рр. Використано статистичний метод дослідження.

Результати. За роки дослідження рівень смертності дорослого населення Полтавської області внаслідок хвороб ендокринної системи скоротився на 22,8% і у 2015 р. становив 5,4 на 100 тис. дорослого населення області. Найвищі показники смертності дорослого населення області внаслідок хвороб ендокринної системи зареєстровано в Карлівському (24,1) і Лубенському (21,1) районах, а також у м. Комсомольськ (22,0). У 2015 р. не виявлено жодного випадку смертності дорослого населення внаслідок хвороб ендокринної системи на 6 (20,7%) адміністративних територіях, при цьому в Зіньківському районі таких випадків не зафіксовано за увесь період дослідження. Найбільшу частку в показниках смертності дорослого населення внаслідок хвороб ендокринної системи займав цукровий діабет.

Висновки. Достовірна різниця в показниках смертності дорослого населення області внаслідок хвороб ендокринної системи в розрізі адміністративних територій є підставою для поглибленого вивчення якості надання медичної допомоги таким хворим у регіональному аспекті.

Ключові слова: Полтавська область, доросле населення, смертність, хвороби ендокринної системи, показники.

Вступ

Хвороби ендокринної системи є важливою причиною смертності дорослого населення [4–6]. Провідне місце в структурі смертності населення внаслідок хвороб ендокринної системи посідає цукровий діабет та його ускладнення [2]. Цей показник певною мірою залежить від ефективності та якості медичної допомоги хворим, що слід враховувати в ході реформи системи медичної допомоги населенню [1, 3].

Мета роботи – вивчити та проаналізувати показники смертності населення Полтавської області внаслідок хвороб ендокринної системи.

Матеріали та методи

Матеріали дослідження: статистичні дані галузевої статистичної звітності Полтавської області за 2011–2015 рр. У ході дослідження використано статистичний метод.

Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження вивчено та проаналізовано дані щодо смертності населення Полтавської області внаслідок усіх хвороб ендокринної системи за 2011–2015 рр. (табл. 1).

Таблиця 1
Смертність дорослого населення Полтавської області
внаслідок хвороб ендокринної системи за 2011–2015 рр. (на 100 тис. дорослого населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік					Зміни, %
	2011	2012	2013	2014	2015	
<i>Місто</i>						
Полтава	2,1	1,6	2,1	1,3	2,1	без змін
Кременчук	6,1	2,8	3,9	3,8	4,4	-27,9
Комсомольськ	2,2	-	-	2,2	22,0	1000,0
<i>Район</i>						
Великобагачанський	23,1	31,9	27,5	23,1	18,7	-19,0
Гадяцький	8,5	2,1	-	-	4,4	-48,2
Глобинський	12,5	5,1	2,5	10,7	5,4	-56,8
Гребінківський	-	5,0	5,1	-	5,1	+100,0

Продовження таблиці 1

Диканський	12,3	-	6,3	12,5	18,9	+53,7
Зіньківський	-	-	-	-	-	без змін
Карлівський	19,8	13,5	17,3	10,4	24,6	+24,3
Кобеляцький	40,0	35,1	44,2	8,4	5,6	-86,0
Козельщинський	5,7	5,7	11,6	-	5,9	+3,5
Котелевський	-	6,0	-	6,1	6,1	+100,0
Кременчуцький	2,3	4,7	-	-	-	-100,0
Лохвицький	10,4	2,6	5,3	2,7	-	-100,0
Лубенський	11,6	14,7	23,5	20,9	21,1	+81,9
Машівський	11,7	-	-	-	11,9	+1,7
Миргородський	12,8	12,9	8,1	8,2	6,6	-48,4
Новосанжарський	6,6	3,3	6,6	-	3,4	-48,5
Оржицький	-	9,6	-	-	14,6	+100,0
Пирятинський	3,6	7,2	7,3	-	-	-100,0
Полтавський	-	1,8	5,3	-	1,8	+100,0
Решетилівський	-	8,9	-	-	4,5	+100,0
Семенівський	-	-	4,4	8,9	-	без змін
Хорольський	13,3	3,3	-	-	6,8	-47,3
Чорнухинський	9,5	9,6	19,5	19,7	20,1	+111,6
Чутівський	-	-	10,0	5,1	-	без змін
Шишацький	5,2	22,9	5,8	5,9	5,9	+3,5
Усього по області	7,0	6,0	6,5	4,3	5,4	-22,8

За даними табл. 1, смертність дорослого населення Полтавської області внаслідок хвороб ендокринної системи скоротилася за роки дослідження на 22,8% і у 2015 р. становила 5,4 на 100 тис. дорослого населення області. Найвищі показники смертності дорослого населення області внаслідок хвороб ендокринної системи зареєстровано в Карлівському (24,1) і Лубенському (21,1) районах, а також у м. Комсомольськ (22,0). У 2015 р. не виявлено жодного випадку смертності дорослого населення внаслідок хвороб ендокринної системи на

6 (20,7%) адміністративних територіях, при цьому у Зіньківському районі таких випадків не зафіксовано за увесь період дослідження.

Наступним кроком дослідження вивчено показники смертності дорослого населення Полтавської області внаслідок цукрового діабету, який посідає провідне місце в структурі смертності дорослого населення області внаслідок хвороб ендокринної системи, за 2011–2015 рр. (табл. 2).

Таблиця 2
Смертність дорослого населення Полтавської області
внаслідок цукрового діабету за 2011–2015 рр. (на 100 тис. дорослого населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік					Зміни, %
	2011	2012	2013	2014	2015	
<i>Місто</i>						
Полтава	2,1	1,6	2,1	1,3	2,1	без змін
Кременчук	5,5	2,8	3,3	3,8	3,9	-29,1
Комсомольськ	2,2	-	-	2,2	2,2	без змін
<i>Район</i>						
Великобагачанський	23,1	31,9	27,5	23,1	18,7	-19,0
Гадяцький	6,4	2,1	-	-	2,2	-65,6
Глобинський	12,5	5,1	2,6	10,7	5,4	-56,8
Гребінківський	-	5,0	5,1	-	5,1	+100,0
Диканський	12,3	-	6,3	12,5	18,9	+53,7
Зіньківський	-	-	-	-	-	без змін

Продовження таблиці 2

Карлівський	19,8	13,5	17,3	10,4	24,6	+24,3
Кобеляцький	40,0	32,4	44,2	8,4	2,8	-93,0
Козельщинський	5,7	5,7	11,6	-	-	-100,0
Котелевський	-	6,0	-	6,1	6,1	+100,0
Кременчуцький	2,3	4,7	-	-	-	-100,0
Лохвицький	10,4	2,6	5,3	2,7	-	-100,0
Лубенський	11,6	14,7	23,6	20,9	21,1	+81,9
Машівський	11,7	-	-	-	11,9	+1,7
Миргородський	12,8	11,3	8,1	8,2	6,6	-48,4
Новосанжарський	6,6	3,3	6,6	-	3,4	-48,5
Оржицький	-	9,6	-	-	9,7	+100,0
Пирятинський	3,6	7,2	3,6	-	-	-100,0
Полтавський	-	1,8	5,3	-	1,8	+100,0
Решетилівський	-	8,9	-	-	4,5	+100,0
Семенівський	-	-	4,4	8,9	-	без змін
Хорольський	12,9	3,3	-	-	6,8	-47,3
Чорнухинський	9,5	9,6	19,5	19,7	20,1	+111,6
Чутівський	-	-	5,0	5,1	-	без змін
Шишацький	5,7	11,5	5,8	5,9	-	-100,0
Усього по області	6,8	5,7	6,3	5,3	4,9	-27,9

За даними табл. 2, показник смертності дорослого населення області за роки дослідження скоротився на 27,9% і у 2015 р. становив 4,9 на 100 тис. дорослого населення. Найвищі показники смертності дорослого населення внаслідок цукрового діабету відмічено в Карлівському (24,6), Лубенському (21,1) і Чорнухинському (20,1) районах. У 2015 р. не зафіксовано жодного випадку смертності дорослого населення внаслідок цукрового діабету на 6 (27,6%) адміністративних територіях, при цьому в Зіньківському районі таких випадків не виявлено за увесь період дослідження.

Висновки

За 2011–2015 рр. смертність дорослого населення Полтавської області внаслідок хвороб ендокринної

системи скоротилася на 22,8% і у 2015 р. становила 5,4 на 100 тис. дорослого населення області. Найвищі показники смертності дорослого населення області внаслідок хвороб ендокринної системи зафіксовано в Карлівському (24,1) і Лубенському (21,1) районах, а також у м. Комсомольськ (22,0). У 2015 р. не зареєстровано жодного випадку смертності дорослого населення внаслідок хвороб ендокринної системи на 6 (20,7%) адміністративних територіях, при цьому в Зіньківському районі таких випадків не виявлено за увесь період дослідження. Найвищу частку в показниках смертності дорослого населення внаслідок хвороб ендокринної системи займав цукровий діабет.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з

вивченням якості медичної допомоги пацієнтами із хворобами ендокринної системи в регіональному аспекті.

Література

1. Деякі уроки реформи охорони здоров'я України / Г. О. Слабкий, В. М. Лехан, К. О. Надутий [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 3. – С. 7–22.
2. Медико-демографічна ситуація та основні показники медичної допомоги населенню в регіональному аспекті. 2013 рік. – Київ: МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2014. – 168 с.
3. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я, забезпеченості населення лікарняними ліжками та основні показники їх використання / Г. О. Слабкий, Г. Я. Пархоменко, Н. Ю. Кондратюк, О. М. Торжевська // Український медичний часопис. – 2014. – № 5 (103). – С. 130–133.
4. Чепелевська Л. А. Аналіз демографічної ситуації в Україні / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред. О. С. Мусія. – Київ, 2014. – С. 12–34.
5. Чепелевська Л. А. Аналіз демографічної ситуації в Україні / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони

- здоров'я України. 2014 рік / за ред. О. Квіташвілі ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ : МВЦ «Медінформ», 2015. – С. 13–35.
6. *Чепелевська Л. А.* Сучасні медико-демографічні проблеми в Україні та шляхи їх подолання / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3 (35). – С. 39–43.

Дата надходження рукопису до редакції: 16.11.2016 р.

Смертность взрослого населения Полтавской области вследствие болезней эндокринной системы

В.П. Лысак

Департамент здравоохранения Полтавской областной государственной администрации, г. Полтава, Украина

Цель – изучить и проанализировать показатели смертности населения Полтавской области вследствие болезней эндокринной системы.

Материалы и методы. Материалы исследования: статистические данные отраслевой статистической отчетности Полтавской области за 2011–2015 гг. Использован статистический метод исследования.

Результаты. За годы исследования уровень смертности взрослого населения Полтавской области вследствие болезней эндокринной системы сократился на 22,8% и в 2015 г. составлял 5,4 на 100 тыс. взрослого населения области. Самые высокие показатели смертности взрослого населения области вследствие болезней эндокринной системы зарегистрированы в Карловском (24,1) и Лубненском (21,1) районах, а также в г. Комсомольск (22,0). В 2015 г. не выявлены случаи смертности взрослого населения вследствие болезней эндокринной системы на 6 (20,7%) административных территориях, при этом в Зиньковском районе такие случаи не зафиксированы за весь период исследования. Самую большую часть в показателях смертности взрослого населения вследствие болезней эндокринной системы занимал сахарный диабет.

Выводы. Достоверная разница в показателях смертности взрослого населения области вследствие болезней эндокринной системы в разрезе административных территорий является основанием для углубленного изучения качества предоставления медицинской помощи таким больным в региональном аспекте.

Ключевые слова: Полтавская область, взрослое население, смертность, болезни эндокринной системы, показатели.

Mortality rate of adult population of Poltava region caused by endocrine system diseases

V.P. Lysak

Health Department of the Poltava Regional State Administration, Poltava, Ukraine

Purpose – to consider and analyze the indices of mortality rate of adult population in Poltava region caused by endocrine system diseases.

Materials and methods. The branch statistical reporting of Poltava region was taken as the material for study. The period of study was 2011–2015 years. We used a Statistical method was used as the principal method of study.

Results. During the studied period the mortality rate of adult population in Poltava region caused by endocrine system diseases decreased by 22.8% and in 2015 composed 5.4 per 100 thous. of adult population of the region. The highest indices of population mortality due to the diseases of endocrine system are registered in Karlivskiy (24.1) and Lubenskiy (21.1) areas and Komsomolsk (22.0). In 2015 not a single mortality case of adult population caused by endocrine system diseases was detected in 6 (20.7%) administrative territories, and in Zinkivskiy area such cases were not fixed for the entire period of study. The highest share in terms of the mortality rate of adult population due to diseases of the endocrine system belongs to diabetes.

Conclusions. Robust difference in indices of the mortality rate of adult population due to endocrine system diseases in terms of administrative areas compose the base for deep study of the quality of medical care patients with endocrine system diseases in the regional aspect.

Key words: Poltava region, adult population, mortality, endocrine system diseases, indices.

Відомості про автора

Лисак Віктор Петрович – к.мед.н., директор Департаменту охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації; вул. Комсомольська, 44, м. Полтава, 36011, Україна.

УДК 614.2:616-082:336.14(1-22)

М.В. Лобас

РІВЕНЬ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ЧИННИК ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКІСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ

Управління охорони здоров'я Черкаської обласної державної адміністрації, м. Черкаси, Україна

Мета – вивчити та проаналізувати рівні фінансування медичної допомоги в цілому та стаціонарної допомоги зокрема сільському населенню Черкаської області як чинник забезпечення якісної медичної допомоги.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності Управління охорони здоров'я Черкаської облдержадміністрації за 2009–2015 роки. Використано бібліосемантичний та статистичний методи дослідження.

Результати. Встановлено різницю в обсягах бюджетного фінансування з розрахунку на одного жителя від 665,84 грн до 860,46 грн; різниця становить 194,62 грн, або 1,29 разу. За роки дослідження на всіх адміністративних територіях, крім двох районів, у понад двічі збільшилися витрати на фінансування одного дня перебування пацієнта в стаціонарі. При цьому в розрізі адміністративних територій обсяги таких видатків значно відрізняються: від 373,85 грн до 595,56 грн; різниця становить 221,71 грн, або 1,59 разу. Обсяги видатків на придбання засобів медичного призначення та ліків з розрахунку на один ліжко-день перебування пацієнтів у стаціонарі мають достовірну різницю в розрізі адміністративних територій. Граничні межі видатків коливаються від 3,76 грн до 21,53 грн; різниця становить 17,77 грн, або 5,73 разу. Визначення частки витрат на придбання ліків із загальних витрат на лікування стаціонарних пацієнтів із розрахунку на один ліжко-день показало, що в жодному із районів вона не становить навіть 5%.

Висновки. Ситуація щодо фінансування медичної допомоги вказує на те, що заклади охорони здоров'я наразі є місцями перебування хворих, а не місцями отримання медичної допомоги.

Ключові слова: Черкаська область, рівень фінансування, стаціонарна медична допомога.

Вступ

Відповідно до критеріїв ВООЗ, побудова ефективної системи фінансування охорони здоров'я передбачає успішне виконання нею взаємопов'язаних функцій: збір доходів; об'єднання зібраних коштів у фонди; закупівлю медичних послуг [5].

У більшості країн основна частина витрат на охорону здоров'я припадає на державні витрати (у середньому в Європейському регіоні – 72,9%, Україні – 51,7%). Найвищі рівні цього показника серед країн-членів ВООЗ зафіксовано у Монако (88,5%), Норвегії (85%), Великій Британії (84%), Люксембургу (83,5%), Швеції (81,3%); серед країн-членів ЄС після травня 2004 р. – у Чехії (84%), Румунії (80,3%), Хорватії (80,1%), Естонії (78,7%) [2, 6].

У 2015 р. джерелами фінансування системи охорони здоров'я в Україні залишалися, як в і попередні роки, кошти державного, місцевих бюджетів та соціального страхування, приватні кошти домогосподарств, роботодавців, некомерційних організацій, що обслуговують домогосподарства; кошти міжнародних донорських організацій, які спрямовані в систему охорони здоров'я України (так звані «кошти іншого світу» за класифікацією НРОЗ). Основним обов'язковим джерелом фінансування національної системи охорони здоров'я виступають кошти державного та місцевих бюджетів [1, 4].

В Україні загальні витрати на охорону здоров'я, як

відсоток від ВВП, у 2014 р. становили 7,42% при рівні витрат на охорону здоров'я у світі в цілому 8,6%, у Європейському регіоні – 8,9%, що майже на рівні або вище країн, які стали членами ЄС після 2004 р. (у середньому близько 7,0%) [3, 6].

Мета роботи – вивчити та проаналізувати рівні фінансування медичної допомоги в цілому та стаціонарної допомоги зокрема сільському населенню Черкаської області як чинник забезпечення йому якісної медичної допомоги.

Матеріали та методи

У ході виконання дослідження використано бібліосемантичний та статистичний метод дослідження. Матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності управління охорони здоров'я Черкаської ОДА за 2009–2015 роки.

Результати дослідження та їх обговорення

На першому етапі було досліджено, в динаміці семи років, обсяги бюджетного фінансування на одного сільського жителя. Аналіз наведених у табл.1 даних вказує на різницю в обсягах бюджетного фінансування з розрахунку на одного жителя від 665,84 грн у Черкаському до 860,46 грн у Христинівському районах. Різниця становить 194,62 грн, або 1,29 разу.

Одним із чинників забезпечення якісної медичною допомогою є показник обсягів витрат на придбання лікарів та засобів медичного призначення, враховуючі витратні матеріали для діагностичних обстежень та дезінфікуючі засоби. Аналіз наведених у табл. 4 даних вказує на достовірну різницю в розрізі адміністративних територій щодо видатків на придбання

засобів медичного призначення та ліків з розрахунку на один ліжко-день перебування пацієнтів в стаціонарі. Граничні межі видатків за вказаним кодом бюджетної класифікації коливаються від 3,76 грн у Христинівському до 21,53 грн у Драбівському районі. Різниця становить 17,77 грн, або 5,73 разу.

Таблиця 4
Фінансування придбання засобів медичного призначення та ліків із розрахунку на один ліжко-день перебування пацієнтів у стаціонарі, грн

Адміністративний район	Рік							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2015 до 2009, рази
Городищенський	13,55	13,86	7,27	8,99	3,75	7,98	15,81	1,67
Драбівський	9,13	7,99	5,50	7,30	7,37	14,64	21,53	2,36
Жашківський	6,39	5,95	5,16	4,90	5,43	5,78	10,20	1,60
Звенигородський	3,61	4,56	3,77	4,86	4,66	3,91	5,91	1,64
Золотоніський	10,00	11,89	3,82	4,06	5,11	8,83	11,40	1,14
Кам'янський	4,17	5,75	4,52	4,69	5,33	10,00	14,00	3,36
Канівський	10,11	11,98	6,85	6,56	4,65	6,18	8,34	0,82
Катеринопільський	4,74	6,00	5,88	5,15	5,19	6,17	10,94	2,31
Корсунь-Шевченківський	7,94	8,46	7,02	6,91	6,02	8,88	8,10	1,02
Лисянський	5,57	7,33	4,29	3,83	4,48	4,28	4,28	0,77
Маньківський	6,07	6,63	4,65	3,91	4,2	4,13	4,18	0,69
Монастирищенський	6,66	6,98	3,20	3,99	5,11	4,34	7,38	1,11
Смілянський	3,84	3,19	4,99	5,57	4,15	5,96	10,12	2,64
Тальнівський	5,77	7,26	5,81	2,55	2,29	4,54	4,51	0,78
Уманський	9,77	11,41	6,67	8,26	10,81	10,90	14,45	1,48
Христинівський	3,02	3,93	1,92	2,33	3,03	5,10	3,76	1,25
Черкаський	8,65	10,20	7,21	6,94	7,74	9,24	13,80	1,60
Чигиринський	5,53	3,21	2,96	2,20	3,85	6,29	5,65	1,02
Чорнобаївський	5,27	5,95	4,15	3,42	3,88	7,76	7,63	1,45
Шполянський	6,76	7,74	5,49	6,42	7,54	7,72	10,62	1,57

За період дослідження зареєстровано підвищення фінансування на придбання засобів медичного призначення та ліків із розрахунку на один ліжко-день перебування пацієнтів в стаціонарі на території усіх адміністративних районів, крім Тальнівського, Маньківського, Лисянського та Канівського, де зареєстровано зменшення даного показника.

Проведений аналіз виділених у лікарнях видатків на придбання засобів медичного призначення та ліків із розрахунку на один ліжко-день перебування пацієнтів в стаціонарі вказує на те, що їх недостатньо навіть на забезпечення протиепідемічного режиму відповідно до галузевого стандарту. Кошти на придбання лікарських засобів для надання невідкладної допомоги та витратних матеріалів для діагностичної служби майже не виділяються.

Наступним кроком дослідження стало проведення розрахунків щодо встановлення частки фінансових витрат на придбання ліків на один ліжко-день. Як свідчать дані табл. 5, у жодному із районів у 2015 р. ця частка не складає навіть 5%. Так, найбільша частка таких витрат зареєстрована в Городищенському (4,70%) та Шполянському (4,58%) районах, а в Корсунь-Шевченківському, Лисянському та Уманському районах вона становить менше одного відсотка. Дана ситуація вказує на те, що потреби пацієнтів в отриманні медичної допомоги не є пріоритетними для головних лікарів, а також про те, що заклади охорони здоров'я наразі є пунктами перебування хворих, а не місцем отримання медичної допомоги.

Таблиця 5

Частка фінансових витрат на придбання ліків на один ліжко-день перебування в стаціонарі, 2015 рік

Адміністративний район	Загальна вартість ліжко-дня, грн	Обсяг фінансування придбання ліків на 1 ліжко-день, грн	%
Городищенський	457,90	21,53	4,70
Драбівський	595,56	10,20	1,71
Жашківський	517,70	5,91	1,14
Звенигородський	419,30	11,40	2,72
Золотоніський	492,34	14,00	2,84
Кам'янський	509,38	8,34	1,64
Канівський	544,06	10,94	2,01
Катеринопільський	480,98	8,10	1,68
Корсунь-Шевченківський	464,73	4,28	0,92
Лисянський	431,43	4,18	0,97
Маньківський	423,12	7,38	1,74
Монастирищенський	373,85	10,12	2,71
Смілянський	442,12	4,51	1,02
Тальнівський	465,83	14,45	3,10
Уманський	405,09	3,76	0,93
Христинівський	414,25	13,80	3,33
Черкаський	459,59	5,65	1,23
Чигиринський	509,00	7,63	1,50
Чорнобаївський	471,49	10,62	2,25
Шполянський	469,91	21,53	4,58

Висновки

За результатами дослідження встановлено різницю в обсягах бюджетного фінансування з розрахунку на одного жителя від 665,84 грн у Черкаському до 860,46 грн у Христинівському районах. Різниця становить 194,62 грн, або 1,29 разу. Обсяги позабюджетного фінансування є мінімальними і на якість та обсяги медичної допомоги практично не впливають. За роки дослідження на всіх адміністративних територіях, крім Христинівського (1,92 разу) та Городищенського (1,91 разу) районів, у понад двічі збільшилися витрати на один день перебування пацієнта в стаціонарі. При цьому в розрізі адміністративних територій обсяги таких видатків значно відрізняються: від 373,85 грн у Монастирищенському до 595,56 грн у Драбівському районах. Різниця становить 221,71 грн, або 1,59 разу.

Обсяги видатків на придбання засобів медичного призначення та ліків з розрахунку на один ліжко-день перебування пацієнтів в стаціонарі мають достовірну різницю в розрізі адміністративних територій. Граничні межі видатків за вказаним кодом бюджетної класифікації коливаються від 3,76 грн у Христинівському до 21,53 грн у Драбівському районі. Різниця становить 17,77 грн, або 5,73 разу. Частка витрат на придбання ліків із загальних витрат на лікування стаціонарних пацієнтів із розрахунку на один ліжко-день показала, що у жодному із районів вона не становить навіть 5%. Дана ситуація вказує на те, що заклади охорони здоров'я є пунктами перебування хворих, а не місцем отримання медичної допомоги.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням якості надання медичної допомоги сільським жителям області.

Література

7. *Грошово-кредитна та фінансова статистика*. Січень 2016 : Статистичний бюлетень [Електронний ресурс] / Національний банк України. – С. 3. – Режим доступу <http://www.bank.gov.ua>. – Назва з екрану.
8. *Дані щодо ВВП за 2015 станом на грудень 2015 року* / Міністерство економічного розвитку і торгівлі України // Україна: перспективи розвитку (Консенсус-прогноз). – 2015. – Вип. 38. – С. 23.
9. *Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2014 році* : Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України. – Київ, 2016. – 132 с.
10. *Показники виконання Зведеного бюджету України за 2014–2015 роки за даними Державної казначейської служби України* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.treasury.gov.ua/main/uk/doccatalog/list?currDir=305190>. – Назва з екрану.
11. *Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние: Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения : отчет, Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г. Копенгаген, ЕРБ ВОЗ, 2009* [Электронный документ]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/78951/E92150R.pdf. – Название с экрана.
12. *Слабкий Г. О.* Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, О. О. Заглада. – Київ, 2011. – 345 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 22.11.2016 р.

Уровень финансирования здравоохранения как фактор обеспечения качественной медицинской помощи сельскому населению

М.В. Лобас

Управление здравоохранения Черкасской областной государственной администрации, г. Черкассы, Украина

Цель – изучить и проанализировать уровни финансирования медицинской помощи, в том числе стационарной, сельскому населению Черкасской области как фактор обеспечения качественной медицинской помощи.

Материалы и методы. Материалами исследования стали данные отраслевой статистической отчетности Управления здравоохранения Черкасской областной государственной администрации за 2009–2015 годы. Использованы библиосемантический и статистический методы исследования.

Результаты. Установлены отличия в объемах бюджетного финансирования в перерасчете на одного жителя от 665,84 грн до 860,46 грн; разница составила 194,62 грн, или 1,29 раза. За годы исследования на всех

административных территориях, кроме двух районов, более чем вдвое увеличились расходы на финансирование одного дня пребывания пациента в стационаре. При этом в разрезе административных территорий объемы таких расходов значительно отличаются: от 373,85 грн до 595,56 грн; разница составляет 221,71 грн, или 1,59 раза. Объемы расходов на приобретение средств медицинского назначения и лекарств из расчета на один койко-день пребывания пациентов в стационаре имеют достоверную разницу в разрезе административных территорий. Граничные рамки расходов колеблются от 3,76 грн до 21,53 грн; разница составляет 17,77 грн, или 5,73 раза. Определение доли расходов на приобретение лекарств от общих расходов на лечение стационарных пациентов из расчета на один койко-день показало, что ни в одном из районов она не составляет даже 5%.

Выводы. Ситуация с финансированием медицинской помощи свидетельствует, что учреждения здравоохранения на данный момент являются местами пребывания больных, а не местами получения медицинской помощи.

Ключевые слова: Черкасская область, уровень финансирования, стационарная медицинская помощь.

**The level of funding for health care
as a factor in providing qualified medical care
to rural population**

M.V. Lobas

Health care department of the Cherkasy region
State administration, Cherkasy, Ukraine

Purpose – to consider and analyze the levels of funding for health care in the whole, and for in-patient care in particular, for rural population of Cherkasy region as the factor of qualified medical care provision.

Materials and methods. Materials research were The sectoral statistical reporting of health care department of the Cherkasy region State administration for the years 2009–2015 were used as the material of study. Bibliosemantic and statistical methods of research were applied.

Results. The difference in the amount of financing per one inhabitant from 665.84 UAH to UAH 860.46 is found; the difference is 194.62, or 1.29 times. During the years

studied in all administrative areas, except for two districts, the costs of financing for one day of patient's stay in hospital increased more than twice. In terms of administrative areas the volumes of these expenses are significantly different - from 373.85 UAH till 595.56 UAH; the difference is 221.71 UAH or 1.59 times. The volumes of expenditures on the purchase of medical supplies of the medications per one day of patient's stay in a hospital have proved difference in terms of administrative areas. Expenditure limits vary from 3.76 UAH to 21.53 UAH; the difference is 17.77 UAH or 5.73 times. The share of expenses for purchasing medications for patients' treatment in general expenses with calculation per one day in a hospital showed that in none of the areas it reaches even 5%.

Conclusions. The situation regarding the financing of medical care indicates that health care institutions are now the places of patients' stay but not the places of receiving medical care.

Key words: Cherkasy region, level, funding, in-patient medical care.

Відомості про автора

Лобас Михайло Віталійович – начальник Управління охорони здоров'я Черкаської обласної державної адміністрації; бул. Шевченка, 185, м. Черкаси, 18001, Україна.

УДК 613.955:613.71(477.87)

Х.І. Микита, І.М. Розач

ОЦІНКА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ М. УЖГОРОДА В ДИНАМІЦІ ЗА 1995–2015 РОКИ

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

Мета – вивчити фізичний розвиток дітей шкільного віку м. Ужгорода в динаміці за 1995–2015 рр.; розробити регіональні стандарти фізичного розвитку школярів.

Матеріали та методи. Визначено основні антропометричні показники фізичного розвитку дітей шкільного віку. Усього обстежено 2200 дітей шкільного віку, із них 1100 хлопчиків і 1100 дівчаток. Отримані матеріали оброблено статистичним методом за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Excel.

Результати. Отримані основні показники фізичного розвитку дітей шкільного віку м. Ужгород відображають типові віково-статеві закономірності та відповідають аналогічним віковим групам інших міст і регіонів України.

Висновки. З віком спостерігається рівномірне підвищення всіх антропометричних показників фізичного розвитку, як у хлопчиків, так і в дівчаток, особливо в пубертатний період. У динаміці за 20 років (1995–2015) відмічаються більш високі показники довжини, маси тіла, ОГК, ЖСЛ і зниження м'язової сили обох рук, як у хлопчиків, так і в дівчаток, особливо, в підлітковому віці. Розроблені оціночні таблиці фізичного розвитку дітей шкільного віку м. Ужгорода (шкали регресії за довжиною тіла) дають змогу легко і швидко проводити індивідуальну оцінку гармонійності фізичного розвитку.

Ключові слова: школярі, фізичний розвиток, антропометричні показники.

Вступ

Одним із найважливіших обов'язків сучасного лікаря є турбота про здоров'я дітей, оскільки фундамент здоров'я дорослої людини закладається в дитячому і підлітковому віці.

Стан здоров'я дитячого населення характеризується такими показниками, як фізичний розвиток, захворюваність, інвалідність і смертність.

Фізичний розвиток дітей є одним із важливих інтегральних показників їхнього здоров'я, адаптації до факторів довкілля, умов проживання, навчання тощо і водночас індикатором стану середовища життєдіяльності дитини.

Через незавершеність процесів росту і розвитку організм дитини шкільного віку дуже чутливий до впливу змін в оточуючому природному та соціальному середовищах. Тому оцінка рівня фізичного розвитку дитячого населення має велике гігієнічне, превентивне та державне значення [1, 5, 7, 8, 12].

Фізичний розвиток представлений у численних наукових публікаціях, проте ця проблема була і залишається актуальною і все частіше привертає увагу науковців-гігієністів, практичних лікарів і педагогічної спільноти. Фізичний розвиток і його темпи на кожному етапі онтогенезу залежать не лише від індивідуальних (генетичних) особливостей організму, але й зумовлені низкою різноманітних факторів, зокрема соціально-економічними, еколого-гігієнічними, станом харчування, фізичним і психологічним навантаженням, адаптацією організму до умов навчання і навчального навантаження, геохімічною структурою довкілля, кліматично-

географічними умовами тощо [1–13].

Фізичний розвиток українських школярів із різних регіонів відповідає загальним закономірностям його формування, при цьому має певні особливості та залежить від впливу місцевих факторів. При проведенні порівняльної характеристики фізичного розвитку школярів із різних міст України з школярами м. Києва встановлено, що показники фізичного розвитку в більшості школярів усіх вікових груп міст України нижчі, ніж у київських школярів [1, 5–7, 12, 13].

Мета роботи – вивчити фізичний розвиток дітей шкільного віку м. Ужгорода у динаміці за 1995–2015 рр.; розробити регіональні стандарти фізичного розвитку школярів.

Матеріали та методи

Визначено основні антропометричні показники фізичного розвитку дітей шкільного віку: довжини і маси тіла, окружності грудної клітки (ОГК), життєвої ємності легень (ЖСЛ), м'язової сили правої і лівої рук за допомогою загальноприйнятої методики [10].

Усього обстежено 2200 дітей шкільного віку, із них 1100 хлопчиків і 1100 дівчаток. Отримані матеріали оброблено статистичним методом за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Excel із визначенням середніх арифметичних показників фізичного розвитку (М) для всіх віково-статевих груп, середніх квадратичних відхилень (δ) і похибок середніх арифметичних (m). Для маси тіла та ОГК визначено коефіцієнти регресії (R u/x) та кореляції (r), а також часткову сигму (δR).

Результати дослідження та їх обговорення

Отримані основні показники фізичного розвитку дітей шкільного віку м. Ужгорода відображають типові віково-статеві закономірності та відповідають аналогічним віковим групам інших міст і регіонів України. З віком рівномірно підвищуються всі антропометричні показники фізичного розвитку і

особливо в пубертатний період, як у хлопчиків, так і в дівчаток.

Так, у хлопчиків найбільший приріст у довжині тіла спостерігається в 10, 12 і 16 років ($138,01 \pm 0,61$ см; $151,18 \pm 0,68$ см і $173,06 \pm 0,68$ см відповідно); маси тіла – у 14 і 15 років ($51,49 \pm 0,80$ кг і $57,90 \pm 0,77$ кг відповідно); ОКГ – у 15 і 16 років ($81,78 \pm 0,59$ см і $85,25 \pm 0,46$ см відповідно) – рис. 1–3.

Довжина тіла

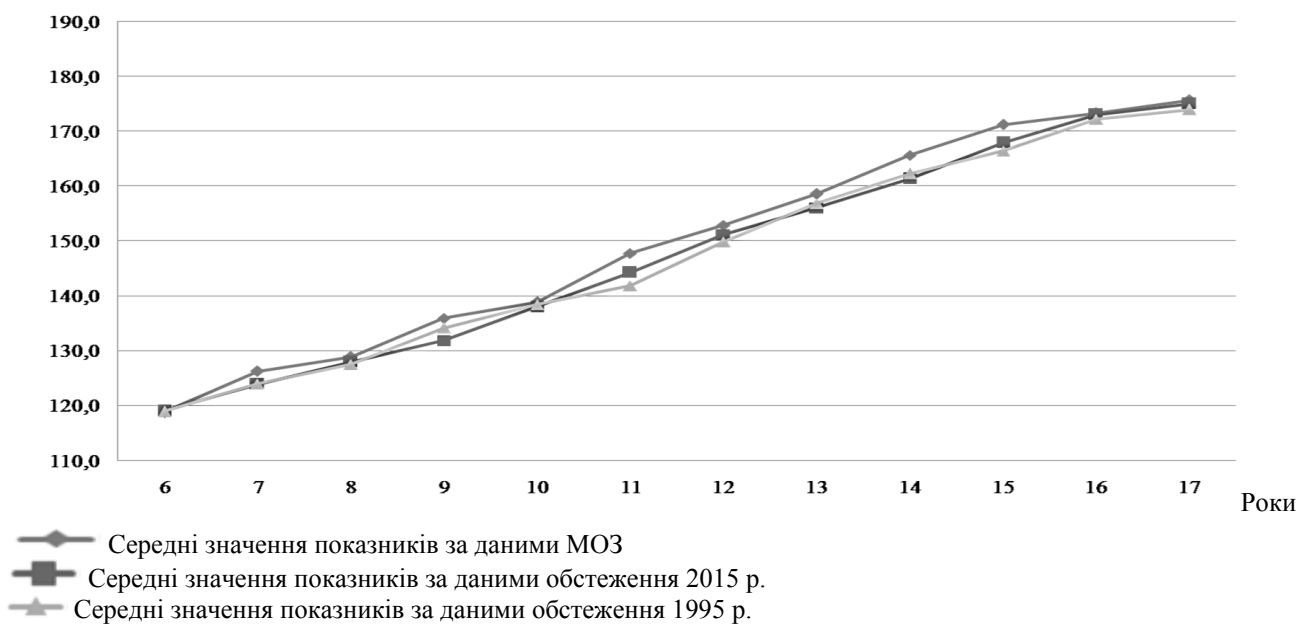


Рис. 1. Довжина тіла хлопчиків залежно від віку (6–17 років) у м. Ужгороді

Маса тіла

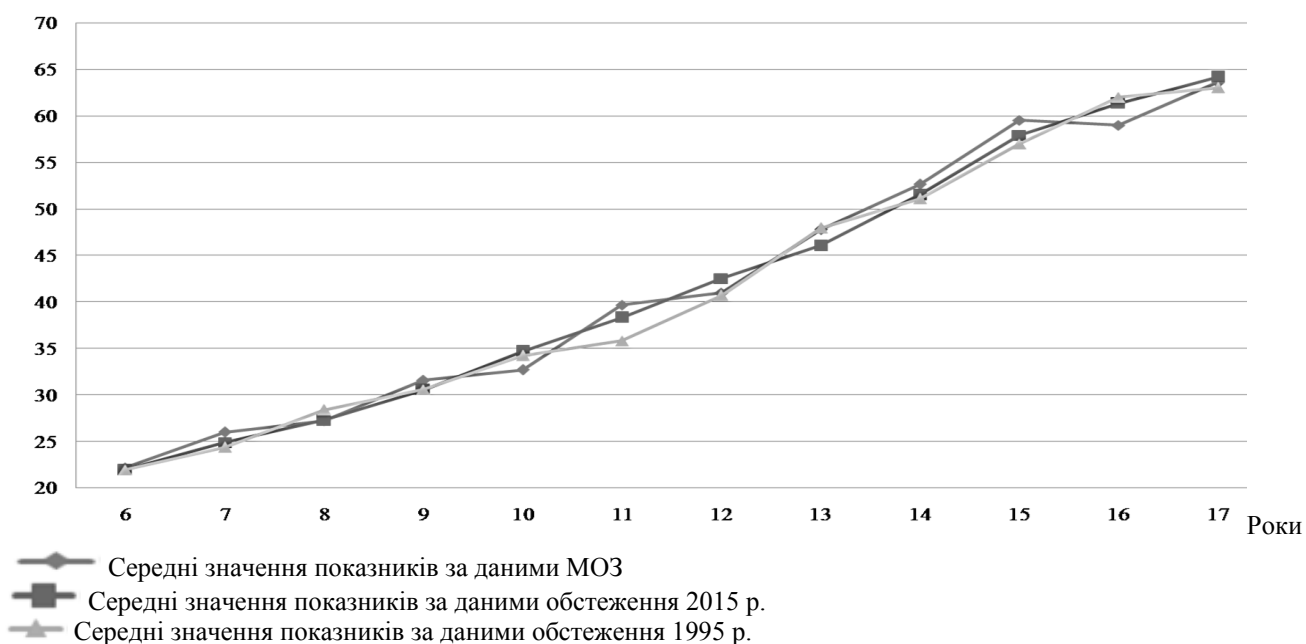


Рис. 2. Маса тіла хлопчиків залежно від віку (6–17 років) у м. Ужгороді

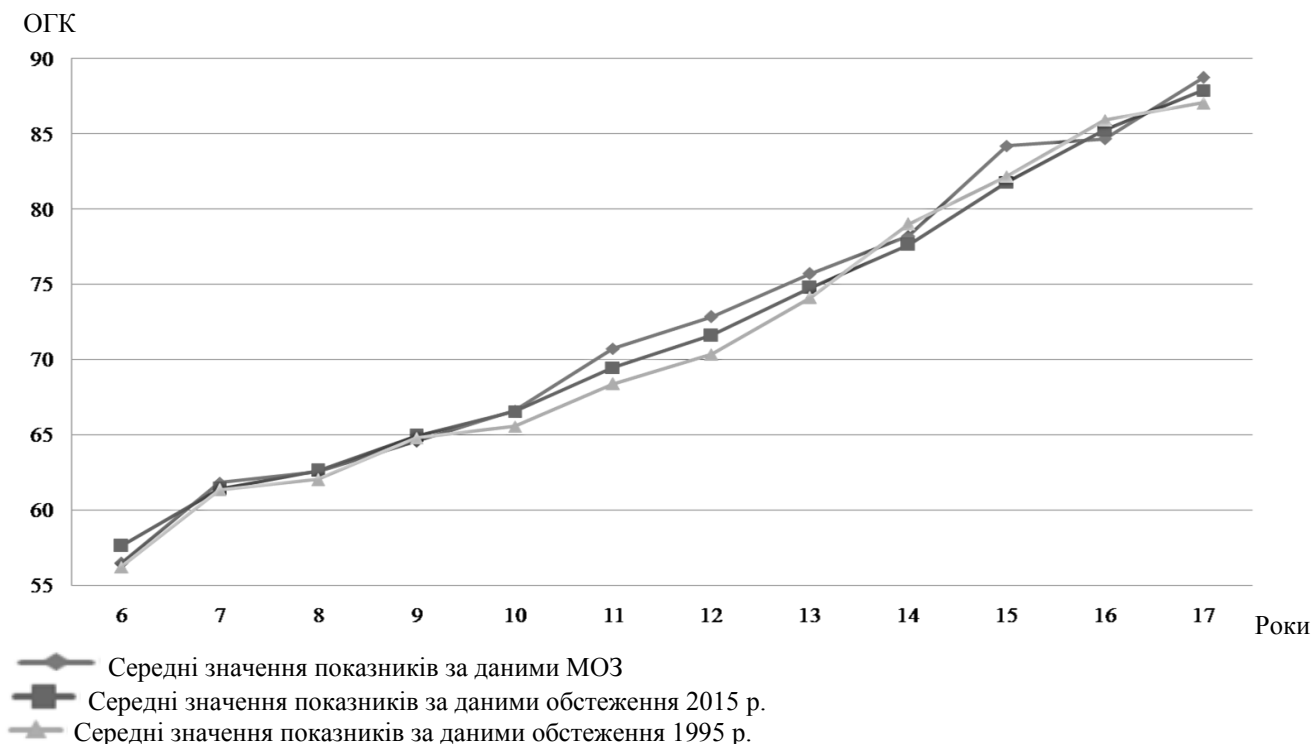


Рис. 3. Окружність грудної клітки хлопчиків залежно від віку (6–17 років) у м. Ужгороді

У дівчат найбільший приріст у довжині тіла спостерігається в 7, 9, 10, 11, 12 і 13 років (123,51±0,50 см; 132,98±0,56 см; 137,67±0,60 см; 144,22±0,60 см; 151,83±0,50 см і 157,51±0,68 см відповідно); маси тіла – у 9, 10, 11, 12, 13 і 14 років (29,68±0,44 кг; 32,52±0,58 кг; 37,42±0,62 кг; 42,95±0,66 кг; 48,08±0,68 кг і 51,18±0,66 кг відповідно); ОГК – у 7, 11, 13 і 15 (59,98±0,35 см; 69,13±0,53 см; 76,03±0,49 см і 82,20±0,41 см відповідно) – рис. 4–6.

Довжина тіла

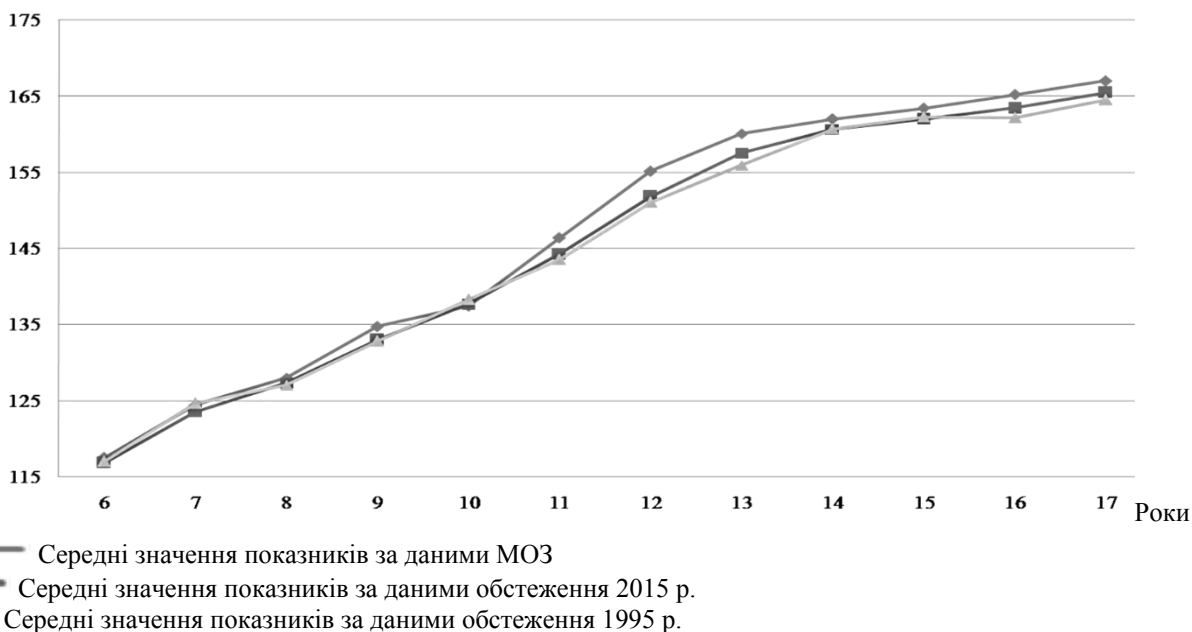


Рис. 4. Довжина тіла дівчаток залежно від віку (6–17 років) у м. Ужгороді

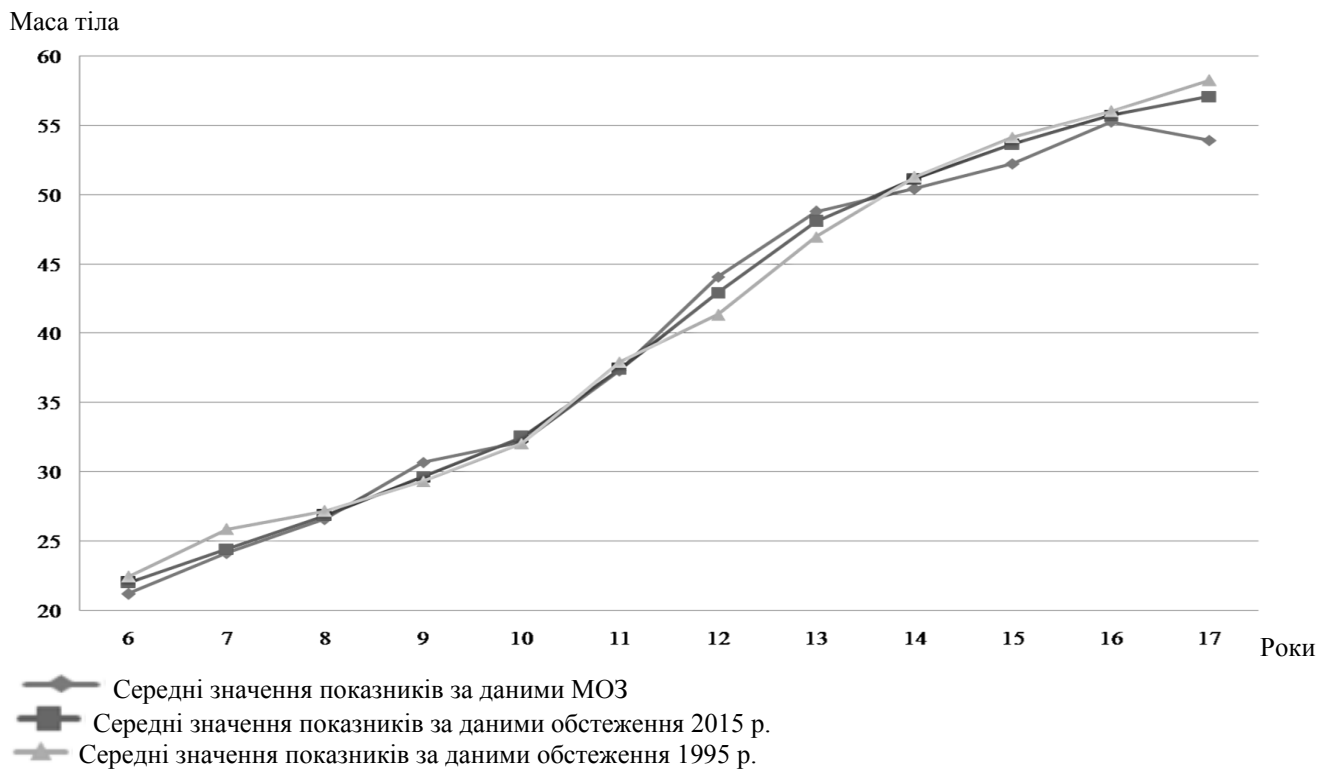


Рис. 5. Маса тіла дівчаток залежно від віку (6–17 років) у м. Ужгороді

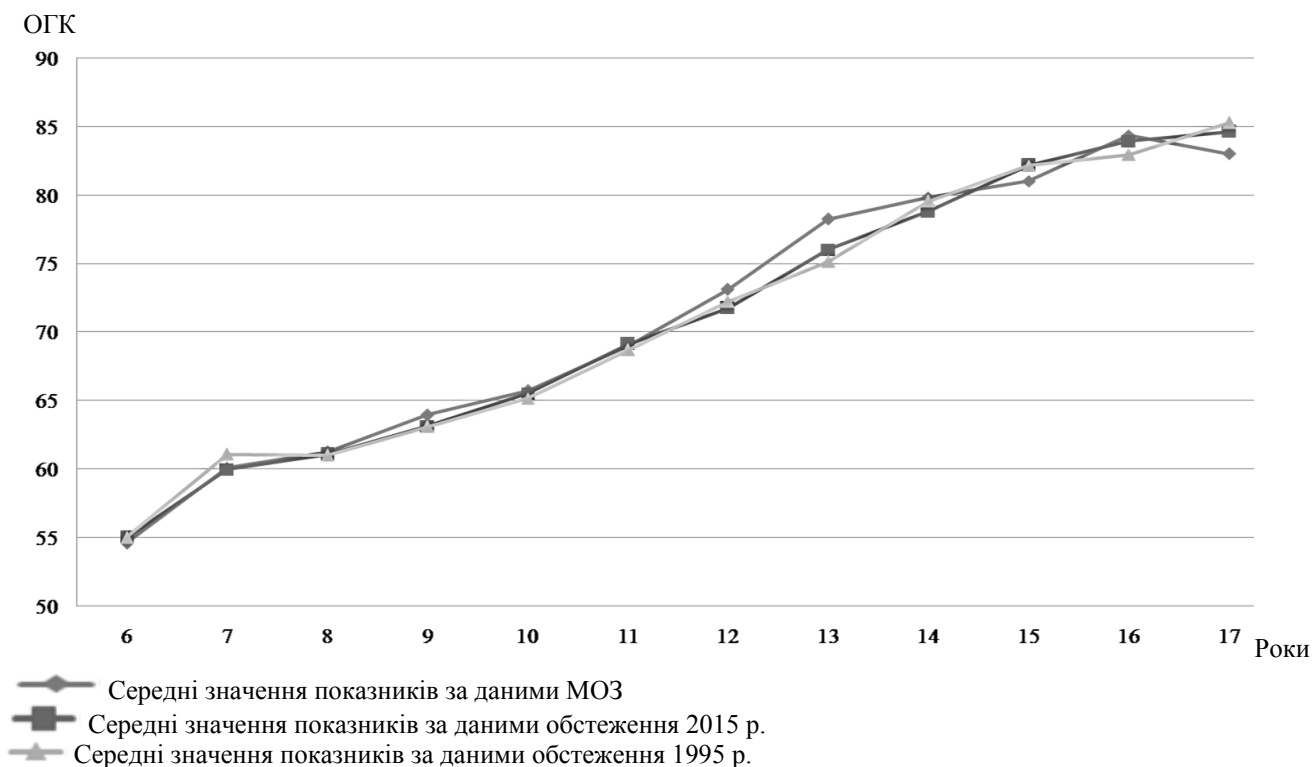


Рис. 6. Окружність грудної клітки дівчаток залежно від віку (6–17 років) у м. Ужгороді

При порівнянні морфологічних показників реєструються більш високі показники довжини тіла у фізичного розвитку хлопчиків шкільного віку м. Ужгорода в динаміці за 20 років (1995–2015) 1,33 см при $p > 0,05$ і на 1,06 см при $p > 0,05$ відповідно);

маси тіла – в 11 і 12 років (на 2,5 кг при $p < 0,001$ і на 1,82 кг при $p < 0,05$) відповідно); у показниках ОГК протягом досліджуваного періоду спостерігається їх зниження в 14 років (на 1,37 см при $p < 0,001$), в інших вікових групах хлопчиків немає суттєвих змін.

При вивченні морфологічних показників фізичного розвитку у дівчаток за 1995–2015 рр. спостерігається незначне збільшення довжини і маси тіла в 13 років (на 1,62 см при $p > 0,05$ і на 1,11 кг при $p > 0,05$) і незначне зниження ОГК у 7 років (на 1,11 см при $p > 0,05$). В інших вікових групах у морфологічних показниках фізичного розвитку дівчат у динаміці досліджуваних років немає суттєвих змін.

Показники динамометрії та спірометрії також закономірно збільшуються з віком як у хлопчиків, так і в дівчаток. Так, найбільший приріст у м'язовій силі правої руки спостерігається в хлопчиків 9 і 17 років ($15,1 \pm 1,58$ кг і $29,8 \pm 1,77$ кг відповідно); лівої руки – в 16 років ($24,0 \pm 1,77$ кг); спірометрії – у 9, 13, 15, 16 і особливо у 17 років ($1711 \pm 186,86$ мл; $2669 \pm 384,17$ мл; $3221 \pm 521,75$ мл; $3595 \pm 488,23$ мл і $4039 \pm 507,88$ мл відповідно).

У дівчаток найбільший приріст у м'язовій силі правої руки спостерігається у 9 і 15 років ($13,4 \pm 1,75$ кг і $23,1 \pm 1,53$ кг відповідно); м'язова сила лівої руки рівномірно збільшується з віком.

Найбільший приріст у ЖЄЛ у дівчаток відмічається в 13, 14, 15 і 16 років ($2370 \pm 320,27$ мл; $2608 \pm 342,89$ мл; $2928 \pm 390,21$ мл і $3296 \pm 356,53$ мл відповідно).

У динаміці за 1995–2015 рр. спостерігається зниження м'язової сили обох рук, як у хлопчиків, так і в дівчаток, особливо в підлітковому віці. У хлопчиків 15 років знижується м'язова сила правої руки на 6,1 кг при $p < 0,001$; у 16 років – на 10,3 кг при $p < 0,001$; у 17 років – на 13,3 кг при $p < 0,001$; зниження м'язової сили лівої руки у хлопчиків 15 років становить 5,9 кг при $p < 0,001$; у 16 років – на 6,1 кг при $p < 0,001$; у 17 років – на 8 кг при $p < 0,001$. У дівчаток найбільше зниження м'язової сили правої руки спостерігається в 11 і 12 років (на 3,3 кг порівно при $p < 0,001$); у 14 років – на 2,5 кг при $p < 0,001$. Зниження м'язової сили лівої руки в дівчаток відмічається в 14 років (на 2,3 кг при $p < 0,001$); у 15 років – на 2 кг при $p < 0,05$; у 16 років – на 2,3 кг при $p < 0,05$; у 17 років – на 1,4 кг при $p > 0,05$.

Таке зниження м'язової сили рук можна пояснити погіршенням стану здоров'я серед 5 школярів, унаслідок чого діти відносяться до спеціальної групи здоров'я, займаючись недостатньо фізичними вправами і спортом, а також гіподинамією та недостатнім перебуванням на відкритому повітрі, у зв'язку з тривалим навчанням та іграми за комп'ютером.

Життєва ємність легень у хлопчиків 6–11 років протягом 1995–2015 рр. також має тенденцію до незначного зниження, з 12 років поступово збільшується, особливо в 13 років (на 293 мл); у 14 років – на 201 мл, а в 16 років – дещо знову знижується (на 115 мл).

У дівчаток ЖЄЛ значно нижча, ніж у хлопчиків, вона поступово збільшується в 13 років з 195 мл (у 14 років – на 142 мл; у 15 років – на 258 мл; у 16 років – на 328 мл) до 341 мл у 17 років.

Висновки

З віком спостерігається рівномірне підвищення всіх антропометричних показників фізичного розвитку, як у хлопчиків, так і в дівчаток, особливо в пубертатний період.

У динаміці за 20 років (1995–2015) відмічаються більш високі показники довжини, маси тіла, ОГК, ЖЄЛ і зниження м'язової сили обох рук, як у хлопчиків, так і в дівчаток, особливо в підлітковому віці, що приводить до збільшення захворюваності хребта, суглобів та порушень осанки і на які слід звернути особливу увагу батьків, вчителів і лікарів (при формуванні програми занять із фізкультури).

Розроблені оціночні таблиці фізичного розвитку дітей шкільного віку м. Ужгорода (шкали регресії за довжиною тіла) дають змогу легко і швидко провести індивідуальну оцінку гармонійності фізичного розвитку, тому можуть бути рекомендовані як стандарти для сімейних лікарів Закарпатської області.

Розроблені методичні рекомендації для оцінки фізичного розвитку дітей шкільного віку призначаються практичним лікарям Закарпатської області.

Перспективи досліджень спрямовані на подальше вивчення фізичного розвитку дітей шкільного віку м. Ужгорода.

Література

1. *Баріляк І. Р.* Фізичний розвиток дітей різних регіонів України / І. Р. Баріляк, Н. С. Полька. – Вип. 2 : Міські школярі. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – 208 с.
2. *Басанець Л. М.* Фізичний розвиток юнаків допризовного віку / Л. М. Басанець, О. І. Іванова // Довкілля та здоров'я. – 2008. – № 4 (47). – С. 50–53.
3. *Басанець Л. М.* Комплексна оцінка фізичного розвитку дітей дошкільного віку / Л. М. Басанець, О. І. Іванова, Є. В. Гусак // Довкілля та здоров'я. – 2009. – № 2 (49). – С. 69–72.
4. *Басанець Л. М.* Вплив мікросоціального середовища на фізичний розвиток і стан здоров'я дітей та підлітків / Л. М. Басанець, О. І. Іванова // Довкілля та здоров'я. – 2010. – № 1 (52). – С. 52–55.
5. *Кучма В. Р.* Физическое развитие московских и киевских школьников / В. Р. Кучма, Н. А. Скоблина, А. Г. Платонова // Гигиена и санитария. – 2011. – № 1. – С. 75–78.
6. *Москвяк Н. В.* Основні тенденції у фізичному розвитку дітей молодшого шкільного віку м. Львова / Н. В. Москвяк // Довкілля та здоров'я. – 2014. – № 3 (70). – С. 19–24.
7. *Платонова А. Г.* Изменения в физическом развитии школьников за десятилетний период (1996–2008 гг.) / А. Г. Платонова // Гигиена и санитария. – 2012. – № 2. – С. 69–73.
8. *Полька Н. С.* До питання оцінки фізичного розвитку школярів за стандартами ВООЗ / Н. С. Полька, А. Г. Платонова // Довкілля та здоров'я. – 2012. – № 1 (60). – С. 48–53.
9. *Сравнительна характеристика физиометрических показателей физического развития школьников* / Н. В. Чагаева, И. В. Попова, А. Н. Токарев [и др.] // Гигиена и санитария. – 2011. – № 4. – С. 72–75.
10. *Ставицька А. Б.* Методика исследования физического развития детей и подростков / А. Б. Ставицька, Д. И. Арон. – Москва, 1959. – 24 с.
11. Стандарти для оцінки фізичного розвитку школярів / за заг. ред. А. М. Сердюка ; укл. : Н. С. Полька, А. Г. Платонова. – Вип. 3. – Київ : Казка, 2010. – 60 с.
12. *Федоренко В. І.* Територіальні особливості фізичного розвитку школярів / В. І. Федоренко, Л. М. Кіцула // Довкілля та здоров'я. – 2015. – № 2 (73). – С. 14–20.
13. *Фера О. В.* Особливості стану здоров'я та фізичного розвитку допризовників віком 17 років (1991 р.н.) низинних районів ендемічного регіону (на прикладі Закарпатської області) за 2008 рік / О. В. Фера, Х. І. Микита, В. Г. Пирогова // Довкілля та здоров'я. – 2009. – № 3 (50). – С. 76–80.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.11.2016 р.

**Оценка физического развития детей школьного
возраста г. Ужгорода в динамике за 1995–2015 годы***Х.И. Микита, И.М. Рогач*ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Цель – изучить физическое развитие детей школьного возраста г. Ужгорода в динамике за 1995–2015 гг.; разработать региональные стандарты физического развития школьников.

Материалы и методы. Определены основные антропометрические показатели физического развития детей школьного возраста. Всего обследовано 2200 детей школьного возраста, из них 1100 мальчиков и 1100 девочек. Полученные материалы обработаны статистическим методом с помощью компьютерной программы Microsoft Excel.

Результаты. Полученные основные показатели физического развития детей школьного возраста г. Ужгорода отражают типичные возрастно-половые закономерности и соответствуют аналогичным возрастным группам других городов и регионов нашей страны.

Выводы. С возрастом наблюдается равномерное повышение всех антропометрических показателей физического развития, как у мальчиков, так и у девочек, особенно в пубертатный период. В динамике за 20 лет (1995–2015) отмечаются более высокие показатели длины, массы тела, ОГК, ЖЕЛ и снижение мышечной силы обеих рук, как у мальчиков, так и у девочек, особенно в подростковом возрасте. Разработанные оценочные таблицы физического развития детей школьного возраста г. Ужгорода (шкалы регрессии по длине тела) позволяют легко и быстро проводить индивидуальную оценку гармоничности физического развития.

Ключевые слова: школьники, физическое развитие, антропометрические показатели.

**Assessment of exercise of school age children
Uzhhorod in dynamics in years 1995–2015***Ch.I. Mykyta, I.M. Rohach*

SHEI “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to study the physical development of children of school age Uzhhorod in dynamics for 1995–2015 years; create regional standards of physical development of students.

Materials and methods. Created a definition of basic anthropometric indicators of physical development of children of school age. The sample of 2200 school children, including 1100 boys and 1100 girls. The resulting material processed by using statistical computer program Microsoft Excel.

Results. The basic indicators of physical development of children of school age Uzhhorod reflect typical age-sex patterns and match the same age groups in other cities and regions of our country.

Conclusions. With age, there is a uniform increase of anthropometric indicators of physical development of boys and girls, and especially in puberty. In the dynamics for 20 years (1995–2015), found higher rates of length, weight, WGC, vital capacity and reduced muscle strength in both hands as boys and girls, especially in puberty. Created a Scorecard physical development of children of school age Uzhhorod (scale regression body length), with which you can easily and quickly estimate the unique harmony of physical development.

Key words: students, physical development, anthropometric indices.

Відомості про авторів

Микита Христина Іванівна – к.б.н., доцент кафедри соціальної медицини та гігієни ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Рогач Іван Михайлович – д.мед.н., завідувач кафедри соціальної медицини та гігієни ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 614.25:616.98.000.34:001.86

І.С. Миронюк¹, О.Ю. Мулеса¹, М.В. Ніколко²

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ ЕКСПЕРТНИХ ОЦІНОК ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ОКРЕМИХ ВИДІВ ВТРАТ ПРОДУКТИВНОГО РОБОЧОГО ЧАСУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ РЕГІОНАЛЬНИХ ПІДРОЗДІЛІВ СЛУЖБИ ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ

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

²Проект USAID RESPOND, м. Київ, Україна

Мета – провести кількісну оцінку окремих втрат (відраджень, навчання і тимчасова непрацездатність) продуктивних робочих днів протягом календарного року медичними працівниками сайтів антиретровірусної терапії із використанням методів експертної оцінки.

Матеріали та методи. Використано метод експертних оцінок у два етапи дослідження: експертне опитування та експертна оцінка за результатами попереднього експертного опитування зі статистичною та математичною обробкою результатів.

Результати та висновки. За результатами експертного опитування 70 експертів – лікарів і медичних сестер сайтів антиретровірусної терапії в п'яти областях України визначено числові варіанти найбільш імовірних оціночних втрат продуктивного робочого часу медичних працівників служби протидії ВІЛ/СНІДУ. Методом експертної оцінки 9 експертами отриманих результатів опитування визначено, що непродуктивні втрати робочого часу лікарів на відрадження, навчання та тимчасову непрацездатність оціночно становлять 41 робочий день протягом календарного року, медичних сестер – 17 робочих днів відповідно.

Ключові слова: медичні працівники, служба протидії ВІЛ/СНІДУ, робочий час, експертні оцінки.

