

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 – Миронюк І.С.
Заступник головного редактора – Слабкий Г.О.
Відповідальні редактори – Брич В.В., Ситенко О.Р.
Секретаріат – Белікова І.В. (Полтава), Бутенко І.В. (Київ), Гуцол І.Я. (Ужгород),
Білак-Лук'янчук В.Й. (Ужгород), Кабацій Н.О. (Ужгород), Левко Л.В. (Ужгород)
Інформаційний супровід та підтримка – Кривенко Є.М.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Афанасьєв С.М. Васильєв К.К. Вежновець Т.А. Горачук В.В.	Грузєва Т.С. Децик О.З. Ковальова О.М. Короп О.А.	Лехан В.М. Любінєць О.В. Матюха Л.Ф.	Медведовська Н.В. Овоц А. Одинець Т.Є. Рачкевич Д.	Сигіт К. Сміянов В.А. Урбаніак М. Шатило В.Й.
---	--	---	---	--

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Алипова О.Є. (Запоріжжя, Україна), **Беловічкова М.** (Братислава, Словаччина), **Ванцак П.** (Братислава, Словаччина),
Гойда Н.Г. (Київ, Україна), **Голованова І.А.** (Полтава, Україна), **Голубчиков М.В.** (Київ, Україна), **Жарова І.О.** (Київ, Україна),
Жилка Н.Я. (Київ, Україна), **Клименко В.І.** (Запоріжжя, Україна), **Лашкул З.В.** (Запоріжжя, Україна),
Лемко І.С. (Ужгород, Україна), **Михалюк Є.Л.** (Запоріжжя, Україна), **Моїсєнко Р.О.** (Київ, Україна),
Нагорна А.М. (Київ, Україна), **Ніканоров О.К.** (Київ, Україна), **Огнєв В.А.** (Харків, Україна), **Парій В.Д.** (Київ, Україна),
Рогач І.М. (Ужгород, Україна), **Толстанов О.К.** (Київ, Україна), **Чепелевська Л.А.** (Київ, Україна)

Журнал включено до категорії «Б» Переліку наукових фахових видань України за медичними спеціальностями – 222, 223, 227, 229
(наказ Міністерства освіти і науки України від 02.07.2020 р. № 886).

Видання індексується BASE (Bielefeld Academic Search Engine), CrossRef, Google Scholar та «Україніка наукова».

Вебсайт журналу:

healty-nation.uzhnu.edu.ua

Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень
Міністерства охорони здоров'я України» (протокол № 9 від 03.12.2020 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 № 21116-10916ПП від 24.12.2014 р.
Підписано до друку 4 грудня 2020 р. Загальний наклад 100 прим. Зам. № 4125

Видавець:

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

Видавник:

«СПД ФО «Коломіцин В.Ю.»
Свідоцтво про державну реєстрацію B02 № 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 University "Uzhhorod National University"

Chief Editor – Myronyuk I.S.

Deputy Chief Editor – Slabkiy G.O.

Executive Editors – Brych V.V., Sytenko O.R.

Secretariat – Belikova I.V. (Poltava), Butenko I.V. (Kyiv), Hutsol I.Ya. (Uzhhorod),
Bilak-Lukianchuk V.Y. (Uzhhorod), Kabatsiy N.O. (Uzhhorod), Levko L.V. (Uzhhorod)

Informational support, design and layout – Kryvenko Ye.M.

EDITORIAL COLLEGIUM

Afanasiev S.M.
Vasyliov K.K.
Vezhnovets T.A.
Gorachyuk V.V.

Gruzieva T.S.
Detsyk O.Z.
Kovaliova O.M.
Korop O.A.

Lekhan V.M.
Liubinets O.V.
Matiukha L.F.

Medvedovska N.V.
Ovoc A.
Odynets T.E.
Rachkevich D.

Sygit K.
Smiianov V.A.
Urbaniak M.
Shatylo V.Y.