Вступ

Досягнення цілей стратегії USAID «Прискорення в напрямку до «нуль» 90–90–90 до 2020 р. потребує консолідації зусиль усіх інституцій України, причетних до протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДУ [7]. На глобальному рівні прийнято історичне рішення, яке лягло в основу стратегії 90–90–90: якщо 90% людей, які живуть із ВІЛ, будуть знати свій статус, і якщо 90% людей, які знають свій ВІЛ-статус, будуть отримувати лікування, то у 90% людей, які отримують лікування при ВІЛ, можна буде досягти повної вірусної супресії. Результати моделювання ситуації свідчать, що якщо усі країни об'єднають свої зусилля в досягненні вказаних індикаторів, то це дасть змогу до 2030 р. викоринити епідемію СНІДУ в усьому світі [3]. Широкомасштабне збільшення охоплення антиретровірусною терапією (АРТ) людей, які живуть з ВІЛ, (ЛЖВ) в Україні зумовлює те, що основне навантаження лягає саме на медичну сферу, передусім на службу протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДУ. Основними виконавцями ключового індикатору у 2020 р. – 90% ЛЖВ, які знають свій статус, отримують АРТ – є так звані «сайти АРТ». Ці сайти (команди медичних і немедичних працівників, які ведуть медичний нагляд за ЛЖВ та призначають їм АРТ) функціонують на базі регіональних центрів профілактики та боротьби із СНІДОм, кабінетів «Довіра» та в окремих спеціалізованих закладах охорони здоров'я. Окремі оцінки ситуації на початок реалізації

стратегії USAID показали, що базовий рівень охоплення ЛЖВ АРТ в Україні вкрай низький, і досягнення цілі 2020 р. потребує колосальних зусиль. Так, оцінка, проведена по м. Києву станом на початок 2015 р., показала, що в разі досягнення рівня охоплення лікуванням 90% від тих, хто перебуває під медичним спостереженням (або 81% від оціночної кількості ЛЖВ), антиретровірусну терапію (АРТ) на початок 2015 р. мали б отримувати 26 280 ВІЛ-інфікованих осіб. Водночас, показник на кінець 2014 р. становив лише 43% (n=4499), або 14% від оціночної кількості ЛЖВ [5]. Отже, досягнення амбітних цілей USAID, до яких приєдналася і Україна, потребує планомірної активної роботи із залучення ЛЖВ до лікування із суворим дотриманням проміжних показників виконання індикаторів протягом найближчих трьох років.

Водночас, ефективне планування розширення охоплення лікуванням ВІЛ-позитивних пацієнтів на рівні сайтів АРТ ускладнюється відсутністю дієвих інструментів оцінки спроможності сайтів до розширення охоплення якісними послугами різних контингентів населення на території обслуговування. Передусім це стосується саме спроможності наявного кадрового забезпечення служби для надання необхідних, запланованих об'ємів медичних і немедичних послуг. Так, на сьогодні важко оцінити, чи спроможний окремий сайт АРТ виконати планові показники охоплення основними послугами прикріплених контингентів населення за умови збереження якості таких послуг. Тому

Проектом USAID RESPOND у межах діяльності за напрямком «Покращення ВІЛ-послуг для представників груп найвищого ризику в Україні» проводиться розробка інструменту оцінки кадрового потенціалу сайтів АРТ із метою підвищення ефективності їх роботи [4]. Одним із компонентів даного інструменту є технологія розрахунку фактичної потужності сайту – максимальна кількість окремих послуг або їх комбінацій, які може надати сайт при наявному кадровому забезпеченні за визначений період часу за умови збереження їх якості. Для адекватного розрахунку даного показника важливим є визначення показника продуктивного робочого часу фахівців сайту в місяць, при цьому слід визначити в тому числі середні втрати робочого часу спеціалістів на такі непрогнозовані ситуації, як службові відрядження, перебування на навчанні та перебування на лікарняному листку. Найбільш інформативним методом усередненої оцінки таких втрат є метод експертних оцінок [1].

Мета роботи – провести кількісну оцінку окремих

втрат (відрядження, навчання та тимчасова непрацездатність) продуктивних робочих днів протягом календарного року медичними працівниками сайтів АРТ із використанням методів експертної оцінки.

Матеріали та методи

Оцінка втрат продуктивного робочого часу медичних працівників проводилася за такими їх видами: витрати робочого часу лікарів і середніх медичних працівників сайтів АРТ протягом календарного року на виробничі відрядження, відрядження на навчання з відривом від виробництва та втрати, пов'язані з тимчасовою непрацездатністю. Дослідження здійснювалося у два послідовні етапи. Перший етап передбачав опитування експертів (лікарів та медичних сестер функціонуючих сайтів АРТ) у 5 областях України, яке проводилося шляхом заповнення в режимі on-line спеціальної анкети, що містила два блоки питань (рис. 1).

№	Питання	Відповіді
Блок 1		
1.	Ким Ви працюєте на сайті АРТ?	
2.	Загальний стаж роботи за спеціальністю (років, місяців)	
3.	із них на сайті АРТ (років, місяців)	
4.	Скільки осіб перебуває на диспансерному огляді на Вашому сайті?	
5.	Скільки пацієнтів отримують АРТ на Вашому сайті?	
Блок 2		
1.	Яка, на Вашу особисту думку, мінімальна кількість робочих днів (! не календарних) витрачається Вами на виробничі відрядження протягом календарного року? Окрім відряджень на навчання, підвищення кваліфікації, участь у конференціях і т.д. відрядження	
2.	Яка, на Вашу особисту думку, мінімальна кількість робочих днів (! не календарних) витрачається Вами на відрядження на навчання, підвищення кваліфікації, участь у конференціях і т.д. Прохання ПАЦ,ТУ перед атестацією не враховувати.	
3.	Оцініть, будь ласка, скільки в середньому робочих днів протягом календарного року Ви перебували на лікарняному з приводу загального захворювання (до прикладу: грип, ОРВЗ і т.д.)?	

Рис. 1. Анкета опитування експертної думки першого етапу дослідження

Як наведено на рис. 1, питання першого блоку включали анкетні дані експертів, питання другого блоку – власну оцінку експертами показників, які були предметом нашого дослідження. Мета даного етапу полягала в отриманні масиви даних варіантів оцінок експертів за трьома ключовими питаннями для подальшої статистичної обробки і формування варіантів показників для проведення другого етапу дослідження. Статистична обробка отриманих результатів опитування експертів на першому етапі проводилася з використанням таких методів теорії прийняття рішень, як документальний метод визначення компетентності експертів і метод статистичної оцінки для завдання числової оцінки об'єкта [5–7].

Другий етап дослідження передбачав проведення експертної оцінки групою відібраних експертів, які не брали участі в першому етапі дослідження. Блок 1 анкети

експертної оцінки був розширений з метою уточнення рівнів компетентності експертів та розрахунку ваги їх оцінки в дослідженні. Варіанти відповіді на питання другого блоку формувалися відповідно до результатів отриманих на першому етапі. Варіанти відповіді на питання першого блоку визначалися таким правилом: для кожного питання побудовані інтервали відповідей довжиною 5 та для кожного з них обчислений рейтинг як сума вагових коефіцієнтів тих експертів першого етапу дослідження, чия оцінка потрапила у визначений інтервал. На рис. 2 наведена анкета експертної оцінки, використана на другому етапі дослідження.

Результати, отримані в ході другого етапу дослідження, аналізувалися з використанням методу статистичної оцінки [6].

1. Лікар сайту АРТ/ фахівець регіональної команди/ _____ (потрібне підкреслити)
2. Спеціальність _____
3. Кваліфікаційна категорія за спеціальністю _____
4. Загальний стаж роботи за спеціальністю _____ (років, місяців)
5. Стаж роботи в системі протидії ВІЛ/СНІД (із них на сайті АРТ) _____ (років, місяців)
6. Наявність вченого звання _____ (так/ні)
7. Наявність наукових робіт, виступів на науково-практичних зібраннях по тематичі надання послуг з питань ВІЛ/СНІДу _____ (так/ні)
8. На диспансерному обліку на сайті АРТ на момент заповнення анкети _____ (осіб)
9. На АРТ на сайті на момент заповнення анкети _____ (осіб)

ПИТАННЯ ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ

(будь ласка, оберіть із запропонованих варіант відповіді, який на Вашу думку є найбільш коректним)

№	Питання	Ваша оцінка	Коментар (додайте Ваш коментар, якщо вважаєте за потрібне)
1.	Яка, на Вашу особисту думку, мінімальна кількість робочих днів витрачається лікарями сайту АРТ на виробничі відрядження протягом календарного року (окрім відряджень на навчання, підвищення кваліфікації, участь у конференціях і т.д.)?	5 днів 10 днів 15 днів	
2.	Яка, на Вашу особисту думку, мінімальна кількість робочих днів витрачається медичними сестрами сайту АРТ на виробничі відрядження протягом календарного року (окрім відряджень на навчання, підвищення кваліфікації, участь у конференціях і т.д.)?	0 днів 5 днів 10 днів	
3.	Яка, на Вашу особисту думку, мінімальна кількість робочих днів витрачається лікарем сайту АРТ на відрядження на навчання, підвищення кваліфікації, участь у конференціях і т.д.? <i>Проханя ПАЦ,ТУ перед атестацією не враховувати.</i>	15 днів 20 днів 30 днів	
4.	Яка, на Вашу особисту думку, мінімальна кількість робочих днів витрачається медичними сестрами сайту АРТ на відрядження на навчання, підвищення кваліфікації, участь у конференціях і т.д.? <i>Проханя ПАЦ,ТУ перед атестацією не враховувати.</i>	5 днів 10 днів 15 днів	
5.	Оцініть, будь ласка, скільки в середньому робочих днів протягом календарного року лікар сайту АРТ може перебувати на лікарняному з приводу загального захворювання?	5 днів 10 днів 15 днів	
6.	Оцініть, будь ласка, скільки в середньому робочих днів протягом календарного року медична сестра сайту АРТ може перебувати на лікарняному з приводу загального захворювання?	3 дні 5 днів 10 днів	

Рис. 2. Опитувальник експертної оцінки другого етапу дослідження

Результати дослідження та їх обговорення

У ході першого етапу експертного опитування експертну групу становили 70 осіб (M=70 осіб), згрупованих у дві підгрупи відповідно до посади експертів: підгрупа лікарів сайту АРТ (M₁=48 осіб) і підгрупа медичних сестер сайту АРТ (M₂=22 особи).

Відповіді на питання першого блоку використовувалися для визначення компетентностей

експертів із застосуванням документального методу [2]. Отримані нами ваги питань і відповідей експертів наведено в таблиці 1.

На наступному етапі обчислювалися результуючі експертні оцінки, отримані в ході опитування, та ступені узгодженості думок експертів за методом статистичної оцінки [1]. Результати даного етапу дослідження наведено в табл. 2.

Таблиця 1

Вага питань і відповідей експертів першого етапу дослідження

№	Питання	Вага питання	Відповідь	Вага відповіді
1.	Загальний стаж роботи за спеціальністю	5	більше 15 років	10
			10–15 років	7
			5–10 років	5
			менше 5 років	3
2.	Стаж роботи на сайті АРТ	10	більше 5 років	10
			3–5 років	5
			менше 3 років	3
3.	Скільки осіб перебувають на диспансерному огляді на Вашому сайті?	7	більше 6000 осіб	10
			4000–6000 осіб	7
			2000–4000 осіб	5
			500–2000 осіб	3
			менше 500 осіб	1
4.	Скільки пацієнтів отримують АРТ на Вашому сайті?	7	більше 2000 осіб	10
			1500–2000 осіб	7
			500–1500 осіб	5
			100–500 осіб	3
			менше 100 осіб	1

Таблиця 2

Результати, отримані методом статистичної оцінки експертного опитування та ступеня узгодженості думок експертів першого етапу дослідження

№	Питання	Оцінка	Ступінь узгодженості
<i>Група лікарів сайту АРТ</i>			
1.	Мінімальна кількість робочих днів, яка витрачається лікарем сайту АРТ на виробничі відрядження протягом календарного року. Крім відряджень на навчання, підвищення кваліфікації, участь у конференціях і т.д.	7,6873751	49,243031
2.	Мінімальна кількість робочих днів витрачається лікарем сайту АРТ на відрядження на навчання, підвищення кваліфікації, участь у конференціях і т.д. (ПАЦ, ТУ перед атестацією не враховується)	18,44702	107,8901
3.	Середня кількість робочих днів протягом календарного року, яку лікар сайту АРТ перебуває на лікарняному з приводу загального захворювання	4,947716	263,4572
<i>Група медичних сестер сайту АРТ</i>			
1.	Мінімальна кількість робочих днів, яка витрачається медичною сестрою сайту АРТ на виробничі відрядження протягом календарного року. Окрім відряджень на навчання, підвищення кваліфікації, участь у конференціях і т.д.	8,6188342	169,19631
2.	Мінімальна кількість робочих днів витрачається медичною сестрою сайту АРТ на відрядження на навчання, підвищення кваліфікації, участь у конференціях і т.д. (ПАЦ, ТУ перед атестацією не враховується)	21,63135	687,7475
3.	Середня кількість робочих днів протягом календарного року, яку медична сестра сайту АРТ перебуває на лікарняному з приводу загального захворювання	12,95552	11,19445

Як видно з табл. 2, майже всі коефіцієнти узгодженості думок експертів першого етапу дослідження прийняли достатньо великі числові значення, що не дає змоги розглядати отримані числові оцінки як такі, що відображають колективну думку

експертів. Таким чином, ми прийняли рішення провести другий етап експертизи з іншою групою експертів. На даному етапі були введені обмеження дослідження. Зокрема, оцінка «нуль» у відповіді на питання анкети не враховувалася, адже метою дослідження є визначення

можливих усереднених втрат продуктивного робочого часу і ми не можемо в розробленому інструменті передбачити відсутність імовірності відряджень або хвороби медичних працівників сайтів АРТ у майбутньому. Також з аналізу вилучалися результати оцінки першого етапу дослідження, які надавалися одним експертом і надто відрізнялися від значення отриманого методом статистичної обробки. Інтервали експертних оцінок та їх рейтинги для підгруп експертів першого етапу дослідження наведено в табл. 3 і 4.

Таблиця 3

Інтервали експертних оцінок та їх рейтинги для підгрупи лікарів сайту антиретровірусної терапії

Інтервал або оцінка	Рейтинг		
	питання 1	питання 2	питання 3
0	0,298016	0,027372	0,703829
(0; 5)	0,172228	0,136091	0,046286
(5; 10)	0,251884	0,020298	0,164847
(10; 15)	0,156697	0,287406	0,027372
(15; 20)	0,068738	0,222051	0,02891
(20; 25)	0,029525	0,101492	0,011226
(25; 30]	0,022913	0,179609	0
40	0	0,011226	0
67	0	0,014455	0
120	0	0	0,01753

Таблиця 4

Інтервали експертних оцінок та їх рейтинги для підгрупи медичних сестер сайту антиретровірусної терапії

Інтервал або оцінка	Рейтинг		
	питання 1	питання 2	питання 3
0	0,464299	0,160559	0,854552
(0; 5)	0,110314	0,234983	0,096713
(5; 10)	0,198716	0,215338	0,048734
(10; 15)	0	0,126936	0
(15; 20)	0,072535	0,035512	0
30	0,154137	0	0
35	0	0,072535	0
60	0	0,154137	0

Таким чином, на основі отриманих результатів першого етапу дослідження ми сформували анкету для другого етапу дослідження, питання в якій утворили також 2 блоки. У другому етапі дослідження взяли участь 9 експертів.

Перший блок анкети експертної оцінки другого етапу дослідження містив питання, відповіді на які дали змогу визначити компетентності експертів за допомогою документального методу. Вага питань і відповідей експертів наведено в табл. 5.

Таблиця 5

Вага питань і відповідей для анкети експертної оцінки другого етапу дослідження

№	Питання	Вага питання	Відповідь	Вага відповіді
1.	Спеціальність	1	інфекціоніст	10
			інше	5
2.	Кваліфікаційна категорія за спеціальністю	5	вища	10
			перша	7
			друга	5
			немає	3
3.	Загальний стаж роботи за спеціальністю	5	більше 15 років	10
			10–15 років	7
			5–10 років	5
			менше 5 років	3
4.	Стаж роботи в системі протидії ВІЛ/СНІДу	10	більше 5 років	10
			3–5 років	5
			менше 3 років	3
5.	Наявність вченого звання	3	так	5
			ні	0
6.	Наявність наукових робіт, виступів на науково-практичних зібраннях за тематикою надання послуг із питань ВІЛ/СНІДу	3	так	5
			ні	0

Продовження таблиці 5

7.	Скільки осіб перебувають на диспансерному огляді на Вашому сайті?	7	більше 6000 осіб	10
			4000–6000 осіб	7
			2000–4000 осіб	5
			500–2000 осіб	3
			менше 500 осіб	1
8.	Скільки пацієнтів отримують АРТ на Вашому сайті?	7	більше 2000 осіб	10
			1500–2000 осіб	7
			500–1500 осіб	5
			100–500 осіб	3
			менше 100 осіб	1

Обчислення рейтингів експертів та обробка їх відповідей на питання другого блоку анкети другого етапу дослідження проводилося аналогічно до таких на першому етапі з використанням документального методу визначення компетентності експертів і методу статистичної оцінки. Результати наведено в таблиці 6.

Таблиця 6

Результати експертної оцінки та ступеня узгодженості думок експертів другого етапу дослідження

№ питання	Оцінка	Ступінь узгодженості думок експертів
1.	10,07372301	18,10936218
2.	2,511848	18,8091
3.	23,10163	33,95544
4.	9,860453	22,13692
5.	7,733017	12,83077
6.	4,286993	5,562185

За результатами другого етапу дослідження отримано оцінки з високим ступенем узгодженості думки експертів. Таким чином, нами сформовано такі результати експертної оцінки за питаннями, визначеними в меті дослідження:

Мінімальна кількість робочих днів, яка витрачається лікарями сайту АРТ на виробничі відрядження протягом календарного року, – 10.

Мінімальна кількість робочих днів, яка витрачається медичними сестрами сайту АРТ на виробничі відрядження протягом календарного року, – 3.

Мінімальна кількість робочих днів, яка

витрачається лікарями сайту АРТ на відрядження на навчання протягом календарного року, – 23.

Мінімальна кількість робочих днів, яка витрачається медичними сестрами сайту АРТ на відрядження на навчання протягом календарного року, – 10.

Середня кількість робочих днів протягом року, яку може перебувати лікар сайту АРТ на лікарняному листку у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю, – 8.

Середня кількість робочих днів протягом року, яку може перебувати медична сестра сайту АРТ на лікарняному листку у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю, – 4.

Висновки

Отримані результати дослідження дають змогу зробити такі висновки.

При розрахунках потужності сайтів АРТ необхідно враховувати непрогнозовані оціночні втрати продуктивного робочого часу медичних працівників на відрядження, навчання і тимчасову непрацездатність, а саме: для лікарів сайтів АРТ – 41 робочий день протягом календарного року; для медичних сестер сайтів АРТ – 17 робочих днів протягом календарного року.

Використана методика проведення експертної оцінки у два етапи із застосуванням статистичних і математичних методів обробки отриманих результатів дає змогу отримати оціночні дані за показниками, які є непрогнозованими та мають високий ступінь невизначеності.

Перспективи подальших досліджень спрямовані на продовження вивчення порушеної у статті теми.

Література

1. Волошин О. Ф. Теорія прийняття рішень: навчальний посібник / О. Ф. Волошин, С. О. Машенко. – Київ : Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2010. – 366 с.
2. Корченко О. Г. Дослідження методів апріорної оцінки якості експерта для реалізації експертиз у сфері інформаційної безпеки / О. Г. Корченко, Д. А. Горніцька, Т. Р. Захарчук // Захист інформації. – Київ, 2010. – № 4. – С. 53–60.
3. Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: Ускоренными темпами к активизации борьбы с ВИЧ и прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году. Заявление для прессы. [Электронный документ]. – Режим доступа : http://www.unaids.org/sites/default/files/20160608_PS_HLM_Political_Declaration_ru.pdf. – Название с экрана.
4. Проект USAID RESPOND «Покращення ВІЛ-послуг для представників груп найвищого ризику в Україні» [Електронний документ]. – Режим доступу : http://respond.org.ua/ukr/who-we-are_ – Назва з екрана.
5. Слабкий Г. О. Вимірювання континууму догляду у зв'язку з ВІЛ як невід'ємна складова системи стратегічної інформації щодо заходів із протидії епідемії у м. Києві / Г. О. Слабкий, Ж. В. Антоненко, О. В. Юрченко // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 1–2 (37–38). – С. 186–189.
6. Тоценко В. Г. Методы и системы поддержки принятия решений. Алгоритмический аспект / В. Г. Тоценко. – Київ : Наукова думка, 2002. – 382 с.
7. Ускорение мер для прекращения эпидемии СПИДа. Стратегия ЮНЭЙДС. 2016–2021– 134 с. [Электронный документ]. – Режим доступа : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/un aids_strategy_2016-2021_ru.pdf – Название с экрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 16.11.2016 р.

Опыт применения метода экспертных оценок для определения отдельных видов потерь продуктивного рабочего времени медицинских работников региональных подразделений службы противодействия ВИЧ-инфекции/СПИДа

И.С. Миронюк¹, О.Ю. Мулеца¹, М.В. Николко²
¹ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
 г. Ужгород, Украина
²Проект USAID «RESPOND», г. Киев, Украина

Цель – провести количественную оценку отдельных потерь (командировки, обучение и временная нетрудоспособность) продуктивных рабочих дней в течение календарного года медицинскими работниками сайтов антиретровирусной терапии с использованием методов экспертной оценки.

Материалы и методы. Использован метод экспертных оценок в два этапа исследования: экспертный опрос и

экспертная оценка по результатам предварительного экспертного опроса со статистической и математической обработкой результатов.

Результаты и выводы. По результатам экспертного опроса 70 экспертов – врачей и медицинских сестер сайтов антиретровирусной терапии в 5 областях Украины определены числовые варианты наиболее вероятных оценочных потерь продуктивного рабочего времени медицинских работников службы противодействия ВИЧ/СПИДа. Методом экспертной оценки 9 экспертами полученных результатов опроса установлено, что непродуктивные потери рабочего времени врачей на командировки, обучение и временную нетрудоспособность оценочно составляют 41 рабочий день в течение календарного года, медицинских сестер – 17 рабочих дней, соответственно.

Ключевые слова: медицинские работники, служба противодействия ВИЧ/СПИДу, рабочее время, экспертные оценки.

Experience in applying expert assessment method for defining specific types of productive time losses of healthcare workers at regional units of HIV/AIDS prevention

I.S. Myronyuk¹, O.Y. Mulesa¹, M.V. Nikolko²

¹SHEI “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

²USAID RESPOND Project, Kyiv, Ukraine

Purpose – to implement quantitative assessment of specific time losses (business trips, training and temporary incapacity) of productive working days during a calendar year by healthcare workers of antiretrovirus therapy sites with the use of expert evaluation method.

Materials and methods. Expert evaluation method was

used in two phases: expert survey and expert assessment based on the results of a preliminary expert survey with statistic and mathematical processing of results.

Results and conclusions. According to the results, 70 experts (doctors and nurses) at antiretrovirus therapy sites in 5 regions of Ukraine were surveyed. There were defined numeric options of the most probable estimated losses of productive working time for healthcare workers of HIV/AIDS prevention services. By expert assessment method 9 experts processed acquired results to declare that non-productive time losses of doctors for business trips, training and temporal incapacity constitute 41 working days during a calendar year, and 17 working days for nursing staff, respectively.

Key words: healthcare workers, HIV/AIDS prevention service, working time, expert assessment.

Відомості про авторів

Миронюк Іван Святославович – д.мед.н., в.о. завідувача кафедри громадського здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Мулеса Оксана Юріївна – к.т.н., доцент кафедри кібернетики і прикладної математики ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Ніколко Маріанна Вікторівна – магістр комп'ютеризованих систем, автоматики та управління, радник зі стратегічної інформації Міжнародної організації сімейного здоров'я FHI360, Проект USAID RESPOND; вул. Малопідвальна, 15б, м. Київ, 01001, Україна.

УДК 312.6:613.25:001.8

В.А. Огнєв, К.Г. Помогайбо

АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА СПРАВЖНЬОГО РІВНЯ ПОШИРЕНОСТІ НАДМІРНОЇ ВАГИ ТА ОЖИРІННЯ СЕРЕД ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ м. ХАРКОВА

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета – визначити рівні поширеності надмірної ваги та ожиріння серед дитячого населення шкільного віку.

Матеріали та методи. Оброблені дані 4789 школярів віком від 6 до 17 років (2406 дівчаток і 2383 хлопчиків). Надмірну вагу та ожиріння верифікували за індексом ваги тіла відповідно до віку та статі.

Результати. Надлишкова вага та ожиріння діагностовані у 720 (15,1±0,5%) дітей, набагато частіше серед хлопчиків, ніж серед дівчаток, – 175 (3,7±0,3%) та 105 (2,2±0,2%) дітей відповідно. Поширеність цієї патології у хлопчиків та дівчаток найчастіше виявлялася у віковій групі 6–9 років, а найрідше – у віковій групі 14–17 років. Поширеність важких форм ожиріння була вищою серед хлопчиків. Нормальна і знижена вага, навпаки, частіше зустрічалася серед дівчаток.

Висновки. Ожиріння або надлишкова вага виявлялися у кожній сьомій дитини, і такий рівень поширеності відповідає загальносвітовій тенденції та визначає необхідність розробки профілактичних програм.

Ключові слова: ожиріння, надлишкова вага, індекс ваги тіла, поширеність.

Вступ

Ожиріння дітей і підлітків за два останніх десятиліття перетворилося на важливу соціально-економічну і медичну проблему. Зростання поширеності надлишкової маси тіла в дитячій популяції багатьох країн дозволяє віднести це захворювання до неінфекційної епідемії. Ожиріння також розглядають як один з основних факторів, що сприяють розвитку захворювань, які є найчастішими причинами смерті дорослого населення [1, 4, 8, 9]. Кожний 13-й смертельний випадок у Європейському Союзі пов'язаний з надмірною масою тіла. Надмірна вага в дитинстві та підлітковому віці спричиняє як короткострокові, так і довгострокові несприятливі наслідки для фізичного і психосоціального здоров'я. Дитяче ожиріння пов'язане з розвитком системних порушень здоров'я, об'єднаних у метаболічний синдром [10, 11].

На сьогодні близько 40 млн дітей у світі мають надмірну вагу. У дитячій популяції різних країн світу поширеність становить 6,1–11,7%. Тенденція до зростання кількості дітей і підлітків із надмірною масою тіла є загальносвітовою, найвищі рівні поширеності ожиріння серед дітей і підлітків притаманні Самоа, США та Мексиці. Світовим лідером за швидкістю зростання показників і поширеністю ожиріння, як у дорослих, так і у дітей, є США. За даними Національного Центру Статистики Здоров'я (США), 13% дітей віком від 6 до 11 років страждали ожирінням. На даний час в країні документована найвища частота поширення ожиріння у дітей у світі: 1 із 6 дітей страждає ожирінням, 1 із 3 дітей має надлишкову вагу [12, 13]. У Європі «лідерство» США з ожиріння оскаржують десятки країн. Першими в списку

йдуть Великобританія, Іспанія, Угорщина, Румунія, Греція та Албанія. Ця проблема стала актуальною навіть для країн, у яких чимала частина населення постійно голодує [14, 15].

Донедавна масштабних епідеміологічних досліджень проблеми ожиріння серед дітей і підлітків в Україні практично не проводилося. Таке нехтування проблемою призвело до того, що нерідко у молодих українців виникають ускладнення на тлі преморбідного стану, асоційованого з ожирінням. Незважаючи на те, що останніми роками у деяких регіонах був досягнутий істотний прогрес у вивченні епідеміології аліментарно-залежних захворювань, у тому числі ожиріння серед дітей і підлітків, на думку авторів, діагностичний процес з цього виду патології є неефективним [2, 3, 5]. Ожиріння в Україні посідає друге місце за поширеністю і рівнем захворюваності після дифузного зобу I ступеня. Рівень рестрації ожиріння у дітей України становить 13,49 на 1000 дитячого населення 0–17 років включно (1,3%), і це значно нижче, ніж у більшості країн Європи, де частота ожиріння серед дітей знаходиться в межах 10–15% [6, 7].

Отже, справжній рівень поширеності надмірної ваги та ожиріння серед дітей та підлітків України залишається невідомим, оскільки дані офіційної статистики суттєво відрізняються від результатів популяційних досліджень у країнах Європи та світу. В Україні потрібно покращити виявлення цієї патології у дітей, і саме ця проблема визначила актуальність наших досліджень у цьому напрямку.

Мета роботи – проаналізувати та оцінити поширеність надмірної ваги та ожиріння серед дитячого населення шкільного віку.

Матеріали та методи

З метою верифікації надмірної ваги та ожиріння у 2014 р. нами було проведено викопіювання даних офіційної медичної документації лікувально-профілактичних установ: історії розвитку дитини (Ф.112/о), контрольних карт диспансерного нагляду (Ф.030/о), медичних карт дитини (ф.026у). Наявність і ступінь надмірної ваги тіла і ожиріння були констатовані згідно з міжнародними рекомендаціями за індексом ваги тіла (ІВТ), що розраховується за формулою: $ІВТ = \text{вага тіла (кг)} / \text{зріст (м)}^2$. Отримані дані перцентилів за віком і статтю порівнювалися з даними NCHS (National Center for Health Statistics). Для дослідження були обрані середні загальноосвітні школи м. Харкова за допомогою таблиці випадкових чисел. У 2014 р., відповідно до поставленої мети, нами були оброблені дані 4789 школярів віком від 6 до 17 років, з них 2406 дівчат і 2383 хлопчиків, що становить $50,3 \pm 0,8\%$ і $49,7 \pm 0,8\%$ відповідно. Дана вибірка була статистично репрезентативною.

Залежно від значення ІВТ, усі діти були розподілені на чотири групи: I дослідна група – діти з ожирінням, II дослідна група – діти з надмірною вагою, III група – діти з нормальною масою тіла, IV – діти зі зниженою вагою. Отримані дані були статистично оброблені з використанням програм Excel 2010.

Результати дослідження та їх обговорення

Ожиріння (I дослідна група) виявлене у 280 ($5,9 \pm 0,3\%$) дітей, з них 105 ($4,4 \pm 0,4\%$) дівчаток і 175 ($7,3 \pm 0,5\%$) хлопчиків. Надмірна вага (II дослідна група) була виявлена у 440 ($9,2 \pm 0,4\%$) дітей, з них 223 ($9,3 \pm 0,6\%$) дівчаток і 217 ($9,1 \pm 0,6\%$) хлопчиків. Нормальну вагу тіла (III дослідна група) мали 3925 ($81,9 \pm 0,6\%$) дітей, 1989 ($82,6 \pm 0,8\%$) дівчаток і 1936 ($81,3 \pm 0,8\%$) хлопчиків. Знижена вага (IV дослідна група) була встановлена у 144 обстежених, з них 89 ($3,7 \pm 0,9\%$) дівчаток і 55 ($2,3 \pm 0,3\%$) хлопчиків (табл. 1).

Наступним етапом нашої роботи був розподіл загальної кількості дітей та підлітків залежно від вікової та дослідної групи. Усього було виділено три вікові групи: від 6 до 9 років; від 10 до 13 та від 14 до 17 років.

Найбільша кількість дітей – 1894 ($39,5 \pm 0,7\%$) особи – спостерігалась у віковій групі від 10 до 13 років. Наступною за кількістю була група від 6 до 9 років, у якій налічувалося 1680 ($35,1 \pm 0,7\%$) осіб, й останньою була вікова група від 14 до 17 років з кількістю 1215 ($25,4 \pm 0,63\%$) осіб.

Таблиця 1

Поширеність ожиріння, надлишкової, нормальної та недостатньої ваги тіла серед дітей і підлітків залежно від статі, 2014 р. (%)

Дослідна група	Хлопчики	Дівчата	Загалом
Ожиріння (I група)	$7,3 \pm 0,5$	$4,4 \pm 0,4$	$5,9 \pm 0,3$
Надмірна вага (II група)	$9,1 \pm 0,6$	$9,3 \pm 0,6$	$9,2 \pm 0,4$
Нормальна вага (III група)	$81,3 \pm 0,8$	$82,6 \pm 0,8$	$81,9 \pm 0,6$
Знижена вага (IV група)	$2,3 \pm 0,3$	$3,7 \pm 0,9$	$3 \pm 0,3$
Загалом	$49,7 \pm 0,8$	$50,3 \pm 0,8$	100

Було встановлено, що надмірна вага (II дослідна група) та ожиріння (I дослідна група) найбільш поширені у віковій групі від 6 до 9 років – $11,1 \pm 0,8\%$ і $7,9 \pm 0,7\%$ відповідно. Найнижчий показник поширеності ожиріння (I дослідна група) було виявлено у віковій групі від 14 до 17 років – $2,7 \pm 0,5\%$, а надмірної ваги (II дослідна група) – у віковій групі від 10 до 13 років – $8,1 \pm 0,6\%$, але цей показник був лише трохи нижчим за відповідний показник в останній віковій групі – $8,2 \pm 0,8\%$. Порівняно з показниками ожиріння у зазначених вікових групах нормальна вага (III дослідна група), навпаки, найчастіше зустрічалася у віці від 14 до 17 років – $86,7 \pm 1\%$, а найрідше – у віці від 6 до 9 років – $77,1 \pm 1\%$. Показники поширеності зниженої ваги, так само як і ожиріння та надмірної ваги, були вищими у першій та середній віковій групах – $3,9 \pm 0,5\%$ і $2,6 \pm 0,4\%$, а найнижче значення цього показника було виявлено у віковій групі від 14 до 17 років – $2,6 \pm 0,4\%$ (табл. 2).

Таблиця 2

Поширеність ожиріння, надлишкової, нормальної та недостатньої ваги тіла серед дітей і підлітків залежно від віку, 2014 р. (%)

Вікова група	Ожиріння (I група)	Надмірна вага (II група)	Нормальна вага (III група)	Знижена вага (IV група)	Загалом
6–9 років	$7,9 \pm 0,7$	$11,1 \pm 0,8$	$77,1 \pm 1,0$	$3,9 \pm 0,5$	$35,1 \pm 0,7$
10–13 років	$6,1 \pm 0,6$	$8,1 \pm 0,6$	$83,3 \pm 0,9$	$2,6 \pm 0,4$	$39,5 \pm 0,7$
14–17 років	$2,7 \pm 0,5$	$8,2 \pm 0,8$	$86,7 \pm 1,0$	$2,4 \pm 0,9$	$25,4 \pm 0,6$
Загалом	$5,9 \pm 0,3$	$9,2 \pm 0,4$	$81,9 \pm 0,6$	$3 \pm 0,3$	100

З метою вивчення особливостей статевого складу дослідних груп були проведені такі самі розрахунки показників поширеності окремо серед дівчаток та хлопчиків. Передусім слід зазначити, що найбільша кількість хлопчиків і дівчаток була також у віковій групі

від 10 до 13 років, а найменша – у групі від 14 до 17 років. Отже, кількість хлопчиків і дівчаток у вікових групах становила, відповідно, 854 ($35,8 \pm 1\%$), 947 ($39,8 \pm 1\%$), 582 ($24,4 \pm 0,9\%$) та 826 ($34,3 \pm 1\%$), 947 ($39,4 \pm 1\%$) і 633 ($26,3 \pm 0,9\%$).

Отримані результати вказували на те, що ожиріння значно частіше виявлялося серед хлопчиків у всіх вікових групах, при цьому у хлопчиків і дівчаток, так само, як і на попередньому етапі, показники поширеності були найвищими у віковій групі від 6 до 9 років – 9,7±1,1% і 5,9±0,8%, дещо нижчими – у віковій групі 10–13 років – 8,8±0,9% і 4,8±0,7%, а у віковій групі від 14 до 17 років ці показники були набагато нижчими – 3,8±0,8% і 1,7±0,5%. Показники поширеності надмірної ваги, як і ожиріння, були також вищими у першій та середній вікових групах, ніж в останній; значно частіше надмірна вага також виявлялася серед хлопчиків, за винятком першої групи, де показник був трохи нижчим, ніж у дівчат. Отже, у зазначених групах хлопчиків і дівчаток ці показники

становили, відповідно, 10,5±1,1% і 9,5±1%, 8,9±1,2% і 11,7±1,1%, 8,2±0,9% і 7,6±1,1%. Нормальна вага частіше зустрічалася серед дівчаток, ніж серед хлопчиків, в усіх вікових групах дітей. Як і при загальному розподілу, у хлопчиків і дівчаток нормальна вага також найчастіше спостерігалася у віці від 14 до 17 років, а найрідше – у віці від 6 до 9 років, показники становили 85,2±1,5% і 76,9±1,4% та 88±1,3% і 77,2±1,5% відповідно. Знижена вага значно частіше виявлялася серед дівчаток у всіх вікових групах, при цьому найвищі показники поширеності серед хлопчиків були у першій та останній вікових групах, а серед дівчат – у першій та середній групі, де ці показники дорівнювали, відповідно, 2,8±0,6%, 2,1±0,6% та 5,1±0,8%, 3,2±0,6% (табл. 3 та 4).

Таблиця 3

Поширеність ожиріння, надлишкової, нормальної та недостатньої ваги тіла серед хлопчиків залежно від віку, 2014 р. (%)

Вікова група	Ожиріння (I група)	Надмірна вага (II група)	Нормальна вага (III група)	Знижена вага (IV група)	Загалом
6–9 років	9,7±1,0	10,5±1,1	76,9±1,4	2,8±0,6	35,8±1,0
10–13 років	8,8±0,9	9,5±1,0	82,7±1,2	2±0,5	39,8±1,0
14–17 років	3,8±0,8	8,9±1,2	85,2±1,5	2,1±0,6	24,4±0,9
Загалом	7,3±0,5	9,1±0,6	81,3±0,8	2,3±0,3	100

Таблиця 4

Поширеність ожиріння, надлишкової, нормальної та недостатньої ваги тіла серед дівчаток залежно від віку, 2014 р. (%)

Вікова група	Ожиріння (I група)	Надмірна вага (II група)	Нормальна вага (III група)	Знижена вага (IV група)	Загалом
6–9 років	5,9±0,8	11,7±1,1	77,2±1,5	5,1±0,8	34,3±1,0
10–13 років	4,8±0,7	8,2±0,9	83,8±1,2	3,2±0,6	39,4±1,0
14–17 років	1,7±0,5	7,6±1,1	88,0±1,3	2,7±0,6	26,3±0,9
Загалом	4,4±0,4	9,3±0,6	82,6±0,8	3,7±0,9	100

Надалі, для більш поглибленої характеристики захворюваності на ожиріння серед дітей та підлітків, було проведено окремий аналіз поширеності важких форм ожиріння. Усього серед дітей та підлітків було виявлено 34 випадки важких форм ожиріння, з них 23 у хлопчиків і у 11 дівчаток, тому загальний показник дорівнював 0,71±0,1%, у тому числі серед хлопчиків і дівчаток – 1±0,2% та 0,5±0,1%. Отже важкі форми ожиріння удвічі частіше зустрічалися серед хлопців. Як і на попередніх етапах, ми також провели вивчення важких форм залежно від вікової групи взагалі та від статі. Отримані результати вказували на те, що показники поширеності важких (морбідних) форм ожиріння були вищими у вікових групах 14–17 та 10–13 років, відповідно, 1±0,3% і 0,7±0,2%, а у групі 6–9 років цей показник був удвічі нижчим, ніж в останній групі, – 0,5±0,2%. Аналіз поширеності важких форм ожиріння залежно від статі показав, що, як і ожиріння взагалі, найчастіше ці форми також виявлялися серед хлопчиків усіх вікових груп. Слід зазначити, що у хлопчиків віком від 6 до 13 років показники поширеності були майже вдвічі, а серед хлопчиків у віці від 14 до 17 років – навіть утричі вищими, ніж серед дівчаток, –

0,7±0,3%, 0,8±0,3% і 0,4±0,2%, 0,5±0,2% та 1,5±0,5% і 0,5±0,3% відповідно (табл. 5).

Таблиця 5

Поширеність важких форм ожиріння серед дітей і підлітків залежно від віку та статі у 2014 р. (%)

Вікова група	Хлопчики	Дівчата	Загалом
6–9 років	0,7±0,3	0,4±0,2	0,5±0,2
10–13 років	0,8±0,3	0,5±0,2	0,7±0,2
14–17 років	1,5±0,5	0,5±0,3	1,0±0,3
Загалом	1,0±0,2	0,5±0,1	0,7±0,1

Для вивчення структури та ступеня важкості досліджуваної патології на останньому етапі було проведено розрахунки показників питомої ваги важких форм ожиріння залежно від віку та статі серед усіх виявлених випадків дитячого ожиріння. Загальний показник питомої ваги важких форм ожиріння становив 12±1,9%. При розрахунку цих показників залежно від вікової групи, як і за попередніми даними, найвищі

показники були в середній та останній вікових групах – 36,3±9% та 11,3±3%. Слід зазначити, що відповідний показник питомої ваги у першій віковій групі був майже у п'ять разів меншим, ніж в останній, і становив лише 6,8±2,2%. Питома вага важких форм ожиріння також була більшою серед хлопчиків в усіх вікових групах. Зауважимо, що у віковій групі від 6 до 9 років цей показник був лише на одиницю більшим у хлопчиків, ніж у дівчаток, – 7,2±2,8% і 6,1±3,4%; у групі від 10 до 13 років показники були майже однаковими – 11,4±4% і 11,1±4,7%, а у віковій групі від 14 до 17 років зазначений показник був набагато вищим серед хлопчиків порівняно з дівчатками – 40,9±10,5% і 27,3±13,4% (табл. 6).

Таблиця 6
Питома вага важких форм ожиріння серед дітей і підлітків з ожирінням залежно від віку та статі, 2014 р. (%)

Вікова група	Хлопчики	Дівчата	Загалом
6–9 років	7,2±2,8	6,1±3,4	6,8±2,2
10–13 років	11,4±4,0	11,1±4,7	11,3±3,0
14–17 років	40,9±10,5	27,3±13,4	36,3±9,0
Загалом	13±2,5	10,6±3	12,1±2,0

Висновки

1. За результатами дослідження у 2014 р. надлишкова маса тіла та ожиріння були діагностовані у 720 (15,1±0,5%) дітей та підлітків – у 328 (6,9±0,4%) дівчаток і 392 (8,2±0,4%) хлопчиків. Отже, цю патологію має кожна сьома дитини, і такий рівень поширеності, в свою чергу, відповідає загальносвітової тенденції.

Література

1. Вайнилович Е. Г. Частота абдоминального ожирения и ассоциированных с ним метаболических нарушений у детей 7–13 лет / Е. Г. Вайнилович // Проблемы эндокринологии. – 2011. – Т. 57, № 5. – С. 15–23.
2. Величко В. І. Дитяче ожиріння як актуальна проблема сучасної педіатричної практики: результати моніторингу в Одеській області / В. І. Величко // Одеський медичний журнал. – 2011. – № 5. – С. 42–44.
3. Гурова М. М. Ожирение у детей: эпидемиологические аспекты / М. М. Гурова // Практика педиатра. – 2014. – № 3/4. – С. 7–13.
4. Дубровская М. И. Проблема избыточной массы тела у детей раннего возраста / М. И. Дубровская // Российский вестн. перинатол. и педиатрии. – 2011. – Т. 56, № 3. – С. 94–99.
5. Ковалева О. Н. Эпидемиологические аспекты ожирения в организованной популяции / О. Н. Ковалева, Т. Н. Амбросова, Ю. Г. Савченко // Приоритетні питання діагностики і терапії внутрішніх хвороб : матер. наук.-практ. конф., 7 жовт. 2008 р. – Харків : ФОРМ-Ліпкіна, 2008. – С. 58.
6. Майданник В. Г. Поширеність надлишкової маси тіла та підвищеного артеріального тиску серед школярів різних регіонів України / В. Г. Майданник, М. В. Хайтович, Г. А. Павлишин // Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии (International Journal of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology). – 2013. – Т. 3, № 1. – С. 33–39.
7. Мисюра Е. В. Эпидемиологические аспекты ожирения в Украине / Е. В. Мисюра, А. В. Казаков, Н. А. Кравчун // Эндокринология. – 2014. – Т. 19, № 4. – С. 325.
8. Надлишкова маса тіла та ожиріння як складники формування загального тягаря хвороб та погіршення якості життя / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева, Л. І. Галієнко [та ін.] // Східноєвропейський журн. громад. здоров'я. – 2011. – № 1. – С. 164–165.
9. Нетребенко О. К. Ожирение у детей: истоки проблемы и поиски решений / О. К. Нетребенко // Педиатрия. – 2011. – № 6. – С. 104–113.

2. Встановлено, що на ожиріння значно частіше страждають хлопчики, ніж дівчатка, – 175 (3,7±0,3%) і 105 (2,2±0,2%). Нормальна та знижена вага, навпаки, найчастіше зустрічалася серед дівчаток, ніж серед хлопчиків, – 1989 (41,5±0,7%) і 1936 (40,4±0,7%) та 89 (1,9±0,2%) і 55 (1,1±0,2%) відповідно.

3. Ожиріння та надлишкова вага у хлопчиків і дівчаток найчастіше виявлялися у віковій групі від 6 до 9 років, а найрідше – у групі від 14 до 17 років, в той час як тенденція переважання показників нормальної ваги у зазначених вікових групах була протилежною.

4. Загальний показник поширеності важких форм ожиріння серед дітей та підлітків дорівнював 0,71±0,1%, причому ці форми ожиріння вдвічі частіше зустрічалися серед хлопців, ніж серед дівчат, – 23 (0,48±0,1%) та 11 (0,23±0,1%). Слід зазначити, що у хлопчиків віком від 10 до 13 років показники поширеності важких форм ожиріння були майже вдвічі, а у віці від 14 до 17 років – навіть утричі вищими, ніж серед дівчат.

5. Загальний показник питомої ваги тяжких форм ожиріння серед усіх дітей з ожирінням становив 12±1,9%. Найбільші значення цих показників залежно від віку та статі також спостерігалися серед хлопчиків віком від 10 до 17 років.

Перспективи подальших досліджень

Диспропорція за статевим та віковим складом у рівнях поширеності ожиріння та надмірної ваги, яка була виявлена за результатами дослідження, визначає доцільність подальших досліджень у даному напрямку. Цю особливість слід враховувати також при розробці програм з профілактики аліментарно-залежних захворювань.

10. *Ожирение у детей как фактор риска развития артериальной гипертензии в детском возрасте / Л. Пырцу, М. Рудь, И. Палий, А. Константинова // Перинатология та педіатрія. – 2012. – № 1. – С. 78–80.*
11. *Родионова Т. И. Ожирение – глобальная проблема современного общества. / Т.И. Родионова, А.И. Тепаева // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 12. – С.132–136.*
12. *Токарчук Н. І. Надмірна маса тіла у дітей раннього віку – фактор ризику захворювань у майбутньому / Н. І. Токарчук, Е. В. Тимчук // Современная педиатрия. – 2009. – № 6. – С. 154–156.*
13. *Щербакова М. Ю. Современный взгляд на проблему ожирения у детей и подростков / М. Ю. Щербакова, Г. И. Порядина // Педиатрия : науч.-практ. мед. журн. – 2012. – Т. 91, № 3. – С. 122–130.*
14. *Branca F. Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения / F. Branca, H. Nikogosian, T. Lobstein. – WHO, 2009. – 408 с.*
15. *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response / edited by Francesco Branca, Haik Nikogosian and Tim Lobstein; WHO Library Catalogue in Publication Data. – Copenhagen, Denmark, 2009.*

Дата надходження рукопису до редакції: 25.11.2016 р.

Анализ и оценка реального уровня распространённости избыточного веса и ожирения среди детей школьного возраста г. Харьков

В.А. Огнев, Е.Г. Помогайбо

Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина

Цель – определить уровни распространённости избыточного веса и ожирения среди детей и подростков.

Материалы и методы. Обработаны данные 4789 школьников в возрасте от 6 до 17 лет (2406 девочек и 2383 мальчика). Избыточный вес и ожирение верифицировались согласно индексу массы тела соответственно возрасту и полу.

Результаты. Избыточный вес и ожирение диагностированы у 720 (15,1±0,5%) детей и чаще выявлялись среди мальчиков, чем среди девочек, – 175 (3,7±0,3%) и 105 (2,2±0,2%) детей соответственно. Распространённость этой патологии у мальчиков и девочек была выше всего в возрастной группе 6–9 лет и ниже всего – в группе 14–17 лет. Распространённость тяжелых форм ожирения была выше среди мальчиков. Нормальная и сниженная масса тела, наоборот, чаще встречались среди девочек.

Выводы. Ожирение или избыточный вес выявлялись у каждого седьмого ребенка. Такой уровень распространённости соответствует мировой тенденции и определяет необходимость разработки профилактических программ.

Ключевые слова: ожирение, избыточная масса тела, индекс массы тела, распространённость.

Analysis and evaluation of the real prevalence of overweight and obesity among schoolchildren in Kharkov

V.A. Ognev, K.G. Pomogajbo

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Purpose – to determine overweight and obesity prevalence among children and adolescents.

Materials and methods. Data of 4789 schoolchildren aged 6 to 17 years (2406 girls and 2383 boys) were processed in 2014. Overweight and obesity are defined in terms of body mass index (BMI) on the eligibility criteria according to age and gender.

Results. Overweight and obesity were diagnosed in 720 (15.1±0.5%) schoolchildren and were more prevalent in boys than in girls – 175 (3.7±0.3%) та 105 (2.2±0.2%). The prevalence of this pathology among boys and girls more likely were defined in the age group of 14 to 17 years, than in age group of 6 to 9 years. Prevalence of severe obesity also were higher among boys. Normal and low body weight conversely often met among girls.

Conclusions: Obesity or overweight is detected in every seventh child, and this level of prevalence corresponds to trends worldwide and determines the need to develop prevention programs.

Key words: obesity, overweight, body mass index, prevalence.

Відомості про авторів

Огнев Віктор Андрійович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Харківського національного медичного університету; пр-т Науки, 4, м. Харків, 61000, Україна.

Помогайбо Катерина Георгіївна – аспірант кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету; пр-т Науки, 4, м. Харків, 61000, Україна.

УДК 614.21:616.8-089(477.87)

І.М. Рогач, М.М. Смірнов, Р.Ю. Погоріляк

РОЗВИТОК ТА ОРГАНІЗАЦІЯ НЕЙРОХІРУРГІЧНОЇ СЛУЖБИ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

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

Мета – вивчити та порівняти показники діяльності нейрохірургічної служби в Закарпатській області за 2001–2015 рр.; визначити подальші можливі шляхи її оптимізації.

Матеріали та методи. Проаналізовано внутрішньолікарняні річні звіти відділень та звіти лікувально-профілактичних закладів (форма № 20 та форма № 17) за 2001–2015 рр. Дані опрацьовано методами варіаційної статистики.

Результати. Проведено вивчення та порівняння показників діяльності нейрохірургічного відділення Закарпатської обласної клінічної лікарні за 2001–2005 рр. і Обласного центру нейрохірургії та неврології за 2006–2015 рр.

Висновки. Аналіз результатів дослідження свідчить, що реорганізація нейрохірургічної служби у 2006 р. в Закарпатській області є вдалим та ефективним управлінським рішенням.

Ключові слова: нейрохірургічна служба, оптимізація, автономізація, регіональний рівень.

Вступ

Нейрохірургічна служба – вузькоспеціалізована та високотехнологічна галузь медичної допомоги населенню. За умови відсутності правильної організації і, як наслідок, своєчасної профілактики, діагностики й адекватного лікування, нейрохірургічна патологія часто призводить до інвалідизації та тривалої високовартісної реабілітації пацієнтів. У результаті цього держава зазнає значних втрат. Саме тому постає питання оптимізації та поліпшення якості надання нейрохірургічної допомоги населенню [1, 4, 5]. У зв'язку з цим Є.Г.Педаченко і А.П.Гук запропонували концепцію розвитку нейрохірургічної служби на 2014–2018 рр., яка передбачає такі кроки:

– Впровадження уніфікованої програми підготовки лікарів-нейрохірургів, рекомендованої Європейською асоціацією нейрохірургів.

– Концентрація надання нейрохірургічної допомоги зі створенням міжрегіональних нейрохірургічних центрів. Такі центри потребують оснащення діагностичним і лікувальним обладнанням для впровадження новітніх високотехнологічних (насамперед мініінвазивних) нейрохірургічних технологій, застосування яких сприятиме зменшенню тривалості лікування пацієнта в стаціонарі і поліпшенню якості життя хворих. На базі міжрегіональних центрів заплановане створення потужних навчальних центрів для нейрохірургів і фахівців суміжних спеціальностей.

– Оновлення існуючих та створення нових клінічних протоколів, клінічних настанов і стандартів, наказів МОЗ України, які регламентують надання нейрохірургічної допомоги за планом реформування системи медичного обслуговування.

– Поліпшення матеріально-технічної бази багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування для

надання невідкладної нейрохірургічної допомоги за оновленими таблицями оснащення.

– Проведення Міністерством охорони здоров'я сумісно з Українською асоціацією нейрохірургів ліцензування нейрохірургів та сертифікації відділень, у яких надається нейрохірургічна допомога, з оцінюванням умов для її надання за оновленими клінічними протоколами та оцінкою якості [3].

Також щодо розвитку управління першорядною є ідея створення автономних медичних закладів. Автономна установа – некомерційна організація, створена державою для виконання робіт, надання послуг із метою здійснення повноважень органів державної влади, повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я, а також в інших сферах у випадках, встановлених законодавством країни. Для автономної установи утверджується державне завдання, фінансове забезпечення якого здійснюється у вигляді субсидій і бюджетних інвестицій. Зменшення обсягу субсидій, наданої на виконання державного завдання, протягом терміну його виконання проводиться тільки при відповідних змінах самого державного завдання.

Автономна установа має право займатися діяльністю, що приносить дохід, лише для досягнення цілей створення самої установи і відповідно до цих цілей (за умови зазначення такої діяльності в установчих документах). За цих умов прибуток надходить у самостійне розпорядження як джерело самофінансування. Кошти за обстеження та лікування пацієнтів надходять безпосередньо в касу установи та направлені на підвищення якості надання медичної допомоги та виплату заробітної плати працівникам. Укладання цивільно-правових договорів здійснюється автономними органами від свого імені.

Вимоги, встановлені для розміщення замовлень для державних потреб, не поширюються на автономні заклади при укладанні ними договорів на постачання

товарів, виконання робіт і надання послуг. Автономні установи мають право відкривати рахунки у кредитних організаціях, територіальних органах казначейства, фінансових органах країни. Відповідно до механізму фінансового забезпечення діяльності автономних установ через субсидії на виконання завдання, зміст майна та сплату податків – державні завдання для них є головним документом, який визначає параметри діяльності та обсяги фінансування, а також основним джерелом відомостей для контролю за їх діяльністю [6].

Зважаючи на вищезазначене, одним із ключових напрямів оптимізації та поліпшення якості є реорганізація лікувально-профілактичних закладів, в яких надається нейрохірургічна допомога. У Закарпатській області перший важливий крок у даному напрямку зроблений ще 10 років тому. Унаслідок зростання рівнів захворюваності та високої смертності від мозково-судинної патології, онкологічних захворювань нервової системи, епілепсії та травм головного і спинного мозку визначено доцільність створення медичного закладу, який би в межах однієї структурно-територіальної одиниці сконцентрував неврологічну, нейрохірургічну, анестезіологічну та рентген-радіологічну допомогу пацієнтам зі складною патологією нервової системи. Така реорганізація дала б змогу отримати найсучасніше високоякісне лікувально-діагностичне обладнання за рахунок бюджетних коштів держави, а не тільки області, та залучити додаткові кошти за рахунок грантів міжнародних організацій з боротьби з інсультом, протиепілептичних ліг та асоціацій, що надаються лише спеціалізованим неврологічно-нейрохірургічним установам. Саме тому 1 січня 2006 р. рішенням XIX сесії Закарпатської обласної ради IV скликання створено Обласний клінічний центр нейрохірургії та неврології (ОКЦНН) на базі колишнього нейрохірургічного відділення Закарпатської обласної клінічної лікарні (ЗОКЛ).

Із моменту відкриття ОКЦНН надає стаціонарну, амбулаторно-поліклінічну і консультативну допомогу третинного рівня, а також ургентну допомогу пацієнтам із патологією центральної та периферичної нервових систем. У 2007 р. центр приєднався до державної програми попередження та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань, виконання якої у 2010 р. забезпечило зниження рівня смертності від інсульту в Україні порівняно з 2006 р. на 6,4% (при запланованих – 5%) [3]. Створено інсультний блок з одночасним цілодобовим наданням допомоги пацієнтам спеціалістами різних профілів (неврологом, нейрохірургом, радіологом, анестезіологом) з обов'язковим ургентним виконанням комп'ютерної томографії, ультразвукової діагностики та магнітно-резонансної томографії. Щорічно на базі ОКЦНН проводяться «Карпатські читання» – конференція Української асоціації боротьби з інсультом.

Мета роботи – вивчити та порівняти показники діяльності нейрохірургічного відділення ЗОКЛ за 2001–2005 рр. та новоствореного ОКЦНН; оцінити отримані результати; визначити подальші можливі шляхи оптимізації нейрохірургічної служби в Закарпатській області.

Матеріали та методи

Проаналізовано внутрішньолікарняні річні звіти відділень, звіти лікувально-профілактичних закладів (форма № 20 та форма № 17), а саме: нейрохірургічного відділення ЗОКЛ за 2001–2005 рр. та ОКЦНН за 2006–2015 рр. Результати дослідження опрацьовано методами варіаційної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення

У нейрохірургічному відділенні ЗОКЛ останніми роками працювало всього 4 нейрохірурги. На час створення ОКЦНН в ньому працювало 22 лікарі, зокрема, 10 нейрохірургів, що в 1,5 разу більше, ніж у колишньому відділенні (з них 6 – лікарі вищої категорії, 1 – першої, 2 – другої категорії), 6 анестезіологів, 2 рентгенологи, 1 оториноларинголог, 1 невропатолог, 1 психіатр та 1 лікар-інтерн за спеціальністю «Нейрохірургія», а також 48 осіб середнього медичного персоналу (з них 7 – із вищою категорією). Станом на 2015 р. у центрі працювало вже 27 лікарів, зокрема, 12 нейрохірургів (з них 6 – лікарі вищої категорії, 2 – першої, 4 – другої категорій), 7 анестезіологів, 3 невропатологи, 2 рентгенологи, 1 терапевт, 1 лікар із лікувальної фізкультури та спортивної медицини, 1 лікар з організації та управління охорони здоров'я, а також 58 осіб середнього медичного персоналу (з них 14 – із вищою категорією).

Якщо середнє перебування хворих у стаціонарі, яке обчислюється як відношення кількості проведених хворими ліжок-днів до кількості вибулих хворих (виписаних і померлих), після реорганізації суттєво не змінилось: у нейрохірургічному відділенні ЗОКЛ даний показник у середньому становив $11,69 \pm 0,7$ ліжок-днів, а в ОКЦНН – $11,98 \pm 0,4$ (по Україні в цілому даний показник дорівнював $12,2$ у 2012 р. та $11,9$ у 2013 р. [2]), то загальна та післяопераційна летальність суттєво знизилась.

Загальна летальність – статистичний показник, рівний відношенню числа померлих пацієнтів, які проходили стаціонарне лікування, до числа всіх пацієнтів, які вибули зі стаціонару (виписані та померлі), за певний часовий проміжок (у нашому випадку – за рік). У нейрохірургічному відділенні ЗОКЛ загальна летальність становила в середньому $6,05 \pm 1,3\%$, а в ОКЦНН – $4,26 \pm 1,3\%$ (останні 5 років показник не перевищував $3,8\%$). Тобто після реорганізації загальна летальність у середньому знизилась на $29,6\%$. Ще краща тенденція відзначалась у показника післяопераційної летальності. Післяопераційна летальність – статистичний показник, рівний відношенню числа померлих пацієнтів, яким проведено оперативне лікування, до числа всіх пацієнтів, прооперованих за один рік. У середньому він становив $8,52 \pm 0,7\%$ у нейрохірургічному відділенні ЗОКЛ та $4,98 \pm 1,6\%$ в ОКЦНН, що на $41,55\%$ менше.

Обіг лікарняного ліжка – середня кількість хворих, які пройшли курс лікування на одному ліжку за рік – обчислюється як відношення числа вибулих зі стаціонару хворих до середньорічної кількості ліжок у лікарні.

У нейрохірургічному відділенні ЗОКЛ обіг ліжка в середньому становив $24,32 \pm 0,9$, в ОКЦНН – $24,54 \pm 2,2$ (останні 5 років показник не був нижче 26,44). По Україні в цілому у 2012 р. обіг ліжка дорівнював 26,3, у 2013 р. – 27,4 [2].

Позитивна динаміка спостерігалася щодо показника хірургічної активності: відношення кількості хворих, прооперованих у стаціонарі, до кількості хворих, вибулих зі стаціонару. Показник характеризує частоту застосування хірургічних втручань при лікуванні хворих у стаціонарі. У нейрохірургічному відділенні ЗОКЛ за 5 років цей показник дорівнював у середньому $42,42 \pm 8,6\%$, а в ОКЦНН за 2011–2015 рр. його значення зросло до $73,9 \pm 5,5\%$, що на 74% більше, ніж до створення центру. Порівняно з показником по Україні у 2012 р., який становив 44,1%, у 2013 р. – 43,9% [2], в ОКЦНН – 74,1% та 70,5% відповідно. Тобто в ОКЦНН показник хірургічної активності значно більший, ніж у переважній кількості лікувально-профілактичних закладів України, де надається нейрохірургічна допомога населенню. Також в ОКЦНН разом зі зростанням числа оперативних втручань збільшується їх різноманітність і складність за рахунок використання сучасних медичних технологій та технік: ендоскопічні операції на центральній нервовій системі (кліпування аневризм, тривентрикулостомія, транспедикулярна фіксація хребта), стереотаксичні втручання, хірургічне лікування епілепсії та ін.

Питома вага ургентних операцій у нейрохірургічного відділення ЗОКЛ у середньому дорівнювала $28,57 \pm 11,8\%$, а в ОКЦНН за 2011–2015 рр. – $26,7 \pm 12,4\%$. Даний показник в ОКЦНН дещо знизився,

але він є відносним. Абсолютна ж кількість ургентних втручань значно більша з огляду на показник хірургічної активності.

Висновки

Реорганізація нейрохірургічної служби у 2006 р. в Закарпатській області, тобто створення самостійного центру, замість відділення в обласній лікарні, є вдалим та ефективним управлінським рішенням. Про це свідчать результати роботи ОКЦНН за 2006–2015 рр.:

- зріс кількісний та якісний склад спеціалістів;
- загальна летальність зменшилася на 29,6%;
- післяопераційна летальність скоротилася на 41,55%;
- хірургічна активність зросла на 74,0%.

Перспективи подальших досліджень

Наразі актуальним є питання розробки та прийняття закону, що дасть змогу: збільшити фінансову та управлінську автономність лікувально-профілактичних закладів; впровадити договірні відносини між платниками та постачальниками медичних послуг (систему державних закупівель медичних послуг); затвердити єдині державні тарифи на медичні послуги, які мають бути надані за державні кошти в рамках права населення на безоплатну медичну допомогу; впровадити соціальне медичне страхування, а також уніфікувати клінічні протоколи та стандарти.

Література

1. *Нейрохирургическая служба в Украине* / Е. Г. Педаченко, Н. А. Сапон, А. П. Гук, А. Н. Никифорова // Український нейрохірургічний журнал. – 2014. – № 1. – С. 32–41.
2. *Нейрохирургическая служба Украины в 2013 году. Оптимизация нейрохирургических ресурсов* / Е. Г. Педаченко, Н. А. Сапон, А. Н. Никифорова, А. П. Гук // Український нейрохірургічний журнал. – 2014. – № 3. – С. 4–11.
3. *Педаченко С. Г.* Концепція розвитку нейрохірургічної служби України / С. Г. Педаченко, А. П. Гук // Український нейрохірургічний журнал. – 2014. – № 2. – С. 4–7.
4. *Поліщук М. Є.* Нейрохірургічна служба в Україні та підготовка нейрохірургічних кадрів / М. Є. Поліщук // Український нейрохірургічний журнал. – 2014. – № 3. – С. 88–89.
5. *Поліщук М. Є.* Перспективи розвитку нейрохірургічної служби в Україні після реформування медичної галузі / М. Є. Поліщук // Український нейрохірургічний журнал. – 2016. – № 3. – С. 68–72.
6. *Яшина Н. И.* Методические подходы к оценке результативности деятельности лечебно-профилактических учреждений в целях принятия решения по переходу на новые формы функционирования: автономные и бюджетные / Н. И. Яшина, Е. В. Поющева, Н. В. Терешина // Финансы и кредит. – 2014. – № 4 (580). – С. 9–20.

Дата надходження рукопису до редакції: 14.11.2016 р.

Развитие и организация нейрохирургической службы Закарпатской области

И.М. Рогач, Н.Н. Смирнов, Р.Ю. Погорляк
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Цель – изучить и сравнить показатели деятельности нейрохирургической службы в Закарпатской области за 2001–2015 гг.; определить дальнейшие возможные пути ее оптимизации.

Материалы и методы. Проанализированы внутрибольничные годовые отчеты отделений и отчеты лечебно-профилактических учреждений (форма № 20 и форма № 17) за 2001–2015 гг. Данные обработаны методами вариационной статистики.

Результаты. Изучены и сопоставлены показатели деятельности нейрохирургического отделения Закарпатской областной клинической больницы за 2001–2005 гг. и Областного центра нейрохирургии и неврологии за 2006–2015 гг.

Выводы. Анализ результатов исследования показывает, что реорганизация нейрохирургической службы в 2006 г. в Закарпатской области является удачным и эффективным управленческим решением.

Ключевые слова: нейрохирургическая служба, оптимизация, автономизация, региональный уровень.

Development and organization of neurosurgical service of Transcarpathian region

I.M. Rogach, M.M. Smirnov, R.Yu. Pohorilyak
SHEI «Uzhhorod National University», Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to study and compare the performance of neurosurgical service in the Transcarpathian region during the 2001–2015, to find further possible ways of it's optimization.

Materials and methods. Annual inner hospital's reports and reports of medical institutions (Form № 20 and Form № 17) during the 2001–2015 were analyzed. The data were processed by methods of variation statistics.

Results. The performance of the neurosurgical department of the Transcarpathian Regional Clinical Hospital during the 2001–2005 and the Regional Centre of Neurosurgery and Neurology during the 2006–2015 was studied and compared.

Conclusions. Analysis of the survey shows that the reorganization of neurosurgical service in 2006 in the Transcarpathian region was successful and effective management solution.

Key words: neurosurgical service, optimization, autonomous, regional level.

Відомості про авторів

Рогач Іван Михайлович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини та гігієни ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Смирнов Микита Миколайович – аспірант кафедри соціальної медицини та гігієни ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Погорляк Рената Юрївна – к.мед.н., доц., в.о. завідувача кафедри громадського здоров'я та гуманітарних дисциплін ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

НАВЧАННЯ СУСПІЛЬСТВА САМО- ТА ВЗАЄМОДОПОМОЗИ ЯК МЕТОД ОПТИМІЗАЦІЇ ПОКАЗНИКІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

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

Мета – вивчити рівень обізнаності населення щодо надання першої невідкладної допомоги та обґрунтувати доцільність введення в шкільну програму предмету з надання першої невідкладної допомоги.

Матеріали та методи. Проведено анкетування у десяти школах м. Ужгорода. Респондентами стали учні старших класів, їхні батьки (родичі) та вчителі.

Результати. На основі літературних даних та результатів аналізу анкет оцінено рівень обізнаності населення з питань надання першої невідкладної допомоги та визначено ставлення суспільства до ідеї введення в шкільну програму старших класів такого предмету.

Висновки. Більшість опитаних вважає свій рівень знань та навичок із надання першої невідкладної допомоги недостатнім та охоче підтримує ідею введення такого предмету в шкільну програму. Це може стати одним із шляхів вирішення даної проблеми та загалом покращення показників громадського здоров'я.

Ключові слова: самодопомога, взаємодопомога, перша невідкладна допомога, навчання, громадське здоров'я.

Вступ

У структурі смертності в Україні провідне місце займають хвороби системи кровообігу. Надсмертність від серцево-судинних захворювань залишається на сьогодні досить серйозною проблемою. Поряд з одним із найвищих у Європі рівнів і несприятливою динамікою особливе занепокоєння викликає структура цієї причини смерті, а саме надлишкова, порівняно з розвинутими країнами, частка смертей від ішемічної хвороби серця (ІХС) [5]. Захворювання коронарних судин та інсульти найчастіше стають причиною інвалідизації та смерті людей не тільки в Україні, але й в усьому світі. Щорічно у світі від хвороб системи кровообігу помирає близько 5 млн людей, в Україні цей показник в середньому становить 985 на 100 тис. населення. Смертність в результаті травматизму в Україні становить близько 90 на 100 тис. населення [4].

Поширеність ІХС в Україні серед осіб працездатного віку у 2013 році становила 9,7 тис. на 100 тис. населення, поширеність ІХС серед осіб дорослого віку у 2013 році в Україні становила 24 тис. на 100 тис. населення. За даними МОЗ України, у 2013 р. зареєстровано 50744 випадки гострого та повторного інфаркту міокарда (ІМ) серед дорослого населення (135,7 випадку на 100 тис. населення) [5]. Ці статистичні дані говорять про те, що майже у кожного 800-го громадянина України в будь-який момент може початись розвиток ІМ.

Мозковий інсульт (МІ) належить до найбільш важких форм цереброваскулярних захворювань. Щороку в Україні від 100 до 120 тис. населення вперше переносять МІ, тобто захворюваність становить 280–290 випадків на 100 тис. населення і перевищує середній

показник захворюваності на МІ в економічно розвинених країнах Європи (200 на 100 тис. населення) [4, 5].

На даний час ІМ набуває пандемічного характеру та потребує особливої уваги в плані надання першої невідкладної допомоги [5].

Що стосується травм, то основним, небезпечним для життя, ускладненням може стати кровотеча, пошкодження грудної клітки, хребта або черепа.

Однією з основних причин такого високого рівня смертності від вищеписаних нозологій та станів є несвоєчасне надання медичної допомоги [2]. На сьогодні рівень підготовки спеціалістів швидкої медичної допомоги (ШМД) та матеріальна забезпеченість бригад, порівняно з минулими десятиліттями, набагато підвищує шанси пацієнтів на позитивний результат від лікування. Але, враховуючи несподіваність можливого настання ургентних станів, ключовим моментом надання допомоги залишається своєчасність. Перша невідкладна допомога (ПНД) для цих категорій пацієнтів, яка найчастіше надається родичами, близькими, перехожими, далеко не є адекватною. Це основною мірою пов'язано з відсутністю знань та навичок у населення. Будь-яка людина, яка опинилась поряд у такій ситуації, виконавши комплекс банальних маніпуляцій, може якщо не врятувати життя постраждалому, то, як мінімум, забезпечити максимально позитивний ефект від подальшого лікування. Проблема відсутності навичок, знань, низька інформативність та байдужість нашого населення набирає глобального характеру [1, 4].

Вирішення цієї проблеми повинне бути одним із пріоритетних завдань на сьогоднішній день. Ми зобов'язані навчити наших громадян цим навичкам та мотивувати кожну людину до дій, якщо їй доведеться стати свідком такої ситуації.

Вплинути на наше суспільство в плані навчання та використання отриманої інформації не так легко. Методом донесення до громад інформації та опосередкованого впливу на них залишається вплив через верстви населення, основну частину часу яких займає навчання, тобто на школярів. Користуючись зацікавленістю молодого покоління в експериментальності, можна навчити їх теорії та практиці надання ПНД, і тим самим, без особливих затрат та зусиль, не тільки донести потрібну інформацію до інших верств населення, але й вплинути на її використання за необхідності.

Мета роботи – виявити основні причини низької інформованості та практичної підготовленості населення до надання ПНД при невідкладних станах та з'ясувати думку населення стосовно доцільності та ефективності введення в шкільну навчальну програму старших класів предмету з надання ПНД.

Матеріали та методи

Нами було проведено анкетування у 10 школах м. Ужгорода. Загальна кількість респондентів становила 450 осіб. З них 150 осіб – учні старших класів, 200 осіб – їхні батьки або родичі, та 100 осіб – вчителі цих самих шкіл. Кожна група заповнювала певний вид анкет, які містили питання щодо оцінки респондентами своїх знань та навичок з надання ПНД при вищеописаних станах. Також анкети містили питання, в яких респонденти вказували, які на їхню думку основні причини низького чи оптимального рівня обізнаності населення у цьому напрямку, та питання щодо ставлення респондентів до ідеї ввести в шкільну програму безперервного навчання предмет з надання ПНД.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз анкетування продемонстрував, що 45% респондентів-учнів, 30% проанкетованих батьків (родичів) та 20% вчителів вважають свій рівень обізнаності в цьому напрямку низьким, відмітивши, що чули або бачили, як правильно надавати ПНД, але у них занадто мало інформації та практичних навичок. Середнім свій рівень обізнаності з цих питань вважають 45% учнів, 55% батьків (родичів) та 75% вчителів, зауважуючи при цьому, що теоретично вміють надати ПНД, але в житті ніколи б на це не наважились. І тільки 10% анкетованих учнів, 15% респондентів з-поміж родичів або батьків та 5% педагогів вільно володіють інформацією та готові в будь-яку мить продемонструвати практичні навички із надання ПНД.

Причиною такого низького рівня обізнаності переважна більшість учнів (95%) вважає незацікавленість або некомпетентність вчителів у цьому напрямку та відсутність такого предмету в навчальній програмі.

Література

1. Гур'єв С. О. Про організацію навчання окремих категорій немедичних працівників навичкам надання першої невідкладної допомоги / С. О. Гур'єв, Ю. В. Шкатула // Український журн. екстремальної медицини імені Г. О. Можаяєва. – 2012. – Т. 13, № 1. – С. 15–16.

Думки вчителів з цього приводу розділились: 55% з них вважають, що причиною є незацікавленість самих учнів здобувати такі знання, тим більше, якщо вони не продиктовані необхідністю; 45% стверджують, що вся справа у недостатній кількості адекватної та доступної для дітей інформації. Серед анкетованих батьків (родичів) майже половина (48%) вважає, що саме відсутність предмету в навчальній програмі та недостатня кількість доступної інформації є причиною такого низького рівня знань та навичок щодо надання ПНД, як у дітей, так і в них самих.

Якщо респондентам запропонують ввести предмет з надання ПНД в шкільну програму безперервного навчання, то 75% учнів зазначили, що із задоволенням будуть відвідувати ці заняття у зв'язку з імовірною необхідністю. Позитивно поставилися до цього проекту 76% анкетованих батьків та родичів, з яких майже половина наголосили, що із задоволенням будуть вдосконалювати у своїх дітей ці знання поза класом. Щодо вчителів, то 95,5% підтримують ідею запровадження предмету, з них 38% зазначили, що готові сприяти реалізації ідеї.

Висновки

1. Результати досліджень дозволили встановити, що:
 - більшість респондентів вважають свої знання та практичні навички в плані надання ПНД недостатніми та охоче виправлять ситуацію;
 - основною причиною низького рівня обізнаності в аспекті надання ПНД більшість анкетованих вважає недостатню кількість адекватної та доступної для людей без медичної освіти інформації з цього напрямку;
 - переважна більшість респондентів, особливо учнів та вчителів, підтримує ідею запровадження предмету з надання ПНД в шкільну програму безперервного навчання для старшокласників;
 - майже половина проанкетованих педагогів готова всіляко сприяти реалізації проекту із введення предмету в шкільну програму.
2. Більшість респондентів-школярів (75%), якими були учні старших класів, готові відвідувати подібні заняття, навіть якщо вони будуть проводитись у формі гуртка чи факультативу. Пояснюють це тим, що в житті все частіше стикаються із ситуаціями, коли перехожий чи хтось із близьких потребує надання ПНД.
3. Запровадження дисципліни з надання ПНД як обов'язкової для відвідування у школах України може стати одним із методів оптимізації показників громадського здоров'я, що спрямований **на перспективу** та не потребує надмірної кількості фізичних зусиль і матеріальних затрат.

2. Зербіно Д. Д. Инфаркт міокарда та інсульт згідно з даними міжнародної програми Monica: мета, критерії та результати / Д. Д. Зербіно, Т. М. Соломенчук, Д. І. Беш // Український мед. часоп. – 2005. – № 3 (47) – V/VI. – С. 76–77.
3. Скидан М. А. Організаційні основи надання екстреної медичної та домедичної допомоги під час надзвичайних ситуацій / М. А. Скидан, О. М. Євдін // Науковий вісн. УкрНДПБ. – 2013. – № 2 (28). – С. 140–141.
4. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. Квіташвілі О.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2015. – С. 27–29.
5. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред. О. С. Мусія. – Київ, 2014. – С. 27–29.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.11.2016 р.

Обучение общества само- и взаимопомощи как метод оптимизации показателей общественного здоровья

И.М. Рогач, Р.Ю. Погориляк, И.И. Гаджега, Д.Я. Шип
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Цель – изучить уровень осведомленности населения относительно оказания первой неотложной помощи и обосновать целесообразность введения в школьную программу предмета по оказанию первой неотложной помощи.

Материалы и методы. Проведено анкетирование в десяти школах г. Ужгорода. Респондентами выступили ученики старших классов, их родители (родственники) и учителя.

Результаты. На основе литературных данных и результатов анализа анкет оценен уровень осведомленности населения в вопросах оказания первой неотложной помощи и определено отношение общества к идее введения в школьную программу старших классов предмета по оказанию первой неотложной помощи.

Выводы. Большинство опрошенных считает свой уровень знаний и навыков по оказанию первой неотложной помощи недостаточным и охотно поддерживает идею введения такого предмета в школьную программу. Это может стать одним из путей решения данной проблемы и в целом улучшения показателей общественного здоровья.

Ключевые слова: самопомощь, взаимопомощь, первая неотложная помощь, обучение, общественное здоровье.

Education community self-help as a method of optimizing the performance of public health

I.M. Rogach, R.Yu. Pogorilyak, I.I. Gadzhega, D.Ya. Shyp
SHEI “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to study the level of education of the population in the provision of first aid and to prove the feasibility of the introduction of the school subject program to assist the primary emergency help (PEH).

Materials and methods. Survey was conducted in ten schools in the city of Uzhgorod.

Results. On the basis of literature data and analysis of the results of questionnaires to assess the level of education of the population in the direction of providing the PEH and determined attitude of society towards the idea of introducing into the school curriculum of the senior classes of the PEH provide as subject.

Conclusions. Most of the population considers their level of knowledge and skills to provide sufficient PEH and willingly supports the idea of introducing the subject to assist the PEH in the school curriculum, as a method to solve this problem and improve indicators of public health.

Key words: self-help, mutual aid, first aid, education, public health.

Відомості про авторів

Рогач Іван Михайлович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини та гігієни медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Погориляк Рената Юрївна – к.мед.н., доц., в.о. завідувача кафедри громадського здоров'я та гуманітарних дисциплін медичного факультету №2 ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Гаджега Іван Іванович – аспірант кафедри соціальної медицини та гігієни медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Шип Денис Ярославович – асистент кафедри соціальної медицини та гігієни медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК: 614.2:002:343.4

Ю.Ю. Сізінцова

ДОКУМЕНТАЦІЯ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ЯК СКЛADOVA ДОКАЗУВАННЯ ПРИ РОЗСЛІДУВАННІ ЗЛОЧИНІВ

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя, Україна

Мета – проаналізувати чинне законодавство щодо вилучення речей та документів уповноваженими органами в медичних установах; надати роз'яснення та рекомендації щодо дій для захисту особи під час реалізації даних норм чинного законодавства.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали нормативно-правові документи чинного законодавства України. У статті використаний метод структурно-логічного аналізу.

Результати. Можна стверджувати про факти порушення чинного законодавства. Медичні працівники повинні розуміти, що в сучасних умовах треба приділяти більше уваги питанням права. Це позбавить їх наслідків, які можуть внести дуже великі зміни до їх професійного росту.

Висновки. Законодавство у сфері захисту прав пацієнтів та медичних працівників повинно бути сформованим і чітко визначеним. Відсутність чітких норм, що регламентують правовідносини між двома суб'єктами (пацієнт – лікар) призводить до негативних наслідків. Страждають обидві сторони, як пацієнт, так і лікар, медичний заклад, посадові особи.

Ключові слова: нормативно-правові документи, права пацієнтів, розслідування злочинів.

Вступ

Дотримання основоположного права людини на таємницю та конфіденційність інформації щодо стану її здоров'я на сьогодні набувають все більшої актуальності. Проблеми, які виникають впродовж реалізації прав і обов'язків пацієнтів і медичних працівників, потребують законодавчого врегулювання. Інформація про пацієнта, стан його здоров'я вимагає правильного оформлення та закріплення відповідними документами.

Визначена Кримінально-процесуальним кодексом України (далі – КПК) система заходів забезпечення кримінального провадження за своєю правовою природою має примусовий характер, пов'язаний із втручанням державних органів до сфери прав людини, включаючи правовідносини, що виникають між пацієнтом та медичним закладом. І саме на цьому етапі судові органи повинні виступати як гаранті забезпечення прав даних осіб. При вивченні та розслідуванні злочинів, пов'язаних з роботою медичних закладів, дій медичних працівників звертається увага саме на аспекти непорушення лікарської таємниці, встановленого порядку вилучення документації із закладу. Успіх у розслідуванні, правильність та об'єктивність дослідження доказів є запорукою правильного вирішення справи та встановлення точної відповідності з дійсністю фактичних обставин події. Лише за цієї умови буде можливим правильно вирішити в ході процесуального судочинства питання про наявність у події, що досліджується, складу злочину, про винуватість конкретної особи у вчиненні злочину та застосувати до неї справедливе покарання [1].

Мета роботи – проаналізувати чинне

законодавство України щодо вилучення речей та документів уповноваженими органами в медичних установах, надати роз'яснення та рекомендації щодо дій для захисту особи під час реалізації даних норм чинного законодавства.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження стали нормативно-правові документи чинного законодавства України. У статті використаний метод структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Достовірне встановлення події, яка мала місце в минулому, є одним з найважливіших завдань кримінального судочинства. Його вирішення здійснюється шляхом доказування, яке являє собою, по суті, процес пізнання. Гносеологічний характер процесуального дослідження обумовлений тим, що у кримінальній справі виявляються та досліджуються невідомі фактичні обставини події злочину за допомогою інформації, що залишена в слідах. Під час вчинення протиправного діяння завжди залишаються різноманітні сліди: в оточуючому середовищі, на предметах, у свідомості людей, які стали очевидцями підготовки, виконання або приховування злочину, а також у документах. Виявлення тих чи інших обставин злочину, незалежно від того, в чому проявилась сама подія злочину (в діяльності або бездіяльності), відображається в навколишньому середовищі в різних формах та на різному рівні [4].

Фундаментом формування доказової бази при розслідуванні кримінальних справ, де суб'єктами є медичні працівники чи пацієнти, може стати медична документація. До такої інформації належать документи медичного закладу: амбулаторні картки, історії хвороби, результати досліджень, різноманітні журнали проведених медичних втручань, отримані від пацієнта документи, а саме «інформовані згоди» на медичне втручання, дослідження та ін. маніпуляції та процедури. Це є єдиним джерелом доказів щодо проведеного лікування. Звісно, дана документація може вплинути на провадження як доказова інформація щодо правильних дій лікарів і навпаки. У результаті процесу отримання документів у медичному закладі трапляються вкрай неприємні ситуації, коли неможливо знайти потрібну інформацію щодо стану здоров'я пацієнта чи коли лікарі навмисно знищують документацію з метою уникнення подальшого розвитку конфлікту, не розуміючи того, що це є початок нового серйозного процесу доказування та пізнання фактів, які потрібно встановити по справі уповноваженими органами. Звісно, пацієнти також можуть користуватись своїм правом на ознайомлення з інформацією щодо стану свого здоров'я, використати її з метою відшкодування матеріальної та моральної шкоди щодо наданого та отриманого ними лікування. Але всі суб'єкти повинні розуміти, що неправдива інформація, умисне знищення документів призводять до негативних результатів.

Процедура та порядок надання інформації тісно взаємодіє з нормами статті 39-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я «Право на таємницю про стан здоров'я» (де передбачено право пацієнта на «таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні. Забороняється вимагати та надавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта») [2]. Таким чином, інформація щодо пацієнта може набутися розголосу третім особам лише за його згоди або ним особисто. Виняток з цього правила становлять офіційні запити від правоохоронних та судових органів. Адвокатські запити, які на сьогодні теж набули актуальності, визначають особливий порядок надання інформації, і медичні працівники повинні уважно розглядати такі документи. По-перше, адвокатський запит має свої особливості оформлення. Законом України «Про адвокатуру та адвокатську діяльність», ст. 24 «Адвокатський запит», передбачено, що «Адвокатський запит – письмове звернення адвоката до органу державної влади, органу місцевого самоврядування, їх посадових та службових осіб, підприємств, установ і організацій незалежно від форми власності та підпорядкування, громадських об'єднань про надання інформації, копій документів, необхідних адвокату для надання правової допомоги клієнту. До адвокатського запиту додаються посвідчені адвокатом копії свідоцтва про право на заняття адвокатською діяльністю, ордера або доручення органу (установи), уповноваженого законом на надання безоплатної правової допомоги. Вимагати від адвоката подання разом

з адвокатським запитом інших документів забороняється. Адвокатський запит не може стосуватися надання консультацій і роз'яснень положень законодавства. Надання адвокату інформації та копій документів, отриманих під час здійснення кримінального провадження, здійснюється в порядку, встановленому кримінальним процесуальним законом. Орган державної влади, орган місцевого самоврядування, їх посадові та службові особи, керівники підприємств, установ, організацій, громадських об'єднань, яким направлено адвокатський запит, зобов'язані не пізніше п'яти робочих днів з дня отримання запиту надати адвокату відповідну інформацію, копії документів, крім інформації з обмеженим доступом і копій документів, в яких міститься інформація з обмеженим доступом. У разі якщо адвокатський запит стосується надання значного обсягу інформації або потребує пошуку інформації серед значної кількості даних, строк розгляду адвокатського запиту може бути продовжено до двадцяти робочих днів з обґрунтуванням причин такого продовження, про що адвокату письмово повідомляється не пізніше п'яти робочих днів з дня отримання адвокатського запиту. Задоволення адвокатського запиту передбачає виготовлення копій документів обсягом більш як десять сторінок, адвокат зобов'язаний відшкодувати фактичні витрати на копіювання та друк. Розмір таких витрат не може перевищувати граничні норми витрат на копіювання та друк, встановлені Кабінетом Міністрів України відповідно до Закону України «Про доступ до публічної інформації».

Відмова в наданні інформації на адвокатський запит, несвоєчасне або неповне надання інформації, надання інформації, що не відповідає дійсності, тягнуть за собою відповідальність, встановлену законом, крім випадків відмови в наданні інформації з обмеженим доступом.» Таким чином, чинним законодавством чітко врегульований порядок надання інформації між адвокатом та державними установами. Якщо між пацієнтом та адвокатом була підписана угода на надання правової допомоги, яка саме і передбачає отримання адвокатом усієї інформації щодо свого клієнта та її подальше зберігання в таємниці (за бажанням клієнта – пацієнта), оскільки адвокат, як і лікар, що зберігає медичну таємницю щодо пацієнта, повинен зберігати всю інформацію щодо свого клієнта. Медичним працівникам треба уважно переглядати додатки до адвокатських запитів, на кого оформлені ордера чи угоди, тому що саме на цю людину, з якою укладена угода, і буде надана медична інформація! Вимагати інших документів, інформації у адвоката заборонено, крім тих, що передбачені Законом [3].

Запити з правоохоронних органів оформлюються на офіційних бланках, де чітко визначаються підстави щодо вимоги надання інформації, номера кримінальних проваджень, нормативно-правові документи, на підставі яких дані суб'єкти звертаються до медичних установ.

Інша справа із запитами з місць роботи пацієнтів. Чинне цивільне законодавство, а саме ч. 2 ст. 286 ЦК України, забороняє вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи

лікування фізичної особи. Будь-які клопотання роботодавця, його представника до закладу охорони здоров'я з вимогою надати медичну інформацію про працівника суперечать ст. 32 Конституції України, ст. 23 ЗУ «Про інформацію», ст. 286 ЦК України, ст. 40 Основ законодавства України про охорону здоров'я. Ця інформація для роботодавця становить медичну таємницю. І це є серйозними справами в судах, якщо порушуються норми чинного законодавства.

Згідно чинного КПК України передбачений порядок вилучення документів, який міститься у главі 15 КПК України про «Тимчасовий доступ до речей та документів», згідно якого (ст. 159 КПК України) тимчасовий доступ до речей і документів полягає у наданні стороні кримінального провадження особою, у володінні якої знаходяться такі речі і документи, можливість ознайомитися з ними, зробити їх копії та, у разі прийняття відповідного рішення слідчим суддею, судом, вилучити їх. Тимчасовий доступ до речей і документів здійснюється лише на підставі ухвали слідчого судді, суду. При цьому, згідно з ч. 6 ст. 160 КПК України, на сторону кримінального провадження, яка звернулася до слідчого судді під час досудового розслідування із клопотанням про тимчасовий доступ до речей і документів, покладається обов'язок довести можливість використання як доказів відомостей, що містяться в речах і документах, та неможливість іншими способами довести обставини, які передбачається довести за допомогою цих речей і документів, у випадку подання клопотання про тимчасовий доступ до речей і документів, які містять охоронювану законом таємницю. На практиці існує дуже багато порушень під час вилучення речей і документів. Це і ненадання спочатку проведення слідчих дій потрібної документації, передбаченої законодавством, суб'єктам, де буде відбуватись вилучення. В Ухвалах відсутній перелік документів та речей, що будуть вилучатись. Не залишають і правоохоронні органи протоколи з описом вилучених речей та документів. І це є серйозним порушенням. Внаслідок того, що медичні працівники не обізнані в питаннях права, документація із закладу вилучається, і, на превеликий жаль, заклад залишається без будь-яких документів. Захищати пацієнта, лікаря стає просто неможливим, оскільки всі документи знаходяться в іншій стороні. У даному випадку треба вимагати від уповноважених органів, що здійснюють вилучення, залишення ними відповідних документів, передбачених законодавством, де буде зафіксований перелік вилучених документів та речей із зазначенням усіх необхідних реквізитів. Так, якщо вилучається історія хвороби, доречно зробити її ксерокопію, попередньо пронумерувати сторінки та написати їх загальну кількість.

Враховуючи численні порушення, Вищий спеціалізований суд України з розгляду цивільних і кримінальних справ видав лист Головам апеляційних судів областей, міст Києва та Севастополя, Апеляційного суду Автономної Республіки Крим «Про деякі питання здійснення слідчим суддею суду першої інстанції судового контролю за дотриманням прав, свобод та інтересів осіб під час застосування заходів забезпечення

кримінального провадження» № 223-558/0/4-13 від 05.04.2013 р. де звертає увагу суддів на те, що лише з дозволу та на підставі ухвали слідчого судді проводяться процесуальні дії, під час яких має місце суттєве тимчасове обмеження прав та інтересів осіб. До переліку таких дій, крім негласних слідчих (розшукових), належать окремі слідчі (розшукові) дії, більшість заходів забезпечення кримінального провадження й інші процесуальні дії, а саме: привід (ч. 2 ст. 140 КПК); накладення грошового стягнення (ч. 2 ст. 144 КПК); тимчасове обмеження у користуванні спеціальним правом (ч. 2 ст. 148 КПК); відсторонення від посади (ч. 2 ст. 154 КПК); тимчасовий доступ до речей і документів (ч. 2 ст. 159 КПК); арешт майна (ч. 2 ст. 170 КПК); запобіжні заходи (ч. 4 ст. 176 КПК); знищення, передача для технологічної переробки або для реалізації речових доказів за відсутності згоди власника (ч. 6 ст. 100 КПК); обшук (ч. 2 ст. 234 КПК); огляд житла чи іншого володіння особи за відсутності добровільної згоди особи, яка ним володіє (ч. 2 ст. 237 КПК); слідчий експеримент, що проводиться в житлі чи іншому володінні особи, за відсутності добровільної згоди особи, яка ним володіє (ч. 5 ст. 240 КПК); примусове відібрання біологічних зразків для експертизи (ч. 3 ст. 245 КПК); примусове залучення особи для проведення медичної або психіатричної експертизи (ч. 3 ст. 242, ч. 2 ст. 509 КПК) тощо. Даним документом у п. 17 врегульовані питання щодо обов'язку осіб, що зазначені в ухвалі суду при тимчасовому вилученні документів. Так що особа, зазначена в ухвалі слідчого судді, суду про тимчасовий доступ до речей і документів як володілець речей або документів, зобов'язана згідно з ч. 1 ст. 165 КПК надати тимчасовий доступ до визначених в ухвалі речей або документів особі, вказаній у відповідній ухвалі слідчого судді, суду або ж особі, уповноваженій на здійснення тимчасового доступу на підставі доручення слідчого. Враховуючи специфіку формату зберігання інформації, що передбачена у п. 7 ч. 1 ст. 162 КПК і знаходиться в операторів (провайдерів) телекомунікацій, надання доступу до відповідних документів (тобто надання можливості ознайомитися з ними та зробити з них копії) може здійснюватися як безпосередньо в оператора (провайдера), так і шляхом надання доступу до відповідних документів уповноваженому на зняття інформації з транспортних телекомунікаційних мереж підрозділу правоохоронного органу через відповідні інформаційні системи відповідно до встановленого порядку з обов'язковим наданням копії ухвали слідчого судді відповідному оператору (провайдеру).

При вивченні даного питання доречно звернутися до практики з розгляду справ Європейського суду з прав людини і норм Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод (далі – ЄКПЛ або Конвенція). Стаття 8 «Право на повагу до приватного та сімейного життя та житла» дуже цікаво трактується даним судом, і саме дану норму можна використати при захисті прав особи під час порушення норм чинного законодавства і незаконному втручанні в особисте життя пацієнтів, оскільки сфера застосування даної статті розповсюджується на персональні дані про людину, деякі

аспекти фізичного та соціального «я» особи («Мікулич проти Хорватії» (Mikulić v. Croatia) від 07.02.2002 р., заява № 53176/99, п. 53): встановлення та підтримання стосунків з іншими людьми та зовнішнім світом («Бурггартц проти Швейцарії» (Burghartz v. Switzerland) від 22.02.1994 р., серія А, № 280-В, п. 47; «Німітц проти Німеччини» (Niemietz v. Germany) від 16.12.1992 р., серія А, № 251-В, п. 29); ім'я, прізвище особи (зміна, написання) («Гійо проти Франції» (Guillot v. France) (№ 1) від 23.09.1996 р., заява № 22500/93; «Булгаков проти України» (Bulgakov v. Ukraine) від 11.09.2007 р., заява № 59894/00); «Гарнага проти України» (Garnaga v. Ukraine) від 16.05.2013 р., заява № 20390/07); зовнішній вигляд особи; визначення персональної ідентичності (вибір імені, способу одягатись, сексуальна ідентичність тощо (див., наприклад, рішення у справі «В. проти Франції» (В. v. France) від 25.03.1992 р., серія А, № 232-С, п. 63; «Бурггартц проти Швейцарії» (Burghartz v. Switzerland) від 22.02.1994 р., серія А, № 280-В, п. 24; «Даджен проти Сполученого Королівства» (Dudgeon v. the United Kingdom) від 22.10.1991 р., серія А, № 45, п. 41); право визначати своє приватне життя і можливість ознайомлення з ним інших осіб («Пек проти Сполученого Королівства» (Peck v. the United Kingdom) від 28.01.2003 р., заява № 44647/98); право на доступ до інформації, пов'язаної з особою та визначенням її правового статусу («Гаскін проти Сполученого Королівства» (Gaskin v. the United Kingdom) від 07.07.1989 р., серія А, № 159, п. 39); «Мікулич проти Хорватії» (Mikulić v. Croatia) від 07.02.2002 р., заява № 53176/99; «Од'євр проти Франції» (Odièvre v. France) від 13.02.2003 р., заява № 42326/98); здоров'я людини, медичне втручання («Гласс проти Сполученого Королівства» (Glass v. the United Kingdom) від 09.03.2004 р., заява № 61827/00); вільне розпорядження своїм тілом («Крістіна Гудвін проти Сполученого Королівства» від 11.07.2002 р.); збирання медичних даних, складання історії хвороби, конфіденційність медичних даних («Пантелеєнко проти України» (Panteleyenko v. Ukraine) від 29.06.2006 р., заява № 11901/02); право особи на фізичну і моральну (психічну) цілісність («Х та У проти Нідерландів» (X and Y v. the Netherlands) від 26.03.1985 р., серія А, № 91,

п. 22); право на особистісний розвиток; право особи на безпечне довкілля («Лопес Остра проти Іспанії» (Lopez Ostra v. Spain) від 09.12.1994 р., заява № 16798/90, «Геттон та інші проти Сполученого Королівства» (Hatton and others v. the United Kingdom), заява № 36022/97, «Гримковська проти України» (Grimkovskaya v. Ukraine) від 21.07.2011 р., заява № 38182/03); відсутність численних щоденних незручностей, пов'язаних з ідентифікацією особи («Смірнова проти Росії» (Smirnova v. Russia) від 24.07.2003 р., заяви №№ 46133/99 та 48183/99); право на приватний простір та ін. Вже у своєму першому рішенні у справі за ст. 8 Конвенції – «Бельгійській мовній справі» (Belgian Linguistics case) від 23 липня 1968 року – ЄСПЛ зазначив, що ця стаття «має на меті в основному захист індивіда від свавільного втручання органів державної влади в його приватне і сімейне життя», що дало підстави для трактування «права на повагу», передбаченого пунктом 1 статті 8, перш за все як обов'язок невтручання держави у приватну сферу громадян.

Висновки

Отже, підсумовуючи викладені факти, судові рішення, можна стверджувати, що порушення чинного законодавства відбувається з боку правоохоронних органів, органів суду. Медичні працівники повинні розуміти, що в сучасних умовах треба приділяти більше уваги питанням права. Це надасть їм впевненості у правильності своїх дій і позбавить від наслідків, які можуть внести дуже великі зміни до їх професійного росту.

Законодавство у сфері захисту прав пацієнтів та медичних працівників повинно бути сформованим і чітко визначеним. Відсутність чітких норм, що регламентують права та обов'язки пацієнта, приводить до обставин, які зовсім не покращують стан здоров'я, а навпаки – погіршують. Страждають обидві сторони, як пацієнт, так і лікар, медичний заклад, посадові особи.

Перспективи досліджень полягають у подальшому дослідженні кримінальних проваджень, судових рішень за тематикою даної статті.

Література

1. *Кримінальний процесуальний кодекс України*, Верховна Рада України; *Кодекс України, Закон, Кодекс* від 13.04.2012 № 4651-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/4651-17>. – Назва з екрану.
2. *Основи законодавства України про охорону здоров'я* Верховна Рада України; *Закон* від 19.11.1992 № 2801-XII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>. – Назва з екрану.
3. *Про адвокатуру та адвокатську діяльність* : *Закон України* від 05.07.2012 № 5076-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/5076-17>. – Назва з екрану.
4. *Сізінцева Ю. Ю.* Докази у кримінальному процесі: теоретичний аспект та практичне значення в процесі правозастосування : навчальний посібник / Ю. Ю. Сізінцева. – Київ: Дакор, 2010. – 128 с.
5. *Фулей Т. І.* Застосування практики Європейського суду з прав людини при здійсненні правосуддя: науково-методичний посібник для суддів / Т. І. Фулей. – 2-е вид., випр. і допов. – Київ, 2015. – 208 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 16.11.2016 р.

Документация медицинского учреждения как часть
доказательств при расследовании преступлений

Ю.Ю. Сизинцова

ГУ «Запорожская медицинская академия
последипломного образования МЗ Украины»,
г. Запорожье, Украина

Цель – проанализировать действующее законодательство при изъятии предметов и документов уполномоченными органами в медицинских учреждениях; дать разъяснения и рекомендации в отношении защиты людей в ходе реализации этих норм действующего законодательства.

Материалы и методы. Материалами для исследования были правовые документы действующего законодательства Украины. В статье использован метод структурно-логического анализа.

Результаты. Можно утверждать, что есть нарушение закона со стороны правоохранительных органов, суда. Медицинские работники должны знать, что в нынешних условиях необходимо уделять больше внимания изучению законодательных норм. Это оградит их от последствий, которые могут внести очень большие изменения в их профессиональный рост.

Выводы. Законодательство в сфере защиты прав пациентов и медицинских работников должно быть сформировано и четко определено. Отсутствие четких норм, регламентирующих правовые отношения между двумя субъектами (пациент – врач) приводит к негативным последствиям. Страдают обе стороны, как пациент, так и врач, медицинское учреждение, должностные лица.

Ключевые слова: нормативно-правовые документы, права пациентов, расследование преступлений.

Documentation medical facility
as part of proof the investigation of crimes

Yu.Yu. Sizintsova

SI “Zaporozhye Medical Academy of Postgraduate Education
MHC of Ukraine”, Zaporizhzhya, Ukraine

Purpose – to analyze existing legislation to remove items and documents by authorized medical institutions to provide clarifications and recommendations for action to protect people during the implementation of these existing legislation.

Materials and methods. The research materials were legal documents current legislation of Ukraine. The article used the method of structural- and- logical analysis.

Results. So, in conclusion facts, judgments can be argued that there is violation of the law on the part of law enforcement agencies, court. Medical professionals need to understand that under current conditions it is necessary to pay more attention to the law. This is primarily give themselves confidence in the correctness of their actions and save them consequences that can make a big change to their professional growth.

Conclusions. Legislation to protect the rights of patients and health professionals should be formed and clearly defined. The lack of clear rules governing the rights and obligations of the patient leads to circumstances that do not improve health, It gets worse.

Key words: legal documents, rights of patients, investigation of crimes.

Відомості про автора

Сізинцова Юлія Юрійвна – к.ю.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я та МСЕ, ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України; б-р Вінтера, 20, м. Запоріжжя, 69096, Україна.

УДК 614.2:725.5.001.73:325.85

В.В. Скрип

ОПЕРАТИВНІ ПОЛІТИКИ ЯК ПЕРЕШКОДИ НА ШЛЯХУ АВТОНОМІЗАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА МОЖЛИВІ ШЛЯХИ УСУНЕННЯ ТАКИХ ПОЛІТИК

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

Мета – встановити оперативні політики, які заважають закладам охорони здоров'я змінювати юридичний статус із закладу на підприємство.

Матеріали та методи. Матеріали: чинна законодавча база з даного питання, наукові публікації та результати попередніх власних досліджень. Методи: структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний, системного підходу.

Результати та висновки. Встановлено оперативні політики, які заважають закладам охорони здоров'я змінювати юридичний статус із закладу на підприємство, тобто проводити автономізацію. Виявлено причини наявності оперативних політик; визначено рівні та шляхи подолання таких причин, а також необхідні для цього ресурси. Умовно встановлені оперативні політики нами структуровані на декілька груп: нормативно-правового, організаційного, ресурсного та інформаційного характеру. Процесу автономізації закладів охорони здоров'я має передувати підготовчий період, за який будуть усунуті основні оперативні політики.

Ключові слова: автономізація закладів охорони здоров'я, перешкоди, шляхи вирішення, заходи, ресурси.

Вступ

Автономія (управлінська та фінансова самостійність) постачальників медичних послуг – один із проявів їх здатності гнучко та оперативно пристосовуватися до вимог оточення на основі відповідних внутрішніх і зовнішніх мотивацій [4, 6].

Автономія передбачає: більшу свободу медичних працівників і закладів у прийнятті фахових медичних, управлінських та фінансових рішень; право застосовувати не заборонені законодавством альтернативні підходи до організації власної господарської діяльності, лікування, обстеження та інших видів обслуговування пацієнтів (у т.ч. можливість приймати рішення про відмову в наданні пацієнту медичних послуг, обґрунтовану з точки зору безпеки для здоров'я пацієнта, етики й міркувань економічної ефективності) [2].

Найважливіша за значенням стратегія, можливість використання якої отримують лікарні, автономізовані завдяки зміні свого господарсько-правового статусу, – це організація діяльності на основі контрактних (договірних) відносин, у т.ч. з державою, яка є представником інтересів пацієнтів і виступає в цих відносинах як третя сторона-платник [5, 7].

Згідно із Законом «Про місцеве самоврядування в Україні» та Господарським кодексом України, прийняття відповідних рішень, які можуть змінити господарсько-правовий статус публічних медичних закладів і тим самим підвищити рівень їх автономії, є винятковою прерогативою відповідних місцевих рад [1, 3, 8].

Мета роботи – встановити оперативні політики, які заважають закладам охорони здоров'я (ЗОЗ) змінювати юридичний статус із закладу на підприємство.

Матеріали та методи

У ході дослідження використано такі матеріали: чинну законодавчу базу з даного питання, наукові публікації та результати попередніх особистих досліджень; методи: структурно-логічного аналізу, бібліосемантичний, системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

Нами встановлено оперативні політики, які заважають ЗОЗ змінювати юридичний статус із закладу на підприємство, тобто проводити автономізацію. Виявлено причини наявності оперативних політик; визначено рівні та шляхи подолання таких причин, а також необхідні для цього ресурси. Отримані результати наведено в таблиці.

Умовно встановлені оперативні політики нами структуровані на декілька груп: нормативно-правового, організаційного, ресурсного та інформаційного характеру. Враховуючи проведення в Україні реформування системи надання медичної допомоги населенню, постає питання надзвичайної важливості: до чи після реформування мережі та безпосередньо ЗОЗ необхідно проводити їх автономізацію? Питання надзвичайно складне. За нашими даними, процес автономізації ЗОЗ слід проводити після процесу реформування системи.

Процесу реформування має передувати складний та насичений підготовчий період. На це вказують дані, наведені в таблиці. В усуненні оперативних політик мають брати участь усі рівні управління: від центрального (Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України (КМУ), ряд міністерств та відомств), включаючи регіональний, до органів місцевого самоврядування та ЗОЗ.

Таблиця

Характеристика оперативних політик як перешкод до зміни юридичного статусу закладів охорони здоров'я та проведення їх автономізації

Перешкода	Причина	Рівень рішення	Усунення	
			заходи	ресурси
Неможливість надавати медичну допомогу в повному обсязі безоплатно (Конституційна норма)	Рівень фінансування не відповідає Конституційним вимогам щодо забезпечення населення безоплатною медичною допомогою	Верховна Рада України	Усунення правової колізії між 49 і 95-ю статтями Конституції України	Рішення Конституційного Суду України
			Встановлення гарантованого державою обсягу безоплатної медичної допомоги	Постанова Верховної Ради України
			Запровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування	Закон України
			Запровадження механізму співоплати пацієнтами за отриману медичну допомогу	Постанова Верховної Ради України
Необхідність оплати податків, визначених для підприємств	Відсутність законодавчої норми про звільнення неприбуткових (некомерційних) медичних підприємств від оплати податків	Верховна Рада України. Міністерство фінансів України. МОЗ України	Внесення змін до Бюджетного кодексу України	Робоча група МОЗ України. Комунікації на центральному рівні
			Внесення рядків до Державного класифікатора підприємств: «Некомерційне, неприбуткове підприємство-заклад охорони здоров'я»	Робоча група МОЗ України. Комунікації на центральному рівні
Відсутність механізму укладання угод між органами влади і ЗОЗ-підприємствами	Відсутність типової форми угоди між засновником та ЗОЗ-підприємствами на надання медичної допомоги населенню	МОЗ України. Міністерство юстиції України	Розробка та затвердження типової форми угоди між засновником і ЗОЗ на надання медичної допомоги населенню в умовах автономізації господарської діяльності останнього	Робоча група МОЗ України. Комунікації на центральному рівні
Неможливість здійснення ефективного контролю за діяльністю ЗОЗ-підприємств	Відсутність механізмів та індикаторів контролю діяльності ЗОЗ-підприємств	Галузевий	Розробка методичних рекомендацій із механізмів та індикаторів контролю діяльності ЗОЗ-підприємств. Видання наказу МОЗ України, який реєструється в Мін'юсті України	Робоча група МОЗ України. Комунікації на центральному рівні та із засновниками ЗОЗ на регіональному рівні

Продовження таблиці

		Регіональний. Місцевий	Ознайомлення засновників ЗОЗ із механізмом та індикаторами контролю діяльності ЗОЗ-підприємств. Розробка системи контролю діяльності ЗОЗ-підприємств	Підготовлені комунікатори. Юристи
Нерівні умови у ЗОЗ: будівлі, ресурси, що приведе до нерівних умов отримання медичної допомоги населенням на різних територіях	Невідповідність вимогам ДСТУ і галузевим стандартам	Регіональний. Місцевий	Приведення стану будівель, споруд та ресурсного забезпечення ЗОЗ до вимог ДСТУ і галузевих стандартів	Людські: аудиторські групи. Фінансові: асигнування з регіонального та місцевого бюджету
Неможливість розробки фінансових планів з урахуванням потреб видатків на надання медичної допомоги пацієнтам	Система фінансування ЗОЗ, скерована на фінансування потужностей	Галузевий	Розробка системи клініко-споріднених груп. Видання наказу МОЗ України, погодженого з Мінфіном України	Робоча група експертів-спеціалістів з її фінансовим забезпеченням
			Розробка методології впровадження системи	Робоча група МОЗ України з її фінансовим забезпеченням
			Підготовка спеціалістів для даного виду діяльності	У ВМНЗ організація циклів тематичного удосконалення
			Підготовка програмного забезпечення	Програмісти з фінансовим забезпеченням їх роботи
		Регіональний. Місцевий	Розробки фінансових планів ЗОЗ з урахуванням потреб видатків на надання медичної допомоги пацієнтам	Людські: економісти та завідувачі структурних підрозділів. Персональні комп'ютери, програмне забезпечення
Неможливість визначення потреби в ліжках, кадрах, навантаження на медичних працівників	Відсутність методології до визначення потреби в ліжках, кадрах, навантаження на медичних працівників	Галузевий	Медико-економічне обґрунтування методології	Наукові установи. Виконання НДР на замовлення МОЗ
			Підготовка та видання наказу МОЗ України	Робоча група МОЗ України
			Підготовка програмного забезпечення	Програмісти з фінансовим забезпеченням їх роботи
			Підготовка спеціалістів для даного виду діяльності	У ВМНЗ організація циклів тематичного удосконалення

Продовження таблиці

		Регіональний	Узгодження потужності ЗОЗ та нормативного навантаження на працівників	Експерти для оцінки
		Місцевий	Проведення відповідних розрахунків у ЗОЗ	Людські: економісти та організатори охорони здоров'я. Персональні комп'ютери, програмне забезпечення
Неможливість формувати в ЗОЗ систему оплати праці залежно від обсягів та якості праці	Відсутність методології до формування оплати праці залежно від обсягів та якості праці	Центральний, КМУ, МОЗ	Розробка та затвердження методології. Розробка автоматизованих програм розрахунків	Людські: робоча група МОЗ України з розробки методології. Програмісти для розробки програмного забезпечення з їх фінансовим забезпеченням
		Регіональний	Затвердження системи оплати праці в ЗОЗ	Фінансування придбання програмного забезпечення
		Місцевий	Розробка в ЗОЗ систем оплати праці персоналу. Комунікації з персоналом	Людські: економісти та завідувачі структурними підрозділами. Персональні комп'ютери, програмне забезпечення
Невизначена вартість медичної послуги	Відсутність методології визначення вартості медичної послуги	Центральний, КМУ, МОЗ	Розробка та затвердження методології. Розробка автоматизованих програм розрахунків	Людські: робоча група МОЗ України з розробки методології. Програмісти для розробки програмного забезпечення з їх фінансовим забезпеченням
		Регіональний	Затвердження прейскуранту вартості медичних послуг	Фінансування придбання програмного забезпечення
		Місцевий	Розрахунки прейскуранту вартості медичних послуг. Комунікації з населенням	Людські: економісти та завідувачі структурних підрозділів. Персональні комп'ютери, програмне забезпечення

Продовження таблиці

Неготовність до роботи в нових умовах організаторів охорони здоров'я	Відсутність відповідної підготовки та мотивації (небажання менеджменту ЗОЗ взяти на себе відповідальність за результати діяльності тощо)	Галузевий	Підготовка організаторів охорони здоров'я до даного виду діяльності	У ВМНЗ організація циклів тематичного удосконалення. Внесення відповідних питань у програми курсів спеціалізації та ПАЦ
Неготовність до роботи в нових умовах органів казначейства	Відсутність нормативної бази, відповідних облікових та звітних статистичних форм. Відсутність програмного забезпечення	Центральний	Прийняття необхідної нормативної бази, відповідних облікових і звітних статистичних форм. Розробка програмного забезпечення	Людські: експерти та спеціалісти, програмісти. Фінансові: фінансування вказаних видів роботи
		Казначейство	Впровадження прийнятої нормативної бази, відповідних облікових і звітних статистичних форм. Впровадження програмного забезпечення	Підготовка спеціалістів для роботи з некомерційними, неприбутковими підприємствами. Придбання програмного забезпечення
Неготовність до роботи в нових умовах спеціалістів економічних і фінансових служб ЗОЗ	Відсутність відповідної підготовки	Галузевий	Підготовка спеціалістів до даного виду діяльності	Організація у ВМНЗ циклів тематичного удосконалення
		Регіональний		Школа безперервного професійного навчання на базі органу управління ОДА
Неготовність органів місцевої влади до зміни юридичного статусу ЗОЗ	Незнання переваг роботи ЗОЗ у нових господарських умовах та острах втрати впливу на управління структурою (ЗОЗ)	Регіональний	Інформування про переваги роботи ЗОЗ у нових господарських умовах та механізмів його запровадження	Підготовлені комунікатори. Юристи
Немотивованість медичних працівників	Незнання переваг роботи ЗОЗ у нових господарських умовах	Регіональний	Інформування про переваги роботи ЗОЗ у нових господарських умовах та механізмів його запровадження	Підготовлені комунікатори. Юристи
Низький рівень участі медичних працівників у процесі управління ЗОЗ	Відсутність медичного самоврядування в ЗОЗ	Галузевий	Розробка методичних рекомендацій із запровадження медичного самоврядування в ЗОЗ. Видання наказу МОЗ України	Робоча група МОЗ України за участю представників ВУЛТ

Продовження таблиці

		Місцевий	Впровадження механізмів участі медичних працівників у процесі управління ЗОЗ	Медичний актив ЗОЗ
Відсутність контролю громадськості за діяльністю ЗОЗ	Низький рівень заінтересованості місцевої влади та громадянського суспільства	Місцевий	Формування та організація роботи опікунських рад при ЗОЗ. Комунікації з населенням та місцевою владою	Рішення органу місцевого самоврядування. Заінтересовані представники громадянського суспільства. Організатори охорони здоров'я

Підготовчі заходи та заходи процесу автономізації, скеровані на подолання оперативних політик, різнопланові. Вони включають внесення змін до ряду законів України, прийняття відповідних урядових актів і галузевих нормативно-правових документів, проведення організаційних заходів на всіх рівнях управління. У підготовчий період слід підготувати організаторів охорони здоров'я та працівників економічних служб і бухгалтерій до роботи в нових господарських умовах: від планування роботи і насамперед фінансово-господарської до її здійснення на результат і відповідальності за власні дії. Для цього необхідно запровадити нові та відкоригувати існуючі навчальні програми вищих медичних навчальних закладів (ВМНЗ), передусім на післядипломному рівні. На базі органів управління охорони здоров'я облдержадміністрацій (ОДА) слід створити постійно діючі тренінгові центри, які не тільки проводитимуть відповідні тренінги та семінари, але й надаватимуть консультативну допомогу спеціалістам ЗОЗ.

Проблема на шляху до автономізації ЗОЗ полягає в невідповідності їх значної частини державним і галузевим стандартам. Це стосується технічного та санітарно-епідеміологічного стану будівель і споруд, оснащення медичним обладнанням та устаткуванням. Автономізація ЗОЗ за такої ситуації призведе до нерівномірних умов отримання населенням різних

адміністративних територій медичної допомоги, а, відповідно, її якості. Тому в підготовчий період українською необхідно привести всі ЗОЗ до державного (галузевого) стандарту. У цьому напрямку потрібно відпрацювати методологію та механізми в нових господарських умовах професійної взаємодії ЗОЗ різних рівнів надання медичної допомоги.

Важливою складовою підготовчого періоду є комунікації на всіх рівнях державного управління, які мають забезпечити ефективну підготовку держави й населення та мотивувати медичних працівників до ефективної діяльності в нових господарських умовах.

Для вирішення проблем оперативних політик необхідні значні людські та фінансові ресурси.

Висновки

Визначені оперативні політики, які заважають закладам охорони здоров'я змінювати юридичний статус із закладу на підприємство, мають стати методичною базою при розробці моделі проведення автономізації ЗОЗ в Україні.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням процесу впровадження автономізації ЗОЗ в Україні.

Література

1. *Господарський кодекс України* [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=436-15&p=1260965554782960>. – Назва з екрана.
2. *Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні* / за заг. ред. В. М. Лехан та В. М. Рудого. – Київ : Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
3. *Про місцеве самоврядування в Україні* : Закон України [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=280%2F97-%E2%F0&p=1260965554782960>. – Назва з екрана.
4. *Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран* / ред. Р. Б. Салтман, Р. Буссе, Э. Моссиалос; пер с англ. – Москва : Весь мир, 2002. – 272 с.
5. *Рекомендації щодо реорганізації системи медичної допомоги в Україні: базова проблематика і варіанти рішень* // Матеріали до заключної конференції Проекту ЄС «Сприяння реформи вторинної медичної допомоги в Україні», м. Київ, 17 грудня 2009 р. – Київ : Представництво Комісії в Україні, 2009. – 36 с.
6. *Реформа больниц в новой Европе* / Ж. Фигерайс, М. Макки, Э. Моссиалос, Р. Б. Салтман / пер. с англ. – Москва : Весь мир, 2002. – 320 с.

7. *Реформування системи охорони здоров'я в Україні: досвід проекту ЄС «Фінансування системи охорони здоров'я в Україні» // Серія посібників за заг. ред. А. Малагардіса, В. Рудого. – Київ : СПД Шмельков М.Ю., 2006. – 232 с.*
8. *Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Рудий. – Київ : Сфера, 2005. – 272 с.*

Дата надходження рукопису до редакції: 02.11.2016 р.

Оперативные политики как препятствия на пути автономизации учреждений здравоохранения и возможные пути устранения таких политик

В.В. Скрип

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

Цель – установить оперативные политики, которые мешают учреждениям здравоохранения менять юридический статус с учреждения на предприятие.

Материалы и методы. Материалы: действующая законодательная база по данному вопросу, научные публикации и результаты предыдущих собственных исследований. Методы: структурно-логического анализа, библиосемантический, системного подхода.

Результаты и выводы. Установлены оперативные политики, которые мешают учреждениям здравоохранения изменять юридический статус из учреждения на предприятие, то есть проводить автономизацию. Обнаружены причины наличия оперативных политик; определены уровни и пути преодоления таких политик, а также необходимые для этого ресурсы. Условно установленные оперативные политики нами структурированы на несколько групп: нормативно-правового, организационного, ресурсного и информационного характера. Процессу автономизации учреждений здравоохранения должен предшествовать подготовительный период для устранения основных оперативных политик.

Ключевые слова: автономизация учреждений здравоохранения, препятствия, пути решения, меропрятия, ресурсы.

Operational policies as obstacles to autonomyizing health care institutions and possible ways to eliminate such policies

V.V. Skryp

PE «Ukrainian Institute of Strategic Researches
MHC of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose – to identify the operational policies that prevent health care institutions from changing the legal status of the institution for the status of the company.

Materials and methods. Materials: the current legal framework on the subject, scientific publications and the results of the own previous research. Methods: of structural-and-logical analysis, bibliosemantic method and the method of systemic approach.

Results and conclusions. Operational policies that prevent health care institutions from changing the legal status of the institution for the status of the company, that is, to conduct autonomization are identified. The reasons for the presence of operational policies are found, levels and ways of overcoming such reasons are defined as well as the necessary resources. Provisionally the operational policy set are structured into several groups: legal, organizational, resource and information. The process of autonomization of health care institutions should be preceded by a preparatory period during which the main operational policy will be eliminated.

Key words: autonomization of health care institutions, obstacles, ways of decision, measures, resources.

Відомості про автора

Скрип Василь Васильович – пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 616.2:618.2/.5(477-37)(477)

Г.О. Слабкий, О.О. Дудіна, Ю.Ю. Габорець

РЕГІОНАЛІЗАЦІЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ – ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ КРАЇНИ

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

Мета – провести аналіз та оцінку регіоналізації перинатальної допомоги як чинника забезпечення національної безпеки країни.

Матеріали та методи. Дослідження впливу регіоналізації перинатальної допомоги на основні показники здоров'я матерів і новонароджених проведено із застосуванням даних державної і галузевої статистики, перинатального аудиту за BABIES-MATRICA за 2011–2015 рр., моніторингу та оцінки регіоналізації перинатальної допомоги за даними 2014–2015 рр., SWOT-аналізу. Застосовано методи: соціологічний, експертних оцінок, статистичний, графічного зображення.

Результати. Виявлено тенденції до зниження частоти народжених хворими і захворілих новонароджених з 153,74 на 1000 народжених живими у 2011 р. до 149,8 у 2014 р., захворюваності дітей першого року життя з 1560,6 на 1000 дітей відповідного віку у 2011 р. до 1429,18 у 2015 р. Досягнуто: достатні показники виживання новонароджених у перші 168 годин життя (з масою тіла при народженні 500–999 г – 63,0%, з масою тіла при народженні 1000–1499 г – 91,3%); позитивну тенденцію перинатальної смертності – 10,1 на 1000 народжених живими і мертвими у 2011 р. і 9,1 у 2015 р., ВШ з 95% ДІ 0,89 (0,86–0,93), неонатальної смертності – 5,55 і 4,96 на 1000 народжених живими відповідно, ВШ з 95% ДІ 0,89 (0,84–0,95); у цілому рівня фетоінфантильних втрат з 15,2 до 13,9 на 1000 народжених живими і мертвими відповідно, ВШ з 95% ДІ 0,9 (0,8–0,9) та материнської смертності – 16,5 на 100 тис. народжених живими у 2011 р. і 12,6 у 2015 р., ВШ з 95% ДІ 0,78 (0,57–1,09).

Висновки. Отримані дані підтвердили позитивний вплив регіоналізації перинатальної допомоги на інтегральні показники здоров'я матерів і дітей в Україні.

Ключові слова: моніторинг, оцінка регіоналізації, перинатальна допомога, індекс концентрації, новонароджені, виживання, фетоінфантильні втрати.

Вступ

Належний рівень здоров'я матерів і дітей є основною передумовою забезпечення громадського здоров'я та одним з основних критеріїв ефективності соціальної й економічної політики держави, чинником її національної безпеки [1].

За значенням для становлення здоров'я організму людини і, отже, здоров'я і національної безпеки нації, унікальним, не порівнянним із жодним іншим віковим періодом, є перинатальний період, оскільки вагітність та пологи є етапами життя, при яких існує небезпека раптового розвитку небезпечного для життя стану, пов'язаного з порушенням життєво важливих функцій організму як матері, так і дитини. Переорієнтація закладів перинатальної допомоги на науково обґрунтовану практику сприяла зменшенню показників перинатальної патології, материнських і плодово-малюкових втрат у багатьох країнах світу, в тому числі в Україні [3–6]. Незважаючи на позитивні тенденції змін цих показників, стан здоров'я вагітних і новонароджених в Україні ще не відповідає міжнародним стандартам. Вплинути на оптимізацію перинатальної допомоги, а отже і на поліпшення здоров'я нових народжуваних поколінь, можливо лише шляхом запровадження сучасних

доказових методів управління сферою охорони здоров'я, у тому числі перинатальною службою [2, 4, 7, 10].

За даними надійних досліджень, організація трирівневої системи перинатальної допомоги, модернізація технічного оснащення в Японії, США та країнах Західної Європи дозволили в декілька разів знизити материнські і плодово-малюкові втрати, захворюваність та смертність новонароджених і дітей раннього віку [9, 11].

Мета роботи – здійснити аналіз та оцінку регіоналізації перинатальної допомоги (РПД) в Україні як чинника забезпечення національної безпеки країни.

Матеріали та методи

Дослідження впливу РПД на основні показників здоров'я матерів і новонароджених проведено із застосуванням даних державної і галузевої статистики, перинатального аудиту за BABIES-MATRICA за 2011–2015 рр., моніторингу та оцінки РПД за даними 2014–2015 рр., SWOT-аналізу. Матеріали дослідження статистично опрацьовані з використанням стандартних функцій пакету MS Excel 2007. Сила впливу технологій впровадження РПД вивчалася за даними відношення шансів (ВШ) з 95% довірчим інтервалом (ДІ).

Результати дослідження та їх обговорення

В Україні РПД започаткована у 2011 році. Наразі сформовано нормативно-правові засади РПД, розроблено і впроваджено національну систему її моніторингу і оцінки (МіО).

За даними МіО РПД, трирівнева система перинатальної допомоги створена в усіх, за винятком Волинської, Закарпатської і Чернігівської областей, де відсутні заклади перинатальної допомоги (ЗПД) III рівня, регіонах України. При цьому у АР Крим, Дніпропетровській, Донецькій, Житомирській, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Полтавській, Рівненській, Харківській, Хмельницькій областях та м. Києві за сприяння Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства» організовані та функціонують оснащені необхідною високотехнологічною лікувально-діагностичною апаратурою і підготовленим для надання висококваліфікованої перинатальної допомоги жінкам і новонародженим з ризиком розвитку перинатальної патології та смертності перинатальні центри (ПЦ) III-го рівня. Проте ПЦ II рівня організовано лише у п'яти

регіонах – Дніпропетровській, Вінницькій, Одеській, Сумській і Хмельницькій областях.

Система надання медичної допомоги за принципом регіоналізації передбачає розумний та ефективний розподіл медичної допомоги у ЗОЗ різних рівнів. У цілому в Україні у 2014 р. у ЗПД I рівня було розроджено 36,7% вагітних, у 2015 р. – 40,3%, у ЗПД II рівня – 46,6%, і 42,5%, а у ЗПД III рівня – 16,8% і 17,7% відповідно, при орієнтовних показниках 30,0%, 50,0% і 20,0% відповідно (рис. 1).

Отримані дані свідчать про все ще недостатньо налагоджене функціонування РПД стосовно розподілу розроджень залежно від оснащення ЗПД різних рівнів медичним устаткуванням.

Одним з основоположних чинників, що викликають зниження рівня життєздатності потомства на всіх етапах його розвитку, є висока захворюваність вагітних і породіль. У Концепції регіоналізації перинатальної допомоги її індикаторами визначено зниження рівнів захворюваності серед вагітних. Усе ще незадовільний стан здоров'я українських дівчат-підлітків і жінок фертильного віку зумовив високу частоту екстрагенітальних захворювань у вагітних (табл. 1).

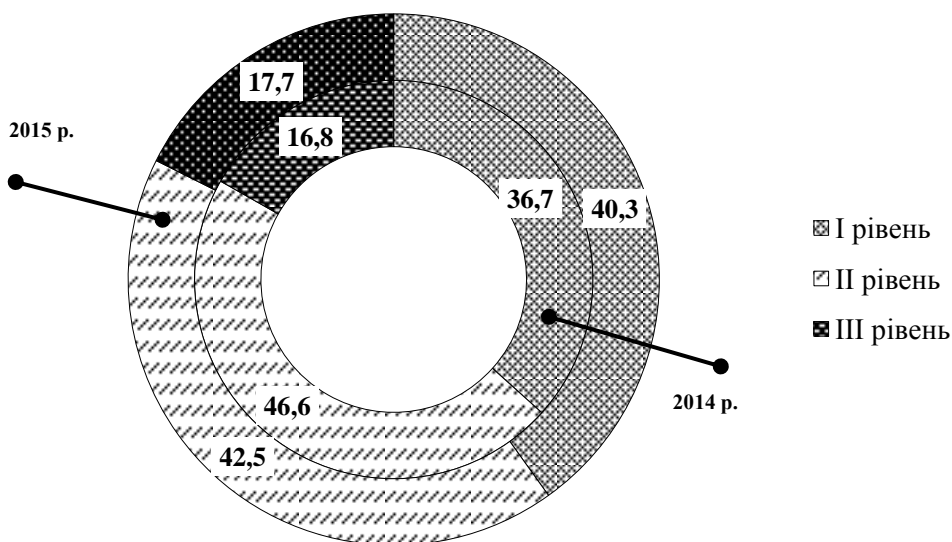


Рис. 1. Доля пологів у ЗПД I, II, III рівнів від загальної кількості пологів у регіоні, 2014–2015 рр.

Таблиця 1
Динаміка частоти окремих захворювань у вагітних в Україні (на 100 вагітних), 2011–2015 рр.

Патологія	Рік				
	2011	2012	2013	2014*	2015*
Анемія	25,14	24,77	25,12	24,12	25,06
Хвороби системи кровообігу	6,16	6,43	6,36	6,57	6,94
Хвороби сечостатевої системи	14,19	13,46	13,66	13,11	13,8
Прееклампсії та еклампсії	н/д	2,06	2,00	1,97	2,0
Гестози	6,02	5,83	5,77	5,87	6,02

Примітка (тут і далі): * – за винятком даних з тимчасово окупованої території АР Крим, м. Севастополь та частини зони АТО.

Останніми роками у вагітних утримується висока, із незначною тенденцією до зменшення, частота хвороб сечостатевої системи (14,19 на 100 вагітних у 2011 р. і 13,8 у 2015 р.), хвороб системи кровообігу, із незначною тенденцією до збільшення (6,16 і 6,94 відповідно). У кожній четвертій вагітній відмічалася анемія, що є маркером як соціально-економічного благополуччя регіону, так і гіпоксії плода.

Незважаючи на впровадження регламентованих клінічними протоколами сучасних медико-організаційних технологій із доведеною ефективністю в діяльність жіночих консультацій, стабільно високою залишається частота патології вагітності – гестозів (6,02 на 100 вагітних у 2011 р. і у 2015 р.), прееклампсій та еклампсій (2,06 у 2012 р. і 2,00 у 2015 р.).

Непоправної шкоди репродуктивному здоров'ю жінок завдають запальні захворювання жіночих статевих органів. У 2015 р. порівняно з 2011 р. поширеність сальпінгітів, оофоритів серед населення працездатного віку (більшість яких фертильного віку) зменшилася до 1625,7 на 100 тис. населення відповідного віку проти 1831,6, а запальних захворювань шийки матки – незначно зросла (1201,3 та 1160,5 відповідно).

Руйнівний вплив на репродуктивне здоров'я жінки та чоловіка та здоров'я майбутніх дітей спричинюють інфекції, що передаються статевим шляхом, до яких належать сифіліс, гонорея, трихомоніаз, хламідіоз, мікоплазмоз тощо. Упродовж останніх років спостерігається тенденція до зменшення частоти реєстрації цих інфекцій. Так, захворюваність жіночого населення уrogenітальним мікоплазмозом у 2015 р. становила 88,8 на 100 тис. жінок проти 120,1 у 2011 р., а хламідійними інфекціями – 54,5 та 89,0 відповідно.