EDITORIAL BOARD

Alypova O.E. (Zaporizhzhya, Ukraine), **Belovicova M.** (Bratislava, Slovakia), **Vansac P.** (Bratislava, Slovakia), **Hoida N.G.** (Kyiv, Ukraine),
Golovanova I.A. (Poltava, Ukraine), **Golubchikov M.V.** (Kyiv, Ukraine), **Zharova I.E.** (Kyiv, Ukraine), **Zhylka N.Ya.** (Kyiv, Ukraine),
Klymenko V.I. (Zaporizhzhya, Ukraine), **Lashkul Z.V.** (Zaporizhzhya, Ukraine), **Lemko I.S.** (Uzhhorod, Ukraine),
Mykhaliuk Ye.L. (Zaporizhzhya, Ukraine), **Moiseenko R.O.** (Kyiv, Ukraine), **Nahorna A.M.** (Kyiv, Ukraine),
Nikanorov A.K. (Kyiv, Ukraine), **Ohniev V.A.** (Kharkiv, Ukraine), **Pariy V.D.** (Kyiv, Ukraine), **Rogach I.M.** (Uzhhorod, Ukraine),
Tolstanov O.K. (Kyiv, Ukraine), **Chepelevska L.A.** (Kyiv, Ukraine)

The journal is included in category "B" of the List of scientific professional publications of Ukraine by medical specialties – 222, 223, 227, 229
(Decree of the Ministry of education and science of Ukraine from 02.07.2020 № 886).

The publication is indexed by BASE (Bielefeld Academic Search Engine), CrossRef, Google Scholar and "Ukrainika scientific".

Web-site:

healty-nation.uzhnu.edu.ua

It is recommended for print by the Academic Council of the PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine".
Protocol № 9 of 03.12.2020.

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 4, 2020. The total circulation is 100 copies. Order № 4125

Editor:

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

Publisher:

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

Printed in MEC "Medinform"

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

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

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

ЗМІСТ

Організація і управління охороною здоров'я

Salnikova A., Shevchenko M.V.
HIV non-occupational post-exposure prophylaxis in Ukraine 5

Клименко І.А.
Розробка україномовної версії опитувальника «Team effectiveness questionnaire» 12

Матюха Л.Ф., Періг Ю.С.
Порівняння системи скринінгу і ранньої діагностики для визначення залізодефіциту у підлітків 19

Жаховський В.О., Лівінський В.Г., Кудренко М.В., Слабкий Г.О.
Функціонування Медичних сил Збройних Сил України в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні 24

Савицький В.Л., Тодуров І.М., Якимець В.М., Печибориц В.П., Купець В.Є., Печибориц О.В., Якимець В.В.
Єдиний медичний простір в реаліях сьогодення 34

Даниленко Г.М., Щербаківа О.О., Авдієвська О.Г.
Медико-соціальні та соціально-психологічні особливості розвитку особистості підлітка в сучасній родині 41

Громадське здоров'я

Гребняк М.П., Кірсанова О.В., Таранова Т.В., Мікрюкова Н.Г.
Парадигма здоров'ятворчості у літніх дитячих оздоровчих центрах 48

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Брич В.В., Дуфинець В.А., Білак-Лук'янчук В.Й., Корольчук О.Л., Бутусов О.Д., Фейса І.І., Степаненко А.В.
Забезпечення ОФОГЗ «Сприяння розвитку наукових досліджень у сфері охорони здоров'я для наукового обґрунтування політики та практики» в Ужгородському національному університеті 56

Миронюк В.І.
Контроль комплаєнсу в програмах деінституалізації психіатричної допомоги пацієнтам з депресивними розладами 63

Медсестринство

Popovičová M., Belovičová M.
Effective communication with the patient as part of nursing care 69

Фізична реабілітація, фізична терапія, ерготерапія

Снівак А.П., Стрельцова А.Д., Миронюк І.С.
Мультидисциплінарна реабілітаційна команда в ургентній хірургії черевної порожнини: роль медичної сестри стаціонару 75

Mavlyanova Z.F., Baratova S.S.
Assessment of results of anthropometric studies of sportswomen in rhythmic gymnastics and taekwondo 83

Usmankhodzhaeva A.A., Mavlyanova Z.F., Sabirova S.B., Murotov M., Normakhmatov I.
Methodological and theoretical support of integrated computer information technology for monitoring and evaluation of the health status of children and adolescents involved in sports schools 87

Дмитрієва Л.Е., Антонова-Рафі Ю.В.
Реабілітація в щелепно-лицевій хірургії і стоматології після перелому нижньої щелепи 96

Наука – практиці охорони здоров'я

Сірчак Є.С., Фабрі З.Й., Барані В.Є.
Фактори, що впливають на формування хронічного панкреатиту у хворих на цукровий діабет 2 типу в Закарпатській області 103

Бабінець Л.С., Земляк О.С.
Ендотоксикоз як чинник функціональної недостатності підшлункової залози при поєднанні хронічного панкреатиту і цукрового діабету 2 типу 108

CONTENT

Organization and management of health care

Salnikova A., Shevchenko M.V.
HIV non-occupational post-exposure prophylaxis in Ukraine 5