Одним з індикаторів РПД визначено зниження рівня штучних абортів, які належать до найбільш вагомих чинників, що впливають на формування репродуктивного здоров'я. Саме аборти негативно впливають на

фертильність жінки, перебіг наступних вагітностей та пологів. Виконання заходів Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 р. та РПД сприяли суттєвому зниженню кількості абортів в Україні – з 17,0 на 1000 жінок фертильного віку у 2011 р. до 9,8 у 2015 р., ВШ з 95% ДІ 0,68 (0,67–0,68). Загальна кількість абортів за цей період зменшилась на 65,2 тисячі. Незважаючи на позитивну динаміку частоти абортів фертильного віку, в Україні цей показник у 2–6 разів вищий, ніж у Канаді, Нідерландах, Німеччині, Іспанії.

Важливим завданням РПД є профілактика перинатальних ускладнень у жінок із перинатальним ризиком, важкою екстрагенітальною патологією і забезпечення доступності їм спеціалізованої та високоспеціалізованої перинатальної допомоги. Виконання цього завдання можливе за умови розробки регіональних схем руху (маршруту) вагітних, породіль, роділь і новонароджених із ризиком материнської і перинатальної патології та смертності у ЗПД відповідного рівня.

Відповідно до функцій та можливостей ЗПД різних рівнів можна вважати достатнім розродження в умовах ЗПД III рівня 50,0% вагітних із вадами серця, 25–30% із хворобами системи кровообігу, 90% і більше з цукровим діабетом, а у ЗПД II–III рівнів – 90% і більше з прееклампсією та еклампсією.

Загалом в Україні за даними індексу концентрації (ІК) МІО РПД у 2014–2015 рр. забезпечена оптимальна доступність до високоспеціалізованої високотехнологічної перинальної допомоги під час пологів вагітних з вадами серця (ІК у ЗПД III рівня 61,0%–66,9%) та з хворобами системи кровообігу (ІК 50,5%–47,9%), задовільна – вагітних із тяжкими формами прееклампсії та еклампсії (ІК у ЗПД II–III рівнів 78,8% та 83%), недостатня, така, що не відповідає медичним стандартам супроводу та надання допомоги пацієнткам, доступність вагітних із цукровим діабетом (ІК у ЗПД III рівня 46,3%–46,9%) (табл. 2).

Таблиця 2

Індекс концентрації розроджень вагітних із перинатальним ризиком у ЗПД II і III рівнів в Україні у 2014 р. і 2015 р. (на 100 вагітних)

Показник	Рік		Орієнтовні дані
	2014	2015	
Розроджено вагітних із вадами серця у ЗПД III рівня ПД	61,0	66,9	біля 50,0
Розроджено вагітних із хворобами системи кровообігу у ЗПД III рівня ПД	50,5	47,9	біля 25,0–30,0
Розроджено вагітних із цукровим діабетом у ЗПД III рівня ПД	46,3	46,9	90,0 і більше
Розроджено вагітних з прееклампсією, еклампсією у ЗПД II–III рівня	78,8	83,0	90,0 і більше

Впровадження РПД та рекомендованих ВООЗ перинатальних технологій із доведеною ефективністю, зокрема родопомочі, орієнтованої на участь сім'ї, демедикалізації пологів, ведення партограми тощо, зумовили забезпечення достатньої частоти нормальних пологів – 68,5% у 2011 р. і 67,97% у 2015 році.

Частим і важким ускладненням вагітності та пологів, яке очолює так звану «велику п'ятірку причин материнської смертності» в усьому світі, у тому числі в Україні, є акушерські кровотечі. Незважаючи на

впровадження РПД та технології клінічного протоколу «Нормальні пологи» стосовно запропонованого Міжнародною федерацією акушерів-гінекологів ведення третього періоду пологів, частота акушерських кровотеч залишається високою, із незначною тенденцією до зменшення частоти кровотеч із 18,59 на 1000 пологів у 2011 р. до 18,1 у 2015 р., ВШ з 95% ДІ 0,9 (0,9–1,0) та кровотеч у послідовому і післяродовому періодах – з 9,23 до 8,18, ВШ з 95% ДІ 0,9 (0,8–0,9) відповідно (рис. 2).



Рис. 2. Динаміка акушерських кровотеч в Україні за 2011–2015 рр. (на 1000 пологів)

За даними досліджень, впровадження сучасних перинатальних технологій сприяє зниженню таких важких ускладнень пологів і післяпологового періоду, як розриви матки, промежини та родовий сепсис і розлита післяродова інфекція. Однак після суттєвого зниження цих ускладнень у 2000–2003 рр. останніми роками стабілізувалися показники розривів промежини III–IV ступенів на рівні 0,1–0,05 на 1000 пологів, розривів матки – 0,04–0,01, родового сепсису і розлитої післяродової інфекції – 0,1–0,03.

Ключовою проблемою зменшення перинатальної патології є створення можливості виходжування дітей із дуже малою масою тіла при народженні. Концентрація вагітних із високим ризиком передчасних пологів на третій рівень перинатальної допомоги дозволяє забезпечити надання їхнім новонародженим адекватної допомоги. Відповідно до переліку показань, до направлення вагітних у ЗПД III рівня відносяться передчасні пологи в терміні 22–24 тижні вагітності, маса тіла при народженні до 1500 г, а до ЗПД II рівня – передчасні пологи в терміні 35–36 тижнів. За даними проекту MOSAIC – організація акушерської допомоги при вкрай передчасних пологах в Європі – частка новонароджених з малою та дуже малою масою тіла, що народилися у відділеннях III рівня допомоги, становила від 63–64% у Данії та Польщі до 80% в Бельгії, Німеччині, Італії та інших країнах, а за даними метааналізу досліджень РПД дітям з дуже малою масою тіла при народженні у ЗПД III рівня п'яти штатів США було сконцентровано $\geq 90\%$ новонароджених із масою тіла при народженні ≤ 1500 г [2, 8].

В Україні, за даними МіО РПД, у 2014–2015 рр. у ЗПД III рівня вдалося сконцентрувати народження 59,0%–62,0% новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г і 52,4%–55,3% з масою тіла 1000–1499 грамів. При цьому в умовах ЗПД I рівня, що не

забезпечують постійну підтримку висококваліфікованого рівня медичних працівників, народжується 12,9% немовлят із дуже малою масою тіла.

Медичним стандартом супроводу та надання стаціонарної допомоги передбачено забезпечення розродження вагітних із передчасними пологами в терміні 35–36 тижнів у ЗПД II рівня. За даними МіО РПД, у 2014–2015 рр. у ЗПД II рівня було сконцентровано 42,8%–39,3% немовлят із масою тіла при народженні 1500–2499 г, а у ЗПД III рівня – 33,0%–32,1%. Таким чином, 75,8%–71,4% новонароджених з малою (1500–2499 г) масою тіла при народженні були забезпечені спеціалізованою і високоспеціалізованою перинатальною допомогою.

Важливим завданням РПД є створення можливості виходжування дітей із малою та дуже малою масою тіла при народженні. За даними перинатального аудиту за методикою ВООЗ BABIES-MATRICA, в Україні виживання недоношених із надзвичайно малою масою тіла при народженні (500–999 г) за період впровадження РПД мало тенденцію до зростання з 57,58% у 2011 р. до 63,88% у 2015 р, ВШ, 95% ДІ 1,3 (1,1–1,5), а виживання немовлят, народжених із масою тіла при народженні 1000–1499 г, зросло з 87,34% у 2011 р. до 90,41% у 2015 р., ВШ з 95% ДІ 1,4 (1,4–1,6) (рис. 3).

Удосконалення організації медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям і новонародженим, переорієнтація акушерсько-гінекологічної та неонатологічної служб на медико-організаційні технології з доведеною ефективністю сприяли тенденції до зниження частоти народжених хворими і захворілих новонароджених з 153,74 на 1000 народжених живими з масою тіла при народженні 500 г і більше у 2011 р. до 149,8 у 2014 р. Проте у 2015 р. відмічалася тенденція до збільшення цього показника до 156,36 за рахунок збільшення частоти народжених хворими і захворілих, як доношених, так і недоношених новонароджених (табл. 3).

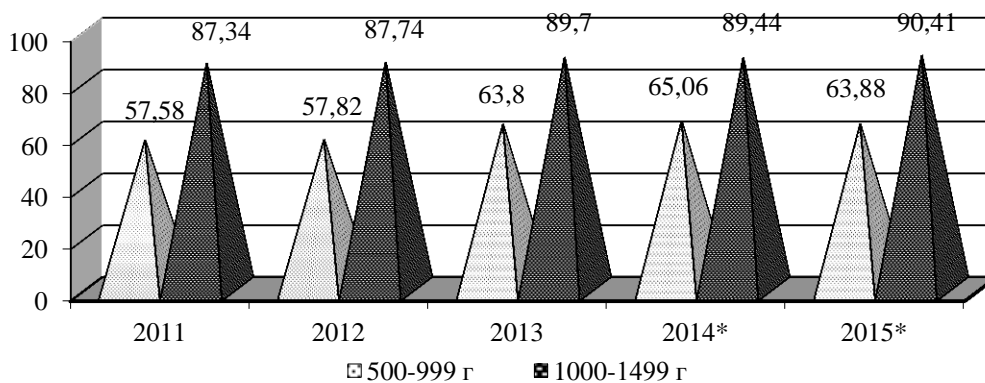


Рис. 3. Виживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні (менше 1500 г) після перших 168 год. життя у 2011–2015 рр. (на 100 народжених живими)

Таблиця 3

Динаміка частоти народжених хворими і захворілих новонароджених, які при народженні мали вагу ≥ 500 г, у 2011–2015 рр. (на 1000 народжених живими)

Рік	Усього		Доношені		Недоношені	
	абс.	на 1000 народжених живими	абс.	на 1000 народжених живими	абс.	на 1000 народжених живими
2011	75999	153,74	58889	124,76	17110	767,51
2012	76998	149,80	58928	120,11	18070	773,25
2013	74508	149,92	57056	120,43	17452	752,47
2014*	66659	149,84	50631	119,40	16028	769,32
2015*	62436	156,36	49918	123,53	15518	795,31

Збільшення частоти народжених хворими і захворілих новонароджених у цілому по Україні зумовлено збільшенням рівнів захворюваності новонароджених на природжені вади розвитку – на 5,3%, окремі стани перинатального періоду – на 2,06%, у тому числі на синдром респіраторного розладу та інші респіраторні стани – на 10,9%, гемолітичну хворобу плода та новонародженого – на 15,8%, при збереженні позитивної тенденції рівнів захворюваності новонароджених на внутрішньоматкову гіпоксію та асфіксію у пологах, недостатність живлення плода.

Для оцінки частоти переведень новонароджених на вищий рівень надання перинатальної допомоги у Європі існує так званий «індекс неонатальних трансферів (ІНТ)». Низький ІНТ (близько 1%) вказує на оптимальний розподіл ЗПД за рівнями перинатальної допомоги і достатнє виконання функцій ЗПД III рівня стосовно забезпечення повного циклу медичного догляду за новонародженими. За період впровадження РПД в Україні ІНТ зменшився з 6,0% до 4,1%, проте оптимальний (0,7%) ІНТ зафіксовано лише у Полтавській області.

Встановлено найбільшу значущість впливу на стан здоров'я новонародженої і дитини першого року життя біологічних чинників (перебігу вагітності, здоров'я батьків, фізіологічної зрілості плода) та ефективності перинатальної допомоги. Захворюваність дітей першого

року життя в Україні знизилася з 1560,6 на 1000 дітей відповідного віку у 2011 р. до 1429,18 у 2015 р. (рис. 4).

Позитивна тенденція захворюваності цього контингенту дітей відбулася за рахунок незначного зниження її за основними класами хвороб, за винятком природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (збільшення на 3,6%). Підтвердженням ефективності впровадження РПД та переорієнтації перинатальної служби на всесвітньо визнані перинатальні технології з доведеною ефективністю є позитивна тенденція щодо захворюваності дітей першого року життя на хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (75,4 на 1000 дітей у 2011 р. і 71,24 у 2015 р.), стани, що виникли в перинатальному періоді (144,2 та 133,1 відповідно), хвороби нервової системи (66,3 і 62,2 відповідно).

Одними з основних показників оцінки якості надання перинатальної допомоги є перинатальна і материнська смертність. За даними Держкомстату України, рівень перинатальної смертності за досліджуваний період у цілому мав позитивну тенденцію – 10,1 на 1 тис. народжених живими і мертвими у 2011 р. і 9,1 у 2015 р., ВШ з 95% ДІ 0,89 (0,86–0,93); материнської смертності – 16,5 на 100 тис. народжених живими у 2011 р. і 14,6 у 2015р., ВШ з 95% ДІ 0,88 (0,6–1,2).

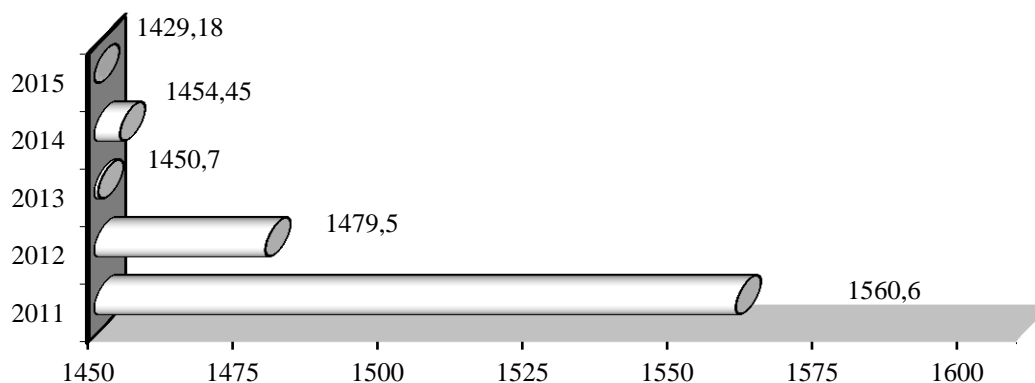


Рис. 4. Динаміка захворюваності дітей першого року життя в Україні у 2011–2015 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)

До основних індикаторів, що відображають проблеми перинатальної медицини, належать фетоінфантильні втрати (ФІВ). Цей показник дозволяє комплексно оцінити можливості сучасної медичної допомоги щодо народження та виходжування життєздатних дітей у віці до року, включає випадки мертвородження і смерті дітей на першому році життя. Він дозволяє більш повно оцінити якість та адекватність діяльності служби охорони материнства і дитинства, виробити найбільш ефективні управлінські рішення щодо профілактики втрат життєздатних дітей першого року життя на всіх її етапах. За період впровадження РПД в Україні рівень ФІВ знизився з 15,2 на 1000 народжених

живими і мертвими у 2011 р. до 13,9 у 2015 р., ВШ з 95% ДІ 0,9 (0,8–0,9). У структурі ФІВ серед усіх втрат життєздатних дітей віком до одного року переважає мертвороджуваність, складаючи в середньому 42,5%, причому за досліджуваний період її питома вага збільшилася з 41,1% у 2011 р. до 42,4% у 2015 році. Друге місце займають втрати життєздатних дітей на першому тижні життя – 24,6% зі зменшенням їх долі з 25,5% до 23,2%, третє – втрати в постнеонатальному періоді – 21,9%, 22,2% та 21,4% відповідно. Останнє місце у структурі ФІВ посідають втрати немовлят у пізньому неонатальному періоді – 11,2%, із незначним збільшенням їх долі відповідно з 10,9% до 12,2% (рис. 5).

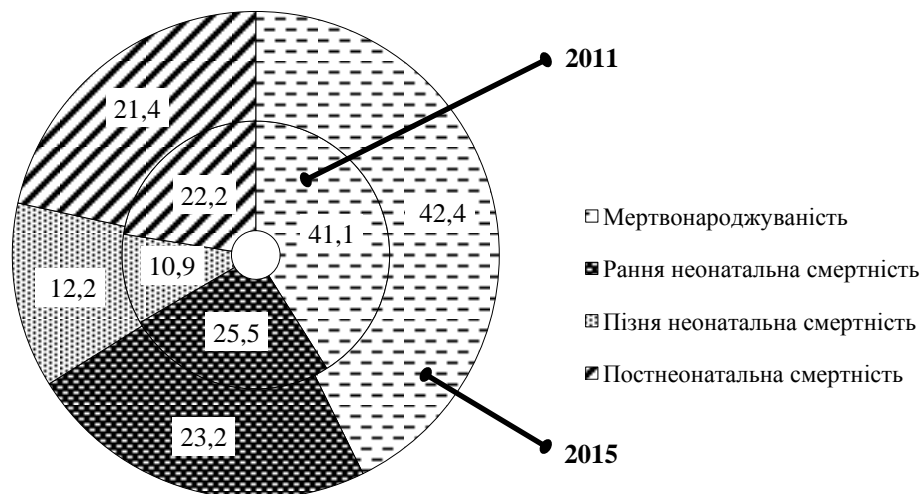


Рис. 5. Структура фетоінфантильних втрат в Україні у 2011 р. і 2015 р. (%)

Позитивний вплив РПД характерний для зниження ранньої неонатальної смертності – 3,9 на 1000 народжених живими у 2011 р. і 3,2 у 2015 р., ВШ з 95% ДІ 0,8 (0,8–0,9) та постнеонатальної смертності – 3,44 і 3,1 відповідно, ВШ з 95% ДІ 0,9 (0,84–0,97) при стабілізації рівня пізньої неонатальної смертності – 1,66 і 1,7, ВШ з 95% ДІ 1,0 (0,9–1,14). Мінімальний позитивний вплив РПД і на рівень мертвороджуваності – 6,24 на

1000 народжених живими і мертвими у 2011 р. і 5,9 у 2015 р., ВШ з 95% ДІ 0,9 (0,9–1,0).

З метою виявлення сильних і слабких ланок в організації доступної і якісної перинатальної допомоги при трирівневій системі перинатальної допомоги, сприятливих можливостей і загроз було здійснено SWOT-аналіз РПД.

Дані SWOT-аналізу РПД засвідчили реалізацію можливостей щодо використання досвіду РПД в інших країнах, державного характеру сфери охорони здоров'я в цілому і перинатальної служби зокрема, децентралізації повноважень з центрального рівня на регіональний з делегуванням їм відповідальності за надання медичної допомоги, реалізації потенціалу через пріоритетні державні і міжнародні програми для створення сучасної всесвітньо визнаної тривірневої системи перинатальної допомоги.

Визначено, що усунення негативних факторів (загроз) зовнішнього середовища може включати загальнодержавні заходи щодо поліпшення екологічної та економічної ситуації, мінімізацію соціально небезпечних і психопатологічних станів, розробку і впровадження зміни нових функцій для системи фінансування сфери охорони здоров'я.

Мінімізацію слабких сторін внутрішнього середовища РПД слід спрямувати на завершення розробки регіональних нормативно-правових актів щодо створення тривірневої системи перинатальної допомоги та її впровадження; створення ПЦ ІІІ рівня у Волинській, Закарпатській, Чернігівській областях; завершення капітальних ремонтів ПЦ ІІІ рівня у Львівській та Чернівецькій областях; створення ПЦ ІІ рівня, перегляд програм до- та післядипломного навчання медичних працівників, що надають перинатальну допомогу І–ІІІ рівня; підвищення доступності високоспеціалізованої перинатальної допомоги вагітним із цукровим діабетом; розробку та впровадження системи медичного спостереження, раннього втручання та паліативної допомоги дітям раннього віку із хронічною перинатальною патологією.

Висновки

Результати проведеного дослідження підтвердили позитивний вплив РПД на окремі показники здоров'я дітей та матерів, що є чинниками забезпечення національної безпеки країни.

Впровадження РПД дозволило забезпечити: оптимальну доступність високоспеціалізованої високотехнологічної перинатальної допомоги під час пологів вагітним із вадами серця (ІК у ЗПД ІІІ рівня 66,9%) та з хворобами системи кровообігу (ІК 47,0%) при порогових значеннях цих показників не менше 50% і 25–30% відповідно; задовільний рівень доступності спеціалізованої і високоспеціалізованої перинатальної допомоги вагітним із важкими формами пре еклампсії та еклампсії (ІК у ЗПД ІІ–ІІІ рівнів 83,0%); розродження у ЗПД ІІІ рівня немовлят з дуже малою масою тіла при народженні – 62,0% новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г і 55,3% з масою тіла 1000–1499 г, у ЗПД ІІ–ІІІ рівнів – 71,4% новонароджених із масою тіла при народженні 1500,0–2499 грамів.

Упродовж періоду впровадження РПД вдалося досягнути: позитивної динаміки абортів – з 17,0 на 1000 жінок фертильного віку у 2011 р. до 9,8 у 2015 р., ВШ з 95% ДІ 0,68 (0,67–0,68); достатньої частоти нормальних пологів – 68,5% у 2011 р. і 67,97% у 2015 р.; незначної тенденції до зменшення частоти кровотеч із 18,59 у 2011 р. до 18,1 у 2015 р., ВШ з 95% ДІ 0,9 (0,9–1,0) та кровотеч у послідовому і післяродовому періодах – з 9,23 до 8,18, ВШ з 95% ДІ 0,9 (0,8–0,9) відповідно; тенденції до зниження частоти народжених хворими і захворілих новонароджених – з 153,74 на 1000 народжених живими з масою тіла при народженні 500 г і більше у 2011 р. до 149,8 у 2014 р.; зниження захворюваності дітей першого року життя з 1560,6 на 1000 дітей відповідного віку у 2011 р. до 1429,18 у 2015 році.

У цілому переорієнтація перинатальної служби на науково обґрунтовану практику і доказовий менеджмент зумовили достатні порівняно з даними ВООЗ у економічно розвинених країнах показники виживання новонароджених у перші 168 годин життя: з дуже малою масою тіла – 81,9%, у т. ч. з масою тіла при народженні 500–999 г – 63,0%, та новонароджених з масою тіла при народженні 1000–1499 г – 91,3%; позитивну тенденцію перинатальної смертності – 10,1 на 1000 народжених живими і мертвими у 2011 р. і 9,1 у 2015 р., ВШ з 95% ДІ 0,89 (0,86–0,93); неонатальної смертності – 5,55 на 1000 народжених живими і 4,96 відповідно, ВШ з 95% ДІ 0,89 (0,84–0,95); у цілому рівня ФІВ з 15,2 на 1000 народжених живими і мертвими у 2011 р. до 13,9 у 2015 р., ВШ з 95% ДІ 0,9 (0,8–0,9) та материнської смертності (16,5 на 100 тис. народжених живими у 2011 р. і 12,6 у 2015 р.) ВШ з 95% ДІ 0,78 (0,57–1,09).

До перспективних напрямів підвищення ефективності РПД належать: продовження регіоналізації перинатальної і неонатальної допомоги з урахуванням особливостей організації акушерсько-гінекологічної і неонатологічної допомоги (на місцях? у регіонах?) шляхом визначення і необхідного забезпечення закладів охорони здоров'я відповідно до рівня надання допомоги; впровадження транспортування *in utero* у разі загрози передчасних пологів у терміні менше 32 тижнів у ЗПД ІІІ рівня, забезпечення умов транспортування вагітних і новонароджених відповідно до міжнародних стандартів; подальша розробка нових і перегляд наявних клінічних протоколів і маршрутів пацієнток із перинатальною патологією.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження планується спрямувати на розробку і впровадження моделі управління регіоналізацією перинатальної допомоги із застосуванням перинатального аудиту за BABIES-MATRICA, системи МіО, SWOT-аналізу.

Література

1. Дудіна О. О. Динаміка стану репродуктивного з здоров'я населення / О. О. Дудіна, О. В. Лукьянчук // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік. – Київ, 2016. – С. 88–108.
2. Ласуэлл С. М. Регионализация перинатальной помощи детям с очень низкой массой тела при рождении и недоношенным детям [Электронный ресурс] / С. М. Ласуэлл. – Режим доступа : www.healthquality.ru. – Название с экрана.
3. Мурашко М. А. Современные аспекты оказания акушерской помощи в регионе с низкой плотностью населения / М. А. Мурашко. – Сыктывкар, 2005. – 120 с.
4. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / МОЗ України; за ред. Р. О. Моїсеєнко. – Київ, 2012. – 135 с.
5. Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь : материалы учебн. семинара. – Женева : ЕРБ ВОЗ, 2002 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://medical-diss.com>. – Название с экрана.
6. Перша глобальна стратегія ВООЗ в області репродуктивного здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://whqlibdoc.who.int>. – Назва з екрану.
7. Скляр М. С. Стратегическое планирование в реорганизации службы охраны материнства и детства на региональном уровне : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М. С. Скляр, спец. : 14.00.33 [Электронный документ]. – Путь доступа: <http://www.dissercat.com/content/strategicheskoe-planirovanie-v-reorganizatsii-sluzhby-okhrany-materinstva-i-detstva-na-regio#ixzz4O5MhGueQ>. – Название с экрана.
8. European indicators of health care during pregnancy, delivery and the postpartum period / K. Wildman, B. Blondel, J. Nijhuis [et al.] // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2003. – № 11 (Suppl. 1). – P. 53–65.
9. Guidelines for perinatal care. Fifth Edition. American Academy of Pediatrics // The American Colledge of Obstetricians and Gynecologists. – 2002. – № 2. – 350 p.
10. Organisation of obstetric services for very preterm births in Europe: results from the MOSAIC project / Béatrice Blondel [et al.] // BJOG. – 2016. – Vol. 116 (10). – P. 1364–72.
11. Subramaniam Ho J. J. Continuous distending pressure for respiratory distress in preterm infants / Ho J. J. Subramaniam, D. J. Henderson, P. G. Davis // The Cochrane Library. – 2008. – Issue 2.

Дата надходження рукопису до редакції: 08.11.2016 р.

**Регионализация перинатальной помощи –
важный фактор обеспечения национальной
безопасности страны**

Г.А. Слабкий, Е.А. Дудина, Ю.Ю. Габорец
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень
Міністерства охорони здоров'я України»,
г. Киев, Україна

Цель – проаналізувати і оцінити регіоналізацію перинатальної допомоги як фактора забезпечення національної безпеки країни.

Матеріали і методи. Исследование влияния регионализации перинатальной помощи на основные показатели здоровья матерей и новорожденных проводилось с применением данных статистики, перинатального аудита за BABIES-MATRICA, мониторинга и оценки и SWOT-анализа. Применялись методы: социологический, экспертных оценок, статистический, графического изображения.

Результаты. Обнаружены тенденции к снижению частоты рожденных больными и заболевших новорожденных с 153,74 на 1000 рожденных живыми в 2011 г. до 149,8 в 2014 г., заболеваемости детей первого года жизни – с 1560,6 на 1000 детей соответствующего возраста в 2011 г. до 1429,18 в 2015 году. Достигнуты: достаточные показатели выживания новорожденных в первые 168 часов жизни (с массой тела при рождении 500–999 г – 63,0%, с массой тела при рождении 1000–1499 г – 91,3%); позитивная тенденция перинатальной смертности – 10,1 на 1000 рожденных живыми и мертвыми в 2011 г. и 9,1 в 2015 г., ВШ с 95% ДИ 0,89 (0,86–0,93); неонатальной смертности – 5,55 и 4,96 на 1000 рожденных живыми соответственно, ВШ с 95% ДИ 0,89 (0,84–0,95); в целом уровня фетоинфантильных потерь с 15,2 на 1000 рожденных живыми и мертвыми до 13,9 соответственно, ВШ с 95% ДИ 0,9 (0,8–0,9) и материнской смертности (16,5 на 100 тыс. рожденных живыми в 2011 г. и 12,6 в 2015 г.) ВШ с 95% ДИ 0,78 (0,57–1,09).

Выводы. Полученные данные подтвердили позитивное влияние регионализации перинатальной помощи на интегральные показатели здоровья матерей и детей.

Ключевые слова: мониторинг, оценка регионализации, перинатальная помощь, индекс концентрации, новорожденные, выживание, фетоинфантильные потери.

**Regionalization of perinatal care as an important factor
in ensuring the national security of the country**

G.O.Slabkiy, O.O. Dudina, Yu.Yu.Gaborets
PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches
MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Purpose – to conduct the analysis and evaluation of perinatal care regionalization as the factor of national security in the country.

Materials and methods. The study of the influence of perinatal care regionalization upon basic indices of the health of mothers and infants was carried out with the use of the data of State and industry statistics, perinatal audit for BABIES-MATRICA for 2011–2015, monitoring and evaluation of the RAP by the data for 2014–2015, SWOT-analysis. Sociological, expert assessments, statistical, graphical images methods were applied.

Results. Tendencies to the decrease of the frequency of sick newborns and of newborn caught sickness from 153.74 per 1000 live births in 2011 to 149.8 in 2014, the morbidity of the first year of life infants from 1560.6 per 1000 infants of appropriate age in 2011 to 1429.18 in 2015 were detected.

Principal achievements: sufficient indices of the survival of newborns in the first 168 hours of life (with body weight at birth 500–999 g – 63.0% and with body weight at birth 1000–1499 g – 91,3%); the positive trend of perinatal mortality – 10.1 per 1000 live and dead births in 2011 and 9.1 in 2015, with VSH 95% and CI 0.89 (0.86–0.93), of neonatal mortality – 5.55 and 4.96 for 1000 live births respectively, with VSH 95% and CI 0.89 (0.84–0.95); the general level of fetoinfantile losses from 15.2 to 13.9 per 1000 births live and dead respectively, with VSH 95% and CI 0.9 (0.8–0.9) and maternal mortality – 16.5 per 100 000 live births in 2011 and 12.6 in 2015, with VSH 95% and CI 0.78 (0.57–1,09).

Conclusions. The data obtained confirmed the positive impact of regionalization of perinatal care upon integral indicators of the health of mothers and children in Ukraine.

Key words: monitoring, evaluation of regionalization, perinatal care, concentration index, newborns, survival, fetoinfantile losses.

Відомості про авторів

Слабкий Геннадій Олександрович – д.мед.н., проф., в.о. директора ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Дудіна Олена Олександрівна – к.мед.н., с.н.с., завідувач відділення охорони здоров'я матері і дитини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Габорець Юрій Юрійович – к.мед.н., пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 614.2:616-089.5.001.57(477)

Р.М. Федосюк

КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ СТАРТОВОГО ПАКЕТУ З БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ ДЛЯ СЛУЖБИ АНЕСТЕЗИОЛОГІЇ УКРАЇНИ

Київська міська клінічна лікарня № 3, м. Київ, Україна

Мета – розробити концептуальну модель адаптованого до національних умов «Стартового пакету з безпеки пацієнтів» для служби анестезіології України.

Матеріали та методи. Проведено аналіз оригінального «Стартового пакету з безпеки пацієнтів» ESA та EBA/EUMS, документів ВООЗ, європейських міжурядових організацій (Європейської Комісії та Ради Європи) та провідних міжнародних професійних товариств анестезіологів й інтенсivistів, а також електронного контенту Інтернет-сайтів, що висвітлюють проблему безпеки пацієнтів, на предмет ідентифікації матеріалів, релевантних до мети роботи. Обрано критерії для стратифікації відібраних матеріалів на групи та підгрупи.

Результати. Запропоновано концептуальну модель, згідно з якою «Стартовий пакет з безпеки пацієнтів для служби анестезіології України» повинен складатись з двох частин – теоретичної (документальна база науки про безпеку пацієнтів) та практичної (готовий інструментарій з безпеки пацієнтів). Теоретична частина повинна складатись з декларативного та навчального підрозділів. Практична частина повинна бути розділена на три підгрупи: 1) інструменти, спрямовані на закладання вихідних бар'єрів (чек-листи, протоколи та алгоритми); 2) інструменти, спрямовані на ідентифікацію пробів в уже закладених бар'єрах (уніфікована форма для періодичного безпекового аудиту та пілотний варіант системи інцидент-звітності); 3) інструменти, спрямовані на побудову нових бар'єрів на основі здобутих уроків (схема аналізу корінної причини та форма річного звіту про вжиті заходи).

Висновки. Впровадження у повсякденну діяльність вітчизняної служби анестезіології вказаного пакету може стати першим кроком у системній роботі щодо покращення вкрай несприятливої статистики медичних помилок та інцидентів в анестезіологічній практиці та прообразом подібних ініціатив в інших медичних службах системи охорони здоров'я України.

Ключові слова: служба анестезіології, безпека пацієнтів, стартовий пакет, модель.

Вступ

В останні два десятиріччя одним з основних пріоритетів у розвитку національних систем охорони здоров'я в цивілізованих країнах світу стала безпека пацієнтів (БП). Розробка зазначеного напрямку стала відповіддю на вкрай неприйнятну статистику медичних помилок та несприятливих подій у медичній практиці, що приголомшила світ після оприлюднення в ряді авторитетних наукових видань шокуючих цифр щодо масштабів проблеми та шкоди, якої такі інциденти завдають пацієнтам та суспільству в цілому [28]. За дуже короткий проміжок часу БП сформувалась фактично у нову медичну дисципліну, що являє собою доволі цілісну систему знань та інструментів, за допомогою яких системи охорони здоров'я намагаються знизити поширеність ризиків для здоров'я і життя пацієнтів, безпосередньо пов'язаних із медичною допомогою. Незважаючи на очевидні досягнення, бажаного прогресу у вирішенні проблеми поки що не досягнуто [9, 10].

Незаперечним лідером глобального руху за БП у медицині з самого початку стала світова анестезіологічна спільнота. Основною її ініціативою у цьому напрямку стала так звана «Гельсінська декларація з БП в анестезіології» – спільний програмний документ Європейського Товариства Анестезіологів (ESA) та

Європейської Ради Анестезіології при Європейській Спільноті Медичних Спеціалістів (EBA/EUMS), офіційно прийнятий на Європейському конгресі анестезіологів «Euroanaesthesia» у Гельсінкі у червні 2010 року [7]. Документ містить рекомендації щодо конкретних практичних кроків, котрі необхідно зробити усім анестезіологам для покращення ситуації з безпекою анестезіологічної допомоги. Для успішної реалізації завдань, проголошених «Гельсінською декларацією», ESA та EBA/EUMS створили спільну Робочу групу з БП (голова – проф. Sven Staender, Швейцарія), одним із напрямків діяльності якої стала розробка «Стартового пакету з БП» в анестезіології. Презентація зазначеного пакету [18] відбулася через три роки – на Європейському конгресі анестезіологів «Euroanaesthesia» у Барселоні у червні 2013 року.

Мета роботи – на основі «Стартового пакету з БП» Робочої групи ESA та EBA/EUMS обґрунтувати та розробити концептуальну модель власного, адаптованого до національних умов, однойменного пакету для служби анестезіології України.

Матеріали та методи

Для визначення спектра матеріалів, що повинні увійти до «Стартового пакету з БП для служби

анестезіології України», проведено аналіз матеріалів «Стартового пакету з БП» Робочої групи ESA та EBA, пошук та оцінку на предмет релевантності до мети роботи інших джерел інформації про БП, зокрема документів ВООЗ, Європейських міжурядових організацій (Європейської Комісії та Ради Європи) та провідних міжнародних професійних товариств анестезіологів й інтенсivistів, а також електронного контенту Інтернет-сайтів, що висвітлюють проблему БП.

У якості критерію розподілу загального пулу знайдених матеріалів на групи обрано теоретичний (пізнавальний) або практичний (прикладний) характер конкретного елемента. Елементи теоретичної частини розділено на дві підгрупи за ознакою приналежності до переважно декларативних або переважно навчальних матеріалів. За основу стратифікації матеріалів, відібраних

для практичної частини, прийнята сучасна концепція про систему БП як замкнену петлю, що складається з трьох ланок (рис. 1):

1) *закладання вихідних бар'єрів* (впровадження рішень щодо базового безпекового менеджменту вихідних, як давно відомих, так і недавно ідентифікованих, пацієнт-залежних і пацієнт-незалежних ризиків);

2) *ідентифікація пробоїв в уже існуючих бар'єрах* (поточний моніторинг та реєстрація медичних помилок і несприятливих подій, що трапляються у процесі надання медичної допомоги);

3) *побудова нових бар'єрів* (здобування уроків з інцидентів шляхом аналізу їх корінних причин та реагування на них шляхом розробки рішень щодо мінімізації вірогідності їх повторення у майбутньому).



Рис. 1. Система безпеки пацієнтів як замкнена петля

Медичними помилками в системі інцидент-моніторингу визначено як власне хибні дії чи бездіяльність персоналу (так звані явні, або активні, або «дистальні» помилки), так і приховані дефекти чи недосконалості фізичної інфраструктури (архітектурного дизайну, інженерно-технічного забезпечення, матеріально-технічної бази тощо) та організації (хибні управлінські рішення, неналежна професійна культура тощо) системи надання анестезіологічної допомоги (так звані приховані, або латентні, або «проксимальні» помилки) [22].

Результати дослідження та їх обговорення

Встановлено, що до «Стартового пакету з БП в анестезіології» Робочої групи ESA та EBA/EUMS, презентованого у Барселоні, увійшли:

1) текст «Гельсінської Декларації з БП в анестезіології» (оригінал та стаття в European Journal of Anaesthesiology, 2010 р., т. 27) [7, 27];

2) книга «Основи безпеки пацієнтів» (Essentials of Patient Safety) Чарльза Вінсента (Charles Vincent) [8];

3) вибрані статті з журналу Best Practice & Research: Clinical Anaesthesiology (розділ Safety in Anaesthesia – «Безпека в анестезіології») [4, 6, 11, 12, 14, 26];

4) вибрані повідомлення про небезпеки, опубліковані на основі матеріалів з національних систем інцидент-звітуння Великобританії, Німеччини і Швейцарії [17];

5) powerpoint-лекції (презентації) з БП (12) [15];

6) аудіолекції (аудіопідкасти) з БП (4) [19];

7) чек-лист ВООЗ з безпеки хірургічного втручання (WHO Surgical Safety Checklist) [34];

8) чек-листи периопераційної анестезіологічної допомоги (23) [16];

9) зразок (шаблон) звіту відділення про БП [2];

10) інтернет-адреси електронних ресурсів з БП в анестезіології [25].

Аналіз документальної бази ВООЗ, європейських міжурядових організацій та міжнародних професійних товариств анестезіологів й інтенсивистів, а також електронних Інтернет-ресурсів показав наявність низки теоретичних матеріалів з БП, що не відображені у «Стартовому пакеті» ESA та EBA/EUMS (наприклад, «Віденської декларації з БП в інтенсивній терапії», «Лондонської декларації «Пацієнти за безпеку пацієнтів», міжнародних стандартів безпечної анестезіологічної практики та рекомендацій з безпеки післянаркозної допомоги), а також прикладних інструментів впливу на БП, що також не знайшли місця в європейському пакеті (зокрема протоколів комунікації між персоналом при переходах відповідальності за пацієнта від однієї особи до іншої).

Таким чином, до проекту вітчизняного стартового пакету з БП в анестезіології включено розширений порівняно з європейським перелік матеріалів. Відповідно до обраного критерію усі відібрані матеріали розподілено на дві частини – теоретичну і практичну.

I. Теоретична частина – це документальна база науки про БП (друковані матеріали та інші джерела знань про БП). Вона, у свою чергу, розділена на дві підгрупи:

I-А. Декларативна (декларації, програми, ініціативи, настанови та рекомендації з БП міжнародних і вітчизняних, урядових і неурядових, професійних і непрофесійних організацій):

1) текст і резюме Глобальної Програми ВООЗ з БП в охороні здоров'я [36];

2) текст і резюме Рекомендації Rec(2006)7 Комітету Міністрів Ради Європи державам-членам про управління БП та запобігання несприятливим подіям у сфері охорони здоров'я (2006 р.) [3];

3) текст і резюме «Віденської декларації з безпеки пацієнтів в інтенсивній терапії» Європейського Товариства Інтенсивної Терапії (2009 р.) [13];

4) текст і резюме «Гельсінської декларації з безпеки пацієнтів в анестезіології» Європейського Товариства Анестезіології та Європейської Ради Анестезіології при Європейській Спільноті Медичних

Спеціалістів (2010 р.) [7, 27];

5) текст і резюме «Лондонської декларації «Пацієнти за безпеку пацієнтів» (2006 р.) [20];

6) текст і резюме «Міжнародних стандартів безпечної анестезіологічної практики» Всесвітньої Федерації Товариств Анестезіологів (2010 р.) [8];

7) текст і резюме «Рекомендацій з якості і безпеки післянаркозної допомоги» Європейської Ради Анестезіології при Європейській Спільноті Медичних Спеціалістів (2009 р.) [30];

8) текст і резюме «Рекомендацій щодо базових вимог до відділень інтенсивної терапії: структурні й організаційні аспекти» Європейського Товариства Інтенсивної Терапії (2011 р.) [29];

9) текст і резюме «Настанов щодо дизайну відділень інтенсивної терапії» Американського Товариства Медицини Критичних Станів (2012 р.) [5];

10) «Зелена книга Національного плану дій з безпеки пацієнтів» (2012 р.) [1].

I-Б. Навчальна (підручники, публікації, лекції, аудіопідкасти, Інтернет-ресурси):

1) книга «Основи безпеки пацієнтів» («Essentials of Patient Safety» Чарльза Вінсента (Charles Vincent) [31];

2) вибрані статті з журналу Best Practice & Research: Clinical Anaesthesiology (розділ Safety in Anaesthesia) [4, 6, 11, 12, 14, 26];

3) вибрані повідомлення про небезпеки, опубліковані на основі матеріалів з національних систем інцидент-звітуння Великобританії, Німеччини та Швейцарії [17];

4) лекції-презентації з БП (12) [15];

5) аудіолекції (аудіопідкасти) з БП (4) [19];

6) інтернет-адреси електронних ресурсів з БП в анестезіології [25].

II. Практична частина – це інструментальна база науки про БП (конкретні рішення, дії і заходи, спрямовані на підвищення рівня БП і рекомендовані для якнайшвидшого доопрацювання в напрямку адаптації до національних умов та впровадження у практику вітчизняної служби анестезіології). Відповідно до наведеної в «Матеріалах і методах» парадигми системи БП в медицині як замкнутої трьох-компонентної петлі, усі відібрані інструменти підвищення рівня БП стратифіковано на три підгрупи:

II-А. Інструменти, спрямовані на закладання вихідних бар'єрів:

1) стандартизацію лікувально-діагностичних процесів:

- алгоритми і протоколи виконання основних лікувально-діагностичних інтервенційних маніпуляцій та доглядових процесів (катетеризацій, пункцій, блокад, профілактики пролежнів тощо);

- чек-листи ESA та EBA з периопераційного менеджменту найбільш розповсюджених невідкладних станів в анестезіології (20) [16];

- чек-листи ESA з периопераційної цільової інфузійної терапії (3) [21];

- уніфіковані правила гігієни рук персоналу відповідно до «Настанов ВООЗ з гігієни рук в охороні здоров'я» (Перша глобальна ініціатива ВООЗ «Чистота підвищує безпеку медичної допомоги») [32];

- чек-лист ВООЗ з безпеки хірургічного втручання (Друга глобальна ініціатива ВООЗ «Безпечна хірургія рятує життя») [34];

- чек-лист ВООЗ з безпеки пологів [33, 35];

- протоколи безпечної седації пацієнтів у відділеннях інтенсивної терапії [23, 24];

- комп'ютерна програма для мікробіологічного моніторингу та аналізу антибіотик-резистентності (наприклад, російськомовна версія комп'ютерної програми ВООЗ WHONet) [37];

2) стандартизацію комунікаційних процесів:

- комунікаційні протоколи (правила передавання та приймання відповідальності за пацієнтів між співробітниками на послідовних етапах медичної допомоги – при їх надходженні з операційних після хірургічних втручань, трансферах до інших відділень чи перезмінах персоналу тощо (потребують розробки);

- протокол передавання та приймання зміни черговим лікарським та сестринським персоналом (потребує розробки);.

II-Б. Інструменти, спрямовані на ідентифікацію пробоїв в існуючих бар'єрах:

1) виявлення прихованих (латентних, «проксимальних») загроз безпеці пацієнтів, що криються в дефектах інфраструктури та організації:

- уніфікована форма для проведення періодичного внутрішнього безпекового аудиту з БП у структурному підрозділі служби анестезіології (потребує розробки);

2) реєстрація явних (активних, «дистальних») загроз безпеці пацієнтів, що криються в помилках персоналу:

- пілотний варіант системи інцидент-звітності в службі анестезіології України, що ґрунтується на

впровадженні спеціальної вкладки до наркозної карти, призначеної для анонімної та конфіденційної реєстрації ускладнень, помилок і несприятливих подій в анестезіологічній практиці, та комп'ютерної програми, призначеної для створення локальної бази даних інцидентів з БП та автоматичної обробки інформації (потребують розробки).

II-В. Інструменти, спрямовані на побудову нових бар'єрів:

- практична схема аналізу корінної причини ідентифікованих проблем з БП та їх менеджменту (потребує розробки);

- стандартизована форма річного звіту з БП структурного підрозділу служби анестезіології у вигляді додатку до основного звіту (з повідомленням про ідентифіковані проблеми, вжиті заходи та отримані від них результати) відповідно до шаблону ESA [2].

Таким чином, концептуальна модель «Стартового пакету з БП для служби анестезіології України» може бути представлена у вигляді наступної діаграми (рис. 2).

Висновки

Представлена в даній роботі концептуальна модель «Стартового пакету з БП для служби анестезіології України» є подальшим розвитком оригінального пакету ESA та EBA/EUMS. Її впровадження у повсякденну діяльність вітчизняної служби анестезіології може стати першим кроком у системній роботі щодо покращення вкрай несприятливої статистики медичних помилок та інцидентів в анестезіологічній практиці, а також у перспективі праобразом аналогічних ініціатив в інших медичних службах України. Теоретична частина, окрім того, може слугувати методичною базою для доповнення існуючих навчальних робочих програм підготовки студентів, лікарів-інтернів та лікарів-анестезіологів розділом з безпеки медичної допомоги і повноцінною основою для розробки інноваційного курсу тематичного удосконалення з БП.

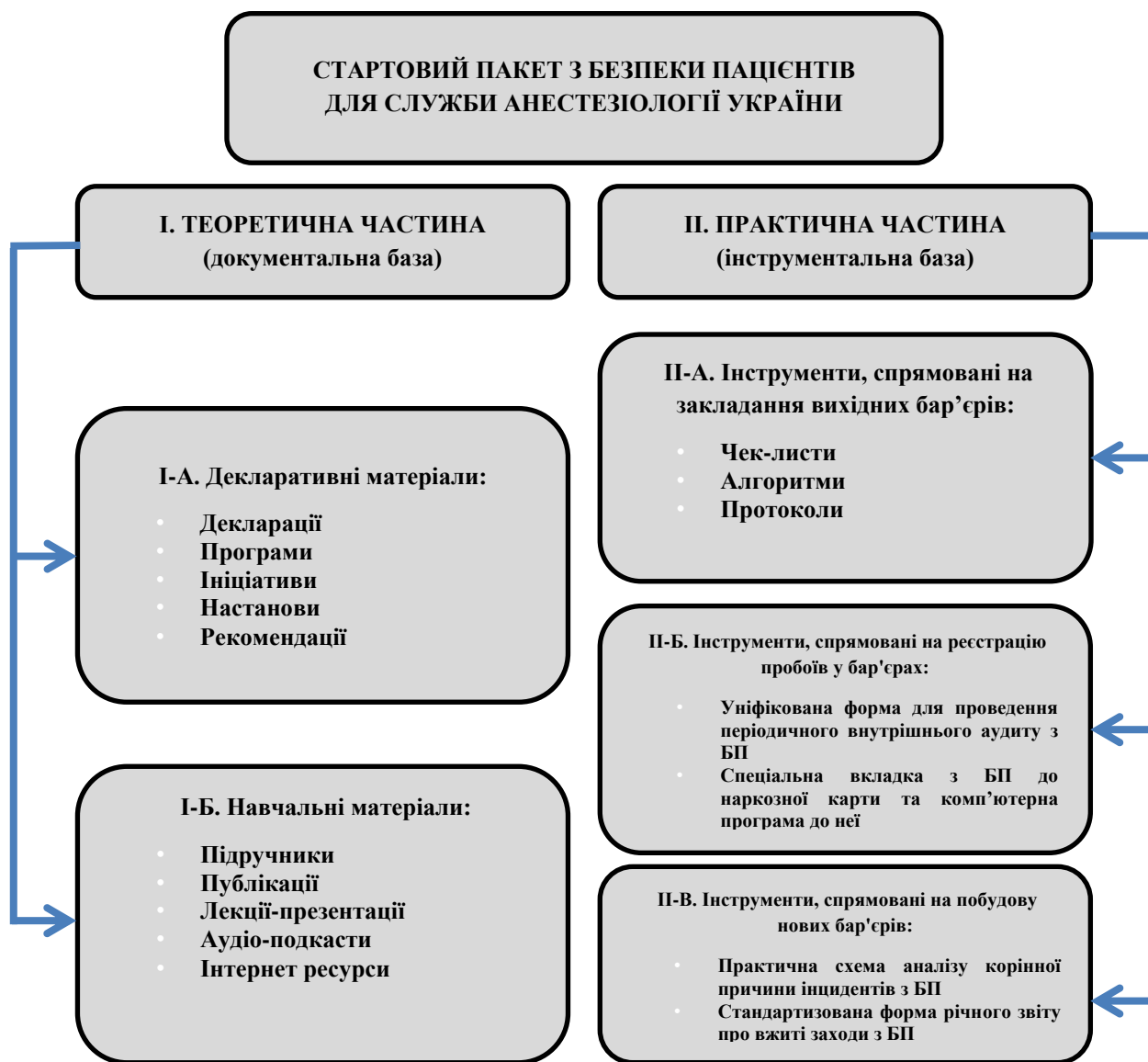


Рис. 2. Концептуальна модель «Стартового пакету з безпеки пацієнтів для служби анестезіології України»

Література

1. Зелена книга Національного плану дій з безпеки пацієнтів та матеріали Першого національного конгресу з безпеки пацієнтів. – Київ, 2012. – 300 с.
2. *Annual Departmental Patient Safety Report* [Electronic resource]. – URL : http://html.esahq.org/patientsafetykit/resources/downloads/01_Basics/Departmental_Patient_Safety_Report.pdf. – Title from screen.
3. *Council of Europe. Committee of Ministers. Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care* [Electronic resource]. – URL : https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805ae8b5. – Title from screen.
4. *Glavin R. J. Human performance limitations (communication, stress, prospective memory and fatigue)* [Electronic resource] / R. J. Glavin, M. Phil // *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. – 2011. – Vol. 25. – P. 193–206. – URL : http://html.esahq.org/patientsafetykit/resources/downloads/01_Basics/Human-Performance-Limitations-communication-stress-prospective-memory-and-fatigue.pdf. – Title from screen.
5. *Guidelines for intensive care unit design* / D. R. Thompson, D. K. Hamilton, C. D. Cadenhead [et al.] // *Crit Care Med*. – 2012. – Vol. 40, № 5. – P. 1586–1600.
6. *Haller G. Morbidity in anaesthesia: today and tomorrow* [Electronic resource] / G. Haller, Th. Laroche, F. Clergue // *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. – 2011. – Vol. 25. – P. 123–132. – URL : http://html.esahq.org/patientsafetykit/resources/downloads/01_Basics/Morbidity-in-Anaesthesia-Today-and-Tomorrow.pdf. – Title from screen.
7. *Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology* [Electronic resource]. – URL : http://html.esahq.org/patientsafetykit/resources/downloads/01_Basics/Helsinki-Declaration-on-Patient-Safety-in-Anaesthesiology-Original.pdf. – Title from screen.
8. *International Standards for a Safe Practice of Anesthesia* // *Can. J. Anaesth*. – 2010. – Vol. 57 (11). – P. 1027–1034.
9. *James J. T. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care* / J. T. James // *J. Patient. Saf.* – 2013. – Vol. 9. – P. 122–128.
10. *Makary M. A. Medical error – the third leading cause of death in the US* / M. A. Makary, M. Daniel // *BMJ*. – 2016. – Vol. 353. – I 2139.
11. *Manser T. Managing the aftermath of critical incidents: meeting the needs of health-care providers and patients* [Electronic resource] / T. Manser // *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. – 2011. – Vol. 25. – P. 169–179. – URL : http://html.esahq.org/patientsafetykit/resources/downloads/01_Basics/Managing-the-Aftermath-of-Critical-Incidents-Meeting-the-Needs-of-Health-care-Providers-and-Patients.pdf. – Title from screen.
12. *Merry A. F. The contribution of labelling to safe medication administration in anaesthetic practice* [Electronic resource] / A. F. Merry, D. H. Shipp, J. S. Lowinger // *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. – 2011. – Vol. 25. – P. 145–159. – URL : http://html.esahq.org/patientsafetykit/resources/downloads/01_Basics/The-Contribution-of-Labeling-to-Safe-Medication-Administration-in-Anaesthetic-Practice.pdf. – Title from screen.
13. *Moreno R. P. Patient safety in intensive care medicine: the Declaration of Vienna* / R. P. Moreno, A. Rhodes, Y. Donchin // *Intensive Care Med*. – 2009. – Vol. 35, № 10. – P. 1667–1672.
14. *Østergaard D. Simulation and CRM* [Electronic resource] / D. Østergaard, P. Dieckmann, A. Lippert // *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. – 2011. – Vol. 25. – P. 239–249. – URL : http://html.esahq.org/patientsafetykit/resources/downloads/01_Basics/Simulation-and-CRM.pdf. – Title from screen.
15. *Patient safety in anaesthesiology (basic lectures)* [Electronic resource]. – URL : <http://html.esahq.org/patientsafetykit/resources/basic-lectures.html>. – Title from screen.
16. *Patient safety in anaesthesiology (checklists)* [Electronic resource]. – URL : <http://html.esahq.org/patientsafetykit/resources/checklists.html>. – Title from screen.
17. *Patient safety in anaesthesiology (hazard warnings)* [Electronic resource]. – URL : <http://html.esahq.org/patientsafetykit/resources/hazard-warnings.html>. – Title from screen.
18. *Patient safety in anaesthesiology (home)* [Electronic resource]. – URL : <http://html.esahq.org/patientsafetykit/resources/index.html>. – Title from screen.
19. *Patient safety in anaesthesiology (podcasts)* [Electronic resource]. – URL : <http://html.esahq.org/patientsafetykit/resources/podcasts.html>. – Title from screen.
20. *Patients for Patient Safety: London Declaration* [Electronic resource]. – URL : http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/London_Declaration_EN.pdf. – Title from screen.

21. *Perioperative Goal-Directed Therapy Protocol Summary* [Electronic resource]. – URL : http://html.esahq.org/patientsafetykit/resources/downloads/05_Checklists/Various_Checklists/Perioperative_Goal_Directed_Therapy_Protocols.pdf. – Title from screen.
22. *Reason J. Human error / J. Reason*. – New York, USA : Cambridge University Press 1990.
23. *Safe Sedation Practice for Healthcare Procedures: Standards and Guidance* [Electronic resource]. – URL : <http://www.rcoa.ac.uk/system/files/PUB-SafeSedPrac2013.pdf>. – Title from screen.
24. *Safe Sedation Resources* [Electronic resource]. – URL : <https://www.aci.health.nsw.gov.au/resources/anaesthesia-perioperative-care/sedation/safe-sedation-resources>. – Title from screen.
25. *Safety relevant Internet links* [Electronic resource]. – URL : http://html.esahq.org/patientsafetykit/resources/downloads/01_Basics/Important_and_Useful_Internet_Links.pdf. – Title from screen.
26. *Staender S. Incident reporting in anaesthesiology* [Electronic resource] / S. Staender // *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. – 2011. – Vol. 25. – P. 207–214. – URL : http://html.esahq.org/patientsafetykit/resources/downloads/01_Basics/Incident-Reporting-in-Anaesthesiology.pdf. – Title from screen.
27. *The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology* / J. Mellin-Olsen, S. Staender, D. K. Whitaker [et al.] // *Eur. J. Anaesthesiol.* – 2010. – No. 7. – P. 592–597.
28. *To Err is Human: Building a Safer Health System* / I. T Kohn, J. M. Corrigan, M. S Donaldson; Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. – Washington : National Academy Press, 2000. – 8 p.
29. *Valentin A. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects* / A. Valentin, P. Ferdinande, ESICM Working Group on Quality Improvement // *Intensive Care Med.* – 2011. – Vol. 37, № 10. – P. 1575–1587.
30. *Vimlatia L. Quality and safety guidelines of postanesthesia care: Working Party on Post Anaesthesia Care (approved by the European Board and Section of Anaesthesiology, Union Europe'enne des Me'decins Spe'cialistes)* / L. Vimlatia, F. Gilsanzb, Z. Goldikc // *Eur. J. Anaesthesiol.* – 2009. – Vol. 26 (9). – P. 715–721.
31. *Vincent Ch. The Essentials of Patient Safety* [Electronic resource]. – URL : http://html.esahq.org/patientsafetykit/resources/downloads/01_Basics/Essentials-of-Patient-Safety-Ch-Vincent.pdf. – Title from screen.
32. *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: a Summary. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care* [Electronic resource]. – URL : http://www.who.int/gpsc/5may/tools/who_guidelines-handhygiene_summary.pdf. – Title from screen.
33. *WHO Safe Childbirth Checklist* [Electronic resource]. – URL : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199179/1/WHO_HIS_SDS_2015.26_eng.pdf?ua=1. – Title from screen.
34. *WHO Surgical Safety Checklist* [Electronic resource]. – URL : http://html.esahq.org/patientsafetykit/resources/downloads/05_Checklists/Routine_Checklists/Safe_surgery_checklist.pdf. – Title from screen.
35. *WHO Surgical Safety Checklist: for maternity cases only* [Electronic resource]. – URL : <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=83972>. – Title from screen.
36. *WHO. Patient Safety – programme areas* [Electronic resource]. – URL : <http://www.who.int/patientsafety/about/programmes/en/> – Title from screen.
37. *WHONET* [Electronic resource]. – URL : <http://www.whonet.org/software.html>– Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 18.11.2016 р.

Концептуальная модель стартового пакета по безопасности пациентов для службы анестезиологии Украины

Р.Н. Федосюк

Киевская городская клиническая больница №3,
г. Киев, Украина

Цель – разработать концептуальную модель «Стартового пакета по безопасности пациентов», адаптированного к национальным условиям, для службы анестезиологии Украины.

Материалы и методы. Проведен анализ оригинального «Стартового пакета по безопасности пациентов» ESA и EBA/EUMS, документов ВОЗ, Европейских межправительственных организаций (Европейской Комиссии и Совета Европы) и ведущих международных профессиональных обществ анестезиологов и intensivистов, а также электронного контента Интернет-сайтов, освещающих проблему безопасности пациентов, на предмет идентификации материалов, относящихся к цели работы. Избраны критерии для стратификации отобранных материалов на группы и подгруппы.

Результаты. Предложена концептуальная модель, согласно которой «Стартовый пакет по безопасности пациентов для службы анестезиологии Украины» должен состоять из двух частей – теоретической (документальная база науки о безопасности пациентов) и практической (готовый инструментарий по безопасности пациентов). Теоретическая часть должна состоять из декларативного и учебного подразделов. Практическая часть должна быть разделена на три подгруппы: 1) инструменты, направленные на закладку исходных барьеров (чек-листы, протоколы и алгоритмы); 2) инструменты, направленные на идентификацию пробоев в уже заложенных барьерах (унифицированная форма для периодического аудита по безопасности и пилотный вариант системы инцидент-отчетности); 3) инструменты, направленные на построение новых барьеров на основе полученных уроков (схема анализа коренной причины и форма годового отчета о принятых мерах).

Выводы. Внедрение в повседневную деятельность отечественной службы анестезиологии указанного пакета может стать первым шагом в системной работе по улучшению крайне неблагоприятной статистики медицинских ошибок и инцидентов в анестезиологической практике и прообразом подобных инициатив в других медицинских службах системы здравоохранения Украины.

Ключевые слова: служба анестезиологии, безопасность пациентов, стартовый пакет, модель.

Conceptual model of the starter kit on patient safety for the anaesthesiology service of Ukraine

R.M. Fedosiuk

Kyiv City Clinical Hospital No.3, Kyiv, Ukraine

Purpose – to elaborate a conceptual model “Starter Kit on Patient Safety” adapted to the national conditions kit for the anaesthesiology service of Ukraine.

Materials and methods. Analysis of the original ESA-EBA/EUMS “Starter Kit on Patient Safety”, the documents of the WHO, European intergovernmental organizations (European Commission and Council of Europe), and leading international professional societies of anaesthesiologists and intensive care specialists as well as the electronic content of the Internet sites covering the subject of patient safety is carried out for the purpose of identification of the materials relevant to the goal of the work. Criteria for the stratification of the selected materials into groups and subgroups are chosen.

Results. A conceptual model implying the division of the “Starter Kit on Patient Safety for the Anaesthesiology Service of Ukraine” into theoretical (documental base of the science of patient safety) and practical (ready-made tools on patient safety) parts is proposed. Subdivision of the theoretical part into the declarative and the educational subgroups is suggested. Subdivision of the practical part into three subgroups – 1) tools directed at the building of initial barriers (check-lists, protocols, and algorithms), 2) tools directed at the identification of failures in the initially built-up barriers (unified form for periodic safety audits and pilot version of incident-reporting system), and 3) tools directed at the building of new barriers based on lessons learnt (a root cause analysis scheme and an annual report form on implemented interventions) – is proposed.

Conclusions. Implementation of the above-described kit into a daily activity of the national service of anaesthesiology may become the first step in the systemic work on the improvement of the extremely unfavorable statistics of medical errors and incidents in anaesthesia practice as well as the prototype of the similar initiatives in other medical services of Ukrainian public health system.

Key words: service of anaesthesiology, patient safety, starter kit, model.

Відомості про автора

Федосюк Роман Миколайович – к.мед.н., доц., завідувач відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії Київської міської клінічної лікарні №3; вул. Петра Запорожця, 26, м. Київ, 02125, Україна.

УДК 614.2:658.2:004.942

О.С. Ходор

ПОЛІПШЕННЯ МЕДИЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ДЕРЖАВИ ШЛЯХОМ СТВОРЕННЯ КОМП'ЮТЕРНИХ ПРОГРАМ ДЛЯ МОНІТОРИНГУ РИНКУ ПРАЦІ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Мета – розробити комп'ютерні програми для моніторингу потреби у лікарях – організаторах охорони здоров'я з погляду відповідності попиту та пропозиції на ринку праці.

Матеріали та методи. У роботі використано програмне середовище Clarion 6 Enterprise Edition. Для розробки комп'ютерних програм проведено опитування студентів медичного університету та слухачів факультету післядипломної освіти. Застосовані методи системного та програмно-цільового аналізу – анкетного опитування та інформатики, включаючи побудову комп'ютерних баз даних.

Результати. Із застосуванням програмного середовища Clarion 6 Enterprise Edition створено комп'ютерні програми “Ставлення студентів медичних закладів освіти України III–IV рівнів акредитації до роботи за фахом “Організація і управління охороною здоров'я” та “Ставлення лікарів – організаторів охорони здоров'я до роботи за фахом “Організація і управління охороною здоров'я”. Проведене соціологічне опитування встановило (68,4±2,4% респондентів), що успішній роботі керівника лікувально-профілактичного закладу найбільше перешкоджає діюча система управління сферою охорони здоров'я. Наразі є нагальна необхідність подальшого удосконалення підходів до підготовки організаторів охорони здоров'я.

Висновки. Комп'ютерні програми моніторингу ринку праці дозволяють отримувати аналітичну інформацію про студентів випускних курсів і планувати профілізацію їх підготовки, визначати потребу в управлінських кадрах та отримувати інформацію про працівників системи охорони здоров'я з погляду фахової складової і в перспективі – приймати відповідні управлінські рішення.

Ключові слова: Clarion 6 EE, організатори охорони здоров'я, студенти, управлінські рішення.

Вступ

Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 15 травня 2013 р. №386-р «Про схвалення Стратегії розвитку інформаційного суспільства в Україні» відповідно до програми Європейського Союзу «Європейська стратегія здоров'я 2020», Загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: Український вимір» передбачено створення інформаційно-аналітичних системи, зокрема в сфері охорони здоров'я [7].

Стратегія передбачає розвиток інформаційного суспільства, орієнтованого на інтереси людей, відкритого для всіх, у якому кожна людина може створювати і накопичувати інформацію та знання, мати до них вільний доступ, користуватися і обмінюватися ними, мати можливість повною мірою реалізувати свій потенціал, сприяти суспільному і особистісному розвитку та підвищувати якість життя. Розпорядженням Кабінету Міністрів України також передбачено діяльність лікувально-профілактичних установ з використанням електронних інформаційних ресурсів та автоматизованих інформаційних систем, одним з напрямів діяльності яких є моніторинг ринку праці у сфері охорони здоров'я [6]. Важливість інформатизації у системі охорони здоров'я та

підготовки фахівців на до- та післядипломному рівні є актуальною проблемою сьогодення [3–5, 8, 11, 12].

Для моніторингу потреби у лікарях – організаторах сфери охорони здоров'я з погляду відповідності попиту та пропозиції на ринку праці для планування профілізації підготовки студентів та визначення потреби в управлінських кадрах **метою роботи** стала розробка відповідних комп'ютерних програм.

Матеріали та методи

У роботі використано програмне середовище Clarion 6 Enterprise Edition з метою створення моніторингових комп'ютерних програм. Застосовані методи системного та програмно-цільового аналізу – анкетного опитування та інформатики, включаючи побудову комп'ютерних баз даних.

Результати дослідження та їх обговорення

Застосовуючи програмне середовище Clarion 6 Enterprise Edition, нами створено комп'ютерні програми “Ставлення студентів медичних закладів освіти України III–IV рівнів акредитації до роботи за фахом “Організація і управління охороною здоров'я” та “Ставлення лікарів –

організаторів охорони здоров'я до роботи за фахом «Організація і управління охороною здоров'я».

Ядром середовища Clarion став Словник Даних – репозитарій метаданих, у якому зберігаються описи таблиць баз даних і стандартні атрибути для представлення даних цих таблиць на екрані, в документах і списках перегляду, а також бізнес-правила та опції використання.

Генератор додатків є ключовим інструментом середовища розробки і працює спільно із Словником Даних. Генератор додатків забезпечує створення і супровід додатків у процесі, відомому як віртуальне програмування. Інтерактивні шаблони і класи, які працюють разом з генератором додатків, видають заздалегідь перевірений код. В основі продуктивності лежить проблемно-орієнтована, незалежна від БД, але орієнтована на обробку даних 4GL мова програмування Clarion, розроблена спеціально для створення додатків. Програмне забезпечення може мати доступ практично до будь-яких даних за допомогою вбудованих драйверів бази даних.

Clarion забезпечує собі репутацію засобів швидкої та ефективної розробки додатків БД. На додаток до 4GL мови Clarion в середовище Clarion включені компілятори C++ і Modula-2. Усі мови використовують загальний оптимізатор коду і можуть одночасно застосовуватися в рамках одного додатку. Орієнтоване на обробку даних середовище швидкої розробки додатків, яке включає кодогенерацію і метадані, що багато разів використовуються для швидкого створення додатків.

Завдяки застосуванню кодогенерації, що ґрунтується на словарних метаданих, Clarion допомагає скорочувати час кодування, уникати помилок і доводити проекти до завершення в короткі терміни. Він дозволяє використовувати і розвивати злагоджений набір стандартів кодування, а також допомагає легко і швидко адаптуватися до специфічного стилю кодування.

Метабази Clarion дозволяють генерувати проектний код, використовуючи шаблони. Метабази містять велику частину інформації, що потрібна для створення повнофункціонального додатку, який повністю відповідає своїм проектним вимогам. Розробникам це дає можливість миттєво створювати високоякісні корпоративні додатки, які забезпечують ведення даних і звітність, і допрацьовувати їх з використанням додаткового інструментарію для вирішення специфічних прикладних задач [1, 2].

Застосовуючи вищезгаданий інструмент, нами створено комп'ютерну програму «Ставлення студентів медичних закладів освіти України III–IV рівнів акредитації до роботи за фахом «Організація і управління охороною здоров'я», котра призначена для аналізу та вирішення проблем освіти, кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я України з погляду динаміки мотивації студентів IV, V, VI курсів лікувального та стоматологічного факультетів вищих медичних навчальних закладів України III–IV рівнів акредитації щодо професійної діяльності за фахом «Організація і управління охороною здоров'я».

Завданням комп'ютерної програми є прогнозування потреби в управлінських кадрах,

кадрового резерву, елементів його підготовки, планування профілізації підготовки студентів та робочих місць, досягнення відповідності попиту та пропозиції на ринку праці у сфері охорони здоров'я, а також проведення системного моніторингу оцінки студентами фаху, що вони здобувають, виділення та аналіз основних факторів впливу на формування ставлення до фаху, спеціальності, посади, виду лікувально-профілактичного закладу та форми власності такого закладу [9].

Адаптовано до цієї програми ми створили Карту соціологічного опитування, до яких включили найбільш важливі питання, що дають повне уявлення про наміри окремих випускників бачити себе після закінчення навчального закладу управлінцем у системі охорони здоров'я.

Таким опитуванням було охоплено 1098 студентів IV, V, VI курсів лікувального та стоматологічного факультетів національного медичного університету у Львові.

На думку більшості опитаних респондентів (77,7±1,29%), лікувально-профілактичну установу повинен очолювати лікар, а не менеджер (зі спеціальністю «Менеджмент організацій»), який не обізнаний зі специфікою галузі охорони здоров'я. Проте вони вважають за потрібне впровадити в навчальний процес додатковий курс менеджменту, спираючись на те, що функції організатора охорони здоров'я збігаються з функціями менеджера.

Щодо підготовки керівників закладів охорони здоров'я: 41,0±2,03% анкетованих студентів вважають, що готувати таких спеціалістів потрібно в інтернатурі (первинна спеціалізація), 31,9±2,27% – у магістратурі з дисципліни «Громадське здоров'я та охорона здоров'я», 17,8±1,87% – на курсах спеціалізації факультетів післядипломної освіти.

Водночас 81,6±2,21% опитаних студентів хотіли б працювати в обласних, районних або міських лікувально-профілактичних закладах. Жоден студент не виявив бажання після закінчення навчального закладу працювати в амбулаторії загальної практики – сімейної медицини.

Висловили бажання бути організаторами 88,4±1,53% опитаних. При вивченні основних мотивів у намаганні посісти посаду керівника медичної установи 34,6±1,89% відповіли, що хочуть проявити свої лідерські намагання.

Враховуючи сучасний не найкращий соціальний статус лікаря у нашому суспільстві, 38,7±1,81% опитаних студентів, ще навчаючись в університеті, уже висловили бажання після закінчення навчального закладу працювати за межами України.

Соціологічне дослідження виявило необхідність подальшого удосконалення підходів до підготовки та роботи майбутніх організаторів охорони здоров'я. В умовах реформування медичної галузі є потреба у якісному вишколі сучасних керівних кадрів для управління мережею діючих та нових медичних установ усіх форм власності. Успішній роботі організатора в Україні перешкоджає низька оплата праці та недооцінка державою професії лікаря.

Наступним нашим кроком було створення комп'ютерної програми "Ставлення лікарів – організаторів охорони здоров'я до роботи за фахом "Організація і управління охороною здоров'я", яка призначена для аналізу та вирішення проблем кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я України з погляду ставлення лікарів-організаторів до професійної діяльності за фахом "Організація і управління охороною здоров'я".

Завданням комп'ютерної програми є прогнозування потреби в управлінських кадрах, кадровому резерві, елементах його підготовки, планування підготовки управлінських кадрів та робочих місць, досягнення відповідності попиту та пропозиції на ринку праці в управлінській сфері, а також аналіз основних факторів впливу на формування ставлення до фаху, посади, виду лікувально-профілактичного закладу та форми власності такого закладу [10].

Роботу комп'ютерної програми передбачено за напрямками фахової складової про організаторів охорони здоров'я та отриманням аналітичної інформації про респондента за відповідними комбінованими критеріями.

Проведене нами опитування 955 слухачів за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» показало, що на сьогодні система підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації управлінців галузі охорони здоров'я в Україні потребує істотної перебудови.

На думку більшості респондентів (55,5±2,5%), як серед студентів, лікувально-профілактичну установу повинен очолювати лікар, а не менеджер, який не обізнаний зі специфікою галузі охорони здоров'я. Однак вони вважають за потрібне впровадити в навчальний процес додатковий курс менеджменту, спираючись на те, що такі функції організатора охорони здоров'я збігаються з функціями менеджера (управителя).

Щодо підготовки керівників закладів охорони здоров'я 18,3±1,1% управлінців вважають, що готувати таких спеціалістів потрібно в інтернатурі (первинна спеціалізація), 35,0±0,9% – на курсах спеціалізації факультетів післядипломної освіти, а 40,1±0,8% – у закладах освіти з питань громадського здоров'я.

Із загальної чисельності опитаних 99,4±2,2% виявили бажання і в подальшому бути організаторами охорони здоров'я. При вивченні основних мотивів у намаганні посісти посаду керівника медичної установи 31,6±1,2% відповіли, що хочуть зробити свій фаховий внесок в охорону здоров'я.

Враховуючи сучасний не найкращий соціальний статус лікаря у нашому суспільстві 68,4±2,4% опитаних вважають, що успішній роботі організатора найбільше

перешкоджає діюча система управління сферою охорони здоров'я.

Соціологічне дослідження виявило необхідність подальшого удосконалення підходів до підготовки керівників закладів системи охорони здоров'я. Основними механізмами оптимізації підготовки таких керівників мають стати: зміни у розробці професійно-кваліфікаційних характеристик для різних категорій керівників охорони здоров'я (ДКХП у випуску №78: "Охорона здоров'я"); зміни у Ліцензійних умовах провадження господарської діяльності з медичної практики (накази Міністерства охорони здоров'я України № 130 від 02.03.2011, № 847 від 05.12.2011 № 981 від 30.11.2012); інтеграція вітчизняної освіти з управління охороною здоров'я в європейський освітній простір; перегляд навчальних планів і робочих програм на користь різних способів підготовки та самопідготовки слухачів за напрямком «Організація і управління охороною здоров'я».

Висновки

1. На відміну від багатьох інших інструментів, що ґрунтуються на мовах загального призначення, Clarion адаптований виключно на розробку інформаційних додатків. Цей об'єктно-орієнтований програмний інструмент зі своїм інтегрованим середовищем розробки може слугувати для моніторингу ринку праці держави шляхом створення відповідних комп'ютерних програм.

2. Комп'ютерна програма "Ставлення студентів медичних закладів освіти України III–IV рівнів акредитації до роботи за фахом "Організація і управління охороною здоров'я" дозволяє отримувати аналітичну інформацію про студентів з погляду відповідності попиту та пропозиції на ринку праці сфери охорони здоров'я, що дає можливість планування профілізації підготовки студентів та визначення потреби в управлінських кадрах.

3. Комп'ютерна програма "Ставлення лікарів – організаторів охорони здоров'я до роботи за фахом "Організація і управління охороною здоров'я" дає можливість отримувати інформацію про працівників системи охорони здоров'я з погляду фахової складової і приймати відповідні управлінські рішення.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці концептуальної моделі первинної спеціалізації за фахом "Організація і управління охороною здоров'я", її функцій і структури в контексті суспільних потреб та реформування галузі охорони здоров'я України.

Література

1. *Засоби* для створення додатків [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://um.co.ua/2/2-6/2-67596.html>. – Назва з екрану.
2. *Кларіон*, бази даних, статті [Електронний документ]. – Режим доступу : http://easy-code.com.ua/2011/10/klarion-clarion-bazi-danix-statti/http://www.clarion.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=27&Itemid=25. – Назва з екрану.
3. *Кривенко Є. М.* Медико-соціальне обґрунтування моделі управлінської діяльності охорони здоров'я регіонального рівня на основі її інформатизації: автореф. дис. ... канд. мед. наук : спеціальність 14.02.03 / Кривенко Євгеній Миколайович; Харків. нац. мед. університет. – Харків, 2016. – 24 с.
4. *Лобас В. М.* Електронні засоби державного управління охороною здоров'я / В. М. Лобас, А. В. Владзимирський, В. В. Мозговой. – Донецьк : Ноулідж, 2012. – 222 с.
5. *Любінець О. В.* Інформаційне забезпечення управління в охороні здоров'я : методичні рекомендації для організаторів охорони здоров'я, керівників лікувально-профілактичних закладів та держсанепідслужби. Ч. I : Теоретичні основи застосування інформаційних технологій / О. В. Любінець, О. Є. Ходор, Б. М. Самчук. – Львів, 2016. – 59 с.
6. *Про Стратегію сталого розвитку «Україна–2020»* : Указ Президента України від 12.01.2015 р. № 5/2015 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
7. *Про схвалення Стратегії розвитку інформаційного суспільства в Україні: розпорядження Кабінету Міністрів України від 15 травня 2013 р. № 386-р* [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws>. – Назва з екрану.
8. *Сілкова О. В.* Контроль знань та вмій у студентів вищих медичних навчальних закладів в умовах використання комп'ютерних систем: автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Сілкова Олена Вікторівна; Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. – Київ, 2003. – С. 167–188.
9. *Ходор О. Є.* Свідоцтво Державної служби інтелектуальної власності України про реєстрацію авторського права на твір № 56109 від 18.08.2014 р. / О.Є. Ходор // Комп'ютерна програма “Ставлення студентів медичних закладів освіти України III–IV рівнів акредитації до роботи за фахом “Організація і управління охороною здоров'я” // Авторське право і суміжні права : офіц. бюл. – 2014. – № 18. – С. 272.
10. *Ходор О. Є.* Свідоцтво Державної служби інтелектуальної власності України про реєстрацію авторського права на твір № 56227 від 29.08.2014 р. / О.Є. Ходор // Комп'ютерна програма “Ставлення лікарів – організаторів охорони здоров'я до роботи за фахом “Організація і управління охороною здоров'я” // Авторське право і суміжні права : офіц. бюл. – 2014. – № 18. – С. 283.
11. *Kierowanie przemianami podczas przeprowadzania reformy systemu ochrony zdrowia Ukrainy / V. Lechan, G. Slabky, V. Weselskij [et al.]* // Dni medycyny społecznej i zdrowia publicznego „Polska 2012 – priorytetyzdrowiapublicznego”. – Zielona Góra, 2012. – S. 41.
12. *Lyubinets O.* Stosunek organizatorów opieki zdrowotnej do działalności administracyjnej / O. Lyubinets, O. Khodor // Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego. Naukowy komunikat konferencyjny. «Współczesne wyzwania zdrowia publicznego». – Polska Jurata, 2–4 czerwca 2016. – S. 53.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.11.2016 р.

**Улучшение медицинского потенциала государства
путем создания компьютерных программ
для мониторинга рынка труда**

О.Е. Ходор

Львовский национальный медицинский университет
имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина
ГУ «Украинский институт стратегических исследований
Министерства здравоохранения Украины»,
г. Киев, Украина

Цель – разработать компьютерные программы для мониторинга потребности во врачах – организаторах здравоохранения с точки зрения соответствия спроса и предложения на рынке труда.

Материалы и методы. В работе использована программная среда Clarion 6 Enterprise Edition. Для разработки компьютерных программ проведен опрос студентов медицинского университета и слушателей факультета последиplomного образования. Применены методы системного и программно-целевого анализа – анкетного опроса и информатики, включая построение компьютерных баз данных.

Результаты. С применением программной среды Clarion 6 Enterprise Edition нами созданы компьютерные программы "Отношение студентов медицинских учебных заведений Украины III–IV уровней аккредитации к работе по специальности "Организация и управление здравоохранением" и "Отношение врачей – организаторов здравоохранения к работе по специальности "Организация и управление здравоохранением". Проведенный социологический опрос установил (68,4±2,4% респондентов), что успешной работе руководителя лечебно-профилактического учреждения препятствует действующая система управления здравоохранением. Сегодня существует настоятельная необходимость дальнейшего совершенствования подходов к подготовке организаторов здравоохранения.

Выводы. Компьютерные программы мониторинга рынка труда позволяют получать аналитическую информацию о студентах выпускных курсов и планировать профилирование их подготовки, определять потребность в управленческих кадрах и получать информацию о работниках системы здравоохранения с точки зрения профессиональной составляющей и в перспективе – принимать соответствующие управленческие решения.

Ключевые слова: Clarion 6 EE, организаторы здравоохранения, студенты, управленческие решения.

**Improving the health potential of the State by creating
computer programs for monitoring the labor market**

O.Ye. Khodor

Danylo Halytsky Lviv National Medical University,
Lviv, Ukraine
PE "Ukrainian Institute of Strategic Research
MHC of Ukraine", Kyiv, Ukraine

Purpose – the development of software to monitor the need for doctors – the organizer of healthcare in terms of matching supply and demand in the labor market.

Materials and methods. The paper used software environment Clarion 6 Enterprise Edition. To develop computer programs surveyed students of medical university students and faculty of postgraduate education. The applied methods of system and performance-based analysis, namely, questionnaire and computer science, including the construction of computer databases.

Results. Using software environment Clarion 6 Enterprise Edition we have created a computer program "The attitude of students of medical educational institutions of Ukraine III–IV accreditation to work in "Organization and Health Management" and "Addicted doctors – organizers of healthcare work in the "Organization and management of health." A sociological poll finds (68.4±2.4% of respondents), that the success of the head of the health-care setting prevents most active system of health care. Currently, there is an urgent need for further improvement of approaches to the training of healthcare professionals.

Conclusions. Computer programs for monitoring the labor market can receive analytical information about graduate students and plan their specialization training, determine the need for administrative staff and obtain information about employees of the health system in terms of professional component and in the future – appropriate management decisions.

Key words: Clarion 6 EE, health care, students, administrative decisions.

Відомості про автора

Ходор Орест Євгенович – старший викладач кафедри організації і управління охороною здоров'я факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Пекарська, 69, м. Львів, 07910, Україна.

УДК 314.4:613.816:616.36.004(477-37)

Л.А. Чепелевська, О.М. Дзюба, В.В. Кручаниця

РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ВІД ФІБРОЗУ І ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ ТА АЛКОГОЛЬНОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ

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

Мета – виявити регіональні особливості смертності населення України від фіброзу і цирозу та алкогольної хвороби печінки.

Матеріали та методи. Дослідження проведено за даними Державної служби статистики України про смертність населення від фіброзу і цирозу печінки та алкогольної хвороби печінки за статтю, типом поселення, регіонами. Застосовано методи демографічної, медичної та математичної статистики.

Результати. Виявлено високий рівень смертності від фіброзу і цирозу печінки в Дніпропетровській, Одеській, Херсонській областях та високий рівень смертності від алкогольної хвороби печінки в Миколаївській, Закарпатській, Хмельницькій областях. Рівень смертності серед цих патологій вищий у чоловіків, ніж у жінок, а також серед міських чоловіків, ніж серед сільських, а за смертністю від алкогольної хвороби печінки вищий рівень серед сільського населення.

Висновки. Смертність чоловіків вища за смертність жінок як від фіброзу і цирозу печінки, так і від алкогольної хвороби печінки, як серед міського, так і серед сільського населення, особливо в Дніпропетровській, Одеській, Миколаївській та Закарпатській областях.

Ключові слова: смертність, фіброз і цироз печінки, алкогольна хвороба печінки, стаття, тип поселення, регіон.

Вступ

Демографічна ситуація в тій чи іншій країні характеризує відтворення населення країни у просторовій та часовій визначеності. Забезпечення умов розвитку народонаселення України має розглядатися як один із найпріоритетніших національних інтересів в основах державної політики та національної безпеки. Демографічний чинник є одним із визначальних для забезпечення стабільного та безпечного розвитку держави, а проблеми оптимального демографічного розвитку слід розглядати як першочергові інтереси держави, як фактор і водночас як результат її функціонування. Від показників демографічного розвитку залежать розвиток трудового потенціалу і відповідно величина сукупного національного доходу. Аналіз сучасної демографічної ситуації, а також динаміки останніх років свідчать про наявність в Україні, поряд із соціально-економічними проблемами, глибокої демографічної кризи [2–4].

Зниження рівня смертності від хронічних неінфекційних захворювань узагалі та її складової хвороб органів травлення зокрема, – це проблема не лише охорони здоров'я, але й соціальна, тому шляхи її вирішення мають бути загальнодержавними [5]. За деякими даними [7], лише у 2011 р. від хвороб органів травлення померли 55,2 на 100 тис. населення, що перевищило європейський показник у 2 рази.

Загально визнано, що епідемія хронічних неінфекційних захворювань значною мірою пов'язана зі способом життя. При цьому чинники ризику, пов'язані зі способом життя людини, є спільними для основних

хронічних неінфекційних захворювань. Зниження підвищених рівнів ризик-чинників супроводжується зменшенням захворюваності і смертності від хронічних неінфекційних захворювань [10].

При проведенні порівняльного аналізу дослідники [6, 8] дійшли висновку, що хвороби органів травлення посіли в Україні третє місце у структурі загальної захворюваності. Поширеність хвороб органів травлення серед мешканців України невпинно зростає і за період 2002–2011 рр. підвищилась на 22,8%. Найвищі темпи зростання (майже у 2 рази) спостерігались для хвороб підшлункової залози, жовчнокам'яної хвороби та хронічного гепатиту [7, 9].

Смертність від хвороб органів травлення посіла 4-те місце у структурі смертності населення (після хвороб системи кровообігу, новоутворень і нещасних випадків) [1].

Мета роботи – виявити регіональні особливості смертності населення України від фіброзу і цирозу та алкогольної хвороби печінки.

Матеріали та методи

Дослідження проведено на підставі даних Державної служби статистики України про смертність населення за класом причин смерті – хвороби органів травлення, за нозологіями: фіброз і цироз печінки, алкогольна хвороба печінки, за статтю, типом поселення, за регіонами, за 2015 р. У роботі застосовано методи демографічної, медичної та математичної статистики. Розраховано коефіцієнти смертності на 100 тис. населення.

Результати дослідження та їх обговорення

У структурі причин смертності від хвороб органів травлення фіброз і цироз печінки та алкогольна хвороба печінки становлять 59,9% серед усього населення, серед чоловіків – 62,7%, серед жінок – 46,2%, серед міського населення – 58,2%, серед сільського населення – 63,2%, серед міських чоловіків – 63,5%, серед міських жінок – 53,6%, серед сільських чоловіків – 66,4%, серед сільських жінок – 62,5%.

Регіональні особливості смертності від фіброзу і цирозу печінки проявлялися в тому, що найвищі рівні спостерігались у Донецькій (48,2 на 100 тис. населення), Дніпропетровській (46,3 на 100 тис. населення), Київській (45,2 на 100 тис. населення), Одеській (41,4 на 100 тис. населення) та Херсонській (36,1 на 100 тис. населення) областях при 31,7 на 100 тис. населення по Україні. Різниця між мінімальним і максимальним рівнями смертності сягала більше двох разів (рис. 1).

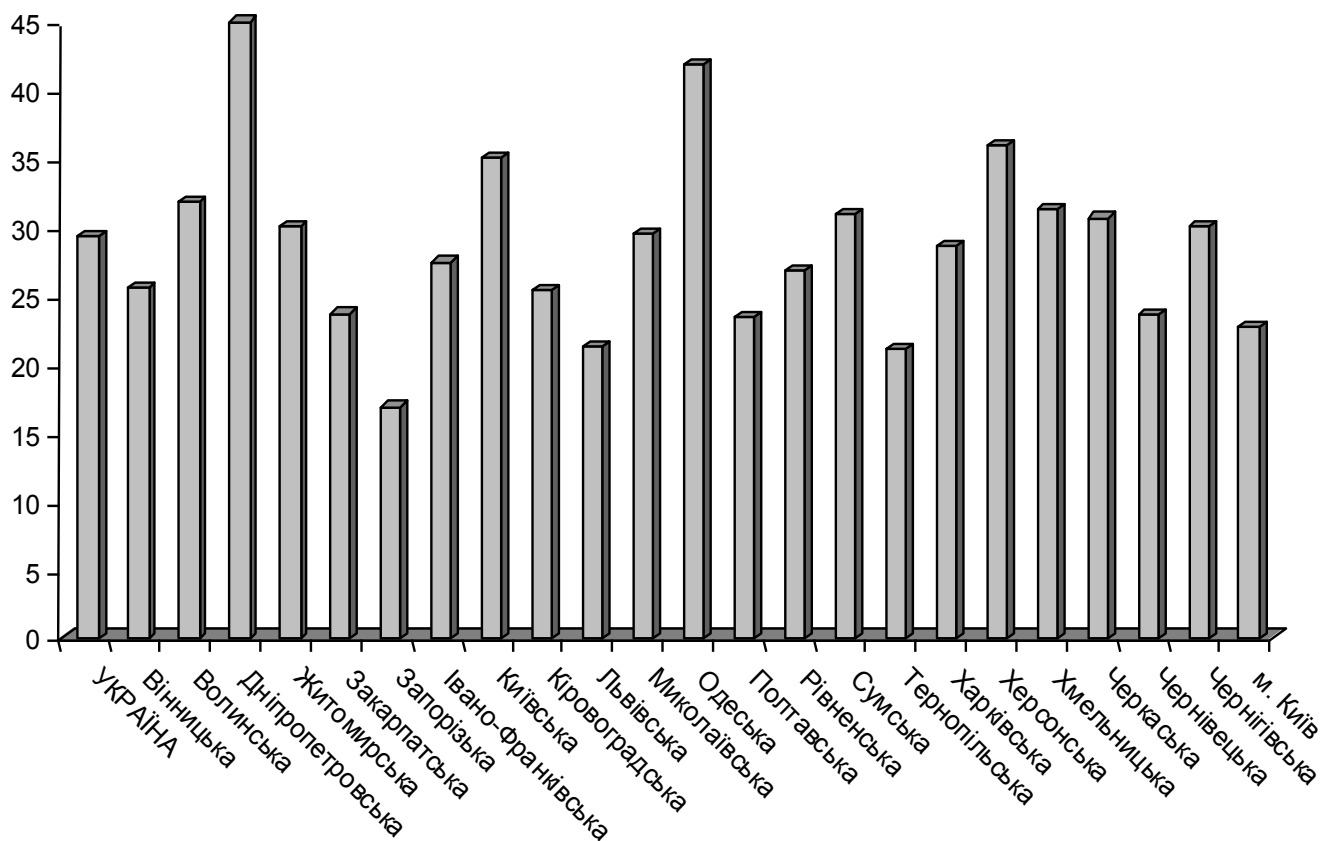


Рис. 1. Смертність населення від фіброзу і цирозу печінки в регіонах України, на 100 тис. населення, 2015 р.

Серед чоловіків найвищі рівні смертності від фіброзу і цирозу печінки відмічались у Дніпропетровській, Херсонській, Київській, Черкаській та Одеській областях і досягали рівня 61,5–47,3 на 100 тис. населення.

Смертність жінок від цієї патології була в 2 рази меншою за смертність чоловіків. Максимальні рівні

смертності спостерігались в Одеській (36,9 на 100 тис. населення), Дніпропетровській (31,0 на 100 тис. населення), Херсонській (24,9 на 100 тис. населення), Київській (23,8 на 100 тис. населення) та Миколаївській (22,5 на 100 тис. населення) областях (рис. 2).

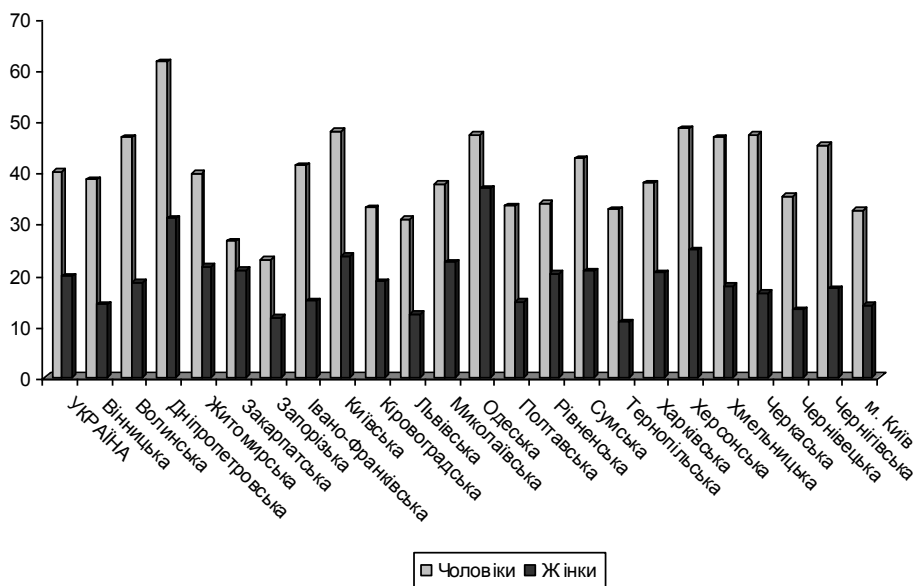


Рис. 2. *Смертність чоловіків і жінок від фіброзу та цирозу печінки в регіонах України, на 100 тис. населення, 2015 р.*

Серед міського населення рівень смертності від фіброзу і цирозу печінки найвищим був у Дніпропетровській (46,1 на 100 тис. населення), Вінницькій (37,0 на 100 тис. населення), Херсонській (36,0 на 100 тис. населення), Одеській (34,3 на 100 тис. населення) та Київській (32,7 на 100 тис. населення) областях.

Найвищі рівні смертності спостерігались серед сільського населення в Одеській (56,7 на 100 тис. населення), Дніпропетровській (39,3 на 100 тис. населення), Київській (38,7 на 100 тис. населення), Хмельницькій (37,3 на 100 тис. населення) та Чернігівській (35,9 на 100 тис. населення) областях (рис. 3).

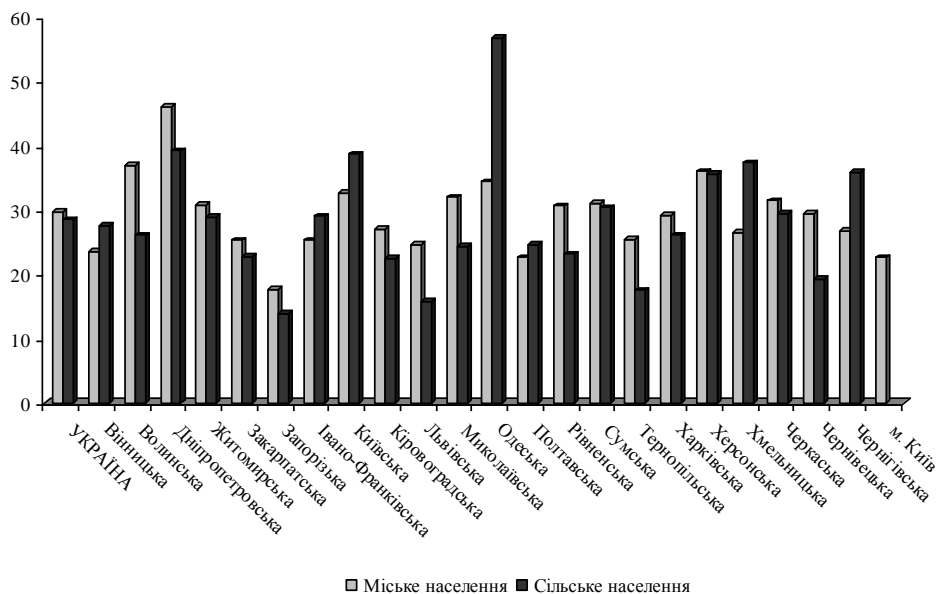


Рис. 3. *Смертність міського і сільського населення від фіброзу та цирозу печінки в регіонах України, на 100 тис. населення, 2015 р.*

Смертність від алкогольної хвороби печінки посіла друге місце в структурі причин смерті від хвороб органів травлення і склала 7,4% (4,1 на 100 тис. населення) серед усього населення. У регіональному плані найвищий рівень спостерігався в Миколаївській (16,1 на

100 тис. населення), Закарпатській (15,2 на 100 тис. населення), Хмельницькій (9,0 на 100 тис. населення), Сумській (6,6 на 100 тис. населення) та Чернігівській (5,7 на 100 тис. населення) областях (рис. 4).

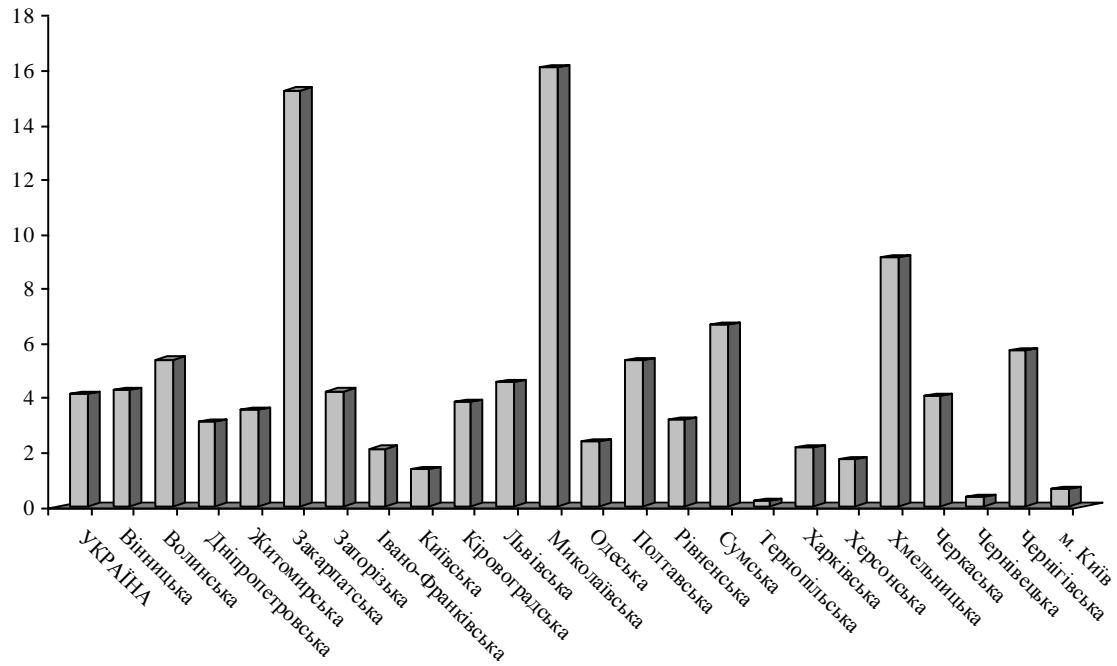


Рис. 4. *Смертність населення від алкогольної хвороби печінки в регіонах України, на 100 тис. населення, 2015 р.*

Серед чоловічого населення найвищі рівні смертності спостерігались у Миколаївській (23,2 на 100 тис. населення), Закарпатській (18,4 на 100 тис. населення), Хмельницькій (13,4 на 100 тис. населення) Сумській (11,1 на 100 тис. населення) та Волинській (9,8 на 100 тис. населення) областях. Вони були в 3,8–1,6 разу вищими, ніж у середньому по Україні.

Смертність жінок була меншою за смертність чоловіків у 2,4 разу. У регіонах найвищий рівень смертності відмічався в Закарпатській (14,1 на 100 тис. населення), Миколаївській (9,9 на 100 тис. населення) та Хмельницькій (5,3 на 100 тис. населення) областях (рис. 5).

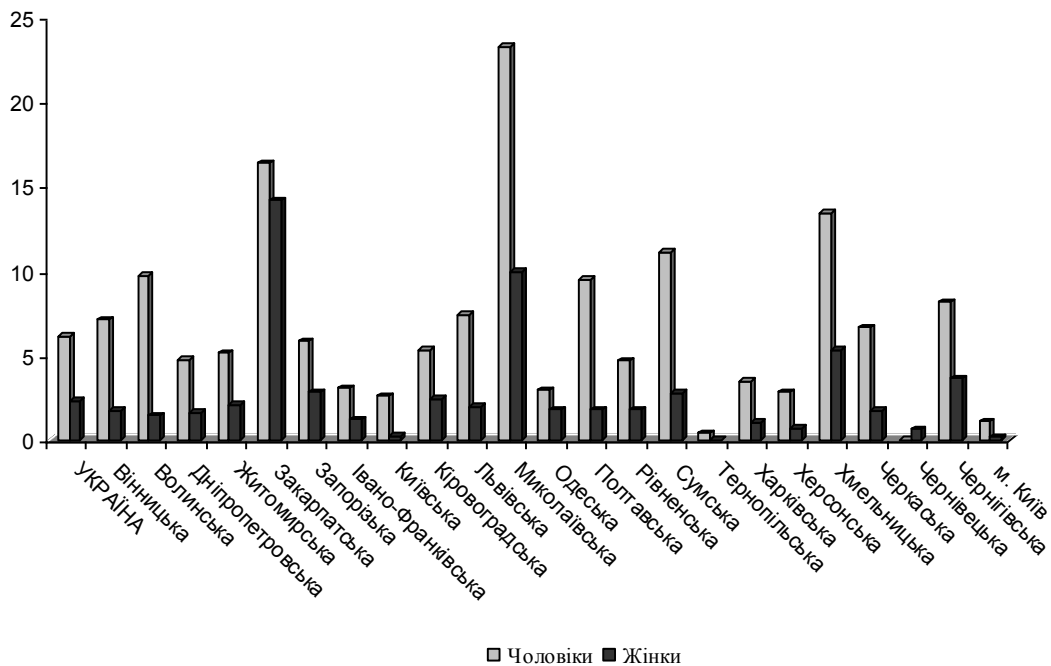


Рис. 5. *Смертність чоловіків і жінок від алкогольної хвороби печінки в регіонах України, на 100 тис. населення, 2015 р.*

Серед міського населення смертність від цієї патології дорівнювала 3,2 на 100 тис. населення. Найвищою вона була в таких областях, як Закарпатська (15,6 на 100 тис. населення), Миколаївська (11,9 на 100 тис. населення), Хмельницька (7,9 на 100 тис. населення), Сумська (6,5 на 100 тис. населення) та Волинська (4,8 на 100 тис. населення).

Рівень смертності від цієї патології серед

сільського населення був вищим, ніж серед міського, і становив 5,9 на 100 тис. населення. У Миколаївській області він склав 25,2 на 100 тис. населення, що більше ніж у 4 рази перевищувало рівень по Україні. Високий рівень смертності відмічався також у Закарпатській (15,0 на 100 тис. населення), Хмельницькій (10,6 на 100 тис. населення), Полтавській (7,8 на 100 тис. населення) та Сумській (6,8 на 100 тис. населення) областях (рис. 6).

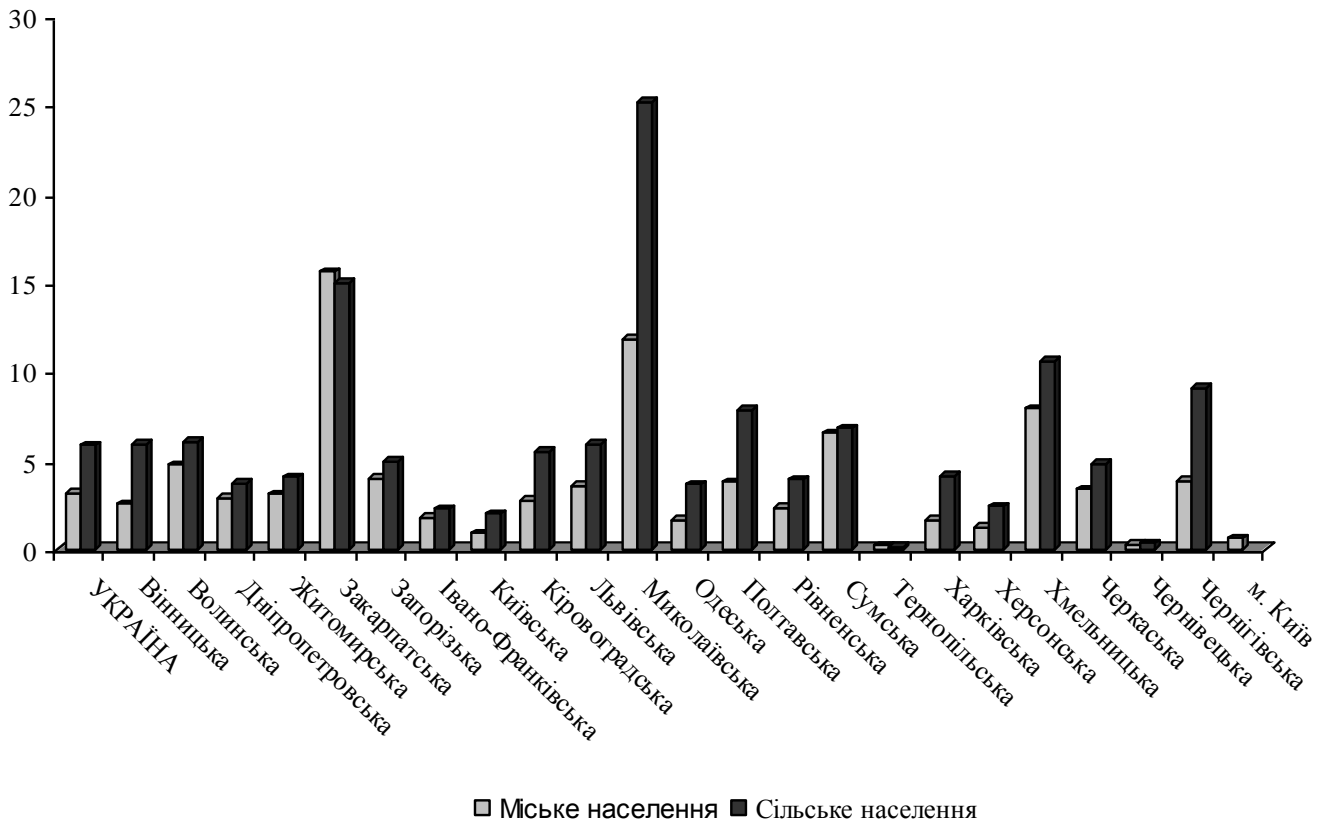


Рис. 6. Смертність міського і сільського населення від алкогольної хвороби печінки в регіонах України, на 100 тис. населення, 2015 р.

Висновки

У структурі причин смертності від хвороб органів травлення фіброз і цироз печінки та алкогольна хвороба печінки становлять 59,9% серед усього населення, серед чоловіків – 62,7%, серед жінок – 46,2%, серед міського населення – 58,2%, серед сільського населення – 63,2%.

Регіональні особливості смертності від фіброзу і цирозу печінки проявляються в тому, що найвищі рівні спостерігаються в Донецькій, Дніпропетровській, Київській, Одеській та Херсонській областях (48,2–36,1 на 100 тис. населення).

Смертність від алкогольної хвороби печінки посідає друге місце в структурі причин смерті від хвороб органів травлення і становить 7,4% (4,1 на 100 тис. населення) серед усього населення. Найвищий рівень відмічається в Миколаївській, Закарпатській,

Хмельницькій, Сумській та Чернігівській областях (16,1–5,7 на 100 тис. населення).

Смертність чоловіків вища за смертність жінок як від фіброзу і цирозу печінки, так і від алкогольної хвороби печінки, як серед міського, так і серед сільського населення. Найвищі рівні смертності спостерігаються в Дніпропетровській, Одеській, Миколаївській та Закарпатській областях.

Перспективи подальших досліджень

У подальшому слід дослідити зв'язок між факторами, що впливають на виникнення таких хвороб, як фіброз і цироз печінки та алкогольна хвороба печінки, та поширеністю зазначених хвороб у різних регіонах України.

Література

1. *Боровик С. П.* V З'їзд гастроентерологів України: підведення підсумків та рух уперед / С. П. Боровик. – 2014. – № 5 (103). – IX/X. – С. 24–26.
2. *Венская декларация о питании и неинфекционных заболеваниях в контексте политики «Здоровье – 2020».* – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 [Электронный документ]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/234384/Vienna-Declaration-on-Nutrition-and-Noncommunicable-Diseases-in-the-Context-of-Health-2020-Rus.pdf. – По состоянию на 10 декабря 2013 г. – Название с экрана.
3. *Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг.* – Женева : Всемирная организация здравоохранения, 2013 [Электронный документ]. – Режим доступа : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-ru.pdf, по состоянию на 10 декабря 2013 г. – Название с экрана.
4. *Здоровье – 2020: Основы европейской политики и стратегия для XXI века.* – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 [Электронный документ]. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>, по состоянию на 10 декабря 2013 г. – Название с экрана.
5. *Петрова С. В.* Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформи медичного обслуговування [Електронний ресурс] / С. В. Петрова // Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування. – 2014. – № 2. – Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Ttpdu_2014_2_14.pdf. – Назва з екрана.
6. *Романюк Л. М.* Основні закономірності та тенденції поширеності ХОТ / Л. М. Романюк, Н. Є. Федчишин, С. Є. Шостак // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2013. – № 1 (55). – С. 49–52.
7. *Рынгач Н. Л.* Смертность от болезней органов пищеварения в Украине: что изменилось? / Н. Л. Рынгач // Демоскоп. – 2013. – № 567–568, 16–29 сентября.
8. *Сайт Державної служби статистики України* [Електронний документ]. – Режим доступу : http://ukrstat.org/uk/operativ/operativ2007/gdn/sns/dod_1_06.htm. – Назва з екрана.
9. *Шевчук П. Є.* Сучасні зрушення у регіональній диференціації смертності та тривалості життя в Україні / П. Є. Шевчук [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/8719/03-Shevchuk.pdf?sequence=1>. – Назва з екрана.
10. *European mortality database (MDB), WHO/Europe* [Electronic resource]. – Access mode : <http://data.euro.who.int/hfamdb>. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.11.2016 р.

**Региональные особенности смертности населения
Украины от фиброза и цирроза печени
и алкогольной болезни печени**

Л.А. Чепелевская, А.Н. Дзюба, В.В. Кручаниця

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

Цель – выявить региональные особенности смертности населения Украины от фиброза и цирроза и алкогольной болезни печени.

Материалы и методы. Исследование проведено по данным Государственной службе статистики Украины о смертности населения от фиброза и цирроза печени и алкогольной болезни печени по стати, типу поселения, регионам. В исследовании применены методы демографической, медицинской и математической статистики.

Результаты. Выявлен высокий уровень смертности от фиброза и цирроза печени в Днепропетровской, Одесской, Херсонской областях и высокий уровень смертности от алкогольной болезни печени в Николаевской, Закарпатской, Хмельницкой областях. Уровень смертности среди этих патологий выше у мужчин, чем у женщин, а также среди городских мужчин, чем среди сельских, а за смертностью от алкогольной болезни печени высший уровень среди сельского населения.

Выводы. Смертность мужчин была высшей смертности женщин, как от фиброза и цирроза печени, так и от алкогольной болезни печени, как среди городского, так и среди сельского населения, особенно в Днепропетровской, Одесской, Николаевской и Закарпатской областях.

Ключевые слова: смертность, фиброз и цирроз печени, алкогольная болезнь печени, пол, тип поселения, регион.

**Regional features of population mortality
caused by liver fibrosis and cirrhosis
and alcoholic liver disease**

L.A. Chepelevska, O.M. Dziuba, V.V. Kruchanytsia

PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches
MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Purpose – to define regional features of population mortality in Ukraine that is caused by liver fibrosis and cirrhosis and alcoholic liver disease.

Materials and methods. The study was conducted on the base of the State statistics on mortality from liver fibrosis and cirrhosis and alcoholic liver disease by gender, type of settlement, by the regions. Demographic, medical and mathematical statistics methods were applied.

Results. The high level of mortality from liver fibrosis and cirrhosis was revealed in Dnipropetrovsk, Odesa, Kherson regions. The high mortality from alcoholic liver disease was revealed in Mykolaiv, Khmelnytsky, Transcarpathian regions. Mortality level among these pathologies is higher among men than among women, and also among urban males than among rural ones, and mortality level from alcoholic liver disease is higher among rural population.

Conclusions. The mortality rate among men is higher than that among women both from liver fibrosis and cirrhosis and from alcoholic liver disease, both among urban and rural population, especially in Dnipropetrovsk, Odesa, Mykolayiv and Transcarpathian regions.

Key words: mortality, liver fibrosis and cirrhosis, alcoholic liver disease, gender, type of settlement, region.

Відомості про авторів

Чепелевська Людмила Андріївна – д.мед.н., проф., завідувач відділу медико-демографічних досліджень ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Дзюба Олександр Миколайович – д.мед.н., проф., заступник директора з наукової роботи ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Кручаниця Василь Васильович – пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 314.4:616.31-008.1(477-37)

Л.А. Чепелевська, В.Г. Слабкий

ТЕНДЕНЦІЇ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ВІД ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ: РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ

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

Мета – виявити особливості та динаміку смертності населення від хвороб органів травлення в Україні та її регіонах.

Методи: демографічної, медичної та математичної статистики, системного підходу.

Результати. Виявлено тенденції смертності населення України від хвороб органів травлення. Відмічено поступове, незначне зниження її в цілому серед усього населення України при його зростанні серед сільського населення, сільських чоловіків і сільських жінок. У Сумській, Херсонській, Харківській та Чернігівській областях зафіксовано зростання цього показника до 40%. Серед працездатного населення рівень смертності від хвороб органів травлення був найвищим у Донецькій, Миколаївській, Дніпропетровській областях.

Висновки. Виявлено негативні тенденції смертності населення України від хвороб органів травлення. Групи підвищеного ризику – сільське населення, сільські чоловіки та сільські жінки, особливо в Сумській, Херсонській і Миколаївській областях.

Ключові слова: смертність, хвороби органів травлення, стать, вік, тип поселення, регіон.

Вступ

В Україні ще дуже мало застосовуються міжнародні стандарти та підходи до поліпшення харчування населення. Про це свідчить значний рівень смертності населення від хвороб органів травлення та вихід цієї причини смерті в структурі смертності на більш високе рейтингове місце.

За прогнозами експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, у XXI ст. патологія органів травлення займе одне з провідних місць у структурі захворюваності населення нарівні із серцево-судинною патологією [5]. В Україні гастроентерологічна патологія протягом тривалого часу посідає третє місце в структурі загальної захворюваності, п'яте – серед госпіталізованих, восьме – серед причин тимчасової непрацездатності, сьоме – в структурі первинного виходу на інвалідність [3]. Факторами ризику виникнення цих захворювань є низька якість харчування, його незбалансованість, незадовільна організація харчування вдома і на роботі, самолікування, пізні звертання по кваліфіковану медичну допомогу тощо.

Поширеність хвороб органів травлення серед населення України невинно підвищується і за період 2002–2011 рр. її рівень зріс на 22,8%. Найвищі темпи зростання (майже у 2 рази) характерні для хвороб підшлункової залози, жовчнокам'яної хвороби та хронічного гепатиту [1, 2, 4].

Смертність від хвороб органів травлення посідає четверте місце у структурі смертності населення (після хвороб системи кровообігу, новоутворень і нещасних випадків). У структурі смертності від хвороб органів травлення переважають цироз печінки, панкреатит,

ускладнений перебіг виразки шлунка і дванадцятипалої кишки.

З одного боку, рівні смертності від хвороб органів травлення відображають загальнодержавні тенденції, а з іншого – мають регіональні особливості. При вирішенні регіональних проблем необхідно орієнтуватися на характер відтворення і втрати здоров'я населення як важливі критерії економічного і соціального благополуччя суспільства.

Особливість смертності населення від хвороб органів травлення протягом другої декади XXI ст. полягає в тому, що це єдина причина, від якої смертність має виразну тенденцію до зростання.

Мета роботи – виявити особливості та динаміку смертності населення від хвороб органів травлення в Україні та її регіонах.

Матеріали та методи

Дослідження проведено на підставі даних Державної служби статистики України про смертність населення від хвороб органів травлення за статтю, віком, типом поселення, за регіонами у динаміці за 2010–2015 рр. У роботі використано методи демографічної, медичної та математичної статистики, системного підходу. Розраховано абсолютні числа померлих, коефіцієнти смертності (на 100 тис. населення).

Результати дослідження та їх обговорення

З початку 2000-х років рівень смертності від хвороб органів травлення набув тенденції до зростання, який у 2008 р. досягнув майже 2 разів. У наступні роки

він поволі знижувався, але все ще не досягнув рівня початку 2000-х років.

За п'ять (2010–2015) років смертність населення України від хвороб органів травлення зменшилась на 4,9% і становила 55,8 випадку смерті на 100 тис. населення. Серед чоловіків у цілому та міських чоловіків цей коефіцієнт знизився на 2,9 і 5,6% відповідно, однак серед сільського населення та сільських жінок він збільшився на 9,3 і 12,8% відповідно.

По регіонах ситуація зі смертністю була більш виразною: у Сумській області вона зросла на 40,4%, у Херсонській – на 19,2%, у Харківській – на 18,9% (рис. 1).

Серед чоловіків максимальне зростання смертності від хвороб органів травлення спостерігалось в Сумській (на 34,3%), Чернігівській (на 19,8%) та Херсонській (на 13,8%) областях (рис. 2).

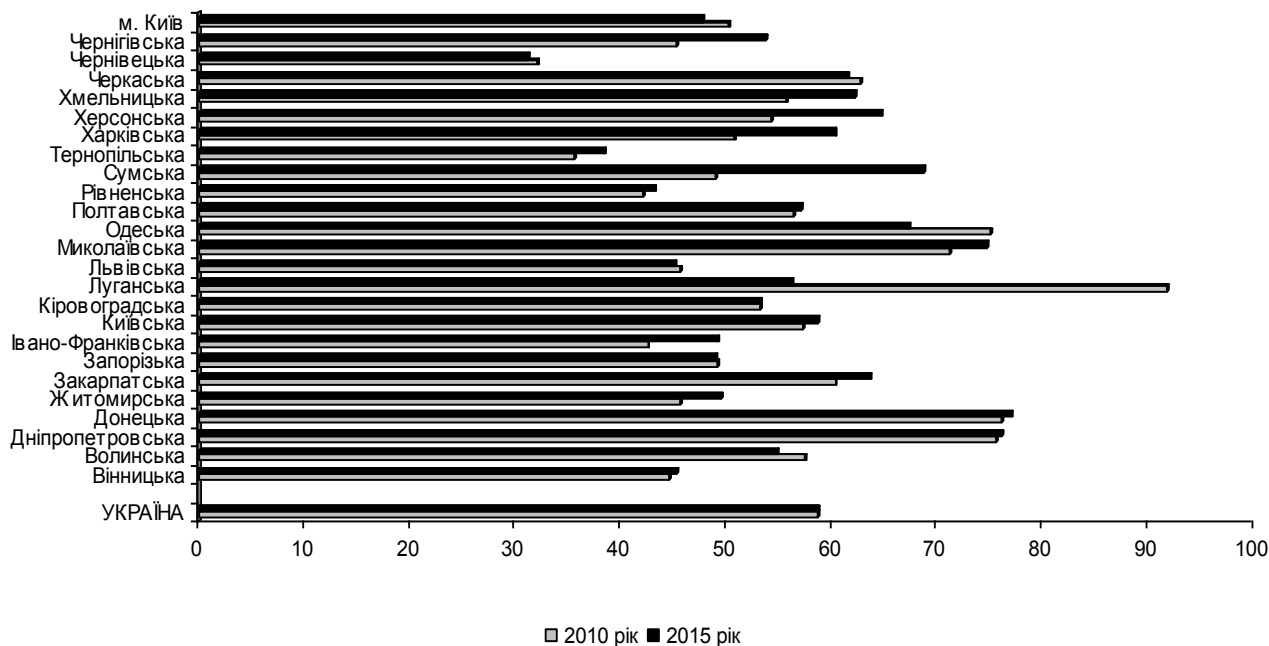


Рис. 1. Смертність населення від хвороб органів травлення в областях України, на 100 тис. населення, 2010 і 2015 рр.

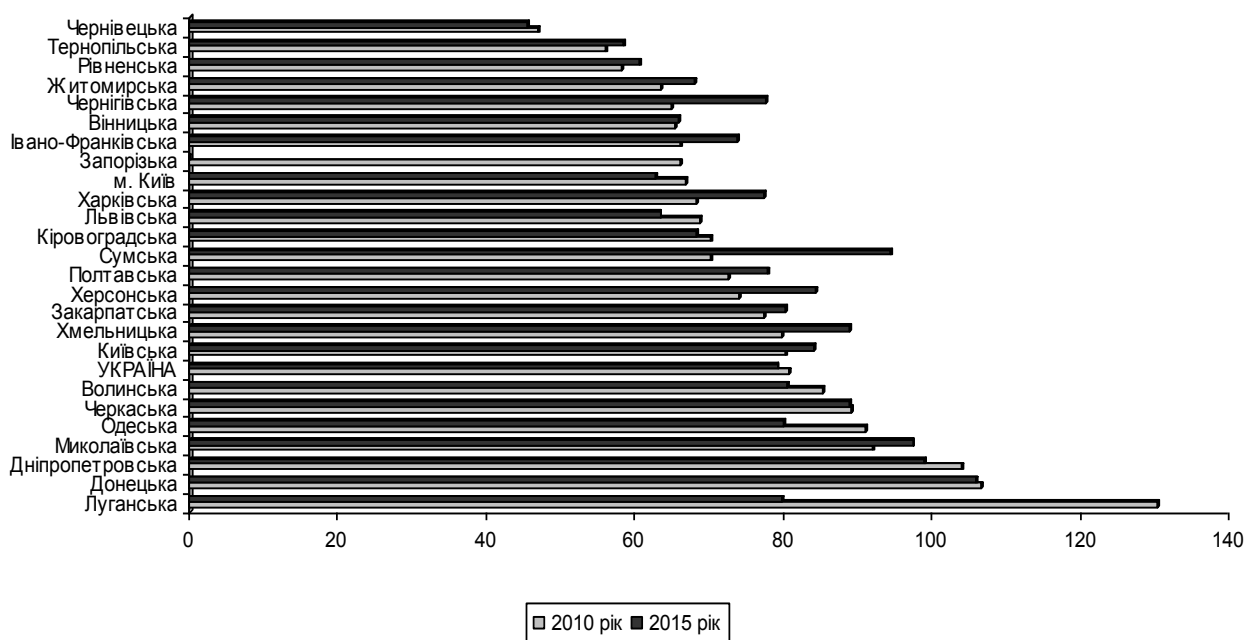


Рис. 2. Рейтинг областей України за коефіцієнтами смертності чоловіків від хвороб органів травлення, на 100 тис. населення, 2010 і 2015 рр.

Серед жінок максимальне зростання рівня смертності від хвороб органів травлення відмічалось в Сумській (на 51,3%), Херсонській (на 27,8%) та Харківській (на 27,5%) областях (рис. 3).

Серед міського населення найвищий рівень зростання смертності від хвороб органів травлення

реєструвався в Сумській (на 35,7%), Херсонській (на 26,1%) та Харківській (на 20,1%) областях (рис. 4).

Серед сільського населення значне зростання рівня смертності визначалося в Сумській (50,4%), Чернігівській (43,9%) та Івано-Франківській (22,0%) областях (рис. 5).

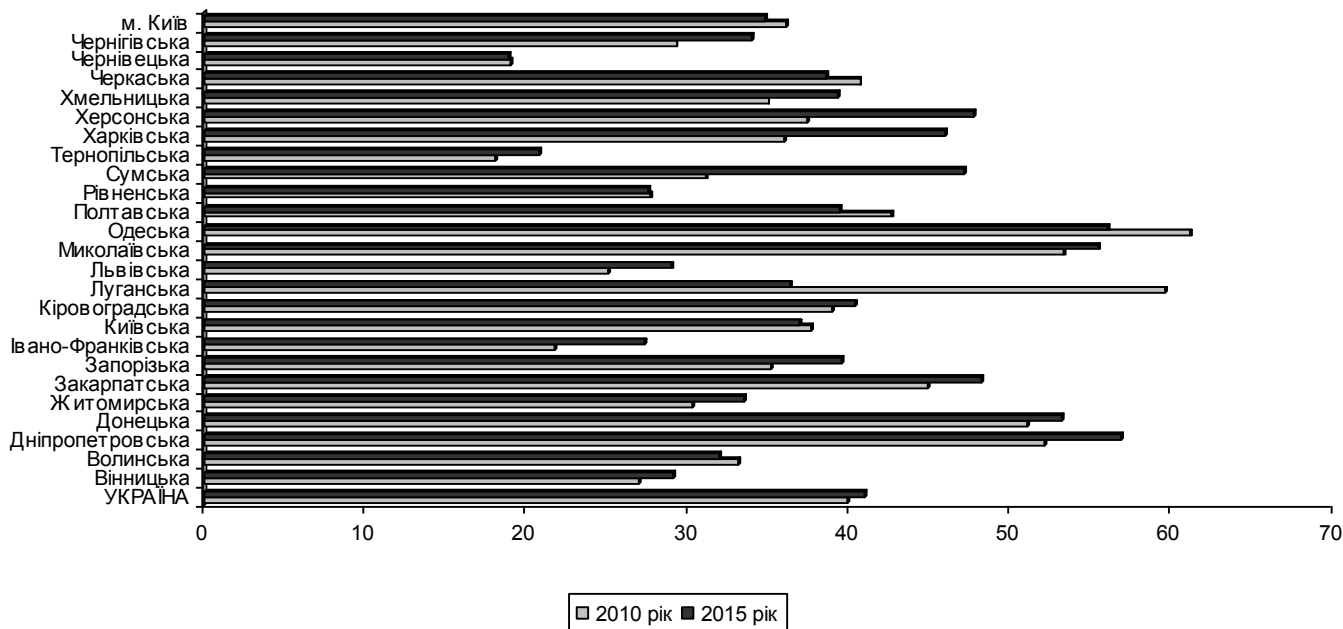


Рис. 3. Смертність жінок від хвороб органів травлення в областях України, на 100 тис. населення, 2010 і 2015 рр.

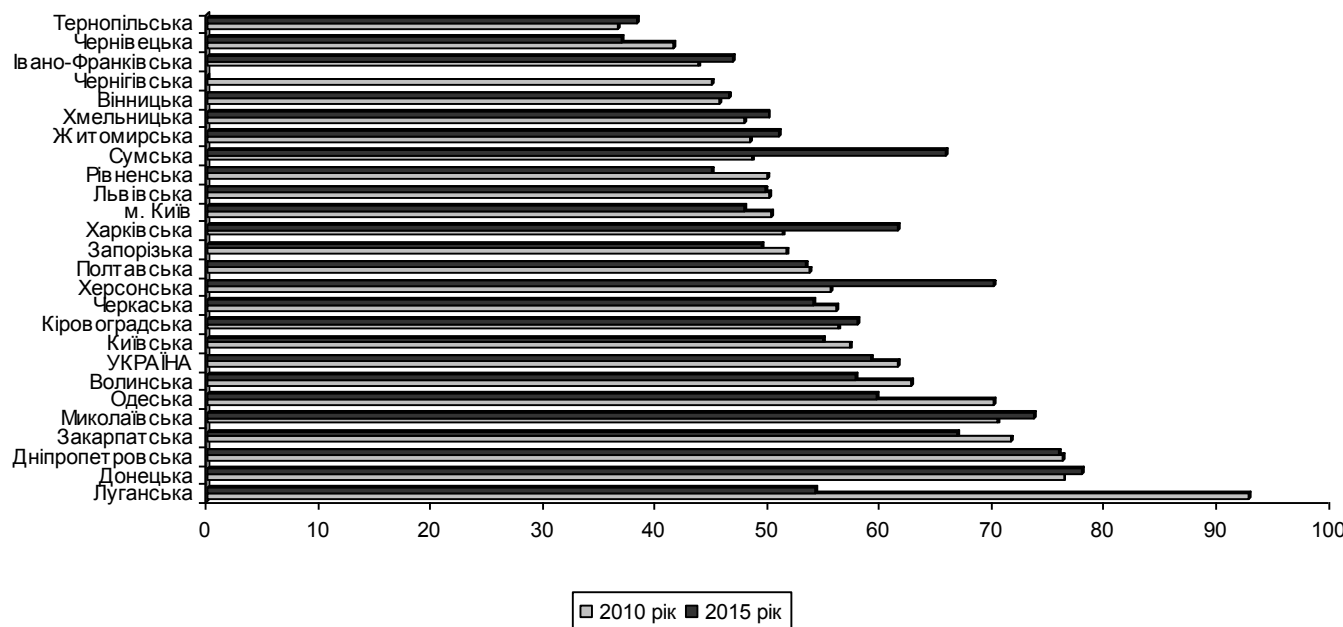


Рис. 4. Рейтинг областей України за коефіцієнтами смертності міського населення від хвороб органів травлення, на 100 тис. населення, за 2010 і 2015 рр.

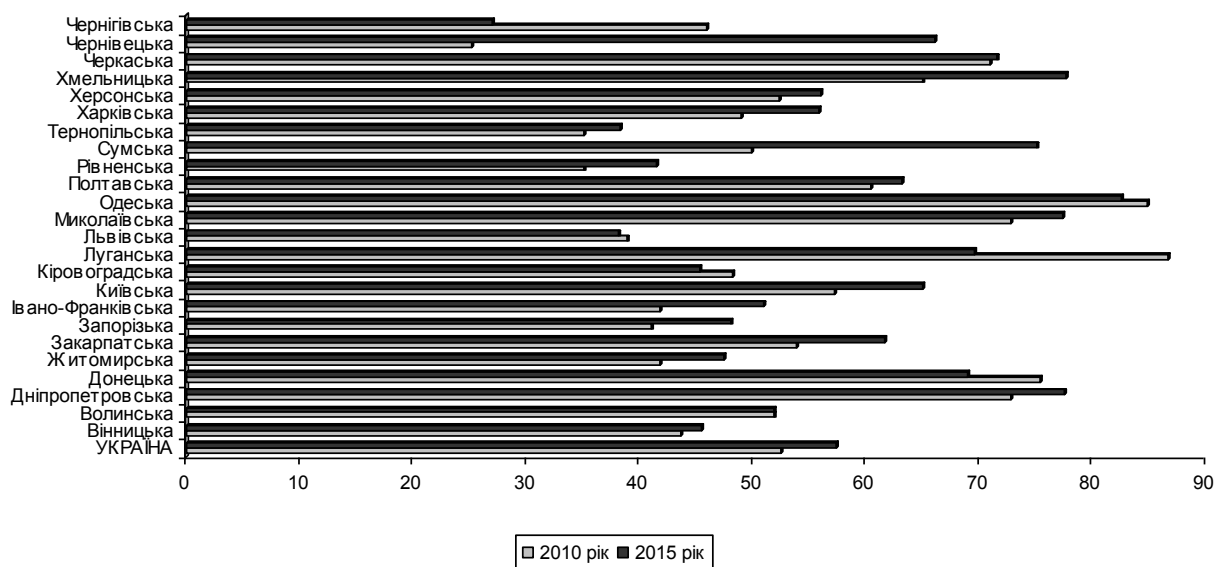


Рис. 5. *Смертність сільського населення від хвороб органів травлення в областях України, на 100 тис. населення, 2010 і 2015 рр.*

Смертність населення працездатного віку від хвороб органів травлення по Україні становила 91% від смертності усього населення, як у 2010 р., так і у 2015 р., серед чоловіків цей процент підвищився до 98%, серед жінок він знизився до 63%.