Klimenko I.A.
Development of the Ukrainian-language version of the Team effectiveness questionnaire 12

Matukha L.F., Perig I.S.
Comparison of screening system and early diagnosis to determine iron deficiency in adolescents 19

Zhakhovskiy V.O., Livinskiy V.G., Kudrenko N.V., Slabkiy G.O.
Functioning of Medical forces of the Armed Forces of Ukraine in the conditions of reforming the healthcare system in Ukraine 24

Savitsky V.L., Todurov I.M., Yakimets V.M., Pechiborshch V.P., Kupets V.E., Pechiborshch A.V. Yakimets V.M.
The only medical space in today's realities 34

Danylenko H.M., Shcherbakova O.O., Avdiievska O.H.
Healthcare and psychological features of adolescent's personal development in the modern family 41

Public health

Grebnyak N.P., Kirsanova E.V., Taranova T.V., Mikryukova N.G.
The paradigm of health and creativity in summer children's wellness centers 48

Slabkiy G.O., Mironyuk I.S., Brych V.V., Dufynets V.A., Bilak-Lukyanchuk V.J., Korolchuk O.L., Butusov O.D., Feisa I.I., Stepanenko A.V.
Ensuring OFOPH "Promoting the development of scientific research in the field of health care for scientific justification of politics and practice" at Uzhhorod national university 56

Myronyuk V.I.
Compliance control in psychiatric care deinstitutionalization program for patients with depressive disorders 63

Nursing

Popovičová M., Belovičová M.
Effective communication with the patient as part of nursing care 69

Physical rehabilitation, physical therapy, ergotherapy

Spivak A.P., Streltsova A.D., Myronyuk I.S.
Multidisciplinary rehabilitation team in emergency abdominal surgery: the role of a hospital nurse 75

Mavlyanova Z.F., Baratova S.S.
Assessment of results of anthropometric studies of sportswomen in rhythmic gymnastics and taekwondo ... 83

Usmankhodzhaeva A.A., Mavlyanova Z.F., Sabirova S.B., Murotov M., Normakhmatov I.
Methodological and theoretical support of integrated computer information technology for monitoring and evaluation of the health status of children and adolescents involved in sports schools 87

Dmitrieva L.E., Antonova-Rafi Y.V.
Rehabilitation in maxillofacial surgery and dentistry after fracture of the mandible 96

Science for health care practice

Sirchak Ye.S., Fabry Z.Yo., Barani V.Ye.
Factors affecting the formation of chronic pancreatitis in patients with type 2 diabetes mellitus in the Transcarpathian region 103

Babinets L.S., Zemlyak O.S.
Endotoxemia as a factor of pancreas functional failure in the combination of chronic pancreatitis and diabetes type 2 108

DOI 10.24144/2077-6594.4.0.2020.220374
УДК 616-084:[616.98:578.828ВІЛ](477)

Salnikova A., Shevchenko M.V.

HIV non-occupational post-exposure prophylaxis in Ukraine

School of public health, National University of Kyiv-Mohyla academy, Kyiv, Ukraine

salnanna_21@ukr.net, shevchenko_marin@ukr.net

Сальнікова А., Шевченко М.В.

Постконтактна профілактика

при непрофесійних контактах

із збудником ВІЛ-інфекції в Україні

Школа охорони здоров'я, Національний університет
«Києво-Могилянська академія», м. Київ, Україна

Сальнікова А., Шевченко М.В.

Постконтактная профилактика

при непрофессиональных контактах

с возбудителем ВИЧ-инфекции в Украине

Школа охраны здоровья, Национальный университет
«Києво-Могилянська академія», г. Киев, Украина

Introduction

Ukraine belongs to the countries with the highest burden of HIV-infection in Europe [1]. The occurrence of HIV infection cases is stable with insignificant fluctuations [1–3]. According to the estimates, approximately half of all people living with HIV (PLWH) are unaware of their HIV-positive status. Annually, about one third of all identified HIV-positive cases remain out of the medical care. In Ukraine new HIV cases are usually detected on the late clinical stages of HIV infection. More than 50% of people aged 15 years old and older are newly detected in the III-IV clinical stages of HIV infection [3].

Despite the efforts of the national and international stakeholders, HIV/AIDS epidemic is still ongoing and requires effective approaches to accelerate the epidemic response. Nowadays, HIV-infection is not curable, thus, one of the most effective strategies to fight epidemic is prevention. Prevention component plays significant role in the strategy to accelerate HIV/AIDS response globally, including Ukraine. Complex of HIV prevention measures include HIV post-exposure prophylaxis (PEP).