Рівень смертності працездатного населення від хвороб органів травлення був найвищим у таких регіонах: у Донецькій (74,2 випадку смерті на 100 тис. населення працездатного віку), Миколаївській (68,4 на 100 тис. населення), Херсонській (65,2 на 100 тис. населення), Київській (64,8 на 100 тис. населення) та Закарпатській (61,0 на 100 тис. населення) областях при 53,3 на 100 тис. населення по Україні.

Серед чоловіків рівень смертності по Україні становив 77,8 на 100 тис. населення, а в Донецькій – досягав 108,6 на 100 тис. населення, Дніпропетровській – 99,1 на 100 тис. населення, Київській – 95,8 на 100 тис. населення, Миколаївській – 94,4 на 100 тис. населення, Херсонській – 89,8 на 100 тис. населення областях.

Смертність жінок працездатного віку була в 3 рази меншою за чоловічу і становила 26,8 на 100 тис. населення по Україні. Цей коефіцієнт досягнув найвищого рівня в Одеській (40,5 на 100 тис. населення), Дніпропетровській (39,9 на 100 тис. населення), Херсонській (38,5 на 100 тис. населення), Закарпатській (37,6 на 100 тис. населення) та Донецькій (37,5 на 100 тис. населення) областях.

Висновки

За п'ять (2010–2015) років смертність населення України від хвороб органів травлення зменшилась на 4,9% і становила 55,8 випадку смерті на 100 тис.

населення. Цей коефіцієнт зменшився серед окремих контингентів населення – чоловіків, міського населення, міських чоловіків, міських жінок, але збільшився – серед жінок, сільського населення, сільських чоловіків, сільських жінок.

По регіонах зміни в смертності були більш виразними. У ряді регіонів (у Сумській, Херсонській, Харківській, Чернігівській та Івано-Франківській областях) рівень смертності від хвороб органів травлення зріс на 40,4–15,5%. Серед чоловіків у цих областях він збільшився на 34,3–11,4%, серед жінок – на 51–16%.

Смертність населення працездатного віку від хвороб органів травлення по Україні становила 91% від смертності усього населення, серед чоловіків цей відсоток досягав 98%, серед жінок знизився до 63%, серед сільського населення складав 99%, серед сільських жінок – 74%, серед сільських чоловіків – 104%.

Рівень смертності працездатного населення від хвороб органів травлення був найвищим у Донецькій, Миколаївській та Херсонській областях, серед чоловіків він був найвищим у Донецькій, Дніпропетровській та Київській областях. Смертність жінок працездатного віку в 3 рази була меншою за чоловічу, найвищого рівня вона досягла в Одеській, Дніпропетровській та Херсонській областях.

Перспективи подальших досліджень

У подальшому потребують дослідження питання фінансового, кадрового та ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я, особливо у виявлених проблемних за рівнем смертності від хвороб органів травлення регіонах.

Література

1. Ковальчук А. Ю. Характеристика соціально-демографічної ситуації та соціально значущих захворювань в Україні / А. Ю. Ковальчук // Український медичний часопис. – 2014. – № 1(99). – С. 29–33.
2. Романюк Л. М. Основні закономірності та тенденції поширеності ХОТ / Л. М. Романюк, Н. С. Федчишин, С. Є. Шостак // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2013. – № 1 (55). – С. 49–52.
3. Філіпов О. Ю. Хвороби органів травлення в Україні: якість медичної допомоги населенню / О. Ю. Філіпов // «Новости медицины и фармации» Гастроэнтерология (239) 2008 (тематический номер).
4. Шевчук П. Є. Сучасні зрушення у регіональній диференціації смертності та тривалості життя в Україні / П. Є. Шевчук [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/8719/03-Shevchuk.pdf?sequence=1>. – Назва з екрана.
5. Шушпанов А. М. Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення через призму соціального маркетингу / А. М. Шушпанов, А. М. Колот // Соціально-трудові відносини: теорія та практика: зб. наук. праць / М-во освіти і науки України, ДВНЗ «Київський нац. екон. ун-т ім. Вадима Гетьмана», Ін-т соціально-трудових відносин ; гол. редкол. А. М. Колот. – Київ : КНЕУ, 2014. – № 2 (8). – С. 325–331.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.11.2016 р.

**Тенденции смертности населения Украины
от болезней органов пищеварения:
региональные особенности**

Л.А. Чепелевская, В.Г. Слабкий

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

Цель – выявить особенности и динамику смертности населения от болезней органов пищеварения в Украине и ее регионах.

Методы: демографической, медицинской и математической статистики, системного подхода. Рассчитаны абсолютные числа умерших, коэффициенты смертности (на 100 тыс. население).

Результаты. Выявлены тенденции смертности населения Украины от болезней органов пищеварения. Отмечено постепенное, незначительное снижение ее в целом среди всего населения Украины при ее росте среди сельского населения, сельских мужчин и сельских женщин. В Сумской, Херсонской, Харьковской и Черниговской областях зафиксирован рост этого показателя до 40%. Среди трудоспособного населения уровень смертности от болезней органов пищеварения был наивысшим в Донецкой, Николаевской, Днепропетровской областях.

Выводы. Выявлены негативные тенденции смертности населения Украины от болезней органов пищеварения повышенного риска – сельское население, сельские мужчины и сельские женщины, особенно в Сумской, Херсонской и Николаевской областях.

Ключевые слова: смертность, болезни органов пищеварения, пол, возраст, тип поселения, регион.

**Trends in mortality from digestive diseases
in Ukraine: regional statistic features**

L.A. Chepelevska, V.G. Slabkiy

PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches
MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Purpose – to identify the characteristics and dynamics of mortality from diseases of the digestive system in Ukraine and its regions.

Methods. Demographic, medical and mathematical statistics, system approach.

Results. The tendency of mortality Ukraine from digestive diseases are found. It is gradual slight decreasing in its overall population, throughout Ukraine, with the its growing of rural population, rural men and rural women. In Sumy, Kherson, Kharkiv and Chernihiv regions there was an increasing this indicator to 40%.

Among the working-age population deaths from digestive diseases were highest in the Donetsk, Mykolaiv, Dnipropetrovsk.

Conclusions. Negative tendencies in Ukraine’s mortality from diseases of the digestive system are marked. Risk populations – rural populations, rural men and rural women especially in Sumy, Kherson and Mykolaiv regions.

Key words: mortality, disease of the digestive system, sex, age, type of settlement, region.

Відомості про авторів

Чепелевська Людмила Андріївна – д.мед.н., проф., завідувач відділу медико-демографічних досліджень ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Слабкий Василь Геннадійович – молодший науковий співробітник ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 615.38:611-018.51(477)

А.М. Чугрієв

УПРАВЛІННЯ ЗАПАСАМИ КОМПОНЕНТІВ КРОВІ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ В УКРАЇНІ

Житомирський обласний центр крові, м. Житомир, Україна

Мета – сформувати структуру системи управління запасами компонентів крові.

Матеріали та методи. Ситуацію щодо попиту, запасу і постачання еритроцитів у лікувальні заклади Автономної Республіки Крим і 14 областей України за 2011 рік досліджено за допомогою методу анкетування лікарів. Дослідження щомісячної потреби Житомирської області в еритроцитах за системами АВО і Rh проведено на підставі даних з ф.453/о та накладних видачі компонентів і препаратів крові до кожної лікарні від обласного центру крові та його філій за період 2011–2014 роки.

Результати. Розроблено структуру системи управління запасами компонентів крові, логістику її діяльності, формули розрахунку запасів і обсягів заготівлі крові/еритроцитів щорічно, щомісячно і щотижнево. Складено алгоритми формування запасів дитячих доз свіжозамороженої плазми, запасів еритроцитів для різних типів лікарень. Визначено критерії оцінки функціонування системи управління запасами еритроцитів.

Висновки. Низький рівень донорства, заготівлі крові і використання еритроцитів вимагає запровадження системи управління запасами крові в усіх установах служби крові України.

Ключові слова: компоненти крові, донорство, потреба, система управління запасами еритроцитів.

Вступ

Доведено існування кореляції між населенням, фактичним станом охорони здоров'я, попитом на трансфузію та реальним використанням продуктів крові. Питома вага осіб, що досягли «першого періоду старості» (60 років), у світі становить 11%, а осіб старше 65 років – 8% [3]. Демографічні зміни у розвинутих країнах, на які припадає майже 20% населення світу і більше 50% донорів крові, призвели до старіння популяції – 18% населення старше 65 років мають тенденції до скорочення кількості регулярних донорів [4].

Загальна чисельність населення України скоротилась за період 1993–2014 рр. з 52 до 43 млн осіб. Питома вага осіб старше 65% збільшилась до 22,6%. Чисельність осіб донороздатного віку зменшилась з 30,5 млн до 28,4 млн, офіційно трудова міграція склала більше 3,0 млн, тому фактично прогнозована чисельність потенційних донорів становить майже 20–23 мільйони. Участь в донорстві беруть 470–500 тис. осіб, що становить 11 донорів на 1000 населення [1, 5], а в країнах Європи – в середньому 36 донорів на 1000 населення [9].

Рівень використання еритроцитів, доз на 1000 населення, в середньому в країнах Європи становить 35 доз, а менше 20 доз вважається недостатнім забезпеченням кров'ю або обмеженням застосування у лікарнях. В Україні цей показник дорівнює 8,6 дози на 1000 населення, але питома вага еритроцитів, виданих до лікарень, становить 64,7% від загальної кількості заготовлених і 17,4% списано через закінчення терміну зберігання [1].

Впровадження системи управління запасами еритроцитів дозволило за три роки в районі Тюоку-

Сикоку, де мешкає 10% населення Японії, скоротити питому вагу еритроцитів із закінченням терміну зберігання з 1,3% до 0,8% [7], а в штаті Квінсленд, Австралія, – з 7,2% до 6,8% [8].

Існуючі негативні демографічні тенденції, стабільно невисока кількість донорів, низький рівень використання еритроцитів та велика питома вага непридатних до переливання через закінчення терміну зберігання еритроцитів обумовили необхідність дослідити реальну ситуацію щодо управління запасами еритроцитів в Україні і запровадити систему управління запасами еритроцитів в одному з її регіонів – у Житомирській області.

Мета роботи – сформувати структуру системи управління запасами компонентів крові.

Матеріали та методи

Ситуацію попиту, запасу і постачання еритроцитів у лікувальні заклади Автономної Республіки Крим і 14 областей України за 2011 рік досліджено за допомогою методу анкетування – анкета «Вопросник для огляду управління поставками крові». На території учасників дослідження проживало 60,2% населення України, працювало 60% загальної кількості лікарів, знаходилось 60% ліжкового фонду, де перелито 64,3% еритроцитів. Анкета для оцінки наявної системи управління запасами еритроцитів складається з 6 розділів та 77 запитань. Надійшло 15 анкет з відповідями.

Дослідження щомісячного попиту на еритроцити за системами АВО і Rh по кожній лікарні області проведено на підставі даних з ф.453/о та накладних видачі компонентів і препаратів крові до кожної лікарні

від обласного центру крові (ОЦК) та його філій за період 2011–2014 роки.

Форма річного замовлення складена відповідно до фактичних замовлень усіх лікарень впродовж року і можливості ОЦК виготовляти певні продукти крові.

Порядок розрахунку, формування алгоритмів дій і формул обчислення показників (річний, щомісячний і щотижневий об'єм мінімального і максимального запасу) створювали емпіричним шляхом.

Результати дослідження та їх обговорення

Оцінка реально існуючого управління запасами еритроцитів в Україні на прикладі 15 суб'єктивних одиниць проводилася за кожним розділом анкети з групуванням областей за першими однаковими показниками. В умовах відсутності національної програми регіональні програми мали шість областей. Серед 15 респондентів одного постачальника еритроцитів мають дві області – Полтавська і Рівненська, до 10 постачальників – п'ять областей, від 10 до 20 постачальників та більше 20 постачальників – по чотири області відповідно.

Рівень видачі еритроцитів у 7 областях становив від 5,1 до 8,0 доз на 1000 населення; у 5 областях – від 8,1 до 10,0 доз; у 2 областях – від 10,1 до 15 доз та по 1 області більше 20,0 і менше 5 доз відповідно.

Аналіз тенденцій використання еритроцитів лікувальними закладами проводився в АР Крим та усіх областях. Щорічний прогноз постачання і використання еритроцитів складають усі респонденти з дотриманням узгодженості між двома прогнозами на рівні району, міст і області.

Програми збору крові формують усі респонденти, серед них на рік розробляють 100% респондентів, на наступні чотири тижні – 53,3%, на тиждень – 13,3% респондентів. Оцінку виконання програм здійснюють на рівні області/республіки 100% респондентів, на рівні області – 60% та на рівні району, міста, області – 40% респондентів.

Щотижневі запаси еритроцитів в установах служби крові контролюють усі респонденти, але в них відсутня інформація про запаси у відділеннях трансфузіології лікарень та в лікарнях, що не ведуть заготівлі крові. Ведеться моніторинг усіх типів запасів еритроцитів. Наявність обмежень щодо еритроцитів рідкісних груп та для педіатрії визнали 10 областей. Запас в установах служби крові вважають нормальним у термін до 3 днів – 13,3%, до 3–5 днів – 13,3%, до 7 днів – 34% респондентів; не визначають рівень запасу 39,4% респондентів.

Контроль над запасами еритроцитів у лікарнях здійснюють 46,6% респондентів. Обчислення і прогноз запасу еритроцитів на майбутнє здійснюють лікарні у 7 регіонах (46,6%) із 15 опитаних.

Стандартні операційні процедури для управління процесом відновлення запасу у випадках дефіциту, надлишку та при звичайних ситуаціях існують в установах служби крові – відмітили 40% респондентів, в лікарнях – 26,6%.

Достатній рівень забезпечення еритроцитами (на 100%) зазначили 10 респондентів, менше 100% – 3 (99% і 96%), більше 100% – 2 респонденти.

Результати оцінки управління запасами усіма респондентами свідчать, що рівень забезпеченості еритроцитами не залежить від кількості постачальників. Розбіжності в рівні використання еритроцитів потребують стандартизації клінічного застосування і додаткового вивчення. Відсутній системний підхід до формування запасів еритроцитів у відділеннях трансфузіології і в лікарнях та однаковий порядок моніторингу запасів. Наявна різниця в об'ємах запасів в установах служби крові. Несформований конструктивний зв'язок у вигляді алгоритму дій між установами служби крові і лікарнями з відновлення запасів у різних ситуаціях.

Таким чином, результати досліджень в 2011 році по Україні, що аналогічні ситуації в Житомирській області, створили необхідні умови для впровадження в ОЦК системи управління запасами еритроцитів.

Робота з формування системи управління запасами крові/еритроцитів проведена поетапно:

- проведено оцінку використання еритроцитів у закладах охорони здоров'я області за попередні чотири роки;

- складено прогноз річної заготівлі еритроцитів крові для обласного центру крові та потреб еритроцитів для лікарень на наступний рік;

- створено план річного об'єму заготівлі крові/еритроцитів та донорських ресурсів;

- обчислено план місячних об'єму заготівлі крові/еритроцитів;

- поточне дотримання щотижневого балансу використання/потреба і запасів в обласному центрі крові і на філіях та в лікарнях.

Оцінка використання еритроцитів за період 2011–2014 роки проводилася на підставі ф. 453/о щомісяця (рис. 1–2).

Середньостатистичний об'єм річної і щомісячної видачі еритроцитів визначено як базові для складання прогнозу річної заготівлі крові/еритроцитів та потреб закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) з урахуванням щорічних планів-замовлень усіх лікувальних закладів, з якими укладають угоди на рік.

Створена формула для розрахунку річного об'єму заготівлі еритроцитів:

$$V_{\text{річ.заг.}} = V_{\text{с.річ.вид.}} \times k_1 \times k_2 \times k_3,$$

де $V_{\text{річ.заг.}}$ – річний об'єм заготівлення еритроцитів, л;

$V_{\text{с.річ.вид.}}$ – об'єм середньорічної видачі еритроцитів у ЗОЗ, розрахований за останні 3–5 років, л;

k_1 – коефіцієнт зміни об'єму заявок ЗОЗ (відношення об'єму план-заявки на наступний рік до об'єму план-заявки за минулий рік);

k_2 – прогностичний коефіцієнт (відношення прогнозованого об'єму використання еритроцитів на наступний рік до об'єму видачі за минулий рік);

k_3 – коефіцієнт втрат ($1 +$ середньорічний об'єм втрат за результатами лабораторних досліджень,

макроскопічної оцінки тощо у відсотках від загального середньорічного заготовлення / 100).

Наступним етапом у формуванні планів заготівлі крові/еритроцитів було визначення базового середньомісячного об'єму видачі по АВО і Rh-належності. Облік видачі еритроцитів проводили щомісячно в усіх лікувальних закладах, за інформацією в

накладних експедиції (табл. 1–2). Визначена динаміка видачі еритроцитів помісячно врахована для складання планів заготівлі крові/еритроцитів впродовж року. Необхідність урахування структури видачі еритроцитів по системах АВО і Rh обумовлена наявністю в Україні п'яти геногеографічних зон із різним співвідношенням у населення систем АВО і Rh [2].

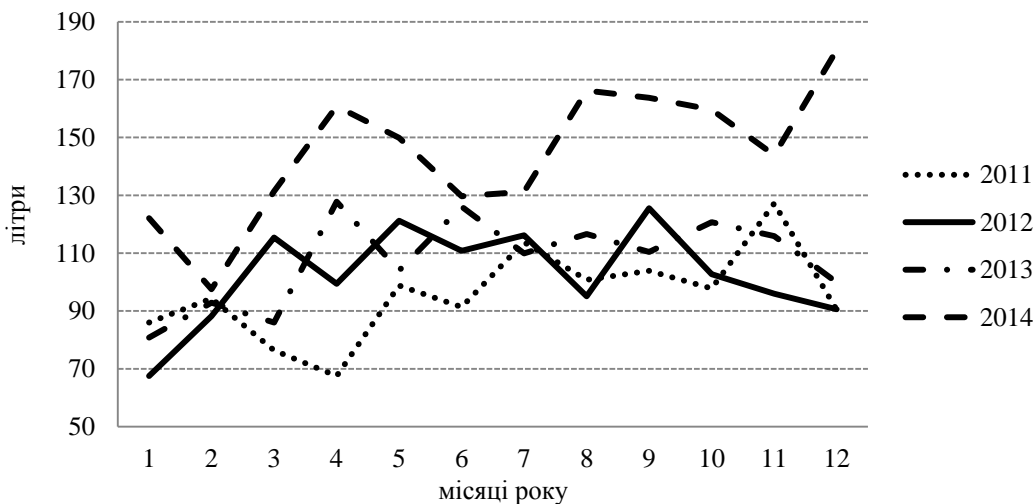


Рис. 1. Щорічний об'єм видачі еритроцитів за період 2011–2014 рр. у розрізі місяців

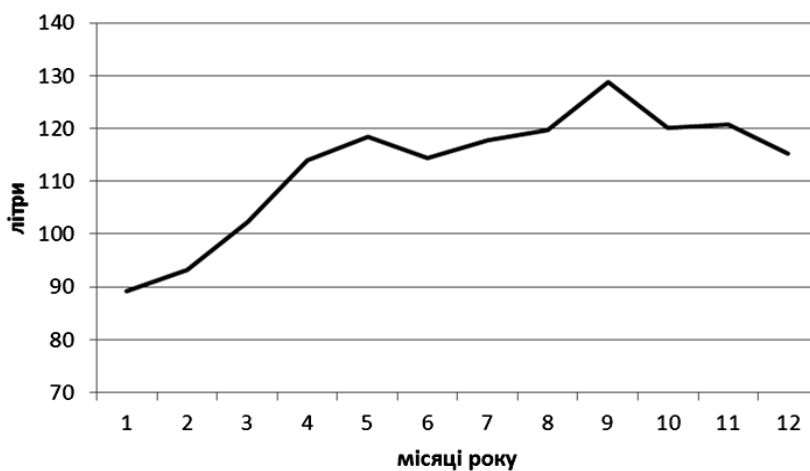


Рис. 2. Усереднений щомісячний об'єм видачі еритроцитів за 2011–2014 рр.

Таблиця 1
Структура середньомісячної видачі еритроцитів Rh-позитивних за 2011–2014 рр.

Рік	O(I)		A(II)		B(III)		AB(IV)	
	л	%	л	%	л	%	л	%
2011	32,7	27,5	35,0	29,4	18,1	15,2	8,9	7,5
2012	31,3	24,3	38,8	30,1	20,5	15,9	11,3	8,8
2013	36,5	27,1	41,9	31,1	21,0	15,6	11,0	8,2
2014	43,8	27,1	48,8	30,2	27,4	17,0	13,8	8,5
У середньому	36,1	26,6	41,1	30,2	21,7	16,0	11,2	8,2

Таблиця 2

Структура середньомісячної видачі еритроцитів Rh-негативних за 2011–2014 рр.

Рік	O(I)		A(II)		B(III)		AB(IV)	
	л	%	л	%	л	%	л	%
2011	8,5	7,1	8,6	7,3	4,9	4,0	2,2	1,8
2012	9,2	7,1	10,8	8,4	4,7	3,7	2,1	1,6
2013	7,7	5,7	9,1	6,7	5,4	4,0	2,1	1,6
2014	9,6	5,9	9,8	6,1	6,5	4,0	1,8	1,1
У середньому	8,7	6,4	9,6	7,1	5,4	4,0	2,1	1,5

Планування щомісячного об'єму заготівлі еритроцитів та необхідної кількості донорів мало наступні етапи:

1. Визначення об'єму щомісячної заготівлі еритроцитів з урахуванням сезонних коливань за формулою:

$$V_{\text{міс.заг.}} = V_{\text{річ.заг.}} \times k_4,$$

де $V_{\text{міс.заг.}}$ – об'єм щомісячної заготівлі еритроцитів з урахуванням сезонних коливань;

$$V_{\text{річ.заг.}} – \text{об'єм річної заготівлі еритроцитів, л;}$$

k_4 – місячний коефіцієнт коливань для кожного місяця року (об'єм середньомісячної видачі за певний місяць року / об'єм середньорічної видачі).

2. Визначення об'ємів щомісячної заготівлі еритроцитів з урахуванням груп крові за системами ABO та Rh за формулою:

$$V_{\text{ABO.заг.}} = V_{\text{міс.заг.}} \times k_5,$$

де $V_{\text{ABO.заг.}}$ – об'єм заготівлі еритроцитів за групою крові, л;

$$V_{\text{міс.заг.}} – \text{об'єм щомісячної заготівлі еритроцитів, л;}$$

k_5 – груповий коефіцієнт для кожного фенотипу (об'єм середньомісячної видачі еритроцитів певної групи крові / об'єм середньомісячної видачі еритроцитів).

Зазначимо, що щомісячні об'єми та групові коефіцієнти об'ємів заготівлі еритроцитів мають враховувати співвідношення фенотипів крові та середньомісячні об'єми використання еритроцитів окремо для кожного місяця року.

3. Визначення щомісячної кількості донорів крові з урахуванням груп крові за системами ABO та Rh за формулою:

$$K_{\text{фенотип}} = V_{\text{фенотип}} \times 4,$$

де $K_{\text{фенотип}}$ – кількість донорів щомісячної заготівлі крові за кожним фенотипом;

$V_{\text{фенотип}}$ – об'єм місячної заготівлі еритроцитів за кожним фенотипом;

4 – кількість донорів крові для заготівлі 1 л еритроцитів із розрахунку 0,250 л на кожен дозу.

Дотримання щотижневого балансу заготівлі/використання еритроцитів починали з обчислення обсягів щотижневої заготівлі еритроцитів на початку місяця. Корекцію щотижневого плану проводили щопонеділка.

Для розрахунку об'єму щотижневої заготівлі еритроцитів визначали мінімальний щотижневий запас еритроцитів для клінічного використання з урахуванням груп крові за системами ABO та Rh за формулою:

$$V_{\text{фенотип}} = V_{\text{с.міс.вид.}} \times k_5 / 4,$$

де $V_{\text{фенотип}}$ – об'єм запасу еритроцитів за кожним фенотипом окремо, л;

$V_{\text{с.міс.вид.}}$ – об'єм середньомісячної видачі еритроцитів, л;

k_5 – груповий коефіцієнт (середньомісячний об'єм видачі еритроцитів певного фенотипу / загальний середньомісячний об'єм видачі еритроцитів);

4 – кількість повних тижнів у місяці.

Щотижневий баланс використання / потреби і запасів еритроцитів в установах служби крові та в лікарнях передбачав наступні заходи:

– моніторинг запасів, їх використання, результатів заготівлі та передбачувані втрати;

– виконання заходів відповідно до розроблених стандартних операційних процедур (СОП) для збереження та відновлення запасу на достатньому рівні;

– упередження дефіциту/надлишку, якщо прогноз показує дисбаланс ресурсів;

– формування донорського контингенту відповідно до потреби.

Визначення максимального і мінімального запасу еритроцитів з урахуванням антигенних систем ABO і Rh провели згідно практичного досвіду Житомирського ОЦК в об'ємах не менше максимальної і мінімальної кількості виданих еритроцитів за тиждень. Щоденне управління запасами еритроцитів з метою відновлення оптимального об'єму проводили за розробленими СОП з урахуванням запасів філій.

Важливим є визначення потреби в педіатричних дозах свіжозамороженої плазми та запасі еритроцитів у лікарнях, які проводять і не проводять заготівлю крові. Для кожної ситуації сформовані алгоритми управління запасами.

З метою оцінки ефективності створеної системи управління запасами еритроцитів визначили такі показники:

– рівень списання еритроцитів через закінчення терміну зберігання;

– рівень використання поточних і річних замовлень еритроцитів;

– скорочення видатків на заготівлю крові;

– рівень забезпеченості еритроцитами лікарень методом анонімного анкетування.

Оскільки впровадження системи управління запасами еритроцитів почалося з 2014 р., оцінка ефективності на першому етапі проведена за рівнем

списання еритроцитів після закінчення терміну зберігання за період 2013–2015 рр. та 9 місяців 2016 року.

Таблиця 3

Рівень списання еритроцитів після закінчення терміну зберігання в ОЦК за період 2013–2016 рр. та 9 міс. 2016 року, %

Показник	Рік			
	2013	2014	2015	2016 (9 міс.)
Рівень списання еритроцитів до обсягу заготовлених	11,5	7,2	7,6	2,5

Методом анонімного анкетування лікарі визначили базовий рівень оцінки достатності забезпечення еритроцитами всіх лікарень області, що проводять трансфузійну терапію: у центральних районах лікарнях – 59,6%, у міських лікарнях – 81,0%, в обласних лікувальних закладах – 54,0% [6].

Висновки

1. Облік запасу еритроцитів не враховує обсяги спеціальних еритроцитів, а система відновлення запасів у 10 респондентів не використовує СОП та інформаційні технології в установах служби крові і в лікарнях.

2. Більше половини (53,3%) респондентів не контролюють запаси еритроцитів у лікарнях та не забезпечують дотримання балансу постачання/використання еритроцитів.

3. Розрахунки прогнозу запасів еритроцитів на тиждень проводяться лише у лікарнях 8 респондентів.

4. Система управління запасами виявилась ефективною, що дозволило заощадити в 2016 р. 174 тис. грн., або 151 л еритроцитів.

5. Впровадження системи управління запасами крові та її компонентів необхідно започаткувати в усіх установах служби крові України, що може скоротити на 60–70% обсяги еритроцитів, списаних після закінчення терміну зберігання.

Перспективи подальших досліджень полягають у визначенні інших шляхів оптимізації роботи служби крові в Україні.

Література

1. *Діяльність закладів служби крові України в 2014 році* : довідник. – Київ : ТОВ «Діавіта», 2015.
2. *Драник Г. Н.* Генетические системы крови человека и болезни / Г. Н. Драник, Г. М. Дизик. – Киев : Здоровье, 1990. – С. 31–42.
3. *Мировая демографическая ситуация, 2012 год* [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.un.org/en/development/desa/population/events>. – Название с экрана.
4. *Належність, безпека і якість продуктів крові.* Доповідь Секретаріату ВООЗ. Документ ЕВ 126/2010/REC/2. Шістдесят третя сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я. 25 березня 2010 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.who.int/bloodproducts/ref_materialis. – Назва з екрану.
5. *Статистичний щорічник України за 2012 рік* / Державна служба статистики України. – Київ, 2013. – С. 319–337.
6. *Чугрієв А. М.* Самооцінка забезпечення відділень лікувальних закладів компонентами крові / А. М. Чугрієв // Медицина невідкладних станів. – 2016. – № 4 (75). – С. 248–249.
7. *Efficacy of blood – area inventory control of red blood cell products in 9-prefecture – combined area compared with that in 9 individual prefectures in Japan* / Jkeda K., Imawaki T., Murakami F. [et al.] // *Vox Sang.* – 2012. – Vol. 103. – P. 77–80.
8. *Simon G. I.* Development and implementation of strategies to reduce red cell wastage across public and private healthcare sectors / G. I. Simon // *Vox Sanguinis.* – 2012. – Vol. 103, Suppl. 1. – P. 73–77.
9. *The Collection, Testing and Use of Blood and Blood Components in Europe, Report 2013, European Committee (Partial Agreement) on Blood Transfusion (CD – P – TS), EDQM* [Electronic resource]. – URL. – <http://www.edgm.eu>. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.11.2016 р.

**Управление запасами компонентов крови:
реалии и перспективы в Украине**

А.Н. Чугриев

Житомирский областной центр крови,
г. Житомир, Украина

Цель – сформировать структуру системы управления запасами компонентов крови.

Материалы и методы. Ситуация относительно спроса, запаса и поставок эритроцитов в лечебные учреждения Автономной Республики Крым и 14 областей Украины за 2011 год исследована при помощи метода анкетирования врачей. Исследование месячной необходимости Житомирской области в эритроцитах по системам АВО и Rh проведено на основании данных ф.453/о и накладных выдачи компонентов и препаратов крови по каждой больнице от областного центра крови и его филиалов за период 2011–2014 годов.

Результаты. Разработана структура системы управления запасами компонентов крови, логистика ее деятельности, формулы расчета запасов и объемов заготовки крови/эритроцитов каждый год, каждый месяц и кардую неделю. Составлены алгоритмы формирования запасов детских доз свежезамороженной плазмы, запасов эритроцитов для разных типов больниц. Определены критерии оценки функционирования системы управления запасами эритроцитов.

Выводы. Низкий уровень донорства, заготовки крови и использования эритроцитов требует внедрения системы управления запасами крови во всех учреждениях службы крови Украины.

Ключевые слова: компоненты крови, донорство, необходимость, система управления запасами эритроцитов.

**Management of the supplies of blood components:
realities and prospects in Ukraine**

A.M. Chugriyev

Zhytomyr regional Center of blood, Zhytomyr, Ukraine

Purpose – to develop the structure of the system of management of the supplies of blood components.

Materials and methods. The situation of demand, supply and delivery of erythrocyti in medical institutions of the Autonomous Republic of Crimea and 14 regions of Ukraine for 2011 has been investigated by the doctors. The study of monthly need of Zhytomyr Oblast for erythrocyti according to group of blood and Rh systems was conducted on the base of data from registration form 453 and delivery invoices of blood components and preparations to each hospital from the regional Center of blood and its affiliates for the period 2011–2014.

Results. The structure of the system of management of the supplies of blood components, the logistics of its activity, the formula for calculating reserves and volumes of blood/erythrocyte purchase annually, monthly and weekly are developed. Algorithms of formation of stocks of children's doses of fresh frozen plasma, stocks of erythrocyti for different types of hospitals are created. Evaluation criteria of the functioning of the system of management of the supplies of erythrocyti are defined.

Conclusions. Low level of donation, blood storage and the use of erythrocyti require the development of the system of management of blood supplies in all the institutions of the blood service of Ukraine.

Key words: blood components, donation, need, system of management of erythrocyte supplies.

Відомості про автора

Чугрієв Анатолій Миколайович – к.мед.н., головний лікар Житомирського обласного центру крові; вул. Кибальчича, 16, м. Житомир, 10009, Україна.

УДК 614.88:616-083.98

В.Й. Шатило, П.В. Яворський, В.З. Свиридюк

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ З УЧАСТЮ ПАРАМЕДИКІВ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ І НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства» Житомирської обласної ради, м. Житомир, Україна

Мета – поліпшити підготовку парамедиків для забезпечення якнайшвидшого початку надання домедичної допомоги постраждалому з метою врятування його життя і здоров'я.

Матеріали та методи: фліпчарт, маркери, «інтерактивні техніки», аналіз ситуаційних вправ, аналіз критичних випадків, рольова гра, макропрепарати, тренінги у складі малих груп з відпрацюванням навиків серцево-легеневої реанімації, зупинки кровотеч, звільнення дихальних шляхів від стороннього тіла.

Результати. Висвітлено основні питання відпрацювання навиків щодо забезпечення підтримки основних життєвих функцій при пораненнях, якими повинен володіти як солдат, так і парамедик, тобто акцент змістився на само- і взаємодопомогу.

Висновки. Збільшення ризиків і загроз для життя в ході військових операцій, загроз природного і техногенного характеру показують, що найбільш перспективним і дієвим є напрям діяльності щодо активного залучення парамедиків у процес навчання і підготовки до надання невідкладної допомоги в надзвичайних ситуаціях. Це без сумніву сприятиме порятунку тих, хто завжди вважався безнадійним.

Ключові слова: парамедик, навички надання домедичної допомоги.

Вступ

Надання екстреної медичної допомоги постраждалим при надзвичайних ситуаціях військового, техногенного й природного характеру потребує оперативного зосередження в зоні катастрофи потрібної кількості медичних, а особливо парамедичних працівників, своєчасності й відповідної організації необхідного медичного забезпечення.

На початку антитерористичної операції (АТО) до 30% поранених, яких можна було врятувати, загинули. Навіть під час Другої світової війни цей показник у Червоній армії не перевищував 25%. Чи були невідворотними такі жахливі втрати? Для порівняння: у військових конфліктах, в яких беруть участь армії країн членів НАТО, гине не більше 3% поранених. При чому якщо в Збройних силах (ЗУ) України головне завдання – не дати загинути тим, кого можна врятувати, то медицина країн альянсу вже успішно вирішує завдання вищого рівня – порятунку тих, хто завжди вважався безнадійним і гинув у 100% випадків. Британські військові медики повідомляють, що їм тепер вдається врятувати 25% таких «безнадійно» уражених [1].

В Україні середній показник смертності від надзвичайних станів становить 130–135 осіб на 100 тис. населення, що перевищує відповідні показники в країнах Європи у 20 разів. При цьому близько 24% постраждалих помирають у лікарнях, а 76% – на догоспітальному етапі. За аналогічними показником, у розвинутих державах світу 72% постраждалих помирають саме в лікарні, тільки 28% – на догоспітальному етапі. За оцінкою медичних фахівців, в Україні із 100 осіб, які померли на

догоспітальному етапі, 20% летальних випадків пов'язані з отриманням травм, несумісних із життям, а інші 80% випадків – з недостатньою системою організації надання медичної допомоги постраждалим безпосередньо в зоні надзвичайних станів та неефективністю здійснення заходів із медичної евакуації постраждалих до лікувальних закладів. Саме тому надзвичайно актуальною є проблема забезпечення якнайшвидшого початку надання домедичної допомоги постраждалим [4].

Мета роботи – поліпшити підготовку парамедиків для забезпечення якнайшвидшого початку надання домедичної допомоги потерпілому з метою порятунку його життя та здоров'я.

Матеріали та методи: фліпчарт, маркери, «інтерактивні техніки», аналіз ситуаційних вправ, аналіз критичних випадків, рольова гра, макропрепарати, тренінги у складі малих груп із відпрацюванням навичок серцево-легеневої реанімації, зупинки кровотечі, звільнення дихальних шляхів від стороннього тіла.

Результати дослідження та їх обговорення

Досвід найбільш розвинених країн світу свідчить про те, що для досягнення цього недостатньо сил і засобів державної системи охорони здоров'я. Для забезпечення своєчасності невідкладної домедичної допомоги в усіх цивілізованих країнах світу широкого застосування набула практика залучення до вирішення зазначеної проблеми окремих категорій немедичних працівників шляхом широкого запровадження навчання парамедиків навичкам надання домедичної допомоги.

В Україні навчання з домедичної допомоги регламентується такими нормативно-правовими документами: Закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу», Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 р. № 1115 «Про затвердження порядку підготовки та підвищення кваліфікації осіб, які зобов'язані надавати домедичну допомогу» визначають процедуру підготовки та підвищення кваліфікації осіб, які згідно зі своїми службовими обов'язками повинні володіти знаннями і практичними навичками надання домедичної допомоги особам, які перебувають у невідкладному стані.

За визначенням, домедична допомога – це невідкладні дії та організаційні заходи, що здійснюються особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані.

Парамедик – немедичний працівник, який пройшов спеціальну підготовку з питань надання невідкладної допомоги за 120-годинною навчально-тренувальною програмою при спеціальному учбово-тренувальному центрі і раз на три роки проходить відповідну перепідготовку за 30-годинною програмою. Усвідомлюючи необхідність створення діючої системи невідкладної швидкої допомоги, МОЗ України прийняло низку розпоряджень та наказів про створення системи навчання окремих категорій немедичних працівників навичкам надання першої допомоги. Товариство Червоного Хреста України відповідно до наказу від 02.03.2009 р. № 132 може брати участь у навчальному процесі.

Рятувальник – немедичний працівник, який пройшов спеціальну підготовку з питань надання невідкладної допомоги за 48-годинною навчально-тренувальною програмою при спеціальному учбово-тренувальному центрі і раз на три роки проходить відповідну перепідготовку за 18-годинною програмою.

Санітарний інструктор – немедичний працівник, який пройшов спеціальну підготовку з питань надання невідкладної допомоги за 12-годинною навчально-тренувальною програмою при спеціальному учбово-тренувальному центрі і раз на три роки проходить відповідну перепідготовку за 6-годинною програмою.

Основна мета домедичної допомоги – усунення причин, що загрожують життю постраждалого на момент травмування та попередження розвитку важких ускладнень. Оптимальний термін надання першої медичної допомоги – до 30 хв. після отримання травми. При зупинці дихання цей термін скорочується до 5–10 хв.

Сучасні продиктовані війною умови вимагають особливої підготовки не лише бійців, але й медиків. Якщо раніше медика у війську сприймали лише як медика, то сучасна війна вимагає від нього бути універсальним та мати належну і медичну, і бойову підготовку.

Кожний борець будь-якої сучасної західної армії, крім майстерного володіння озброєнням, фізичної та тактичної підготовки, досконало володіє прийомами надання медичної допомоги в бойових умовах. Більше

того, він завжди впевнений, що його товариші також будуть знати, що робити в разі його поранення і надають допомогу, як тільки умови бою це дозволять. Українські воюючі нарешті теж мають бути впевнені у кваліфікації своїх товаришів і самі повинні знати, вміти та бути готовими надати першу допомогу в разі необхідності.

Кваліфікована медична допомога навряд чи буде доступна, тому все залежатиме від здатності та вміння пораненого надати самопомогу, а також від готовності та вміння надати першу долікарську допомогу його товаришами та/або медиками підрозділу.

Військова медична доктрина у військах НАТО передбачає, що в умовах поля бою можливості військових лікарів та іншого професійного медичного персоналу щодо негайного надання першої допомоги є значно обмеженими. У зв'язку з цим запроваджено план для надання пораненим бійцям першої домедичної допомоги. План передбачає надання першої допомоги:

- в порядку самопомоги самим пораненим;
- в порядку взаємодопомоги іншим бійцем;
- бійцем-рятувальником (санітар у ЗС України);
- парамедиком (санінструктор роти в ЗС

України).

Усі солдати обов'язково проходять базовий вишкіл – тренінги з навчання прийомам само- та взаємодопомоги.

Дуже важлива роль цим планом відводиться бійцю-рятувальнику. Зазвичай одного з членів кожного найменшого тактичного підрозділу (відділення, екіпажу, розрахунку або іншої еквівалентної одиниці) готують як бійця-рятувальника. Бійцем-рятувальником у НАТО може стати солдат, що пройшов відповідний вишкіл та успішно виконав усі практичні, письмово-практичні і письмові завдання.

Питання повинно стояти так, що борець, який не володіє знаннями з медицини, є небезпечним сам для себе та своїх товаришів, тобто акцент змістився на само- та взаємодопомогу.

Тому необхідно володіти розширеною допомогою на полі бою, підтримкою життя пацієнтів, основою якої є надання першої допомоги на полі бою – алгоритм визначення ознак життя та порядку надання першої допомоги, відомий як А-В-С (airway, breathing, circulation – дихальні (повітряні) шляхи, дихання, кровообіг), у тактичній медицині змінений на С-А-В-С, де додана перша «С» означає катастрофічну кровотечу (catastrophic haemorrhage), яку необхідно припинити в першу чергу, працює на рівні самого військового та продовжує свою дію на наступних рівнях допомоги, лише розширюючись та доповнюючись вторинним оглядом, а також включає навчання та відпрацювання алгоритмів роботи з дихальними шляхами, пораненнями, пошкодженнями мозку, переломами та вивихами, опіками, пошкодженнями грудної клітки, стабілізацією поранених, проведення первинного та вторинного огляду.

Дослідження армії США свідчать, що найкритичнішими є перші хвилини. Поранений у стегнову артерію спливає кров'ю за 3–5 хв. Неприємний може задихнутися, якщо дихальні шляхи заблоковані.

А поранений у груди – не дочекається лікаря, померти від пневмотораксу. Статистика свідчить, що саме ці три причини – критична крововтрата, забиті дихальні шляхи і пневмоторакс – призводять до більшості смертей на полі бою; що цих смертей можна уникнути, якщо навчити кожного бійця прийомам виживання.

Цьому сприяє доступна сучасна високотехнологічна медична допомога кращих клінік, ретельно розроблена схема евакуації поранених, що дає змогу розпочати надавати спеціалізовану висококваліфіковану лікарську допомогу не пізніше ніж через годину після поранення, вчасно розпочата якісна перша домедична та медична допомога.

Виходячи з актуальності питання, 27–28 жовтня на базі Житомирського інституту медсестринства відбувся один з етапів навчання військових медиків для роботи в зоні АТО.

Навчання проводились за ініціатииви Віктора і Олени Пінчук у рамках проектів «Медсанбат» і «Захист патріотів» по системі НАТО.

Для реалізації поставлених цілей залучався інструктор зі США, який брав участь у наданні медичної допомоги під час бойових дій в Афганістані, Судані та Іраку, і військові медики частин, розташованих на території Житомирської області, викладачі Житомирського інституту медсестринства.

Метою даного етапу навчань було відпрацювання навичок із забезпечення підтримки дихальної функції поранених (рис. 1).

Серед інших навичок учасники тренувань відпрацьовували застосування повітропроводів, ларингіальних масок, дихального мішка Амбу, виконання плевральної пункції (рис. 2), дренивання плевральної порожнини (рис. 3), трахеостомії (рис. 4).



Рис. 1. Відпрацювання навичок із забезпечення підтримки дихальної функції



Рис. 2. Виконання плевральної пункції

Слухачі з цікавістю ознайомилися зі складом аптечки інструктора.

По закінченню тренінгу його учасники дійшли одностайної думки, що подібні заняття, з одного боку,

збагачують теоретичний запас знань, а з іншого – доповнюють арсенал необхідних практичних навичок, які можуть бути корисними вітчизняним медикам, а особливо парамедикам під час воєнних дій.



Рис. 3. Дренування плевральної порожнини



Рис. 4. Виконання трахеостомії

Навчання за даним напрямом в інституті проводилося на основі положення міжнародної програми BLS (Basic life Support – Основи підтримки життя): практичні навички з надання першої допомоги при порушеннях або зупинці дихання, серцево-судинних порушеннях, травмах, отруєннях, пошкодженнях; практичні навички надання домедичної допомоги постраждалим немедичними працівниками на місці пригоди без застосування будь-яких ліків згідно з вимогами міжнародної навчальної програми ALS (Початкова професійна підтримка життя).

Цей тренінг помітно відрізняється від того, який викладають в українських вищих навчальних закладах. Жодної теоретичної медицини. Лише практичні навички, які допомагають вижити на полі бою.

Висновки

Збільшення ризиків та загроз для життя в ході військових операцій, загроз природного і техногенного характеру свідчать, що найбільш перспективним та дієвим є напрямок діяльності щодо активного залучення парамедиків у процес навчання та підготовки з надання невідкладної допомоги в надзвичайних ситуаціях. Це без сумніву сприятиме порятунку тих, хто завжди вважався безнадійним.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямі полягають в обґрунтуванні й розробці моделі удосконалення існуючої системи навчання парамедиків з акцентом на координації дій і розподілі обов'язків між лікарями, середнім медичним персоналом і парамедиками.

Література

1. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/5081-17>. – Назва з екрана.
2. Про затвердження порядку підготовки та підвищення кваліфікації осіб, які зобов'язані надавати домедичну допомогу : постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 р. № 1115 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1115-2012-п>. – Назва з екрана.
3. Режим доступу : <http://1staidplast.org.ua/tccc>.
4. Volians'kyj P. B. Organizational and methodical aspects of training in providing pre-medical aid by workers in the sphere of civil protection, who are not medicals" / P. B. Volians'kyj, M. L. Dolhyj, A. V. Terent'ieva // Materialy Mizhnarodnoi naukovo-praktychnoi konferentsii, [Proceedings of International Scientific-practical conference],

Nadzvyčajni sytuatsii: bezpeka ta zakhyst [Emergency and safety protection], Cherkasy Institute of Fire Safety named after Heroes of Chernobyl, Cherkasy, Ukraine, 9–10 October 2014. – Cherkasy, 2014. – P. 37–51.

Дата надходження рукопису до редакції: 14.11.2016 р.

Современные подходы к организации неотложной помощи с участием парамедиков в условиях боевых действий и чрезвычайных ситуаций

В.И. Шатило, П.В. Яворский, В.З. Свиридюк
КВУЗ «Житомирский институт медсестринства»
Житомирского областного совета, г. Житомир, Украина

Цель – улучшить подготовку парамедиков для обеспечения скорейшего начала предоставления домедицинской помощи пострадавшему с целью спасения его жизни и здоровья.

Материалы и методы: флипчарт, маркеры, «интерактивные техники», анализ ситуационных упражнений, анализ критических случаев, ролевая игра, макропрепараты, тренинги в составе малых групп с отработкой навыков сердечно-легочной реанимации, остановки кровотечения, освобождение дыхательных путей от инородного тела.

Результаты. Освещены основные вопросы отработки навыков по обеспечению поддержания основных жизненных функций при ранениях, которыми должен обладать как солдат, так и парамедик, то есть акцент сместился на само- и взаимопомощь.

Выводы. Увеличение рисков и угроз для жизни в ходе военных операций, угроз природного и техногенного характера показывают, что наиболее перспективным и действенным является направление деятельности по активному вовлечению парамедиков в процесс обучения и подготовки к оказанию неотложной помощи в чрезвычайных ситуациях, что без сомнения приведет к спасению тех, кто всегда считался безнадежным.

Ключевые слова: парамедик, навыки оказания домедицинской помощи.

Modern approaches to organization of first medical aid involving paramedics in combat and emergency situations

V.Y. Shatylo, P.V. Yavorskyi, V.S. Svyrydiuk
MHEI “Zhytomyr Nursing Institute” of Zhytomyr regional
Council, Zhytomyr, Ukraine

Purpose – to improve a training paramedics to ensure the earliest beginning of pre-medical assistance to the victim in order to save his life and health.

Materials and methods: flipchart, markers, “interactive techniques”, analysis of case studies, analysis of critical cases, roleplay, macropreparations, training in the of small groups, practicing the skills of cardiopulmonary resuscitation, hemostasis, removing from foreign bodies from the respiratory tract.

Results. The basic issues of training skills to ensure the maintenance of basic life functions in case of wounds which should be mastered by both soldiers and paramedics, i.e. the emphasis has shifted to self and mutual medical assistance, are inlighted.

Conclusions. Increased risks and life threats in the course of military operations, the of natural and technogenic threats, show that the most promising and efficient is the activity focus on the active involvement of paramedics in the learning process and the training to provide the first medical aid in emergency situations that will undoubtedly lead to salvation of those who have always been considered hopeless, saving the life of the victim.

Key words: paramedic, skills to provide pre-medical aid.

Відомості про авторів

Шатило Віктор Йосипович – д.мед.н., професор, ректор КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»; вул. В. Бердичівська, 46/15, м. Житомир, 10002, Україна.

Яворський Павло Вацлавович – д.мед.н., доцент кафедри «Сестринська справа» КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»; вул. В. Бердичівська, 46/15, м. Житомир, 10002, Україна.

Свиридюк Василь Зіновійович – д.мед.н., професор кафедри «Сестринська справа» КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства»; вул. В. Бердичівська, 46/15, м. Житомир, 10002, Україна.

УДК 159.9.07:355.24:342.2 (477)

В.В. Шафранський

ПОЛІПШЕННЯ ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ВСІХ ТА СКОРОЧЕННЯ НЕРІВНОСТІ ЩОДО ЗДОРОВ'Я ЯК СТРАТЕГІЧНЕ ЗАВДАННЯ ПОЛІТИКИ «ЗДОРОВ'Я – 2020»: АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ПУБЛІКАЦІЙ ВООЗ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета – висвітлити стратегію поліпшення здоров'я для всіх та скорочення нерівності щодо здоров'я в політиці «Здоров'я – 2020».

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали документи ВООЗ щодо Європейської політики «Здоров'я – 2020». Використано бібліосемантичний метод і метод структурно-логічного аналізу. Основою дослідження був системний підхід.

Результати та висновки. Для досягнення поставленої мети слід використовувати такі підходи, як підвищення стійкості громад до впливу негативних зовнішніх чинників, соціальне залучення та згуртованість; накопичення ресурсів для забезпечення благополуччя; всебічне врахування гендерних аспектів і розвиток індивідуальних та громадських ресурсів для захисту і зміцнення здоров'я (індивідуальні навички та відчуття причетності). Важливим питанням є визначення цільових орієнтирів скорочення нерівності щодо здоров'я. Це може слугувати стимулом для активних дій та бути одним із важливих механізмів оцінки розвитку охорони здоров'я на всіх рівнях. Також необхідно розробити практичні заходи, скеровані на скорочення нерівності щодо здоров'я, та надати їм пріоритетне значення. При цьому моральні та економічні аргументи на користь дій у даному напрямку є невід'ємними один від одного.

Ключові слова: нерівність щодо здоров'я, скорочення, Європейська політика «Здоров'я – 2020», стратегія.

Вступ

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) висловлює стурбованість у зв'язку з проблемами незадовільного здоров'я як у межах однієї країни, так і в межах Європейського регіону в цілому. Максимальна достовірна різниця для чоловіків і жінок у показнику очікуваного продовження життя при народженні становить 16 років. Рівні материнської смертності в деяких країнах регіону вищі в 43 рази щодо показників інших країн [2, 6, 7, 13].

При цьому 20% населення з найменшим прибутком відкладають звернення по медичну допомогу через страх перед фінансовою катастрофою, пов'язаною з необхідністю оплати медичних послуг [14]. Глибока нерівність щодо здоров'я пов'язана з ключовими показниками способу життя, включаючи вживання тютюну та алкоголю, характер харчування та фізичної активності, а також із розладами психіки та поведінки, що віддзеркалює стан хронічного стресу та недостатній соціальний захист людей [1].

Мета роботи – висвітлити стратегію поліпшення здоров'я для всіх та скорочення нерівності щодо здоров'я в політиці «Здоров'я – 2020».

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження слугували документи ВООЗ щодо Європейської політики «Здоров'я – 2020». При виконанні роботи використано бібліосемантичний

метод і метод структурно-логічного аналізу. Основою дослідження став системний підхід.

Результати дослідження та їх обговорення

Комісія ВООЗ із соціальних детермінант [2] представила три головні принципи, якими необхідно керуватися в діях із поліпшення здоров'я для всіх і скорочення нерівності щодо здоров'я:

– поліпшення умов повсякденного життя: обставин, в яких люди народжуються, зростають, живуть, працюють і старіють;

– подолання на глобальному, національному та місцевому рівнях несправедливості в розподілі влади, грошей та ресурсів структуроформуючих факторів, якими визначаються умови повсякденного життя;

– вимір обсягів проблеми, оцінка дій, поширення бази знань, підготовка кадрів, які мають кваліфікацію в області соціальних детермінант здоров'я, а також підвищення інформованості суспільства про значення даних детермінант.

У зв'язку з цим важливою передумовою для зміцнення здоров'я населення являється поліпшення політичних, соціальних та економічних умов інституціонального середовища. ВООЗ відмічає, що міжсекторальні стратегії не просто необхідні – вони є життєво важливими. Принцип загальнодержавної відповідальності за охорону здоров'я вимагає, щоб система державного управління на всіх її рівнях при виробленні всіх напрямків політики в області законодавчого регулювання, у соціальній сфері та

економіці найсерйознішим способом враховували наслідки для здоров'я [3].

Значне поліпшення здоров'я та благополуччя населення можливе за умови визначення загальних цілей та спільного інвестування в сектор охорони здоров'я та інші сектори. Пріоритетні області інвестування включають такі сектори, як ефективна система освіти, умови праці та найму на роботу, соціальний захист і скорочення бідності. Підходи, що використовуються, включають підвищення стійкості громад до негативних зовнішніх впливів, залучення до життя суспільства та зміцнення соціальної згуртованості, а також поліпшення розвитку ресурсів благополуччя окремих людей та громад, які захищають та зміцнюють здоров'я. Ці заходи мають бути систематичними та постійними.

На думку ВООЗ, рішення проблеми соціальної нерівності значно сприяє підвищенню рівня здоров'я та благополуччя. Зменшення градієнтів здоров'я потребує розробки комплексної стратегічної цілі з вирівнювання шансів на гарне здоров'я представників усіх соціально-економічних груп. Загальний соціальний захист сприяє зниженню рівня бідності та поліпшує становище людей, які потребують допомоги більше, ніж вузько направлені цільові програми [8]. Однак соціальна несправедливість може бути зменшена зі сприятливим співвідношенням затрат і результатів тільки в тому випадку, коли інтенсивність заходів відповідатиме потребам кожної людини чи групи людей у суспільстві. За такого підходу найбільш інтенсивні заходи є вкрай важливими для задоволення потреб найбільш знедолених людей, але не обмежуються цими категоріями населення [16].

Заходи, які приймаються щодо соціальних та екологічних детермінант здоров'я, можуть реально впливати на багато із форм нерівності в питаннях здоров'я. При цьому вони не будуть результативними, якщо не скеровуватимуться на подолання несправедливостей щодо причин нездоров'я [5, 15].

Заходи, які мають проводитися для досягнення поставленої мети, сформовані в прийнятій у 2009 р. резолюції Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я WHA62.14 про зменшення несправедливості щодо здоров'я шляхом дії на соціальні детермінанти здоров'я [9].

Для подолання соціально детермінованої несправедливості щодо здоров'я потрібні сильна політична прихильність, комплексні дії, системний підхід, ефективні високопродуктивні системи та узгодженість політики різних державних секторів, особливо у сфері охорони здоров'я та в інших областях [4, 11].

Для того, щоб заходи були ефективними, вони повинні отримати громадську і політичну підтримку [10].

Висновки

Для досягнення поставленої мети слід використовувати такі підходи: підвищення стійкості громад до впливу негативних зовнішніх дій, соціальне залучення та згурпованість; накопичення ресурсів для забезпечення благополуччя; всебічне врахування гендерних аспектів та розвиток індивідуальних і громадських ресурсів для захисту та зміцнення здоров'я населення (індивідуальні навички та відчуття причетності). Важливо визначити цільові орієнтири зі скорочення нерівності щодо здоров'я. Це може слугувати стимулом для активних дій та являтися одним із важливих механізмів оцінки розвитку охорони здоров'я на всіх рівнях. Також необхідно розробити практичні заходи, скеровані на скорочення нерівності щодо здоров'я, та надати їм пріоритетне значення. При цьому моральні та економічні аргументи на користь дій у даному напрямку є невід'ємними один від одного.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням скорочення нерівності щодо здоров'я в Україні.

Література

1. *Европейская база данных «Здоровье для всех»*. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>. – Название с экрана.
2. *Комиссия по социальным детерминантам здоровья. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья : заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья*. – Женева : ВОЗ, 2009 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/ru/index.html. – Название с экрана.
3. *Предварительный второй доклад о социальных детерминантах здоровья и различиях в состоянии здоровья населения Европейского региона ВОЗ*. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/150095/RC61_rInfDoc5.pdf. – Название с экрана.
4. *Предварительный доклад о выполнении положений Таллиннской хартии*. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/134617/08R_InterimTallinn_110515-V2.pdf. – Название с экрана.
5. *Промежуточный отчет о социальных детерминантах и различиях по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ : исполнительное резюме*. – Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/124460/e94370R.pdf. – Название с экрана.
6. *Реальное богатство народов : доклад о развитии человека*. – Нью-Йорк : Программа развития ООН, 2010 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.un.org/ru/development/hdr/2010/hdr_2010_complete.pdf. – Название с экрана.
7. *Рио-де-Жанейрская политическая декларация по социальным детерминантам здоровья : Всемирная конференция по социальным детерминантам здоровья, Рио-де-Жанейро, Бразилия, 21 октября 2011 г.* – Женева : ВОЗ, 2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.who.int/sdhconference/declaration/en>. – Название с экрана.
8. *Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние : Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения, г. Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.: отчет*. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/78951/E92150R.pdf. – Название с экрана.
9. *Уменьшение несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья : Резолюция WHA62.14 Всемирной ассамблеи здравоохранения*. – Женева : ВОЗ, 2009 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://apps.who.int/gb/or/t/r_wha62r1.html. – Название с экрана.
10. *Building of the global movement for health equity: from Santiago to Rio and beyond / M. Marmot [et al.] // Lancet*. – 2011. – Vol. 379. – P. 181–188.
11. *Governance and delivery for social determinants. Task group report, European review on social determinants of health*. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe [Electronic resource]. – Access mode : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf?ua=1. – Title from screen.
12. *Reducing health inequalities in the EU. European Parliament Resolution, 9 March 2011. Brussels, European Parliament, 2011 [Electronic resource]*. – Access mode : <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A7-2011-0032&language=EN>. – Title from screen.
13. *The Banja Luka Pledge. Health in all policies in south-eastern Europe : a shared goal and responsibility. Third Health Ministers' Forum, Banja Luka, Bosnia and Herzegovina, 13–14 October 2011*. – Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 [Electronic resource]. – Access mode : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/152471/e95832.pdf. – Title from screen.
14. *The European health report 2012: charting the way to well-being*. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2013 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/european-health-report-2012>. – Title from screen.
15. *The Marmot Review. Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England 2010*. – London : Marmot Review, 2010 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>. – Title from screen.
16. *Understanding and tackling social exclusion. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, from the Social Exclusion Knowledge Network / J. Popay [et al.]*. – Lancaster, WHO Social Exclusion Knowledge Network, 2008 [Electronic resource]. – Access mode : http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/final_reports/sekn_final%20report_042008.pdf. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.11.2016 р.

Улучшение здоровья для всех и сокращение неравенства в отношении здоровья как стратегическая задача политики «Здоровье – 2020»: аналитический обзор публикаций ВОЗ

В.В. Шафранский

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Цель – осветить стратегию улучшения здоровья для всех и сокращение неравенства в отношении здоровья в политике «Здоровье – 2020».

Материалы и методы. Материалами исследования стали документы ВОЗ по Европейской политике «Здоровье – 2020». Использован библиосемантический метод и метод структурно-логического анализа. Основой исследования был системный подход.

Результаты и выводы. Для достижения поставленной цели следует использовать такие подходы, как повышение стойкости обществ к влиянию негативных внешних факторов, социальное привлечение и сплоченность; накопление ресурсов для обеспечения благополучия; всесторонний учет гендерных аспектов и развитие индивидуальных и общественных ресурсов для защиты и укрепления здоровья (индивидуальные навыки и ощущения причастности). Важным вопросом является определение целевых ориентиров сокращения неравенства относительно здоровья. Это может служить стимулом для активных действий и быть одним из важных механизмов оценки развития здравоохранения на всех уровнях. Также необходимо разработать практические мероприятия, направленные на сокращение неравенства относительно здоровья, и придать им приоритетное значение. При этом моральные и экономические аргументы в интересах действий в данном направлении являются неотъемлемыми друг от друга.

Ключевые слова: неравенство в отношении здоровья, сокращение, Европейская политика «Здоровье – 2020», стратегия.

Better health for all and reduction of inequalities regarding health as strategic task of the policy “Health – 2020”: analytical review of WHO publications

V.V. Shafranskiy

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Purpose – to present the strategy of better health for all and reduction of inequality regarding health in the policy “Health – 2020”.

Materials and methods. WHO documents on European policy “Health – 2020” were used as the material for research. Bibliosemantic and structural-and-logical analysis methods were applied. Systemic approach composed the base of research.

Results and conclusions. To achieve the goal set, different approaches should be applied, such as, improving communities’ staunchness to the effects of negative external factors, social inclusion and cohesion; accumulation of resources for welfare provision; comprehensive consideration of gender aspects and the development of individual and community resources for the protection and strengthening of health (individual skills and a sense of belonging). To determine the target reference-point of inequality on health reduction is the important issue. It can serve as a stimulus for action and be one of the most important mechanisms to assess the development of health at all levels. It is also necessary to develop practical measures aimed at reducing health inequalities, and give them priority. Moral and economic arguments in favor of action in this direction are essential.

Key words: inequality regarding health, reduction, European policy “Health – 2020”, strategy.

Відомості про автора

Шафранський Віктор Вікторович – к.мед.н., доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; бульвар Т. Шевченка, 13, м. Київ, 01601, Україна.

М.І. Бадюк¹, І.К. Серета¹, О.О. Микута¹, Б.Б. Жупан²

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТАНДАРТИЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

¹Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

²Національний військовий медичний клінічний центр «ГВКГ», м. Київ, Україна

Актуальність теми. Зміни воєнно-політичної обстановки у світі свідчать про її напруженість, динамічний та нестабільний характер. Провідні держави збільшують розміри воєнних витрат, активізують розробку нових зразків озброєння, підвищують інтенсивність військових навчань. Воєнна сила продовжує залишатися визначальним елементом спроможності будь-якої країни відстоювати свої національні інтереси. У зв'язку з цим в Україні відбувається системне реформування у сфері національної безпеки та оборони, що висуває високі вимоги до медичного забезпечення Збройних Сил (ЗС) України.

Так, відповідно до положень Указу Президента України від 24.09.2015 р. № 555/2015 «Про нову редакцію Воєнної доктрини України», з метою пріоритетного розвитку військової медицини, виникла необхідність створити ефективну систему медичного забезпечення військ, шляхом проведення організаційно-структурних перетворень у медичній службі, з урахуванням інтеграції системи медичного забезпечення в загальнодержавну систему охорони здоров'я. Одним із напрямків реформування системи медичного забезпечення ЗС України є впровадження стандартів медичного забезпечення ЗС України.

Мета роботи – проаналізувати стан стандартизації медичного забезпечення ЗС України в сучасних умовах.

Матеріалами слугували дані літературних джерел, оперативні відомості, нормативно-правові документи.

Результати. Аналіз формування блоку нормативно-правового забезпечення стандартизації свідчить, що організація надання медичної допомоги регулюється нормативними документами, що можна розділити за рівнями: нормативно-правові документи, керівні документи (які є і як загальнодержавні, так і відомчі), галузеві стандарти (які на даний час залишаються лише загальнодержавними).

Однак за умови впровадження відомчих керівних документів головними спеціалістами Міністерства оборони України вони можуть бути адаптованими до загальнодержавних стандартів надання медичної допомоги.

На нашу думку, основним рішенням ситуації є створення системи стандартизації у медичній галузі ЗС України, що включала б забезпечення високої якості лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів, усіх компонентів процесу медичного забезпечення на підставі адекватного рівня організації, наявності сучасного технічного оснащення, всебічного ресурсного забезпечення, високого рівня підготовки медичних фахівців як факторів, які базуються на передових науково-теоретичних розробках шляхом

створення такої системи медичного забезпечення ЗС України, яка б відповідала новим соціально-економічним умовам і сучасним завданням навчально-бойової підготовки військ.

Водночас, з метою досягнення Україною критеріїв, необхідних для набуття членства в Організації Північноатлантичного договору (НАТО), забезпечення рівноправного взаємовигідного співробітництва у воєнній, воєнно-економічній та військово-технічній сферах з усіма заінтересованими державами-партнерами, підвищується інтерес до досвіду військово-медичних служб зарубіжних армій і насамперед до медичного забезпечення збройних сил НАТО, де система медичної стандартизації розвинена на досить високому рівні.

Проведення реформи та військово-співробітництво сприяють реалізації стратегічної мети України щодо євроатлантичної інтеграції через поступове прийняття стандартів і процедур НАТО, а також підвищення взаємосумісності між ЗС України та НАТО. У зв'язку з цим у військовій системі медичного забезпечення підвищується необхідність уніфікації сумісності, принципів та стандартів медичного забезпечення ЗС України з відповідними принципами і стандартами Північноатлантичного альянсу. При цьому важливого значення набуває не механічне копіювання, а аналіз, узагальнення та критична оцінка їхнього досвіду. Його використання має бути зваженим, вибіркоким і враховувати специфіку ЗС України та їх медичне забезпечення, а також реальні економічні можливості держави.

Для досягнення взаємосумісності багатонаціональних сил, узгодженості доктрин і процедур необхідна узагальнена термінологія, здатність до взаємодії систем зв'язку та інформаційних систем, військової техніки і обладнання, взаємозамінність бойових припасів і систем матеріально-технічного забезпечення.

Тому модернізація системи медичного забезпечення ЗС України направлена на підвищення якості медичного забезпечення шляхом упровадження новітніх систем, ефективних медичних технологій і стандартів медичного забезпечення військ, максимально наближених до стандартів цивільної системи охорони здоров'я, з урахуванням західних стандартів.

Висновки. Встановлено, що оптимізація системи медичного забезпечення ЗС України має здійснюватися шляхом створення єдиної уніфікованої системи стандартизації медичного забезпечення ЗС України з урахуванням інтеграції системи медичного забезпечення ЗС України в загальнодержавну систему охорони здоров'я та досвіду держав-членів НАТО.

І.А. Голованова¹, С.С. Касинець^{1,2}, Д.В. Паламарчук²

ОСНОВНІ НАПРЯМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ – УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

¹ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна
²Полтавський обласний центр медико-соціальної експертизи, м. Полтава, Україна

Бойові дії на Сході України призвели до того, що тисячі українських мобілізованих військовослужбовців, добровольців отримали поранення, які спричинили стійку втрату працездатності. Інвалідність учасникам антитерористичної операції (АТО) встановлюють медико-соціальні експертні комісії після всебічного обстеження за направленням лікувально-профілактичного закладу та на підставі переліку документів зазначених у пп. 12, 13 «Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності», затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317.

Пріоритетним завданням медико-соціальної експертизи сьогодні, як і в попередні роки, залишається комплексна реабілітація інвалідів, особливо учасників АТО, їх вчасного, якісного протезування та створення належних умов для інтеграції в суспільство.

Мета – вивчити основні напрями реабілітації інвалідів учасників АТО.

Методи. На базі обласної комісії Полтавського обласного Центру медико-соціальної експертизи вивчено та проаналізовано 174 «Статистичні талони експертного обстеження № 1» (форма № 159/о) учасників АТО протягом 2015 р., заповнені на підставі «Акту огляду медико-соціальною експертною комісією (МСЕК)» (форма № 157/о). Більш поглиблено досліджено медико-експертну документацію 94 осіб – учасників АТО, визнаних інвалідами в Полтавській області серед працездатного населення.

Результати. Серед оглянутих 174 учасників АТО визнані інвалідами 94 (54,02%) особи, 80 (45,98%) учасникам встановлений ступінь втрати працездатності. Серед 94 інвалідів – учасників АТО інвалідами I групи визнана 1 (1%) особа, II групи – 25 (26,6%), III групи – 68 (72,4%). Стійкі наслідки після черепно-мозкових травм із

проявами астено-невротичного або вестибуло-атактичного синдромів різного ступеня мали 69% інвалідів, посттравматичні невротатії різного ступеня та різної локалізації – 19,1%, анофтальм – 1%, гострі психотичні розлади – 4,2%, наслідки осколкових поранень – 0,7%.

Усім інвалідам були складені індивідуальні програми реабілітації інвалідів. Встановлено, що рекомендації з медичної реабілітації (відновна терапія) надані в 99% випадків, 1% склала реконструктивна хірургія. Рекомендації з працевлаштування (переважно в звичайних умовах виробництва з наданням відповідних умов праці) визначені 98,9% інвалідів (серед інвалідів II групи – 26,8%, III групи – 73,1%). Визначені рекомендації із забезпечення інвалідів допоміжними пристосуваннями та технічними засобами реабілітації 27 (28,7%) особам, серед інвалідів I групи – 3 (11,2%), II групи – 6 (22,2%), III групи – 18 (66,6%).

Висновки. За отриманими даними, у структурі інвалідності учасників АТО переважають інваліди III групи (72,4%). Усі інваліди потребують медичної, соціальної та психологічної реабілітації. Пріоритетним у реабілітації є максимально можливе відновлення і збереження параметрів якості життя, соціальна та психологічна підтримка хворого і його найближчого оточення. Більшість (88,1%) бійців АТО потребують спостереження у невропатолога та проведення нейрореабілітаційних заходів для підвищення якості життя. Крім того, необхідно якомога більше приділяти уваги підготовці лікарів-психотерапевтів, робота яких спрямована на психолого-педагогічну корекцію, соціальну адаптацію і підготовку учасників АТО до життя в мирних умовах.

Я.И. Головки, С.Г. Усенко

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГРИППА И ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2011–2015 гг.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Актуальность. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) и грипп являются актуальной проблемой здравоохранения в силу высокого уровня заболеваемости, превышающего уровень других инфекционных патологий. Данная группа инфекций наносит значительный экономический ущерб

государственному бюджету в связи с высокой частотой случаев нетрудоспособности среди населения. Ежегодный высокий уровень заболеваемости населения гриппом и ОРВИ представляет собой тяжелое экономическое бремя для бюджета стран всего мира. Это связано с лечением и реабилитацией, временной нетрудоспособностью больных.

Значительные средства расходуются на осуществление программ первичной и вторичной профилактики. На лечение гриппа и его осложнений каждый год в мире расходуется около 14,6 млрд долл., только в США – 1–5 млрд долл. Экономический ущерб, причиненный эпидемией гриппа и ОРВИ, ежегодно составляет не менее 80% экономических потерь, наносимых инфекционными болезнями.

Кроме того, необходимо учитывать, что гриппозная инфекция из-за расширения транспортных потоков, контактов среди населения и тенденций к глобализации способна к быстрому распространению не только в пределах одной страны, но и нескольких континентов. Поэтому в мегаполисах, где плотность населения существенно выше, чем в среднем по стране, заболеваемость также значительно выше, в период эпидемии заболевает от 5 до 20% населения. К факторам, на которые следует в первую очередь обратить внимание, относятся экологические (высокая влажность, загрязнение воздуха, урбанизация, неблагоприятные погодноклиматические условия); социальные (большая скученность людей в мегаполисах, неудовлетворительные материально-бытовые условия); биологические (несовершенство местного и общего иммунитета, наследственная предрасположенность, низкая продукция интерферона).

Цель работы – изучить и проанализировать уровни заболеваемости гриппом и другими ОРВИ среди населения в г. Харькове и Харьковской области за 2011–2015 гг.

Материалы и методы. Для этого использованы библиографический, аналитический методы и систематический подход. В качестве источника базы – Государственное Учреждение «Харьковский областной лабораторный центр государственной санитарно-эпидемиологической службы Украины»

Результаты. Грипп и другие ОРВИ являются первой причиной обращения за медицинской помощью, как среди всего населения, так и среди лиц трудоспособного возраста. Эти инфекции наиболее массовые среди детей и

взрослых и составляют около 90% от общей инфекционной заболеваемости.

Ежегодные эпидемии гриппа непредсказуемы, время их возникновения и структура вирусного штамма практически непрогнозируемые. На сегодняшний день непрерывная циркуляция вирусов гриппа и появление реассортантных штаммов животного происхождения представляют постоянную опасность для здоровья населения всех стран. В последние годы отмечается распространение устойчивости штаммов вирусов гриппа к применяемым противовирусным препаратам. Причем истинная заболеваемость гриппом и ОРВИ в мире неизвестна. Считается, что ежегодно болеют 5–10% взрослых и 20–30% детей. Как в медицинской среде, так и среди населения опасность гриппа недооценивается. При этом осложнения развиваются у 10–15% заболевших гриппом людей. Среди госпитализированных больных, чаще в группах риска, этот показатель достигает 30%. Ежегодная смертность вследствие осложнений гриппа составляет 7,5–23 на 100 тыс. населения, причем большая часть летальных исходов приходится на лиц старше 65 лет. По данным Всемирной организации здравоохранения, не менее 500 тыс. больных ежегодно умирают от гриппа. Среди групп риска этот показатель самый высокий.

Анализ данных по распространенности гриппа и ОРВИ в Харьковской области, г. Харькове и районах области за период 2011–2015 гг. показал, что распространенность гриппом и ОРВИ на 10 тыс. населения Харьковской области составила в 2011 г. – 677,13 случая, в 2012 г. – 582,95 случая, в 2013 г. – 651,9 случая, в 2014 г. – 617,5 случая, в 2015 г. – 595,98 случая. Уровни показателей заболеваемости гриппом и ОРВИ среди населения, которое проживает в районах области, выше, чем среди населения г. Харькова. Распространенность гриппа и ОРВИ в Харьковской области среди детского населения значительно выше, чем среди взрослого, причем в районах области уровни показателей заболеваемости значительно выше по сравнению с г. Харьковым.

Таблица 1
Распространенность гриппа и острых респираторных вирусных инфекций в г. Харькове и районах области за период 2011–2015 гг.

Местность	2011	2012	2013	2014	2015
г. Харьков	312,98	251,24	318,88	322,91	307,09
Районы области	1076,47	943,57	1014,88	942,56	916,56

Таблица 2
Распространенность среди детского населения гриппа и острых респираторных вирусных инфекций в г. Харькове и районах области за период 2011–2015 гг.

Местность	2011	2012	2013	2014	2015
г. Харьков	706,70	623,30	867,54	1139,30	1036,01
Районы области	4308,86	3907,37	4230,76	3975,49	3823,68

В Харьковской области в структуре общей заболеваемости по этим инфекциям преобладала заболеваемость среди детского населения: в 2011 г. – 58,6%, в 2012 г. – 61,2%, в 2013 г. – 61,3%, в 2014 г. – 65,3%, в 2015 г. – 64,0%. А в г. Харькове заболеваемость гриппом и ОРВИ среди детского населения увеличилась с 2013–2015 гг. по сравнению с 2011 г. в среднем на 44%.

Если говорить об эпидемическом сезоне, который начинается с 40-й недели текущего года и заканчивается на 21-й неделе следующего года, то можно отметить, что эпидемический процесс был умеренной интенсивности, заболеваемость не получила эпидемического распространения, эпидемические пороги не были превышены ни на одной неделе. При анализе летальных случаев среди госпитализированных пациентов с лабораторно подтвержденным диагнозом гриппа зарегистрировано по одному случаю в эпидемических сезонах 2012–2013 гг., 2013–2014 гг., 18 случаев – в 2015–2016 гг. По международным данным, смертность среди здоровых взрослых, заболевших гриппом, не превышает двух случаев на 100 тыс. населения.

Выводы. Анализ ежегодных эпидемий гриппа показал, что эпидемический процесс был умеренной

интенсивности, заболеваемость гриппом и ОРВИ не получила эпидемического распространения, однако если анализировать уровни заболеваемости среди взрослого и детского населения, то заболеваемость взрослого и детского населения, проживающего в Харьковской области, значительно выше уровней заболеваемости этой категории населения, проживающего в г. Харькове. Необходимо отметить увеличение уровней заболеваемости среди детского населения г. Харькова в период 2013–2015 гг. в среднем на 44% по сравнению с 2011 г.

Поэтому профилактическое направление в охране и укреплении здоровья детей должно включать в себя медицинские, гигиенические и социально-экономические мероприятия. В комплекс мер по предупреждению возникновения заболеваний гриппа и ОРВИ должны входить вакцинация, рациональное качественное питание, рациональный режим труда и отдыха, физическая активность, оздоровление окружающей среды. Кроме того, необходимо уделять внимание вопросу повышения иммунного статуса, раннее выявление заболеваний и своевременное обращение к врачу, санаторное лечение.

І.В. Дідик

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ЯК ПРОФІЛАКТИЧНИЙ НАПРЯМОК ЗБЕРЕЖЕННЯ ЧОЛОВІЧОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ

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

Актуальність. Злоякісні новоутворення передміхурової залози на ранніх стадіях захворювання перебігають малосимптоматично або взагалі можуть не мати клінічних проявів. Виражений больовий синдром, наявність крові в сечі з'являються на III–IV стадії захворювання, при встановленні яких прогноз для працездатності і здоров'я пацієнта в більшості випадків несприятливий.

Мета – встановити сучасні фактори ризику з метою поглибленого ведення чоловіків із групи ризику, що дасть змогу своєчасно встановити діагноз, розпочати лікування, а отже, попередити розвиток ускладнень унаслідок розростання та метастазування пухлин.

Методи. Реалізація мети дослідження досягалася за допомогою соціологічного дослідження виявлення факторів ризику розвитку злоякісного новоутворення передміхурової залози серед чоловіків від 18 років.

Результати. Отримані дані узагальнені, систематизовані та сформовані в групи.

1. Соціально-економічні чинники ризику розвитку раку злоякісного новоутворення передміхурової залози.
2. Соціально-гігієнічні фактори ризику розвитку раку злоякісного новоутворення передміхурової залози.
3. Медико-біологічні фактори ризику розвитку раку злоякісного новоутворення передміхурової залози.

4. Медико-організаційні фактори розвитку раку злоякісного новоутворення передміхурової залози.

Найбільша кількість факторів, які мали доведено вірогідний вплив на формування і розвиток злоякісного новоутворення з локалізацією в передміхуровій залозі серед чоловіків від 18 років, відноситься до групи медико-біологічних чинників. Серед них наявність захворювання на рак передміхурової залози у кровних родичів (братів, батька, діда, прадіда) має вірогідний вплив, збільшуючи ризик захворіти на рак простати в 6,22 разу (OR=6,22, $p<0,01$); наявність гострих та хронічних урогенітальних інфекцій із частотою запального процесу один раз на рік (OR=6,0; $p<0,01$); перебування на диспансерному обліку з приводу аденоми простати, запалення передміхурової залози (OR=2,8; $p<0,01$); травматичні пошкодження простати та органів малого тазу (OR=2,0; $p<0,01$); тютюнопаління (OR=1,36, $p<0,05$).

Висновки. Своєчасне виявлення факторів ризику розвитку злоякісного новоутворення з локалізацією в передміхуровій залозі дасть змогу сімейному лікарю або лікарю-урологу на амбулаторно-поліклінічному рівні сформувати з пацієнтів групу ризику для більш ретельного спостереження і проведення відповідних профілактичних та діагностичних заходів.

В.М. Князевич, Л.І. Жаліло

ЄДИНИЙ МЕДИЧНИЙ ПРОСТІР В УМОВАХ АТО ЯК ШЛЯХ ПІДСИЛЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ

Національна академія державного управління при Президентові України, м. Київ, Україна

Ідея національної безпеки дає змогу об'єднати дії всіх суб'єктів, відповідальних за життя людини, яке має пріоритетну цінність і важливість для держави. Умови загроз незалежності держави та воєнні дії найбільш відчутно і виразно демонструють важливість охорони здоров'я в інституційному полі національної безпеки. У цьому контексті набуває надзвичайної актуальності потреба змін і реформ охорони здоров'я, зокрема, таких змін, які одночасно торкаються цивільної і військової медицини. Такою потребою є утворення єдиного медичного простору в Україні.

Незважаючи на більш ніж десятирічну історію проблеми утворення єдиного медичного простору в Україні, тільки події останніх двох років – бойові дії на Сході та нерегульовані і неефективні дії в процесі реформування охорони здоров'я – перетворили питання єдиного медичного простору в Україні на вкрай актуальне.

Найбільшу увагу привернула проблема утворення єдиного медичного військового простору на тлі значних втрат (бойові втрати Збройних Сил України у 2015 р. становили 2132 бійці, у 2016 р. – 173 українські військовослужбовці); 15% з них, імовірно, залишилися б живими, якби бойові медики діяли в оперативних умовах взаємодії всіх медичних установ, бійці проходили належне навчання, отримували індивідуальну аптечку міжнародного зразка тощо. Тобто підготовка бойових медиків має включати ефективну співпрацю медиків силових структур із цивільними лікарями.

За суттю формування єдиного медичного простору має забезпечувати структурне, інформаційне, ресурсне спрощення системи в поєднанні з підвищенням функціональності її елементів і частин.

Однак, оскільки формування єдиного медичного простору виникло за умов галузевої кризи як практичний захід, воно розпочалося без попередньої оцінки складових – кадрів, ресурсів, прогнозів, шансів на успіх і визначення напрямів розвитку. Слід відмітити неадекватне наукове забезпечення цього важливого в державотворенні процесу.

Мета – обґрунтувати формування єдиного медичного простору як шляху до підсилення національної безпеки в сучасних умовах.

Методологічною основою дослідження стали деякі положення науки державного управління, політики і права. Використано структурно-функціональний та міждисциплінарний підходи.

Те, що охорона здоров'я – це складова національної безпеки, є аксіомою. У військовій медицині загострюється і розкривається сутність медичної допомоги як складової національної безпеки. Експерти

НАТО та представники медичних служб силових відомств України підкреслюють необхідність змін військової медицини в Україні, зокрема, створення єдиного цивільно-військового простору, в якому діятимуть медики усіх силових структур, при цьому іноземні партнери готові сприяти і надавати будь-яку консультацію щодо впровадження такої системи в Україні (Устінов О.В.).

Роль і місце військової медицини в єдиному медичному просторі України знайшло вираження у формі військово-медичної доктрини та формуванні політики в системі охорони здоров'я в умовах гібридної війни (16.12.2014 р.).

Створений міжвідомчий штаб при МОЗ України дає змогу координувати дії медичних служб різного підпорядкування, процесів перебудови військової медицини, комплементарної синхронізації військової і цивільної форм закладів.

Водночас, залишається відкритим питання наближення високоспеціалізованої допомоги до лінії фронту, відновлення військових кафедр у всіх вищих медичних навчальних закладах, питання соціальної, медичної та психологічної реабілітації, гармонізації дій військової і цивільної медицини.

Утворення моделі єдиного медичного простору, адекватної умовам України, потребує наукового супроводу, визначення ризиків і переваг (Надугий К.).

Безумовна перевага полягає в тому, що формування єдиного медичного простору є прогнозованою і передбачуваною політикою, яку можуть підтримати інвестори, міжнародні донорські організації, що, своєю чергою, прискорить процес реформ у цілому.

Перевага єдиного медичного простору також полягає в тому, що він забезпечує маневрування потужностями на території області в умовах надзвичайних ситуацій, коли в разі перенавантаження лікарень пацієнти можуть бути розподілені в найближчі заклади.

Разом з тим, ризиком є те, що на рівні госпітального округу складно організувати кваліфікований контроль якості медичної допомоги, застосування стандартів. Ризики утворює також децентралізація управління, що, з урахуванням світового досвіду, в таких сферах, як армія та воєнна медицина, є неефективною.

Медицина силових структур має зберігати свою специфіку й завдання. Решта відомчих закладів повинні інтегруватися в єдиний простір, застосовуючи єдині стандарти, нормативи, фінансуватися на загальних принципах тощо. Єдиний медичний простір національного рівня мають утворювати передусім центри третинного рівня, які надають високотехнологічну й

високовартісну медичну допомогу. За такої ситуації з'являється можливість включити в єдине поле приватну медицину, якщо будуть прописані механізми укладання договорів на медичне обслуговування за бюджетні кошти (Надуть К.).

Прикладами перших кроків формування єдиного медичного простору в Україні можна вважати дії Дніпровської ОДА, де функціонує єдиний медичний простір для лікування поранених у зоні АТО, переселенців, місцевого населення, але останнім часом відзначаються певні колізії, зокрема, щодо відповідності Закону України «Про Державний бюджет» і використання медичної субвенції. Виникають проблеми з розподілу фінансів на регіональному рівні (Македонський І.).

Важливою умовою підвищення якості сучасної медицини на регіональному рівні є наявність єдиного медичного простору, що, однак, на практиці нашоується на низку проблем (Лисак В. – Департамент охорони здоров'я Полтавської ОДА). Так, рішення про скасування відомчих лікарень приймалося без відповідної підготовки: як правило, матеріально-технічний стан відомчих лікувальних установ виявився далеким від задовільного; пацієнти відомчих лікарень застраховані в компаніях, які укладають угоди за власними інтересами. Створення госпітальних округів є першим кроком у формуванні єдиного медичного простору. Їх межі мають бути відкритими, і закладати основи до створення єдиного медичного простору в межах держави.

Не можна обійти питання про те, що створення сучасного єдиного медичного простору має включати єдиний інформаційний простір, що сприяє успішному

функціонуванню медичних установ різних форм власності, дає змогу формалізувати лікувально-діагностичні, логістичні та бізнес-процеси і процедури їх виконання, здійснювати моніторинг діяльності і використання високовартісних ресурсів за єдиними стандартами, приймати оперативні обґрунтовані управлінські рішення, прогнозувати результати, визначати відносні та абсолютні ризики.

Єдиний інформаційний медичний простір країни – це частина загальнодержавного інформаційного простору, що має багатопрофільний вимір. Необхідна підготовка кадрів для роботи в єдиному медичному просторі з інформаційною складовою, здатних до інформаційного забезпечення прийняття управлінських рішень щодо ефективної діяльності МОЗ, підвідомчих агентств, служб, які координують державні позабюджетні фонди, а також підприємств приватної форми власності та громадських об'єднань, що діють у сфері охорони здоров'я та соціального розвитку.

Висновки. Таким чином, останнім часом з метою оптимізації практичної діяльності в різних галузях поширені підходи, що визначаються як «єдиний простір»: єдиний економічний простір, єдиний інформаційний простір, єдиний кардіологічний простір тощо. На нашу думку, процес обумовлений як глобалізацією, яка стала офіційною політикою ООН з 1998 р., так і використанням віртуального простору в практичній діяльності.

Відповідно, утворення єдиного медичного простору сприяє осучасненню країни і галузі охорони здоров'я, інтеграції України до європейського та глобального простору, з урахуванням національних інтересів – підвищення захисту здоров'я та життя громадян і збереження незалежності країни.

В.М. Концур, Н.Ю. Крутікова, І.І. Легенченко

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА М. ДНІПРІ

**КЗ «Обласний клінічний центр медико-соціальної експертизи» Дніпропетровської обласної ради»,
м. Дніпро, Україна**

Актуальність. Україна переживає трагедію національного масштабу в результаті війни на Сході.

Дніпропетровська область посідає перше місце в країні за кількістю учасників бойових дій у зоні антитерористичної операції (АТО) – близько 25 тис. осіб.

3 серпня 2014 р. Дніпропетровський обласний клінічний центр медико-соціальної експертизи розпочав оглядати нову категорію постраждалих – учасників АТО, з наслідками якої доведеться мати справу довгі десятиліття.

Мета – вивчити результати оглядів учасників АТО на Сході України.

Матеріали та методи. Проведено статистичне дослідження медико-експертної документації 1167 учасників АТО, оглянутих МСЕК по містах та районах Дніпропетровської області за 2014 р., 2015 р. та 9 місяців 2016 р.

Результати. У період з 2014 р. по 9 місяців 2016 р. КЗ «Обласний клінічний центр медико-соціальної експертизи» Дніпропетровської обласної ради» проведено огляд 1167 осіб, які захищали незалежність, суверенітет і територіальну цілісність України і безпосередньо брали участь в АТО.

Після експертного огляду вперше встановлено групу інвалідності 522 особам. З них інвалідами І групи визнано

9 чол., II групи – 121 чол., III групи – 392 чол. Також 645 особам встановлено відсотки втрати працездатності.

З оглянутих осіб майже всіх поставлено на облік в Дніпропетровській області, 3 чол. – в Донецькій і по 1 – в Луганській, Херсонській та Запорізькій областях.

Відсоток встановлення групи інвалідності від загальної кількості оглянутих становив:

- у 2014 р. – 14%;
- у 2015 р. – 40%;
- за 9 місяців 2016 р. – 44%.

У 100% випадків інвалідами стали особи працездатного віку.

У процентному співвідношенні: мешканці міст становили 77,6%, мешканці села – 22,4%.

За статтю інвалідами стали переважно чоловіки і 2 жінки.

У структурі причин інвалідності питому вагу посіли:

- травми, каліцтва, захворювання, пов'язані з виконанням обов'язків військової служби – 39,3%;
- травми, каліцтва, захворювання, пов'язані із захистом Вітчизни, – 38,9%;
- захворювання, пов'язані з проходженням військової служби, – 17,6%.

Також у 2,9% інвалідність встановлено від загального захворювання та в 1,3% – поранення, контузії, захворювань, пов'язаних із виконанням службових обов'язків.

Понад 90% визнаних інвалідами становили військовослужбовці Збройних Сил України.

У структурі інвалідності за нозологіями значну частину зайняли травматичні ураження:

- головного мозку – 32,2%;
- нижніх кінцівок – 14,2%;
- верхніх кінцівок – 10,3%.

Протягом вказаного періоду переоглянуто 206 інвалідів – учасників АТО, з них повністю реабілітовано 18 осіб, а частково – 20 осіб. Групу інвалідності підвищено 6 особам.

Кожному інваліду при первинному та повторному оглядах складено індивідуальну програму реабілітації, в якій визначено медичні, технічні та соціальні рекомендації. При цьому дана категорія інвалідів у 100% випадків потребувала медичної реабілітації, понад 80% – у працевлаштуванні, до 36% – у забезпеченні допоміжними пристосуваннями та технічними засобами реабілітації (у т.ч. до 15% протезно-ортопедичними виробами, до 20% – допоміжними засобами ходьби, до 2% – технічними засобами пересування), до 10% – у профнавчанні.

Слід зазначити, що стан осіб вищезначеної категорії, оглянутих МСЕК, ускладнюється сформованим посттравматичним стресовим розладом, що потребує надання психологічної допомоги.

Висновки. У структурі інвалідності найбільший відсоток займають ураження головного мозку. Серед пацієнтів є чимала кількість осіб із посттравматичними стресовими розладами. Тому актуальним залишається питання комплексного підходу до реабілітації цієї категорії пацієнтів, а також об'єднання зусиль профільних лікарів, психологів, логопедів, фахівців із фізичної реабілітації.

Крім того, наслідки уражень збільшуватимуть кількість інвалідів у віддаленому періоді, оскільки є вірогідність приєднання ускладнень, особливо у випадках із несприятливим реабілітаційним прогнозом.

Є.М. Кривенко

НАПРЯМКИ ДЕРЖАВНОГО ВПЛИВУ НА ПРОЦЕС ІНФОРМАТИЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

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

Вступ. Державна політика у сфері інформатизації охорони здоров'я України є складовою національної політики інформатизації України в цілому і спрямована на ефективне вирішення невідкладних та перспективних завдань розвитку охорони здоров'я населення України в умовах незалежної самостійної держави. Пошук можливих шляхів оптимізації процесу інформатизації охорони здоров'я зумовив актуальність даного дослідження, його мету і завдання.

Мета – дослідити можливі напрямки державного впливу на процес інформатизації охорони здоров'я.

При виконанні роботи застосовано метод системного підходу.

Результати. Державна політика у сфері інформатизації охорони здоров'я – сукупність напрямів і способів діяльності держави для створення й зміцнення нормативно-правового, методичного, науково-технічного, організаційного, фінансового, матеріально-технічного та захисного забезпечення, а також встановлення загальнодержавних пріоритетів розвитку інформаційного середовища охорони здоров'я.

Її основним змістом є необхідні заходи, стратегія і тактика, спрямовані на ліквідацію відставання охорони здоров'я в галузі інформатизації від передових світових держав, прискорення входження в інформаційний простір міжнародного співтовариства з метою підняття на сучасний рівень систем практичної медицини, медичної освіти й науки.

Основним завданням є розвиток галузевого інформаційного середовища, створення умов економічно виправданого використання сучасних інформаційних технологій для інформаційної, системно-аналітичної та експертної підтримки прийняття рішень в усіх сферах діяльності охорони здоров'я на підставі державної підтримки через систему пільг, кредитів і заохочень, а також інформатизації суспільства.

В основу покладені:

- заходи державного регулювання процесів інформатизації на підставі гнучкого поєднання принципів централізації і децентралізації, саморозвитку, самофінансування та самоокупності;

- спрямування бюджетних асигнувань на реалізацію інформаційно-обчислювальної мережі галузі охорони здоров'я як складової частини загальнодержавної інформаційно-обчислювальної мережі;

- інформатизація пріоритетних стратегічних напрямків розвитку охорони здоров'я України.

Це забезпечить системність, комплексність та узгодженість процесу інформатизації охорони здоров'я з урахуванням розвитку в перспективі страхової, приватної медицини тощо.

Важливим принципом державного впливу на процес інформатизації охорони здоров'я є становлення антимонопольного порядку, при якому забезпечується законодавчий захист вітчизняних виробників засобів інформатизації; забезпечення всебічної демократизації процесів створення та споживання інформації, загальнодоступності інформаційних ресурсів та послуг, захисту прав особистості від інформаційного вторгнення тощо.

Метою створення і розвитку інфраструктури інформатизації охорони здоров'я є досягнення світового рівня складових частин національної інформаційної інфраструктури.

Загальна науково-технічна політика інформатизації охорони здоров'я спрямована на залучення усіх секторів науки (академічної, вузівської, галузевої, громадських інституцій) з метою концентрації науково-технічного потенціалу галузі охорони здоров'я на вирішення фундаментальних та прикладних проблем, що забезпечують «технологічні прориви» (моделювання складних фізіологічних процесів в організмі людини, моделювання та прогнозування «здоров'я» регіонів та держави в цілому, створення автоматизованого документообігу, у т.ч. електронної історії хвороби, моделювання розподілу ліків, матеріалів, обладнання тощо).

Загальна науково-технічна політика забезпечує створення умов ефективного застосування засобів інформатизації, формування соціального замовлення та вітчизняного ринку інформаційних комерційних продуктів та послуг; здійснення комплексу узгоджених заходів з імпорту зарубіжної техніки, офісного обладнання, придбання необхідних ліцензій та патентів; забезпечення умов захисту та збереження інформації, що

існує як на рівні державного управління, так і на інших рівнях, виходячи з їх вимог.

Напрямок *правового забезпечення* передбачає формування законодавчої основи для всіх етапів інформатизації охорони здоров'я і базується на основних положеннях правової політики інформатизації України в цілому. У рамках заходів із правового забезпечення розглядаються:

- соціальна спрямованість інформації;
- гарантія інтересів особистості, організації та держави;

- економіка інформатизації;
- вироблення правових механізмів взаємодій усіх учасників з інформаційними ресурсами на всіх стадіях (виробництво, розподіл, споживання та ін.);

- інформаційна безпека;
- забезпечення відповідальності порушників інтересів особистості, організації, держави; правопорядок відносин в області інформатизації, використання техніки, інформації тощо.

У *політиці міжнародного співробітництва* можна виділити такі напрямки:

- активна участь вчених та організацій України в міжнародних програмах і проектах фундаментальних досліджень у галузі інформатики та системного аналізу охорони здоров'я;

- створення умов для розвитку міжнародних відносин щодо напрямків інформатизації, в яких Україна має пріоритет; визначення пріоритетів та підтримка участі науково-технічних і трудових колективів у міжнародних програмах в області інформатизації охорони здоров'я різних регіонів світу, з урахуванням зацікавленості з боку зарубіжних фірм, що сприятиме створенню комерційних конкурентноспроможних продуктів;

- активна участь України в авторитетних міжнародних урядових і неурядових організаціях у галузі стандартизації, оброблення інформації та автоматизації управління; участь українських вчених і спеціалістів у міжнародних органах та структурах, що безпосередньо зайняті розробленням стандартів стосовно інформатизації охорони здоров'я;

- регулювання та стимулювання державних і недержавних сумісних підприємств, громадських академій та інших структур у міжнародному розподілі праці; встановлення міжнародних багатосторонніх і двосторонніх угод по обміну спеціалістами для навчання, стажування та сумісної діяльності;

- встановлення зв'язків із зарубіжними банками, транснаціональними корпораціями з метою залучення фінансового капіталу, науково-технічного та виробничо-технічного потенціалу до реалізації проектів Національної програми інформатизації охорони здоров'я України; раціональна конкуренція зарубіжних фірм на українському ринку засобів інформатизації та інформаційного обслуговування; державні гарантії та система пільг для залучення капіталу зарубіжних інвесторів.

Фінансово-економічна складова формується з урахуванням бюджетних можливостей держави, стану економіки, пов'язаних із динамікою виробництва процесів, інфляції тощо. Вона передбачає комплекс заходів та умов, які забезпечують різноманітні джерела фінансування проектів інформатизації охорони здоров'я України, розвиток процесів самофінансування та саморозвитку. Такими джерелами можуть бути:

- державний бюджет;
- кошти інноваційного фонду;
- кошти недержавних організацій, комерційних, громадських фондів та інших структур;

- кошти, створені за рахунок відрахувань від прибуткової діяльності комплексів інформатизації;
- кошти інвесторів, благодійні внески тощо.

При цьому слід застосовувати гнучке поєднання системи пільг, цільової, кредитної, податкової та митної політики, закріплених відповідними законодавчими актами.

Висновки. Державний вплив на процес інформатизації охорони здоров'я має ґрунтуватися на комплексному підході, який базується не тільки на врахуванні ресурсних показників, але й на впливі інформатизації охорони здоров'я в цілому на всі сторони життєдіяльності суспільства.

О.В. Любінець¹, В.С. Комар^{1,2}, Ю.Ю. Осінчук³

ВІДНОВНЕ ЛІКУВАННЯ – ВАЖЛИВА СКЛАДОВА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

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

³Управління охорони здоров'я Рівненської обласної держадміністрації, м. Рівне, Україна

Актуальність. Фундаментальним пріоритетом демократичних держав, до яких прагне наблизитися Україна, є збереження і зміцнення здоров'я населення. Воно поєднує в собі як медико-біологічну, так і соціальну сутність. Здоров'я населення розглядається як його якісна характеристика, необхідна основа для продуктивної соціальної та економічної життєдіяльності.

Ефективність охорони здоров'я та економічний стан держави загалом взаємопов'язані, у зв'язку з чим правильне, раціональне використання ресурсів у сфері охорони здоров'я має велике значення. Міжнародний досвід переконливо свідчить, що ефективна система, здатна використовувати наявні ресурси соціально відповідальним чином, може забезпечити ефективне медичне обслуговування на засадах солідарності, справедливості та громадської співучасті, захистити населення від катастрофічних наслідків захворювань, гарантувати прозорість і відповідальність за вжиті або не вжиті заходи, оперативніше реагувати на потреби та очікування населення. Для цього потрібно забезпечити тісніший зв'язок здоров'я населення з розвитком національної економіки та підвищенням добробуту громадян [Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років].

Особливою проблемою сьогодення є проведення в Україні антитерористичної операції (АТО). Збройний конфлікт на Сході України переорієнтував увагу наших громадян від турбот мирного життя до воєнних проблем [Білий В.Я. та ін., 2016]. У цьому сенсі важливою є належна організація системи медичної допомоги на всіх рівнях її функціонування. Виняткове місце в цій системі посідає відновне лікування населення, у т.ч. потерпілого внаслідок АТО.

Мета – проаналізувати стан відновного лікування в Україні системі охорони здоров'я. Матеріалом дослідження слугували дані наукових досліджень і власний погляд на проблему. Використано бібліосемантичний та статистичний методи дослідження.

Результати. В Україні діяла добре сформована організаційна система медичного нагляду за пацієнтами, яка складалася зі щорічної диспансеризації, амбулаторного та, при показаннях, стаціонарного лікування і заходів відновного лікування в санаторно-курортних умовах і реабілітаційних центрах. За роки незалежності стан системи охорони здоров'я держави значно погіршився. Стан здоров'я населення вимагає негайного реформування галузі, у т.ч. удосконалення системи відновного лікування після перенесених захворювань, оперативних втручань, хіміотерапевтичного лікування, а також з основним акцентом на вторинну профілактику при хронічних захворюваннях [Пожидаєв В.В., Фісенко Л.І., 2006; Рижко П.П., 2011]. У зв'язку зі збільшенням осіб, які постраждали внаслідок збройного конфлікту на Сході України, зменшується кількість визнаних здоровими за результатами спостережень лікарів центрів первинної медико-санітарної допомоги, сімейних лікарів, що зумовлює закономірне збільшення потреби в лікуванні, зокрема відновному, у найближчому майбутньому. Медична допомога учасникам АТО, у т.ч. демобілізованим, і членам їхніх сімей надається в закладах охорони здоров'я загальної мережі та спеціалізованих медичних закладах відповідно до Дорожньої карти надання медичної допомоги.

Щоб пройти обстеження, отримати необхідну медичну допомогу, відновне лікування та реабілітаційні заходи, необхідно звернутися до лікувально-

профілактичного закладу за місцем проживання до свого сімейного лікаря.

За потреби в реабілітації та відновному лікуванні учасники АТО, у т.ч. демобілізовані, направляються до обласних закладів третинного рівня надання медичної допомоги згідно з Дорожньою картою надання медичної допомоги, відновного лікування та реабілітаційних заходів для учасників АТО, у т.ч. демобілізованих.

На сьогодні для проведення якісного відновного лікування необхідним є реальне уявлення потреби в реабілітаційних заходах на підставі експертно-реабілітаційної діагностики, визначення реабілітаційного потенціалу, прогнозу, оцінки обмежень життєдіяльності, побажань постраждалих та інвалідів. Така потреба є основним системним і структурно-утворюючим фактором медичної реабілітації [Беляєва Н.М. та ін., 2015].

Учасники АТО – це в основному постраждали з політравмою. Вони потребують комплексного проведення лікувальних заходів щодо відновлення функцій систем організму. За даними Гур'єва С.О. та Сацик С.П. (2011), коефіцієнт поєднання потреби у відновних заходах щодо систем організму при політравмі становить 4,24, а показник адекватного рівня відновлення функцій коливається від 42% до 81% і складає 65,5%.

Тенденція, яка останніми роками поширилась в оцінці питання важливості умов та якості медичної допомоги населенню, фактично призвела до критичного стану системи, у т.ч. відбулася підміна санаторно-курортного лікування оздоровленням, що безпідставно привело до використання спеціалізованих лікувальних баз санаторіїв для його проведення.

Наслідком недостатнього фінансування стало значне погіршення матеріально-технічного стану санаторно-курортних закладів, як основних баз для проведення відновного лікування, особливо з використанням природних лікувальних ресурсів.

Для організації якісного відновного лікування медичне обладнання в санаторіях потребує постійного оновлення. Важливим є також питання до- та післядипломної підготовки лікарів, які працюють у

санаторно-курортній сфері. Лікар-реабілітолог – чи не найважливіше кадрове питання успішності відновного лікування.

Необхідно переглянути вимоги до послуг відновного лікування в санаторно-курортних закладах у бік збільшення терміну лікування та приділити пильну увагу організації дійсно відновного лікування в умовах усіх форм власності цих закладів. У цій ситуації не можна погоджуватись із введеним терміном санаторно-курортного лікування у 18 діб. Найменший період для санаторно-курортного лікування має тривати 21 добу.

За даними Державної служби статистики, у 2000 р. в Україні функціонувало 480 санаторіїв, а станом на 01.01.2016 р. – вже 184 санаторії на 58 652 місця, в яких перебували на лікуванні 434 930 осіб. Порівняно з 2014 р. зменшилась кількість і санаторіїв (187 – у 2014 р.), і осіб, що перебували в них на лікуванні (на 20,2%, або 110 002 особи), що пов'язано як з матеріальним станом пацієнтів, так і зі зміною забезпечення пацієнтів путівками Фонду соціального страхування України.

Висновки. Україна – одна з держав, в якій є можливість поєднувати багаті природні ресурси (сприятливий клімат лісів, степу і лісостепу, гірських і приморських місцевостей, унікальний мікроклімат соляних шахт, багатий спектр природних мінеральних вод, лікувальні грязі та озокерит), що можуть використовуватися для збереження і поліпшення здоров'я населення.

Відновне лікування з використанням цілющих властивостей природних чинників є важливою складовою процесу лікування хворих. Особливо підвищується його значення у зв'язку з потребою лікування та оздоровлення чисельного контингенту населення, яке постраждало внаслідок АТО, як учасників, так і внутрішньо переміщених осіб. Вони потребують проведення адекватних та ефективних заходів відновного лікування з метою їх повноцінної медико-соціальної реабілітації.

Для ефективного та адекватного проведення відновних лікувальних заходів доцільним є створення цілісної системи реабілітації постраждалих, заснованої на єдиних принципах.

В.П. Маркович¹, І.С. Миронюк², Г.О. Слабкий³

РОЛЬ НАУКОВО-НАВЧАЛЬНОГО СУПРОВОДУ У ФОРМУВАННІ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ ОБЛАСНИХ ПРОГРАМ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

¹Департамент охорони здоров'я Закарпатської обласної державної адміністрації, м. Ужгород, Україна

²ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

³ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

В умовах реформування системи охорони здоров'я України важливим є відпрацювання моделей імплементації підсистем та компонентів нової національної системи на регіональному рівні, спрямованих на задоволення пріоритетних потреб у сфері

охорони здоров'я населення кожного регіону. Однією із базових умов ефективності даного процесу є розробка науково обґрунтованих підходів до впровадження інноваційних компонентів нової системи охорони здоров'я та громадського здоров'я в конкретних умовах

функціонування уже існуючої функціонально-структурної системи надання медичної допомоги населенню в регіоні.

З метою забезпечення постійної науково-методичної підтримки еволюції системи охорони здоров'я в Закарпатській області та забезпечення підготовки кадрового ресурсу для її здійснення у структурі Ужгородського національного університету було створено навчально-науковий центр супроводу розвитку системи охорони здоров'я та системи громадського здоров'я Закарпатської області (центр).

Основні завдання даного центру в напрямку наукового супроводу розвитку систем охорони здоров'я та громадського здоров'я регіону полягають у наступному: вивчення та оцінка ефективності існуючих моделей, як надання медичної допомоги населенню взагалі та окремим категоріям споживачів медичних послуг, зокрема, так і функціонування системи охорони громадського здоров'я; адаптація ефективних моделей до умов регіону, супровід їх пілотного відпрацювання, доопрацювання з наступним супроводом впровадження; експертна оцінка напрацювань та розробок і пропозицій регіональних фахівців (у співпраці з обласними спеціалістами) на етапі планування їх впровадження; розробка наукового обґрунтування інноваційних моделей надання медичної допомоги та збереження здоров'я населення на рівні регіону; моніторинг та оцінка ефективності існуючих та нових, впроваджених, моделей функціонування компонентів систем охорони здоров'я і громадського здоров'я; розробки стратегій комунікацій у системі охорони здоров'я від керівників місцевих органів влади до безпосередніх споживачів медичних послуг;

супровід впровадження та моніторинг функціонування інформаційних технологій в охорони здоров'я та системі громадського здоров'я тощо. Для цього запланована та виконується ініціативна науково-дослідна робота «Наукове забезпечення реформи охорони здоров'я регіонального рівня».

У напрямку підготовки кадрів для оновленої системи охорони здоров'я та системи громадського здоров'я на центр покладено завдання підготовки медичних фахівців, зокрема керівників системи охорони здоров'я різних рівнів, з окремих питань менеджменту з метою підготовки до роботи в нових умовах функціонування; участь у підготовці нових, адаптованих до існуючих умов та на перспективу, програм навчання фахівців, як системи надання медичної допомоги, так і системи громадського здоров'я; розробка методичних матеріалів, навчальних посібників, матеріалів для проведення інтерактивних форм навчання та дистанційної підготовки фахівців з питань управління системою охорони здоров'я та системою громадського здоров'я тощо. Центр приділяє значну увагу практичній підготовці завідувачів структурних підрозділів як керівників у системі охорони здоров'я першого рівня управління.

Ефективна співпраця галузі практичної охорони здоров'я регіону і навчально-наукового центру супроводу розвитку системи охорони здоров'я та системи громадського здоров'я Закарпатської області дасть змогу раціонально використати існуючий ресурсний потенціал сфери охорони здоров'я регіону для формування нової системи охорони здоров'я та громадського здоров'я в області.

О.Б. Олексюк

ДИНАМІКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

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

Мета – вивчити динаміку стану здоров'я дітей Львівської області за останнє десятиліття.

Матеріали та методи. Проаналізовано показники поширеності хвороб і захворюваності дітей (0–17 років) області, народжуваності і смертності немовлят. Проведено порівняння середніх арифметичних рівнів показників за періоди 2006–2010 рр. та 2011–2015 рр. за допомогою U-тесту.

Результати. Протягом десятирічного періоду чисельність дитячого населення області скоротилась на 11,5% (з 544 667 осіб у 2006 р. до 482 176 осіб у 2015 р.).

За період 2006–2015 рр. зросли показники: поширеності хвороб (на 8,4%; з 1745,8‰ до 1891,8‰), захворюваності (на 14,4%; з 1238,0 до 1416,7‰), народжуваності (на 3,8%; з 10,6‰ до 11,0‰) і сумарний показник народжуваності (з 1,4 до 1,6). Показник смертності немовлят коливався від 7,8‰ (2006 р.) до 10,5‰ (2007 р.).

Порівняння середніх величин показників здоров'я дітей області за періоди 2006–2010 рр. та 2011–2015 рр. виявило значуще ($p < 0,05$) зростання поширеності хвороб (1820,1±25,1‰ проти 1890,0±3,0‰), захворюваності (1321,3±30,8‰ проти 1409,5±4,6‰) та сумарного коефіцієнта народжуваності (1,44±0,02 проти 1,58±0,02). Зниження середніх показників смертності немовлят (8,86±0,48‰ проти 8,44±0,27‰) було незначущим ($p > 0,05$).

Висновки. У Львівській області спостерігається більш сприятлива демографічна ситуація, ніж у цілому по Україні. Так, у 2014 р. сумарний показник народжуваності в області становив 1,6 (по Україні – 1,5), а приріст населення області – -0,9 (по Україні – -3,9). Однак зростання рівнів поширеності хвороб і захворюваності серед дітей області потребує подальшого поглибленого вивчення соціальних та економічних чинників, які на них впливають.

Н.А. Острополец¹, І.І. Кошеля²

ПРОБЛЕМИ ЩОДО ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ В НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

¹Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ, Україна

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

Хвороби системи кровообігу – одна з найважливіших медико-біологічних та соціальних проблем в Україні. Вони посідають перше місце у структурі хвороб, зумовлюють майже дві третини всіх випадків смерті та третину причин інвалідності.

На хвороби системи кровообігу страждає 22,6 млн населення України, без урахування окупованих територій Криму, частково Донецької та Луганської областей (за даними Центру медичної статистики МОЗ України).

Хвороби системи кровообігу серед усього населення України (за поширеністю) до усіх захворювань становлять 30,9%, серед дорослого населення від 18 років – 37,3%, серед працездатного населення – 24,2%, старше працездатного віку – 50,5%.

У структурі хвороб системи кровообігу серед дорослого населення найбільш поширені: гіпертонічна хвороба (всі форми) – 46,7%, ішемічна хвороба серця – 34,6%, цереброваскулярні хвороби – 11,4%.

В Україні у 2015 р. зареєстровано 42,3 тис. інфарктів, у 2014 р. – 40,9 тис. інфарктів, без урахування окупованих територій Криму, частково Донецької та Луганської областей (за даними Центру медичної статистики МОЗ України).

Показник захворюваності на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) в Україні у 2015 р. становив 120,6 на 100 тис. населення, у 2014 р. – 115,9 на 100 тис. населення і мав тенденцію до збільшення.

Серцево-судинні захворювання – основна причина смертності серед населення України, яка становить 67,3% у структурі смертності громадян. Цей показник продовжує залишатися одним із найвищих у Європі. Тобто двоє з померлих в Україні помирають унаслідок серцево-судинних подій.

Одним із найважливіших компонентів серцево-судинної смертності є летальність у пацієнтів із ГІМ, щодня в Україні від цієї недуги помирає 22 людини.

Показник летальності від ГІМ в Україні протягом останніх років залишався високим і мав тенденцію до збільшення: у 2014 р. по Україні – 14,24 проти 13,8 у 2013 р., що свідчить про недостатнє впровадження сучасних технологій лікування гострого інфаркту міокарда в спеціалізованих закладах охорони здоров'я.

Життєво важливим компонентом лікування стійкої елевачії сегмента ST (STEMI) у пацієнтів є механічна (перкутанна) реперфузія, яка проводиться як основний метод і може поєднуватися з попередньою фібринолітичною терапією при тривалому транспортуванні пацієнта до спеціалізованого центру. Обидва методи реперфузійної терапії недостатньо впроваджені в Україні.

У країнах Європейського товариства кардіологів реперфузію отримує 81% хворих із гострим коронарним синдромом (ГКС), із них три чверті – первинне перкутанне коронарне втручання і чверть – попередню фібринолітичну терапію.

Саме тому питання організації невідкладної медичної допомоги пацієнтам із ГІМ на сучасному етапі є проблемою першочергового значення та потребує державної підтримки.

У 2015 р. в Україні зареєстровано 42,3 тис. інфарктів, майже половину цих пацієнтів госпіталізують із ГКС і STEMI.

Первинні коронарні втручання у STEMI пацієнтів в Україні та країнах Європейського товариства кардіологів наведено нижче.

Середній показник первинних коронарних втручань у пацієнтів із ГІМ в Європейському товаристві кардіологів становить 373 пацієнта на 1 млн населення, у 2015 р. – 146 пацієнтів на 1 млн населення, у 2014 р. – 128 пацієнтів на 1 млн населення, у 2013 р. – 72 пацієнти на 1 млн населення.

У 2015 р. в Україні проведено близько 28 тис. коронарографій у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями та 10,5 тис. коронарних стентувань, з них майже 5 тис. ургентних стентувань у пацієнтів із ГІМ.

За даними реєстру первинних коронарних втручань, реперфузійну терапію у 2015 р. проведено у 47,8% пацієнтів із ГКС і STEMI, у 2014 р. – у 42,7% пацієнтів, у 2013 р. – у 23,4%.

За ініціативи МОЗ України в країні започатковано новий проект зі створення та розвитку «Регіональних реперфузійних мереж», усередині яких буде надаватися найбільш ефективна допомога пацієнтам із ГІМ та STEMI.

Проект спрямовано на удосконалення надання невідкладної медичної допомоги хворим на ГІМ і STEMI, ефективної взаємодії служби екстреної медичної допомоги, системи кардіологічної та кардіохірургічної допомоги та сімейних лікарів.

Ініціатива впровадження проекту пояснюється низьким рівнем виявлення, діагностування та госпіталізації пацієнтів із ГІМ і STEMI за різними причинами.

Найбільш ефективний метод реперфузійної терапії – первинне коронарне стентування – використовується в менш ніж половині областей України.

Сьогодні в Україні існує 14 регіональних реперфузійних мереж, які істотно підвищують якість лікування ГІМ і забезпечують системний підхід до

діагностики та доставки пацієнтів, скорочення часу від початку симптомів до адекватної терапії, оптимізують методику реперфузійної терапії.

Найбільш вагомий внесок у реалізацію сучасної стратегії лікування із ГІМ вносять Одеська, Закарпатська, Черкаська, Івано-Франківська, Вінницька, Хмельницька, Львівська та Полтавська області.

У зазначених областях проживає 35,5% населення всієї України. Результати аналізу роботи областей, що включені до проекту (2014 р.) «Регіональна реперфузійна мережа в дії» наведено нижче.

У зазначених областях первинне коронарне втручання при ГІМ становило 21% (по Україні – 8,3%), фібриноліз – 25% (по Україні – 30,6%), усі реперфузії – 46%, (по Україні – 38,9%), летальність від ГІМ – 12,8%, що нижче за показник по Україні – 13,7%.

Мета проекту МОЗ України – впровадити системний підхід до перкутанної реперфузійної терапії (первинне стентування) та догоспітального застосування фібринолітиків (при тривалому транспортуванні) з подальшою перкутанною ангіопластиком інфарктної артерії, а також об'єднати ресурси кожної області в єдину «Регіональну реперфузійну мережу» для найбільш ефективного лікування пацієнтів із ГІМ, організувати чітку взаємодію служби екстреної медичної допомоги та системи кардіологічної і кардіохірургічної допомоги.

Очікується, що сформована система реперфузійної терапії пацієнтів із ГІМ дасть змогу знизити госпітальну летальність (до 5–7% у лікувальних закладах – учасниках проекту, в середньому по Україні даний показник становив 14,24% у 2014 р.), посилити взаємодію служби екстреної медичної допомоги й системи кардіологічної та кардіохірургічної допомоги населенню, наблизити доступність якісної та ефективної високоспеціалізованої медичної допомоги населенню.

Залучення сімейних лікарів до системи реабілітації та подальшого лікування пацієнтів із постінфарктним кардіосклерозом дозволить забезпечити контроль за пацієнтами після ревазуляризаційних процедур і адекватну інтеграцію сімейної медицини в спеціалізовану систему ведення пацієнтів після реперфузійної терапії.

Розробка медико-технологічних документів на засадах доказової медицини кардіологічним хворим затверджена наказом МОЗ України від 02.07.2014 р. № 455 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострому коронарному синдромі з елевациєю сегмента ST».

На сьогодні мультидисциплінарні робочі групи активно продовжують роботу над розробкою уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги відповідним пацієнтам.

Ф.П. Ринда, В.Г. Слабкий, В.Я. Бойко

ЯКОГО ПРОФІЛАКТИКА ГОТУЄ ІНТЕРНАТУРА ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»

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

Фіхівці ВООЗ вважають, що на сучасному етапі розвитку жодна країна світу не має ідеальної системи охорони здоров'я, проте сімейна медицина визнана такою, що здатна найповніше задовольнити потреби населення у медичній допомозі та є економічно доцільною для держави.

В Україні відбувається реформування охорони здоров'я на засадах сімейної медицини. Вона відповідає загальноприйнятому курсу європейської охорони здоров'я. Сімейна медицина має компенсувати прогалини у профілактичній та медико-соціальной роботі закладів охорони здоров'я, адже, як показує світовий досвід, 60% роботи сімейного лікаря полягає саме у профілактиці.

У Законі України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» визначено, що з 1 січня 2020 р. надання медичної допомоги на первинному рівні має здійснюватися лише лікарями загальної практики – сімейними лікарями (ЛЗПСЛ). Тому актуальною в Україні стає проблема якості підготовки сімейного лікаря.

Мета роботи – оцінити якість підготовки ЛЗПСЛ з профілактичної складової у процесі проходження інтернатури.

Матеріали та методи. Предмет дослідження – типовий навчальний план та програма інтернатури за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» у частині профілактичної складової, розроблені співробітниками кафедр Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Львівського державного медичного університету ім. Данила Галицького, Харківської медичної академії післядипломної освіти, Донецького національного медичного університету ім. М. Горького. Методи – інформаційно-аналітичний, контент-аналіз, порівняльний.

Результати. Типовий навчальний план та програма інтернатури випускників вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» проаналізовані за наступним алгоритмом:

- загальний обсяг навчання, зокрема що припадає на профілактичну діяльність формально;

- відображення заходів профілактичної діяльності та формування здорового способу життя (ЗСЖ) у навчальній програмі при вивченні різних курсів (є/немає);

- питання профілактичної діяльності, що включені до тих чи інших курсів: організаційні засади профілактичної роботи, формування ЗСЖ та I профілактика захворювань, II та III профілактика захворювань, профілактичні щеплення тощо;

- чи визначені в окремих курсах контингенти населення, серед яких ЛЗПСЛ повинен проводити профілактичні заходи (так/ні);

- об'єкти профілактичної роботи, серед яких ЛЗПСЛ повинен проводити профілактичні заходи: здорові, широкі верстви населення, особи групи ризику, жінки, діти, підлітки тощо;

- форми роботи з населенням у програмі інтернатури різних курсів: групові, індивідуальні, масові;

- суб'єкти профілактичної роботи серед населення: робота ЗОЗ та окремих структурних підрозділів, інноваційні проекти, спрямовані на зміцнення здоров'я, тощо;

- тематична спрямованість профілактичної роботи: фізичне виховання, раціональне харчування, психічне здоров'я, безпечний секс, профілактика вживання психоактивних речовин тощо;

- практичні і технічні навички, якими повинен володіти ЛЗПСЛ (за напрямками профілактичної роботи);

- перелік знань ЛЗПСЛ з питань профілактики (за напрямками профілактичної роботи): формування ЗСЖ, II та III профілактики хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ), імунопрофілактика інфекційних хвороб;

- збіг професійних завдань, переліку знань та практичних навичок та змісту програми навчання у частині профілактичної складової.

Професійні завдання, перелік знань та програма навчання в інтернатурі для ЛЗПСЛ у частині профілактики, як невід'ємні складові учбового процесу, збігаються тільки у питаннях імунопрофілактики, II та III профілактики захворювань та диспансеризації. Стосовно

гігієнічного виховання населення та формування ЗСЖ спостерігається лише частковий збіг між вказаними складовими навчання.

У переважній більшості навчальних курсів програми інтернатури для ЛЗПСЛ профілактична робота не висвітлена взагалі або висвітлена з позиції лікувальної парадигми охорони та зміцнення здоров'я.

Суб'єкти профілактичної роботи, з якими повинні співпрацювати у своїй повсякденній діяльності ЛЗПСЛ, висвітлені не повністю.

Тематична спрямованість профілактичної роботи обмежена: питання протиепідемічної пропаганди зведені лише до профілактики туберкульозу, питання особистої гігієни стосуються тільки гігієни порожнини рота, повністю «випали» специфічні питання здоров'я чоловіків та боротьба з тютюнопалінням.

Форми роботи з об'єктами профілактичного впливу обмежені: групові форми навчання передбачаються тільки для пацієнтів з однотипними захворюваннями або для осіб груп ризику, для здорових осіб вони не передбачені взагалі. Серед індивідуальних форм профілактики не знайшло відображення проведення короткотермінових інтервенцій щодо вживання інтоксикантів. Зовсім не представлені масові форми профілактики в практиці роботи ЛЗП/СМ.

Кількість освоєння практичних навичок з профілактики ЛЗПСЛ після закінчення інтернатури незначна, акцент серед них зроблено на імунопрофілактику інфекційних хвороб. Спостерігається недооцінка засвоєння практичних навичок з профілактики: до переліку не включено ряд важливих практичних навичок з гігієнічного навчання населення, з формування ЗСЖ.

Висновки. Типовий навчальний план та програма інтернатури випускників вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» потребує суттєвої корекції щодо профілактичної складової та повинен враховувати світовий досвід з цього питання.

Ф.П. Ринда

ВИБІРКОВИЙ АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ПРОТОКОЛІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ЧАСТИНІ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ

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

У багатьох країнах Європи, а також в США, Канаді, розроблені стандарти та протоколи надання медичної допомоги при різних захворюваннях, мета яких не тільки уніфікувати дії лікаря, але й сприяти ефективному та своєчасному виконанню профілактичних заходів. Тим самим значно посилюється їхня роль та місце у запобіганні хронізації хвороб.

В Україні наприкінці 2012 р. офіційно започатковано процес стандартизації медичної допомоги,

в основу якого лягає створення медико-технологічних документів (МТД), що ґрунтуються на засадах доказової медицини з урахуванням найкращих світових практик. Виконання вимог МТД є обов'язковим для усіх практикуючих лікарів незалежно від закладу, в якому вони працюють, а також фізичних осіб-підприємців. За цей час вже створена досить потужна нормативно-правова база стандартизації у сфері охорони здоров'я.

Мета роботи – аналіз відображення в Уніфікованих клінічних протоколах надання медичної допомоги (УКПМД) профілактичних заходів, насамперед з формування здорового способу життя (ЗСЖ).

Матеріали та методи. Предмет дослідження – УКПМД найбільш поширених та актуальних в Україні захворювань, що стосуються первинної медичної допомоги в частині профілактики: цукровий діабет (2014 р.), артеріальна гіпертензія (2012 р.), ішемічна хвороба серця (2015 р.), бронхіальна астма (2013 р.), туберкульоз (2014 р.), грип (2014р.), медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років (2008 р.) тощо, усього 18 клінічних протоколів. У роботі використано інформаційно-аналітичний та порівняльний методи.

Результати. Обов'язкові методи первинної профілактики як необхідні дії лікаря наразі не розроблено. Проте проаналізовані УКПМД передбачають дії з профілактики як обов'язкові дії для лікаря загальної практики – сімейного лікаря (ЛЗПСЛ), проте нерідко вони нечітко окреслені і більше скидаються на гасло, ніж на конкретну дію: «Проводити санітарно-просвітницьку роботу серед громади» (Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги дорослим та дітям «ГРІ»), «...надання рекомендацій щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень» (Уніфікований клінічний протокол I, II (спеціалізованої), III (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Меланома»), «Надання інформації населенню щодо раннього виявлення, профілактики та симптомів ТБ, особливо групам ризику» (УКПМД «Туберкульоз»). Більш того, окремі протоколи дуже примітивно трактують первинну профілактику, практично зводячи її лише до розробляння «...інформаційного листка для жінок, в якому вказати...» (УКПМД «Гострий неускладнений цистит у жінок. Первинна медична допомога»).

Заходи з первинної профілактики в більшості проаналізованих УКПМД практично зводяться до констатації необхідності корегування способу життя пацієнтів на кшталт «До заходів первинної профілактики відносяться рекомендації щодо способу життя і дієти та певні психологічні настанови» (УКПМД «Диспепсія»). Однак таке індивідуальне консультування пацієнтів не враховує рівень готовності пацієнта до зміни свого способу життя, проте всім пацієнтам, відповідно до вимог УКПМД, повинні надаватися однотипні рекомендації, що негативно позначається на якості консультування та вимагає від ЛЗПСЛ додаткових витрат свого робочого часу. Винятком з цього правила є «Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років», у якому в розділі «Принципи ефективного консультування» висвітлюються питання методики «як говорити» з пацієнтом залежно від його поінформованості.

У переважній більшості проаналізованих УКПМД гігієнічне навчання пацієнтів з питань первинної профілактики захворювань та ЗСЖ зводиться до індивідуального консультування пацієнтів, а групові форми навчання пацієнтів з однотипною патологією

передбачаються лише окремими протоколами, проте останні не є обов'язковими (лише бажані), тобто носять факультативний характер. Водночас вони викладені аж занадто стисло, фактично тільки окреслені, тому не мають чітко визначених обсягу та тематики навчання.

Індикатори надання профілактичних послуг передбачені лише в деяких УКПМД, однак мають не якісний, а лише кількісний характер: наприклад, відсоток пацієнтів з певної патології, що забезпечені відповідними матеріалами з I та II профілактики. Тому визначення в динаміці індикаторів якості надання профілактичних послуг жодним УКПМД не передбачається..

Проаналізовані зразки переважної більшості матеріалів для пацієнтів УКПМД потребують певної корекції.

Не сприяє наданню профілактичних послуг у закладах ПМСД і той факт, що спостерігаються своєрідні «ножиці» між Примірним табелем матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, затвердженим наказом МОЗ України від 27.12.2013 р. №1150, та УКПМД. Наразі в першому не передбачається оснащення для профілактичної роботи (за винятком ваг та ростоміра для визначення індексу маси тіла): тести Фагерстрема та AUDIT, забезпечення пацієнтів відповідними інформаційними матеріалами (друковані, аудіо-, відео-, інтернет-технології тощо) щодо захворювання, його ускладнень, придбання (видання) наочних матеріалів з різних аспектів ЗСЖ та профілактики хронічних неінфекційних захворювань для забезпечення учбового процесу при групових формах навчання пацієнтів, оснащення приміщень закладу тощо. Хоча освітньо-кваліфікаційною характеристикою лікаря-спеціаліста за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» у розділі II «Проведення заходів щодо профілактики захворювань та травматизму, формування ЗСЖ, виявлення та корекція факторів ризику найбільш поширених захворювань» передбачається, що він повинен брати участь в «організації та проведенні школи відповідального батьківства, школи здоров'я для пацієнтів з хронічними захворюваннями та ін.», вказаним Примірним табелем не передбачається використання в навчальному процесі будь-яких наочних засобів, забезпечення слухачів відповідними друкованими матеріалами тощо. Водночас окремі УКПМД у частині первинної медичної допомоги передбачають певне устаткування і навіть окремі спеціальні приміщення для проведення навчання пацієнтів, як наприклад, «...4. Базою навчання є стаціонар або поліклініка з виділенням окремого приміщення з необхідним устаткуванням (шкільна дошка, глюкометри, тест-смужки, зразки препаратів і засоби введення інсуліну, наочні посібники та ін.)» – Протокол надання медичної допомоги хворим на неускладнений цукровий діабет від 22.05.2009 р. № 356; «В приміщенні ЗОЗ (в місцях, доступних пацієнтам) мати друковані інформаційні матеріали, в яких будуть висвітлені стратегії призначення антибіотиків при ГРІ».

Висновки. Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги для закладів сімейної медицини не сприяють

ефективній реалізації заходів у частині формування ЗСЖ. Матеріальні передумови для гігієнічного навчання

пацієнтів та формування ЗСЖ у процесі амбулаторного прийому практично відсутні.

О.М. Сидоренко, А.П. Мельничук

ПЕРСПЕКТИВИ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ АТО

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Здоров'я нації – це велика державна турбота, бо якщо не буде нації, то не буде і держави. Тому рівень медичного потенціалу будь-якої держави є стратегічним фактором її безпеки.

На початку ХХІ сторіччя в Україні назріла необхідність реформування медичної галузі і медичної освіти, які відстали від світових стандартів на десятиріччя. Особливо актуальні ці реформи у нашій державі в умовах проведення антитерористичної операції (АТО).

На наш погляд, запорука успіху медичних реформ знаходиться у площині реформування вищої медичної освіти країни.

Метою дослідження є виявлення пріоритетів у реформуванні вищої медичної освіти в Україні.

Матеріали та методи. У ході роботи проаналізовано сучасні наукові публікації, присвячені проблемам реформування медичної галузі і медичної освіти.

Результати. Аналіз сучасних наукових публікацій, присвячених проблемам реформування освітнього простору, дозволив сформулювати наступні пріоритети:

- прискорення інтеграції країни до Європейського освітнього простору;
- застосування сучасних світових освітніх технологій;
- покращення стану української медичної освіти відповідно до світових стандартів;
- розвиток академічної мобільності студентів та викладачів;
- інноваційний розвиток університетської науки та інтеграцію її з практичною медициною [2, 4].

У Законі України «Про вищу освіту» затверджено низку інноваційних положень: міжнародну інтеграцію та інтеграцію системи вищої освіти України у Європейській простір вищої освіти, автономію вищих навчальних закладів, розвиток академічної мобільності, право самостійного вибору студентами 25% дисциплін або курсів, кредитно-модульну систему, скорочення лекційних годин на користь самостійної роботи студентів тощо [1, 4].

Проте «Стандарти і рекомендації щодо забезпечення якості в Європейському просторі вищої освіти» (ESC), розроблені Європейською асоціацією з гарантування якості вищої освіти, принципово відрізняються від українських стандартів вищої освіти, оскільки вітчизняні стандарти уніфікують зміст освіти, а європейські – забезпечують якість процесу освіти і виступають

основою реформування системи управління у вищій школі [2].

Висока якість освіти досягається за умови глибокої індивідуалізації навчання. Оскільки європейські стандарти передбачають суттєве збільшення обсягів самостійної роботи студентів, вона повинна отримати належне організаційно-методичне забезпечення [2, 3].

Освітню мобільність у Європейському Союзі забезпечує низка спеціальних програм із багатомільйонними бюджетами. За 20 років програмою Erasmus скористалися понад 1,7 млн громадян ЄС. Проте, незважаючи на фахову підтримку з боку Євросоюзу, нею скористалися лише поодинокі вищі навчальні заклади України, які мають реальні партнерські зв'язки з університетами Європи. Для розвитку міжнародної академічної мобільності в контексті Болонського процесу в Україні необхідно створення продуктивної системи національної академічної мобільності, її нормативно-правової бази, організаційно-економічного механізму, визначення джерел фінансування та готовності до партнерства суб'єктів процесу академічних обмінів [2].

Висновки. Наближення до існуючих світових стандартів медичної освіти допоможе у майбутньому чекати виходу вітчизняної медицини на світовий рівень, що, в свою чергу, сприятиме посиленню медичного потенціалу країни і зміцненню її національної безпеки.

Література

1. Про вищу освіту : Закон України від 01.07.2014. №1556–VII [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
2. Здіюрук С. І. Академічна мобільність як фактор інтеграції України у світовий науково-освітній простір : аналітична записка [Електронний документ] / С. І. Здіюрук, І. В. Богачевська ; Національний Інститут Стратегічних Досліджень. – Режим доступу: <http://www.niss.gov.ua>. – Назва з екрану.
3. Гуляєва Н. М. Мобільність викладачів і студентів: проблеми та орієнтири / Н. М. Гуляєва // Матеріали VI щорічної міжнародної конференції [«Розбудова менеджмент-освіти в Україні»] (17–19 лют. 2005 р., м. Дніпропетровськ). – Київ : Навч.-метод. центр «Консорціум із удосконалення менеджмент-освіти в Україні», 2005. – С. 79.
4. Судакова Н. Реформа в головах. Что будет представлять собой студент украинского вуза через пять лет / Н. Судакова // Вести. Репортер. – 2015. – № 25–26 (89–90). – С. 16–23.

О.Р. Ситенко, Є.М. Кривенко

ДО ПИТАННЯ ІНФОРМАТИЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

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

В Україні державна політика щодо інформатизації системи охорони здоров'я, а також впровадження новітніх інформаційних технологій (телемедицини, дистанційного навчання тощо) спрямована в т.ч. на ліквідацію відставання у цій сфері від передових світових держав і прискорення входження в інформаційний простір міжнародного співтовариства медичної освіти і науки.

Мета – висвітлити стан інформатизації охорони здоров'я України.

Методи: аналітичний, системного аналізу.

Результати. Сьогодні для галузі охорони здоров'я є актуальними питання розробки стратегії формування та подальшого вдосконалення відомчої інформаційної системи відповідно до вимог єдиного інформаційного простору країни. У рамках виконання проектів інформатизації охорони здоров'я, у т.ч. існуючих регіональних програм інформатизації галузі, за останні роки зроблено певні кроки з: поліпшення комп'ютерного забезпечення закладів охорони здоров'я (насамперед обласного та районного рівнів), підключення їх до мережі Інтернет; створення корпоративної мережі обміну інформацією між установами та медичними закладами на основі електронної пошти; створення локальних мереж у медичних закладах; розвитку та підтримки функціонування медичних веб-сайтів; розвитку інформаційних технологій клінічної та навчальної спрямованості; впровадження автоматизованих робочих місць медичних працівників, медико-статистичних систем, систем типу «Стационар» або «Поліклініка» зі створенням персоналізованих баз даних; впровадження сучасних телекомунікаційних систем та телемедичних технологій; підвищення ефективності та якості всіх видів робіт, пов'язаних зі збором, обробкою, збереженням і поданням медико-статистичної інформації для підвищення оперативності та якості прийняття управлінських рішень.

Проте головна увага приділяється переважно поліпшенню матеріально-технічної бази органів управління охороною здоров'я та закладів вторинного і третинного рівнів надання медичної допомоги, що полегшує працю окремих фахівців (переважно з адміністративних і фінансових служб, служби статистики), але не дає значущого ефекту як для закладу, так і для галузі в цілому.

Загалом значною (близько 50%) є частка морально застарілих комп'ютерів, що унеможлиблює впровадження повною мірою сучасних програмних продуктів, розрахованих на більш потужне устаткування. Це призводить до низького рівня використання лікувально-діагностичних інформаційних систем, їх недостатньої якості та ізольованості, відсутності на

галузевому рівні цілісної системи збору, обміну та аналізу інформації.

Намітилася тенденція виокремлення інформаційного забезпечення в самостійні системи, які не пов'язані методологічно між собою і функціонують ізольовано через неузгодженість у підходах до кодування інформації, застосування програмного забезпечення. Інформація, що накопичується в таких базах даних, практично не використовується в процесі прийняття управлінських та лікарських рішень, не дає змоги оцінити якість надання медичної допомоги, діяльність територіальних медичних служб і закладів охорони здоров'я.

Майже відсутні належні нормативні документи, які регламентують використання комп'ютерних систем у сфері електронного документообігу, захисту інформації, сертифікації програмних засобів, стандартів передавання даних та інформаційного обміну. Повільно розвивається інформаційно-телекомунікаційна інфраструктура галузі тощо. Ситуація, що склалася, гальмує і розвиток інформатизації галузі, і створення єдиного медичного інформаційного простору в цілому.

Сьогодні політика розвитку інформаційної системи має орієнтуватися на:

- підвищення ефективності медичного обслуговування, якості надання медичної допомоги та зниження рівня загальної захворюваності за рахунок впровадження сучасних лікувально-діагностичних медичних інформаційних систем та комплексних інформаційних систем охорони здоров'я;

- підвищення доступності консультативної спеціалізованої медичної допомоги для населення, яке проживає у віддалених і важкодоступних місцевостях, за рахунок впровадження телемедичних методів надання медичної допомоги;

- прискорення впровадження в практику нових методів діагностики і лікування, які використовують новітні інформаційні медичні технології;

- впровадження доказової медицини за рахунок забезпечення вільного та оперативного доступу до інформації про світові досягнення медичної науки та практики;

- поліпшення управління системою охорони здоров'я, включаючи контроль за захворюваністю за рахунок впровадження комплексних інформаційно-аналітичних систем;

- поліпшення здоров'я населення внаслідок оптимізації стану довкілля за рахунок впровадження систем соціально-гігієнічного моніторингу;

- зменшення витрат на управління галуззю за рахунок скорочення часу на збір, передавання та обробку інформації на всіх рівнях управління;

- удосконалення документообігу, управління потоками пацієнтів і підвищення достовірності, валідності, релевантності й пертинентності медичної інформації;
- спрощення процесів обробки та аналізу медичної інформації за рахунок створення єдиної системи її кодування;
- сприяння впровадженню медичного страхування за рахунок комплексної інформатизації лікувально-профілактичних закладів з автоматизованим підрахунком витрат на утримання й лікування хворих;
- поліпшення доступності інформації з різноманітних проблем медицини й охорони здоров'я шляхом створення відповідних баз даних;

- підвищення якості медичної освіти за рахунок удосконалення системи підготовки і підвищення кваліфікації медичних працівників на основі новітніх інформаційних технологій та сучасних технологій навчання;

- підвищення рівня міжнародної співпраці в галузі охорони здоров'я за рахунок інтеграції в міжнародні медичні мережі.

Висновки. Для проведення комплексної інформатизації галузі охорони здоров'я необхідна реалізація актуальних завдань організаційного, методичного, технологічного і правового забезпечення процесу інформатизації.

Г.О. Слабкий¹, В.Й. Білак–Лук'янчук²

ПРОБЛЕМИ ОХОПЛЕННЯ ФАХОВОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ, У ТОМУ ЧИСЛІ АНТИРЕТРОВІРУСНОЮ ТЕРАПІЄЮ, ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ОСІБ – ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ІЗ ЗОНИ ПРОВЕДЕННЯ АТО

¹ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

²Центр з профілактики та боротьби із СНІДом, м. Ужгород, Україна

Незважаючи на досягнення значного прогресу в протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, в умовах трансформації усіх сфер життєдіяльності, економічної кризи та військового конфлікту на сході країни ВІЛ-інфекція в Україні продовжує поширюватись. За період 1987р. – 6 місяців 2016 р. серед громадян України зареєстровано 287 968 ВІЛ-інфікованих осіб, у тому числі 88 075 випадків захворювання на СНІД та 39 885 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом.

За даними ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», станом на 01.07.2016 р. прибули з населених пунктів, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та перебувають під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я служби СНІДу в інших регіонах України 1262 ВІЛ-інфіковані особи, з них 887 (70%) осіб прибули з Донецької області, 278 (22%) осіб – з Луганської області та 97 (8%) осіб – з АР Крим. Серед 1262 ВІЛ-інфікованих осіб 635 (50,3%) чоловіків та 627 (49,7%) жінок. У віковій структурі 7,2% (91 особа) складають діти віком до 14 років включно, 0,9% (11 осіб) – підлітки віком 15–17 років включно, 2,8% (35 осіб) – особи віком 18–24 роки включно та 89,1% (1125 осіб) – особи віком 25 років і старші.

Мета роботи – виявити основні проблеми та перепони на шляху забезпечення фаховою медичною допомогою, у тому числі високоєфективною антивірусною терапією (ВААРТ), ВІЛ-позитивних осіб, які переселились у Закарпатську область із зони проведення антитерористичної операції (АТО).

Методи дослідження. Було проаналізовано статистичні дані, дані реєстраційних карт щодо супроводу пацієнта для диспансерного нагляду;

амбулаторні картки пацієнтів, своєчасність надання терапії, ефективність терапії, стан забезпечення необхідними медикаментами, дані лабораторних обстежень, своєчасність надання відповідних медичних послуг. Проведено опитування фахівців – працівників медичних закладів служби СНІДу, що працюють з ВІЛ-позитивними особами – переселенцями із зони АТО.

Результати. Аналіз показав наявність проблемних моментів у забезпеченні ВІЛ-позитивних пацієнтів – переселенців із зони АТО відповідними медичними послугами. Основна проблема – відсутність будь-якої медичної документації на цих пацієнтів. При зверненні такої особи в Центр з профілактики та боротьби із СНІДом вся інформація отримувалась тільки зі слів пацієнта. Неможливо отримати відповідь на запит про таких пацієнтів із попереднього місця перебування на обліку. Тільки з міста Горлівка отримано відповіді на запити. Мали місце ситуації, коли пацієнти просили не робити запити за попереднім місцем проживання або взагалі надавали неправдиві відомості, побоюючись переслідувань своїх рідних, що залишились на окупованих територіях, з боку нововстановленої влади.

Стан пацієнтів при першому зверненні по медичну допомогу переважно важкий, що обумовлено, насамперед, відсутністю певний час медичного нагляду, перериванням антиретровірусної терапії, пережитими стресовими ситуаціями.

У III–IV клінічній стадії захворювання звернулись 72% (з них 60% – у IV стадії), 30% інфіковано на гепатит С. Ступінь імуносупресії при взятті на облік (за кількістю CD-4 клітин) у 21% осіб була менше 200 клітин, у 29% – 200–349 клітин, у 14% – 350–499 клітин, у 21% – більше 500 клітин. За шляхами передачі ВІЛ-інфекції: у 50%

випадків – парентеральний внаслідок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, у 43% – статевий гетеросексуальний шлях. Усі особи переважно молодого віку – 85% у віковій категорії 25–49 років, з них 50% у віці до 39 років.

Процес підбору та призначення ВААРТ таким пацієнтам значно ускладнювався відсутністю даних про раніше застосовані препарати та схеми, плутаними відомостями про попередню терапію від пацієнтів, низьку прихильність до терапії, неадекватним станом пацієнтів внаслідок вживання наркотичних речовин.

Слід зазначити і такий момент, як проблема встановлення довірливого контакту лікаря з пацієнтом та вироблення прихильності до лікування, внаслідок недовіри, настороженості і, навіть, інколи агресії з боку пацієнта. У переважній більшості цих пацієнтів, крім проблем із здоров'ям, нагальними є проблеми соціального характеру. Питання соціального супроводу допомагає вирішувати громадська організація.

Висновки. Основними перепонами на шляху забезпечення фаховою медичною допомогою, у тому числі антивірусною терапією, ВІЛ-позитивних осіб – переселенців з зони проведення АТО є: відсутність медичної документації у цих пацієнтів, неможливість встановлення контакту з медичними закладами за попереднім місцем проживання; низька прихильність до лікування у пацієнтів та випадки переривання антиретровірусної терапії, низький рівень довіри з боку пацієнта, наслідки пережитих стресових ситуацій. Суперечливими є дані, скільки ВІЛ-позитивних пацієнтів-переселенців взагалі не звернулись до медичних закладів за допомогою.

Ці перешкоди повинні бути подолані, у тому числі для досягнення цілей у рамках реалізації запропонованої ЮНЕЙДС стратегії щодо прискорення заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД (Fast Track 90-90-90 до 2020 року) та, як наслідок, зменшення захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Україні.

Г.О. Слабкий¹, Л.О. Качала², І.М. Рогач², Р.Ю. Погоріляк²

РІВЕНЬ ЗНАНЬ КЕРІВНИКІВ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ІЗ ПИТАНЬ КУЛЬТУРИ УПРАВЛІННЯ

¹ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

²ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Актуальність. Культура управління – це теорія закономірності комплексного, системного підходу до вирішення управлінських проблем. Перед нею стоїть завдання створити такий управлінський світогляд для кожного керівника, здатного піднести його до висот сучасної професійної культури.

Заклади охорони здоров'я як соціальні утворення також мають власну культуру, якій притаманні певні параметри, зумовлені специфікою їх діяльності та процесів управління і медичного обслуговування.

Культура закладу формується під впливом культури суспільства. Відповідно, з розвитком культури суспільства, зміною стандартів життя змінюються і складові культури закладів охорони здоров'я, норми їх символічної культури та основи цінності. Усе це вимагає не просто іншого організаційного порядку в Україні, але й наявності кадрів, здатних працювати справді в демократичних умовах. Потрібен не тільки новий ступінь політичної культури управлінців, а й куди досконаліший рівень управлінського професіоналізму.

Мета – визначити рівень знань слухачів курсів підвищення кваліфікації за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» з питань культури управління в організаціях.

Матеріали та методи. Проведено соціологічне дослідження за спеціально розробленою програмою 104 керівників і заступників керівників закладів охорони здоров'я Закарпатської області, слухачів передатестаційних циклів і циклів тематичного

удосконалення з «Організації і управління охороною здоров'я» за 2010–2013 рр.

Результати. За приналежністю до управління закладами певного рівня і форми власності респонденти розподілились таким чином: третинного – 38,0%, вторинного – 33,8%, первинного – 14,2%, недержавної форми власності – 4,8%, відомчі – 9,2%.

Основним індикатором впливу культури закладу на якість медичної допомоги керівники вважають задоволеність нею. Проте результати нашого дослідження свідчать, що 89,2% із них вивчають рівень задоволеності пацієнтів наданою медичною допомогою виключно під час проходження акредитації закладу. Поза її межами задоволеність пацієнтів вивчає тільки 20,4% опитаних організаторів охорони здоров'я. Рівень довіри пацієнтів до лікарів закладу враховують при прийнятті управлінських рішень лише 58,7% керівників, до середнього медичного персоналу – 55,3%, іншого – 23,8%.

Серед культурних цінностей закладів охорони здоров'я респонденти на перше місце ставлять чесність і повагу в стосунках між співробітниками (50,8%), а дотримання інтересів пацієнтів – тільки на друге (32,7%). Відповідно й основними напрямками формування високої культури управління закладом керівники називають переважно удосконалення відносин із персоналом (62,1 на 100 опитаних), а поліпшення якості обслуговування та дотримання інтересів пацієнтів вважають вагомим лише 44,8% респондентів. Це свідчить про деформацію

принципу пацієнтоорієнтованості медичної допомоги як однієї з основних сучасних світових культурних цінностей.

На недостатність знань із питань культури управління та застосування її принципів на практиці вказує й те, що тільки в 38,4% закладів встановлені правила службового етикету. Близько 42,8% керівників не вважають за потрібне оформляти їх на папері, тому що це «само собою зрозуміле». Відповідно, лише 43,1% опитаних знають, що правила поведінки персоналу повинні бути відображені у правилах внутрішнього розпорядку, посадових інструкціях (42,2%), статутах закладів охорони здоров'я (33,8%). Значна частина респондентів визнають недостатність знань керівників із теорії управління, вважаючи, що їх формальні лідери не відповідають сучасним науковим уявленням про управлінця-професіонала (43,8% відповідей), і не використовують у своїй діяльності методи наукового управління (41,2%).

При аналізі відповідей респондентів стосовно їх бачення шляхів наближення культури управління в закладах охорони здоров'я нашої країни до європейського рівня звертає на себе увагу, що значна частина їх має орієнтацію на удосконалення рівня поверхневої (символічної) культури, а не вищого (ціннісного) рівня. Більшість керівників першочерговими завданнями вважають поліпшення фінансування галузі,

перехід на страхову медицину, визначення механізмів справедливої оплати праці медичного персоналу, приведення структури і кадрів системи охорони здоров'я у відповідність до реальної потреби, необхідність підвищення професійності кадрів управлінців та медичного персоналу, зменшення адміністративного тиску з боку вищого керівництва, створення позитивного іміджу закладу. Значно менше керівників визнають необхідність змін у психології як менеджерів та медичного персоналу, так і пацієнтів.

Отримані дані свідчать про недостатню обізнаність керівників медичних закладів із питань культури управління та її особистостей в системі охорони здоров'я та, відповідно, запровадження в практичній діяльності.

Висновки. Встановлено, що керівники медичних закладів недостатньо обізнані з питань культури управління та особливостей формування культури закладів системи охорони здоров'я, демонструючи пріоритетність удосконалення рівня первинної (символічної) культури, а не вищого (ціннісного) рівня.

Виявлений недостатній рівень теоретичних знань і практичних навичок керівників закладів охорони здоров'я з питань культури управління підкреслює необхідність посилення уваги до цих питань при навчанні на циклах післядипломної спеціалізації та удосконалення за фахом «Організація і управління охороною здоров'я».

Ю.Г. Узун, В.В. Колесник, М.В. Корнєєва

ПРО СТВОРЕННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЮ РОБОТИ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЗАКЛАДУ III РІВНЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ТЕРИТОРІЇ ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ, ЯКА ПІДКОНТРОЛЬНА УКРАЇНСЬКІЙ ВЛАДІ

Департамент охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації, м. Краматорськ, Україна

Проведення антитерористичної операції (АТО) на території Донецької області, наявність у регіоні територій, які не підконтрольні українській владі, призвели до негативних наслідків в організації надання медичної допомоги населенню. Усі заклади III рівня надання медичної допомоги залишилися на території, де не виконуються функції держави. На сьогодні мешканці регіону обмежені в отриманні спеціалізованої медичної допомоги, деякі види високоспеціалізованої медичної допомоги відсутні взагалі. Не останню роль у скрутному становищі системи охорони здоров'я грає і відсутність можливостей для проведення високоякісних діагностичних заходів. Усе це порушує одну з важливіших складових медичної допомоги – доступність.

Ситуація, яка склалася, викликає необхідність постійного переведення хворих з будь-якою важкою патологією у заклади вищого рівня інших областей. Так, за період 2014–2016 рр. було переведено понад тисячу хворих мешканців Донецької області із серцево-судинними захворюваннями, які потребують проведення

кардіохірургічних операцій; хворих на термінальну стадію хронічної ниркової недостатності, які потребують формування судинних фістул для проведення гемодіалізу; хворих із травмами головного мозку, які потребують проведення нейрохірургічних втручань; хворих із захворюваннями магістральних судин, які потребують проведення шунтуючих операцій на судинах; хворих, які потребують лікування у торакальних відділеннях з приводу патології органів грудної клітки; хворих з ускладненнями цукрового діабету (у т.ч. з діабетичними ретинопатіями); хворих хірургічного профілю, які з приводу післяопераційних ускладнень потребують надання спеціалізованої хірургічної допомоги в медичних закладах III рівня надання медичної допомоги (сепсис, абсцеси черевної порожнини, ускладнення панкреонекрозу, жовчні нориці тощо); хворих інфекційного профілю, які потребують проведення реанімаційних заходів; хворих з алергологічною патологією, які потребують диференційної діагностики.

Надання своєчасної та якісної третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги може бути забезпечено шляхом створення двох багатопрофільних обласних лікарень на території Донецької області, яка підконтрольна українській владі, оскільки географічні особливості області у ракурсі її протяжності та розділення регіону диктують необхідність надання спеціалізованої медичної допомоги населенню південних та окремо – північних адміністративно-територіальних одиниць з метою забезпечення її своєчасності.

Важливе також залучення співробітників клінічних кафедр Донецького національного медичного університету для організації консультативної допомоги і створення бази для навчання та підвищення кваліфікації широкого кола лікарів Донецької області на клінічних базах закладу III рівня.

Метою створення багатопрофільної обласної лікарні є забезпечення реалізації конституційного права громадян Донецької області на медичну допомогу в частині надання своєчасної та якісної третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

За таких умов необхідною є адекватна, повна та об'єктивна оцінка існуючих лікувально-профілактичних закладів великих міст регіону. Її проведення передбачає аналіз матеріально-технічного забезпечення, кадрового складу та рівня кваліфікації фахівців відповідно до розроблених критеріїв. Загальними критеріями відбору закладу охорони здоров'я для створення обласного багатопрофільного закладу III рівня надання медичної допомоги були визначені наступні:

1. Бажання громади міста створити на базі існуючої місцевої лікарні закладу III рівня обласного підпорядкування та згода, у разі необхідності, на перепрофілювання існуючих відділень для уникнення дублювання.

2. Наявність у закладі розвинутих допоміжних служб (лабораторія, патоморфологія, рентгенологічне та фізіотерапевтичне відділення, складські приміщення, гараж, аптека з приміщеннями для можливого зберігання лікарських засобів, отриманих централізовано).

3. Зручний під'їзд до закладу з будь-якої частини міста.

4. Наявність в обраному закладі лікарів вищої та першої кваліфікаційної категорії (не менш 50%), головних позаштатних спеціалістів департаменту.

5. Оснащення відділень закладу медичним обладнанням не менше 65% від необхідного обсягу, затвердженого профільними наказами Міністерства охорони здоров'я України, якими регламентуються таблиці оснащення відділень багатопрофільної лікарні.

6. Наявність у закладі унікальних відділень, які натеper в інших закладах охорони здоров'я відсутні, та наявність у закладі відділень різних профілів.

7. Можливість розташування клінічних кафедр Донецького національного медичного університету.

8. Спроможність наявного ліжкового фонду закладу забезпечення медичною допомогою прилеглих територій з населенням понад 500 тис. осіб.

За результатами аналізу існуючої мережі закладів охорони здоров'я, їх матеріально-технічного забезпечення, кадрового складу, рівня кваліфікації фахівців, аналізу щільності та кількості населення адміністративно-територіальних одиниць, обговорення нагальної проблеми медичною спільнотою, вирішено створення багатопрофільної обласної лікарні на базі комунального закладу «Маріупольська міська лікарня № 2» з потужністю 550 ліжок з метою надання високоспеціалізованої медичної допомоги південним регіонам області, а саме м. Маріуполь, Мангушський, Никольський та Волноваський райони.

Рішенням Маріупольської міської ради від 28.09.2016 № 7/11-732 «Про передачу до спільної власності території громад, сіл, селищ, міст Донецької області, що знаходяться в управлінні обласної ради, єдиного майнового комплексу комунального закладу «Маріупольська міська лікарня № 2» передано безоплатно із комунальної власності до спільної власності територій громад, сіл, селищ, міст Донецької області, що знаходяться в управлінні обласної ради, єдиний майновий комплекс комунального закладу «Маріупольська лікарня № 2» разом із трудовим та матеріальним ресурсами на момент передачі шляхом внесення зміни до реєстраційних документів щодо найменування юридичної особи засновників юридичної особи комунального закладу «Маріупольська міська лікарня № 2».

Департаментом охорони здоров'я облдержадміністрації опрацьований та визначений перелік відділень обласної лікарні.

Найближчим часом планується визначення кадрового складу та формування потреби в медичному обладнанні, що, відповідно до проекту Програми соціально-економічного розвитку Донецької області на 2017 рік, становить 112 000 тис. гривень.

Подальшим етапом є створення та організація багатопрофільної обласної лікарні для медичного обслуговування північних регіонів області.

Висновки. Ситуація в регіоні потребує організації лікувально-профілактичного закладу III рівня надання медичної допомоги. Спільна діяльність органів виконавчої влади, місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я території Донецької області, яка підконтрольна українській владі, створить передумови для покращення діагностики на ранніх етапах захворювання, своєчасності та якості надання медичної допомоги населенню, зниження показників загальної захворюваності, зниження рівня інвалідизації, рівня смертності населення. Багатопрофільна обласна лікарня III рівня спроможна буде виконувати функції лікарні інтенсивного лікування, що, з огляду на заплановану в державі реформу стаціонарної медичної допомоги, є актуальним та відповідає сучасним вимогам до охорони здоров'я.

Ю.Г. Узун, Н.Г. Філіптова, С.А. Дорошенко

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ НАДАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ У ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ АТО

Департамент охорони здоров'я Донецької облдержадміністрації, м. Краматорськ, Україна

Сталий розвиток суспільства будь-якої країни значною мірою залежить від демографічних перспектив, які визначаються здатністю населення до простого відтворення або заміщення чисельності покоління батьків чисельністю покоління дітей. Стійка тенденція до скорочення чисельності населення регіону внаслідок зниження рівня народжуваності та підвищення загальної смертності ставить під загрозу майбутнє. У Донецькій області, як і в Україні взагалі, протягом останнього десятиріччя відбувається суттєве скорочення середньої очікуваної тривалості життя за рахунок погіршення здоров'я. Низький рівень народжуваності та високий рівень загальної смертності населення виводять проблему стану здоров'я і тривалості життя в ранг загальнонаціональних.

Події останнього року в регіоні, масове переміщення населення, розділення області в зв'язку з проведенням бойових дій призвели не тільки до зростання захворюваності та смертності населення, але й до руйнування цілісної системи організації надання медичної допомоги населенню. Усі заклади охорони здоров'я III рівня надання перинатальної медичної допомоги залишилися на території, тимчасово не підконтрольній українській владі, що призвело до того, що в області наразі відсутня трирівнева система надання медичної допомоги матерям та дітям. Це зумовлює необхідність постійного переведення вагітних, породіль та новонароджених із будь-якою важкою патологією в заклади вищого рівня інших областей. Проблема є надзвичайно важливою й з огляду на збільшення рівня економічних витрат, а також це порушує одні з головних принципів медичної допомоги – доступність та своєчасність.

Велике занепокоєння викликають показники здоров'я жінок репродуктивного віку та дітей. Залишається високою питома вага передчасних пологів. Недоношеними народжуються до 5,3% малюків (відповідний показник в Україні становить до 3,5%). Медичної допомоги потребують 15,8% новонароджених.

Метою реорганізації надання перинатальної медичної допомоги є зниження материнської та дитячої захворюваності, інвалідності та смертності в Донецькій області, підвищення рівня доступності та якості лікувальних, діагностичних та консультативних гілок у службі охорони материнства та дитинства, безпечності та економічного використання ресурсів в умовах АТО.

Матеріали та методи. Вивчалася нормативно-правова база організації надання перинатальної допомоги, статистичні звіти закладів охорони здоров'я, у яких надається медична допомога дітям та матерям, у т.ч. перинатальних центрів II рівня за 2012, 2013, 2015 роки,

інформаційно-довідкові матеріали, які були надані міськими та районними акушерами-гінекологами Донецької області.

Під час проведення дослідження застосовувались медико-статистичні та епідеміологічний методи.

Результати. З метою подальшого розвитку перинатальної допомоги в Україні, на виконання Державної Програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року, зниження материнської, малюкової захворюваності і смертності та поліпшення якості надання медичних послуг вагітним, породільям, породіллям і новонародженим, Міністерством охорони здоров'я України було затверджено Концепцію подальшого розвитку перинатальної допомоги та визначено пілотні регіони з організації перинатальних центрів III рівня, до яких віднесено і Донецьку область. Першим етапом впровадження Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства» було створення перинатального центру III рівня на базі Донецького регіонального центру охорони материнства та дитинства в 2012 році. Другим етапом було заплановане створення мережі регіональних перинатальних центрів II рівня з визначенням регіонів обслуговування в мм. Донецьк, Макіївка, Горлівка, Маріуполь, Краматорськ, Красноармійськ. Протягом 2012–2013 рр. майбутні перинатальні центри II рівня були поповнені медичним обладнанням з обласного бюджету на загальну суму 46,4 млн гривень. У 2013 р. відбулося відкриття перинатальних центрів II рівня в мм. Макіївка, Маріуполь, у 2014 р. – у м. Горлівка. Завдяки роботі означених закладів, чіткому дотриманню принципів регіоналізації, розподілу потоків хворих відповідно до ступеня важкості патології в області значно покращилися показники малюкової та материнської смертності: показник малюкової смертності з 12,7% у 2012 р. знизився до 9,2% у 2014 р., показник материнської – з 25,5 на 100 тис. народжених живими до 12,4.

Протягом 2014–2015 рр. було заплановано відкриття ще чотирьох перинатальних центрів II рівня в мм. Донецьк (2), Краматорськ (на базі ЦМЛ № 1) та Красноармійськ (на базі ЦРЛ). Але у зв'язку з подіями останнього року в регіоні, розділенням області та проведенням бойових дій, на підконтрольній українській владі території залишився лише один перинатальний центр II рівня – у м. Маріуполь для обслуговування мешканців південної частини області. Виконання принципів регіоналізації в умовах запроваджені надзвичайної ситуації в Донецькій області значно ускладнюється, тому що лікувальні заклади III рівня, які здійснювали високоспеціалізовану допомогу вагітним,

роділлям, породіллям та новонародженим, залишилися на території, тимчасово не підконтрольній українській владі. Переведення вагітних, роділь та породіль у заклади III рівня інших областей не завжди можливе, тому що процес їх переведення потребує певного часу. Узгодження переведення та госпіталізації вагітних на рівні керівництва територіальних органів охорони здоров'я, їх транспортування на відстань понад 200 км займає більше шести годин, що неприпустимо в разі початку пологової діяльності, відходження навколоплідних плідних вод та інших станів, що потребують швидкого розродження у жінок із соматичною патологією та високим перинатальним ризиком. Також відсутня мережа перинатальних центрів II рівня. Така ситуація призвела до зниження якості надання перинатальної допомоги та, як наслідок, погіршення основних рейтингових показників: малюкова смертність у 2015 р. склала 9,7%, материнська – 29,1. Збільшилась кількість передчасних пологів, питома вага яких ще з 2012 р. перевищувала загальнодержавний показник – до 6%. Привертає увагу й структура малюкової смертності: 39,5% померлих – це діти вагою менше 1500,0 грамів.

Одним із важливих заходів для вирішення проблем в охороні здоров'я матерів та дітей є продовження організації мережі перинатальних центрів II рівня для чіткого розмежуванні рівнів надання медичної допомоги та дотримання переліку стандартизованих базових послуг перинатальної допомоги відповідно до груп ризику. Завдяки проведеним дослідженням, з урахуванням матеріально-технічної бази акушерських відділень, кадрового забезпечення, ліжкового фонду, потужності закладів, адміністративно-територіальної складової, щільності населення, крім створеного регіонального перинатального центру II рівня в м. Маріуполь, у липні 2015 р. за ініціативи департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації рішенням сесії Красноармійської міської ради відбулось відкриття перинатального центру II рівня в м. Красноармійськ для західних та центральних районів області. Планується створення перинатального центру в м. Краматорськ на базі акушерських та неонатологічних підрозділів ЦМЛ №1. Враховуючи наявність кафедри акушерства та гінекології в означеному лікувальному закладі, майбутній перинатальний центр розглядається як такий, що в перспективі спроможний виконувати функцію перинатального закладу III рівня. Відкриття перинатального центру в м. Краматорськ для мешканців північних районів регіону заплановане на початок 2017 р.

Для вдосконалення надання перинатальної допомоги в Донецькій області передбачається покращення матеріально-технічного стану існуючих перинатальних центрів II рівня, впровадження новітніх перинатальних технологій у лікувально-профілактичних закладах, в яких надається медична допомога жінкам та дітям. Першим етапом удосконалення перинатальної допомоги планується на базі існуючого перинатального центру II рівня в м. Маріуполь відкриття відділення другого етапу для виходжування недоношених та захворілих

новонароджених. У відкритому в липні 2015 р. перинатальному центрі II рівня м. Покровськ (Красноармійськ) заплановане проведення ремонтних робіт у неонатальному блоці зі створенням відділення інтенсивної терапії та відділення виходжування недоношених новонароджених. У 2017 році буде продовжено удосконалення роботи перинатальної служби в м. Краматорськ (ЦМЛ №1) шляхом проведення ремонтних робіт, дооснащення медичним обладнанням, створення відділень інтенсивної терапії для жінок та новонароджених.

Другим етапом заплановане створення тренінгового центру в перинатальному центрі II рівня м. Маріуполь для лікарів та середнього медичного персоналу, що працюють в сфері перинатології. У перинатальному центрі м. Краматорськ заплановане створення відділення другого етапу виходжування та лікування новонароджених, що також буде сприятиме, разом із залученими фахівцями медичного університету, виконувати функцію перинатального центру III рівня.

Індикатори:

1. Рівень материнської та малюкової смертності.
2. Рівень перинатальної смертності.
3. Кількість переведених пацієнтів на III рівень надання медичної допомоги в інші області, в т.ч. для консультації та діагностичних заходів.

Очікувані результати:

Демографічні – виконання заходів дасть змогу відповідно до основних Цілей розвитку Тисячоліття, визначених ООН, знизити рівень:

- материнської смертності на 10%;
- малюкової смертності на 20%;
- зниження дитячої інвалідності на 10%.

Економічні:

- збільшення чисельності працездатного населення;
- визволення місцевих та державних коштів, які використовувалися на лікування хворих поза межами області;

- покращення умов та матеріально-технічного стану відділень;

- оптимізація терміну перебування на стаціонарному обліку пацієнтів завдяки впровадженню новітніх технологій.

Соціальні:

- покращення якості та доступності медичної допомоги населенню;

- підвищення престижності праці медичних працівників, підвищення кваліфікації, постійне навчання на робочому місці;

- створення нових робочих місць для лікарів та середнього медичного персоналу;

- покращення здоров'я населення;

- зниження соціальної напруги.

Висновки. Досвід впровадження регіоналізації перинатальної допомоги засвідчив його доцільність та ефективність. Натепер у Донецькій області виникла необхідність у перегляді показань для госпіталізації пацієнтів з перинатальними ризиками відповідно до рівнів надання допомоги в умовах проведення АТО.

Необхідно розширити повноваження перинатальних центрів II рівня та віднайти можливості для надання медичної допомоги всім категоріям пацієнток у межах Донецької області. Закладами, які візьмуть на себе функцію III рівня, визнати заклади охорони здоров'я, що

є клінічними базами кафедр Донецького національного медичного університету ім. М. Горького, із залученням до лікувально-консультативної роботи співробітників медичного університету.

Ю.Г. Узун, В.В. Колесник, С.А. Воробйов, Н.М. Клименко

СТАН НАДАННЯ ФТИЗИАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ АТО

Департамент охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації, м. Краматорськ, Україна

Сьогодні в Донецькій області гостро постає проблема погіршення ситуації щодо туберкульозу через складну гуманітарну ситуацію, бойові дії в регіоні та збільшення кількості вимушених переселенців, які є найбільш ураженими епідемією туберкульозу.

Населені пункти Донецької області розділені на такі, що підпорядковуються та не підпорядковуються Уряду України. Це створює перепони для повноцінного забезпечення надання медичної допомоги населенню області. Нові загрози погіршення епідемічної ситуації зумовлені тим, що не всі хворі на туберкульоз, які залишилися на непідконтрольній території, протягом 2014 р. могли отримати доступ до життєво необхідних ліків. Але туберкульоз (далі – ТБ) не знає меж, частина хворих на ТБ мешканців області мігрують, не інформують про зміну свого міста проживання та переривають лікування, мало піклуючись про своє здоров'я, надаючи перевагу насаперед соціальному облаштуванню на новій для них території.

На території, непідконтрольній Українській владі, залишилися обласний протитуберкульозний диспансер з наявними вузькопрофільними відділеннями, обладнанням та устаткуванням, референс-лабораторія із сучасним обладнанням, спеціалізоване відділення для лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз, дитяче протитуберкульозне відділення, а також фахівці з діагностики та лікування позалегенового туберкульозу.

Епідемічна ситуація з туберкульозу у 2014 р. залишалася напруженою, а у зв'язку з новими обставинами ще більше загострюється. Захворюваність на туберкульоз у 2014 р. становила 59,2 на 100 тис. населення, у 2015 р. – 68,9 на 100 тис. населення. І це при тому, що за даними ВООЗ в Україні своєчасно недовиявляється близько 25% випадків захворювання на ТБ.

Мета роботи – оцінити стан протитуберкульозної допомоги мешканцям Донецької області та виконання заходів з протидії поширенню епідемії туберкульозу. Поліпшення епідемічної ситуації за рахунок стабілізації рівня захворюваності, зниження рівня смертності та підвищення ефективності лікування шляхом забезпечення загального та рівного доступу населення області, мешканців «сірих зон», переселенців із зон бойових дій, дитячого населення до якісних послуг з

профілактики, діагностики і лікування туберкульозу, створення умов для діагностики та лікування позалегенового туберкульозу.

Матеріали та методи. Проведено аналіз виконання обласної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки. Вивчалися аналітично-статистичні звіти Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України та Центру медичної статистики МОЗ України. Скринінгове опитування, опитування вимушено переміщених осіб (далі – ВПО), мігрантів, осіб із соціальних груп ризику щодо обстеження на туберкульоз, а також хворих на ТБ щодо здійснення їх соціальної підтримки з метою забезпечення прихильності до лікування. Довідки за результатами моніторингових візитів до Донецької області фахівців Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, фахівців ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України» з метою оцінки стану заходів з протидії туберкульозу у Донецькій області.

Результати. Станом на 05.01.2015 р. з метою організації надання спеціалізованої протитуберкульозної допомоги мешканцям області та забезпечення раціонального та ефективного використання ліжкового фонду протитуберкульозних закладів (далі – ПТЗ) відповідно до наказу департаменту охорони здоров'я Донецької облдержадміністрації, організацію надання протитуберкульозної допомоги на адміністративних територіях Донецької області, підконтрольних Україні, здійснює комунальна лікувально-профілактична установа «Міський протитуберкульозний диспансер м. Краматорськ».

Протягом 2015 р. видається ряд важливих наказів про організацію роботи щодо виявлення захворювання на ТБ серед ВПО, про створення комісії з моніторингу та оцінки заходів протидії захворюванню на ТБ, про переформатування лабораторної мережі з діагностики ТБ, оптимізації та перепрофілізації ліжкового фонду ПТЗ. Впроваджено та забезпечено доступність для населення області сучасних швидких методів виявлення та діагностики туберкульозу: встановлено чотири системи Geen Xpert для молекулярно-генетичної діагностики туберкульозу (2 системи придбані за кошти БФ «Розвиток

України», 2 – за кошти гранту Глобального Фонду (далі – ГФ) та 1 – за кошти МО «Лікарі без кордонів» для пенітенціарного сектору). Забезпечення картриджами та витратними матеріалами для системи Geen-Xpert здійснюється виключно за рахунок коштів гранту ГФ. Не вирішено питання щодо охоплення хворих на туберкульоз діагностичним обстеженням на системі Vastec для прискореної діагностики туберкульозу, але створені всі умови для перерозподілу з інших областей цієї системи.

Проведено ревізію працюючих лабораторій I рівня. Створені доступні, якісні та безпечні умови для виявлення та клінічного скринінгу хворих з підозрою на туберкульоз у закладах первинної ланки надання медичної допомоги. Оновлено мережу, профіль та розподіл ліжкового фонду спеціалізованих протитуберкульозних закладів між містами та районами Донецької області та лабораторну мережу з мікробіологічної діагностики туберкульозу. В протитуберкульозних закладах та районах області розроблені та впроваджені локальні клінічні протоколи. Проводиться робота з ведення Реєстру в усіх районах Донецької області та налагоджено подання статистичної звітності з міст та районів області.

Протягом жовтня–листопада 2014 р. створені центральна лікарська консультативна комісія та хіміорезистентний консиліум, які забезпечили централізовану реєстрацію та моніторинг лікування усіх хворих з туберкульозом 1–4 категорій.

Відпрацьований алгоритм скерування хворих на туберкульоз, які потребують високотехнологічної спеціалізованої протитуберкульозної допомоги (хірургічної тощо), до обласних протитуберкульозних закладів м. Харків, Дніпропетровськ, Запоріжжя та Київ.

Налагоджена співпраця з фахівцями пенітенціарної служби Донецької області з питань профілактики, діагностики та лікування туберкульозу.

Впроваджуються моделі амбулаторного лікування на базі закладів первинної медико-санітарної допомоги. 95% хворих на туберкульоз забезпечені контрольованим лікуванням. Виняток становлять лише райони, що знаходяться вздовж лінії розмежування («сірі» зони), хворі яких лікуються виключно в умовах стаціонару.

Протягом травня 2015 р. розпочала роботу обласна фтизіатрична МСЕК та була створена санаторно-курортна комісія на базі КЛПУ МПТД м. Краматорськ.

Розпочала роботу обласна Координаційна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ/інфекції та СНІДу.

Протягом 2014–2015 років налагоджена система постачання, розподілу, перерозподілу в області протитуберкульозних препаратів (далі – ПТП) та препаратів для усунення побічних реакцій, що забезпечило безперервність та комплексність у лікуванні хворих на туберкульоз. Усі хворі на туберкульоз 100% забезпечені ПТП I–II ряду за кошти Державного бюджету та гранту ГФ. Впроваджується якісний та повноцінний моніторинг побічних реакцій у хворих на туберкульоз та в повному обсязі організовано забезпечення препаратами для усунення побічних реакцій за кошти гранту ГФ.

3 березня 2015 р. налагоджена співпраця та впроваджується програма медико-соціальної підтримки та супроводу хворих на туберкульоз за кошти благодійної організації «Лікарі без кордонів» у рамках проекту «Рання діагностика туберкульозу, лікування хіміорезистентного туберкульозу та ВІЛ-асоційованого хіміорезистентного туберкульозу в умовах виконання покарань та слідчих ізоляторах управління Державної пенітенціарної служби України в Дніпропетровській і Донецькій областях, комплексний супровід хворих на лікуванні хіміорезистентного туберкульозу до і після звільнення до завершення лікування».

Протягом серпня–грудня 2015 р. реалізований проект «Щодо посилення контролю за туберкульозом серед внутрішньо перемішених осіб», що призвело до підвищення виявлення захворювання на 15%.

Налагоджена система соціальної підтримки хворих на амбулаторному етапі лікування. Це дозволило підвищити показник ефективності лікування ТБ до 67,7% та скоротити кількість випадків перерваного лікування до 7%. Упродовж 2015–2017 рр. впроваджується проект «Посилення системи надання якісної амбулаторної допомоги хворим на МРТБ шляхом надання максимально наближених медико-соціальних, психологічних послуг та формування прихильності до лікування» за кошти ГФ.

Висновки. Проведене переформатування фтизіатричної служби протягом 2014–2015 рр. виявилось ефективним та доцільним, дозволило своєчасно взяти під контроль епідеміологічну ситуацію з туберкульозу в області, відновити роботу e-TV Manager, забезпечити безперебійне постачання ПТП та створити сприятливі пацієнт-орієнтовані умови для лікування хворих.

Ю.Г. Узун, Я.А. Ватуліна, О.Б. Власенко

СТАН НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ АТО

Департамент охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації, м. Краматорськ, Україна

Україна фактично перебуває у стані збройного конфлікту, в якому задіяне цивільне населення, військовослужбовці та медичні працівники. Продовження

бойових дій на території Донецької області для мирного населення становить пряму загрозу ускладнення санітарних та соціально-економічних умов життя, ризик

стрімкого зростання епідемій та захворювань. У зв'язку з цим для Донеччини надзвичайно актуальним є подальший розвиток та зміцнення закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу. Сформована у 2011 р. система первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) навіть у цих складних умовах відповідає завданням сьогодення, являючи собою найефективнішу модель, яка забезпечує необхідний обсяг надання медичної допомоги населенню. Водночас певні проблеми первинної допомоги не втрачають своєї актуальності: малорозвинена та частково знищена інфраструктура, несправність або відсутність телефонного зв'язку, низький кадровий потенціал тощо.

Мета роботи – висвітлення проблем забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу (ПМД) на Донеччині; визначення раціонального підходу до надання доступного рівня медичної допомоги, яка адаптована до нових соціальних та економічних умов Донецької області

Матеріали та методи. Було проаналізовано дані статистичних звітів закладів охорони здоров'я області за формами статистичної звітності відповідно до чинного законодавства. Статистичний аналіз проводився за допомогою програм Excel 2003–2010 Медстат.

Результати. Станом на 01.11.2016 р. мережа закладів сімейної медицини представлена 33 закладами, що надають ПМД, з мережею підпорядкованих структурних підрозділів, що відносно наближені до місць проживання населення. Це 246 лікарських амбулаторій загальної практики – сімейної медицини, 323 фельдшерсько-акушерських пункти (ФАП) та 22 пункти невідкладної допомоги. Показник забезпеченості становить 1,3 (встановлений норматив 1,87).

Незважаючи на активні бойові дії, у 2015 р. на території області було введено в експлуатацію п'ять нових амбулаторій, на початку 2016 р. відкрито чотири амбулаторії – у м. Слов'янськ, м. Покровськ, м. Маріуполь та Волноваському районі. У так званій «сірій зоні» відкрито ФП у с. Майорськ.

Разом із відкриттям амбулаторій розширюється мережа ліжок денних стаціонарів – уже досягнуто показника 18,5 на 10 тис. населення, і на цьому області не зупиниться, оскільки всі переконалися в економічній доцільності впровадження стаціонарозамінних технологій. Очевидність переваги даної форми надання медичної допомоги доведена під час обслуговування цивільного населення в зонах вогневого контакту (населені пункти Чермалик, Сартана, Мар'їнка тощо) і у «сірій зоні» (Миронівка, Зайцеве, Красногорівка та ін). Слід зазначити, що професійний рівень та досвід сімейних лікарів, що працюють у вищезазначених населених пунктах, набагато вищі, ніж у їхніх колег, які працюють у звичайних мирних умовах, – вони вже сьогодні надають до 90% загального обсягу медичної допомоги за зверненнями. В умовах епідеміологічного розповсюдження туберкульозу, особливо у «сірій зоні», лікарі активно працюють над проведенням профілактичних оглядів. Цьому передувала велика підготовча робота – для кожного населеного пункту було

складено графіки, які були опубліковані у місцевих ЗМІ з метою інформування населення. У найвіддаленіші «гарячі» куточки області були направлені пересувні флюорографи для виявлення хвороб на ранній стадії. Показово, що із загальної кількості обстежених на першому етапі виявлено 9,9% випадків туберкульозу. Медики мобільних польових шпиталів у прифронтовій зоні надають допомогу як військовим, так і цивільним. Лікарі констатують, що військова медицина суттєво збагатила матеріально-технічну базу прифронтових лікарень та підсилила фаховий рівень медперсоналу.

За короткий час в області були досягнуті наступні результати на первинному рівні:

- реалізоване право вільного вибору лікаря;
- поліпшені умови для надання профілактичної та лікувально-діагностичної допомоги;
- забезпечено доступність повного набору обстежень на рівні закладу ПМСД (вимірювання артеріального тиску, гостроти зору, цукру крові та холестерину, ЕКГ тощо);
- забезпечено 100% проведення знеболення хворим, що його потребують, силами лікарських амбулаторій, згідно із чинним законодавством;
- підрозділи центрів ПМСД (ЦПМСД) забезпечені медикаментами для надання невідкладної допомоги на 85% і на 76% автотранспортом;
- організовано безперебійну роботу лікарських амбулаторій, щоденно з 8.00 до 20.00;
- у деяких районах області проведено цілеспрямовані заходи щодо доступу населення сільських районів до роздрібної торгівлі лікарськими засобами в підрозділах ЦПМСД.

На сьогодні в області працює 458 сімейних лікарів, які обслуговують понад 55% населення області, у тому числі понад 98% сільського населення. Понад 300 посад сімейних лікарів в ЦПМСД зайняті за сумісництвом (коефіцієнт сумісництва 1,2). Стримує критичну ситуацію наявність працюючих лікарів-пенсіонерів, але останніми роками спостерігається тенденція до збільшення кількості лікарів пенсійного віку. Так, у 2015 р. серед працюючих лікарів особи пенсійного віку становили 44% (у 2013 р. – 36%; у 2014 р. – 39%). В останні три роки збільшується кількість кваліфікованих медичних працівників, які залишають Донеччину внаслідок вимушеної міграції. Це призводить до критичної нестачі фахівців певних спеціальностей, особливо лікарів первинної ланки. На сьогодні ця проблема частково вирішується завдяки допомозі військових лікарів та гуманітарних організацій, які у своєму складі мають медичних працівників.

Наступна проблема ПМД – це професійна підготовка спеціалістів. На сьогодні має місце низький рівень клінічно-практичної підготовки молодих спеціалістів та недосконалий механізм контролю за виконанням процедури працевлаштування випускників вищих медичних закладів. Це при тому, що забезпечення випускників першим робочим місцем щороку становить майже 100%, але вже до проходження інтернатури за спеціальністю «Сімейний лікар» приступає лише близько 70% випускників, а до працевлаштування доходить

третина випускників. Слід зазначити, що доходи лікарів-спеціалістів та тих, що працюють у приватному і фармацевтичному секторах, суттєво вищі, ніж лікарів первинної ланки, а у бюджеті на 2016 рік відсутні цільові кошти на оплату праці співробітникам ЦПМСД з урахуванням обсягів та якості їхньої роботи. Відсутність мотивації та загальна нестабільність у регіоні призвели до різкого зниження привабливості цієї професії для молодих спеціалістів. Цільові програми місцевих стимулів для медичних працівників, затверджені більшістю громад і в містах, і у районах області, поки що не здатні забезпечити привабливість роботи у первинній ланці і закріплення кадрів. Питання щодо забезпечення житлом молодих спеціалістів вирішуються епізодично.

Останніми роками відбувався значний приріст за всіма показниками ресурсного забезпечення закладів первинного рівня (електрокардіографи, пульсоксиметри, тест-системи для лабораторних аналізів, спеціальний інструментарій тощо), питома вага амбулаторій, оснащених відповідно до табеля оснащення та забезпечених Е-реєстром, із підключенням до мережі Internet, значно зросла, але воно усе ще залишається недостатнім і потребує більшого фінансування з боку держави та місцевої влади. Зокрема забезпеченість автомобілями, на жаль, має негативну тенденцію (що обумовлено необхідністю у мобілізації автотранспорту на потребу АТО, зношеністю та іншими факторами).

З реформуванням первинної ланки докорінно змінилося ставлення населення до ЦПМСД та до

конкретного сімейного лікаря. Збільшення протягом 2014–2015 рр. обсягу надання допомоги сімейними лікарями дозволило охопити кваліфікованою медичною допомогою на первинному рівні до 70% населення регіону. Але для повноцінного функціонування системи охорони здоров'я області необхідно відкрити (переважно у містах) ще 131 амбулаторію і 63 ФАП. Керівництво регіону чітко визначило розвиток ПМД як пріоритетний напрям розвитку галузі охорони здоров'я. Затверджена регіональна програма розвитку мережі амбулаторій, її модернізація в містах та районах, яка допоможе вивести надання ПМД на новий якісний рівень.

Висновки. Реформа первинної ланки Донеччини – це вдала спроба змін у медицині, яка відповідає завданням сьогодення, являючи собою найефективнішу модель надання медичної допомоги населенню. Розвинена первинна допомога дає можливість отримувати кращі результати з меншими витратами і вищим рівнем задоволеності пацієнтів. Ретельно проведений аналіз розвитку мережі закладів первинного рівня дозволив виявити деякі проблеми, такі як недостатня інфраструктура, кадровий та ресурсний потенціал, а також недостатнє оснащення і матеріальне забезпечення. Департамент охорони здоров'я знаходить оптимальні шляхи вирішення проблемних питань разом із місцевими органами влади, медичною спільнотою та громадськістю регіону.

О.М. Ціборовський

ЛІКАРСЬКО-ЕТИЧНІ ПРАВИЛА ТОВАРИСТВА КИЇВСЬКИХ ЛІКАРІВ

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

Роль лікаря, від діяльності якого часто залежало життя і здоров'я людей, з давніх-давен у суспільстві вважалася надзвичайно важливою та відповідальною. Люди вимагали від лікаря не лише кваліфікованої допомоги, але й турботи про пацієнта, високої моралі та шляхетності. Усі ці вимоги і чесноти знайшли свій вираз у лікарській присязі Гіппократа. Проте вона не могла охопити весь обсяг багатосторонніх і складних стосунків між лікарем і пацієнтом та взаємостосунків між лікарями.

Товариство київських лікарів, створене у 1840 р., як одне з найперших лікарських товариств Російської імперії, яке охопило більше половини лікарів Києва і очолювалося провідними спеціалістами – професорами Київського університету св. Володимира, не могло залишитися осторонь від завдань з узаконення цих стосунків. Тому спеціальна комісія на чолі з президентом Товариства проф. Н.А. Хржонцевським, у складі членів комісії – віце-президента Товариства проф. П. Морозова, першого секретаря А.Ф. Флейшера, почесного члена

Товариства І.Т. Щербини, другого секретаря М.С. Сім'яновського, бібліотекаря К. Шадека, помічника інспектора Київського губернського лікарського відділення М.Н. Подрізна, складала «Лікарсько-етичні правила», які 7 жовтня 1893 р. були затверджені на засіданні Товариства.

Ці правила мали підзаголовок «Обов'язки та права лікарів» і склалися з двох частин:

I. Ставлення лікарів до публіки.

II. Взаємостосунки лікарів.

У першій частині в розділі «Обов'язки лікарів щодо хворих» зазначено, що лікар мав відвідувати хворого так часто і стільки часу, скільки треба і за згодою хворого (п. 1).

У сумнівних випадках лікар має призначити консультацію. Якщо лікування потребувало спеціаліста, то лікар був зобов'язаний порадити хворому запросити його (п. 3).

У розділі «Б. Вимоги лікарів від публіки» зазначено, що лікар може вимагати від хворих довіри до нього і

виконання всього, що він вважає корисним для хворого (п. 7).

Довіра хворого до лікаря полягала: а) у повному і правдивому повідомленні йому всіх причин, що впливають на здоров'я; б) у виконанні всіх призначень лікаря; в) в одержанні допомоги інших лікарів без відома лікуючого лікаря (п.8).

Лікар мав право вимагати від хворих поваги до його праці, збереження його праці і часу (п. 10). В інтересах самих хворих лікарі могли вимагати, щоб хворі зверталися до них раніше (п. 11), але при цьому намагалися не викликати їх без потреби раптово, особливо вночі, а краще заздалегідь, письмово, із зазначенням точної адреси (п. 12).

У розділі "В. Винагородження за працю" зазначено, що лікар має повне право вимагати винагороду за всяку виконану ним лікарську працю (п. 13). Лікарська допомога бідним, нарівні з іншими їхніми потребами, належить опікуванню міських і сільських громад та інших установ (п. 14). Безкоштовна лікарська допомога бідним належала добрій волі лікаря, проте особи, які знаходилися під опікою Олександрівського комітету про поранених, мали право на безкоштовну лікарську допомогу (п.15). Нічні візити, зроблені за викликом хворого, мали оплачуватися подвійно (у час з 9 години вечора до 7 години ранку).

Дуже цікавим були пункти другої частини про взаємостосунки лікарів.

Так, у п. 19 було зазначено, що лікар повинен відмовлятися від нагороди за допомогу колезі-лікарю та його родині, що було вже давно освячено звичаєм.

У розділі «Б. Лікарські поради (консультації)» було зазначено, що кожний лікар, який одержав диплом, має право на них (п.20).

У цих порадах слід було уникати навіть тіні суперництва і треба було проводити їх в умовах товарищескості, довіри, відвертості, правдивості та делікатності (п.21). Бесіди лікарів мали проходити без свідків, в окремій кімнаті (п.22). Результати консультації мав повідомляти лікуючий лікар, якщо він сам не попросить про це консультанта. Якщо в консультації

брали участь кілька лікарів, то вони самі мали домовитися, хто буде оголошувати результати (п. 23).

У розділі «В. Ставлення до хворих інших лікарів» було чітко визначено, що в стосунках з хворими колега лікар не повинен переходити за межі знайомства, не має права критикувати лікування і своєю поведінкою зменшувати довіру хворого до свого лікаря (п.30). Ніколи і ні під яким виглядом лікар не повинен лікувати одночасно і таємно від колеги того ж самого хворого (п. 31). Лікар, який замінив колегу, у жодному разі і нічим не повинен сприяти становленню поганої думки про свого попередника (п. 34).

У всіх пунктах наголошувалося про солідарність і колегіальність лікарів та формах і методах їх дотримання.

Важливим здається розділ «Г. Реклами», де чітко зазначено, що у всіх об'явах про прийом хворих лікар не повинен містити нічого, крім прізвища, наукового ступеня, спеціальності, місця і часу прийому (п. 37 – Циркуляр Мед. департаменту МВС №9821 від 21 грудня 1882 р.). Лікар не повинен був давати порад без огляду хворого і не приписувати ліки таємними знаками за згодою з аптекарем, а також ліки секретного, ним вигаданого, складу, не опублікованого у наукових працях (п. 38).

Лікар не повинен був сприяти поширенню похвал про свою лікарську діяльність шляхом преси або будь-яким іншим (п. 39). Він не повинен був дозволяти хворим друкувати подяку собі, а також збирати свідчення про успішно виконані операції (п. 40).

У розділі «Д. Сутички між лікарям» викладено, що при умові таких у сфері професійної діяльності вони розглядаються «третейським» судом у складі п'яти лікарів, обраних Товариством у складі одного військового, одного професора, одного цивільного і одного вільнопрактикуючого лікарів, із запрошенням, за необхідності, спеціалістів (п. 42). У випадку, якщо запрошений не згодиться на рішення третейського суду, то пошукувач має право звернутися до суду (п. 42).

Зміст цих правил свідчить, що, незважаючи на їх лаконічність і зміну умов життя та діяльності системи охорони здоров'я, вони можуть складати основу Кодексу честі сучасного лікаря.

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.1993 р. №326 «Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики», рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.1998 р. №297 «Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду», у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (тепер – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України») (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного зіставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи).

Довідки та замовлення за телефонами: (44) 576-41-19, 576-41-48.

**В.о. директора ДУ «Український інститут
стратегічних досліджень МОЗ України»
д.мед.н., проф.**

Г.О. Слабкий

ДО ВІДОМА АВТОРІВ

Редакція журналу «Україна. Здоров'я нації» запрошує Вас до активної співпраці!

Тематична спрямованість журналу: здоров'я населення та його перспективи; проблеми демографічного розвитку; організація медичної допомоги; боротьба із соціально небезпечними хворобами; правове забезпечення охорони здоров'я; права та захист пацієнта і лікаря; управління охороною здоров'я; розвиток національної системи охорони здоров'я; сільська медицина; розвиток приватного сектору; розвиток стандартизації медичної допомоги; економіка охорони здоров'я; соціальні проблеми охорони здоров'я; доказова медицина; медичні кадри; проблеми медичної освіти; формування здорового способу життя; проблеми екології та охорони здоров'я; міжнародний досвід розвитку охорони здоров'я; історія медицини; фармація: на шляху до міжнародних стандартів; наукова дискусія; ювілей науково-дослідної установи; офіційна інформація; корпоративна інформація.

До редакції (за адресою: **м. Київ, 02099, пров. Волго-Донський, 3, отримувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»**) подаються роботи, що **раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання**, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал; редакція надає різноманітні рекламні послуги.

Правила подання матеріалу для опублікування

• **Структура матеріалу:** вступ (стан проблеми за даними літератури); мета, основні завдання та методи дослідження; основна частина (висвітлення статистично опрацьованих результатів дослідження); висновки; перспективи подальшого розвитку в даному напрямку; список літератури, резюме.

• Стаття має супроводжуватись **офіційним направленням** (супровідним листом), **гарантійним листом про оплату публікації**, **експертним висновком** (внутрішньою рецензією установи, в якій була виконана дана робота) та **рецензією** з візою керівництва (наукового керівника) і завіреною круглою печаткою установи. Експертний висновок, внутрішня рецензія та заява надаються у друкованому вигляді з підписами авторів. Додатково – на електронну адресу як відскановані документи. Рукописи, що не відповідають цій вимозі, повертаються авторам.

• На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, а також **авторська довідка: прізвище, ім'я та по батькові (повністю)**, науковий ступінь, вчене звання, посада, установа, поштова та електронна адреси, номери телефонів. **Звертаємо вашу увагу, що зазначена інформація буде надрукована наприкінці статті.**

• Авторський текстовий оригінал має складатися з двох примірників українською або російською мовою:

- тексту (обсяг статей, у тому числі рисунків, таблиць, списку літератури, резюме, має становити до 8–10 с., оглядів літератури, лекцій – до 15 с., рецензій – до 4 с., повідомлень, листів до редакції – до 3 с.);
- списку літератури (якщо в статті є посилання, – до 15–18 літературних джерел, в оглядах – до 50),
- таблиць;
- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;
- резюме (українською, російською та англійською мовами).

• Текст статті має набиратися на комп'ютері в програмі Word, зберігатися у форматі .rtf і подаватися в роздрукованому та електронному варіантах (на диску або електронною поштою – e-mail: **s.nauka@ukr.net**). Шрифт – 12 пунктів, міжрядковий інтервал – 1,5, розміри берегів (полів): ліве, верхнє, нижнє – 25 мм, праве – 15 мм. Сторінки мають нумеруватися у правому нижньому кутку. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають будуватися в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаватися на диску. **Обсяг однієї сторінки – не більше 40 рядків.**

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

- Бібліографія має включати наукові роботи переважно за останні 7 років, оформлятися згідно з ДСТУ, подаватися відразу за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, опубліковані російською чи українською мовою, далі – іноземних авторів, опубліковані іноземною мовою.
- Посилання в тексті мають позначатися цифрами у квадратних дужках і відповідати нумерації у списку літератури. Скорочення слів та їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582–97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила».
- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщуються у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводиться його назва, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули виконуються в редакторі формул Microsoft Equation 3.0.
- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводяться відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (Х, ХІ). Назви фірм і апаратів зазначаються в оригінальній транскрипції.
- Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і не змінюється протягом усього тексту.
- У резюме вказуються: назва статті, прізвища та ініціали авторів, установа, мета, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; при цьому обсяг кожного резюме має становити 175 слів (у т.ч. назва, автори, установа); у резюме не подаються аббревіатури, зноски та посилання. Резюме подається українською, російською та англійською мовами. ***Звертаємо вашу увагу на якість перекладу резюме англійською мовою.***
- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.
- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

Журнал видається за рахунок авторів статей. Журнал не є комерційним, тому кошти витрачаються виключно на його видання. **Інформаційний спонсор журналу – Закарпатський обласний благодійний фонд «Закарпаття проти СНІДу». Кошти необхідно перераховувати на його рахунок ПР – 26006011339902; МФО 300346; ІНН – 26395674; ПАТ «Альфа-Банк» у м. Києві.** Вартість однієї повної (чи неповної) сторінки рукопису (відповідно до зазначених вище вимог) уточнюється.

Редакційна рада