PEP is a complex of actions that includes special medicines intake (antiretroviral therapy) no later than 72 hours after potentially risky exposure to prevent infection. PEP is considered to be an emergency method and used in case of risky professional and non-professional behavior, practices, and actions in regards to HIV infection. PEP is effective prevention method if adequately utilized. In Ukraine PEP is not widely utilized that can be explained by the PEP specificity, episodic use, side effects, low awareness of this prevention strategy, other factors. According to the latest statistics, annually 1,215 persons applied to the medical facilities to obtain PEP, out of them 692 persons had risky non-occupational contacts [4–6]. The highest number of applications for PEP in Ukraine was observed in Kyiv city [5–7].

In Ukraine HIV non-occupational post-exposure prophylaxis (nPEP) has not been thoroughly examined. However, PEP strategy is the important component within the

HIV response prevention package. More thorough study, adequate use, promotion of nPEP strategy may contribute to the strengthening and improvement of HIV epidemic response, especially considering the prevalent mode of HIV transmission and undiagnosed proportion of PLWH in the country. The goal of the present study is to explore the state of nPEP use through examining expert opinions in Ukraine.

Materials and methods

The study is explorative and has qualitative design. It consists of the desk and empirical parts. The desk part includes literature review and analysis of the existing nPEP practices worldwide. Literature review is conducted based on the international and national literature sources including articles, reports, guidelines, recommendations, statistics, informational bulletins. Empirical part is conducted via in-depth interviews with experts. Geography of empirical part of the study is Kyiv, Ukraine. Eligibility criteria for participants include professional experience in HIV/AIDS area, expertise and/or experience towards nPEP prevention strategy, consent to participate in the study. Snow ball sampling technique and maximum variation principle were used to sample participants. The experts from different areas were involved in the study in order to capture different prospective: providers of nPEP prevention in medical facilities, experts from non-governmental sector, national public health professionals, international expert (technical assistance). In total, 8 experts were interviewed. The number of participants is attributable to the specificity of the subject and explorative nature of the study. In-depths semi-structural interviews with participants were conducted. The guides for in-depths interviews were developed. Design of the guides reflects the professional experience and expertise of participants. Guides comprise mostly open questions. Guides consist of 5 main domains: 1) experience and expertise of participants towards nPEP; 2) opinions about potential and actual beneficiaries of nPEP, awareness about nPEP as prevention strategy in beneficiaries;

3) algorithm of delivering nPEP (this domain was mostly directed on the providers of the service); 4) linkage between nPEP and HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) strategies; 5) further research directions, perspectives of nPEP strategy use development. The interviews were conducted face-to-face. Duration of interviews ranged from 30 minutes to 1 hour. Interviews were conducted in Ukrainian, Russian, English languages to meet the respondent convenience. Results were analyzed and systematized to meet the study tasks and goal.

Study results and discussion

Algorithm of HIV nPEP delivery

Majority of the experts do not mention flaws in the legal framework of nPEP. Experts who directly provide nPEP point out on the volume of information to collect in line with the registration form. International expert notes that bureaucratic component in the HIV field overall may be simplified, however, the volume of relevant forms may be necessary to protect the patients. None of the experts notes significant shortcomings in the nPEP regulation, although the definite stages of the nPEP complex could be improved. Experts agree that on such stages of nPEP as risk assessment and initiation of medical post-exposure prophylaxis (MPEP), additional tool to simplify decision-making process for the medical provider is appropriate. Currently, decision about nPEP initiation is made in line with the information available in the registration form, knowledge and experience of the medical provider in the field of HIV/AIDS, international recommendations and guidelines. Public health expert notes that complementary tool for decision-making for provider would be relevant and convenient, and it has not been created yet perhaps due to the small amount of patients seeking for nPEP prevention.

According to the experts at the stage of MPEP prescription and therapy initiation, antiretroviral drugs are available and accessible for the patients. MPEP medications are provided in specialized medical facilities (facilities that provide medical care services for HIV-positive patients) on a 24-hour basis 7 days per week. All experts point out that in case of delegating nPEP component to other types of medical facilities (given ART delivery delegation to the primary health care chain in the framework of public health reform), the obligatory condition is to ensure continuous access of patients' to the medication within the nPEP complex.

All the experts mention the importance of the adequate MPEP intake phase. Adequate intake of MPEP course, which includes complete course of drug therapy (within 28 days) in line with the doctor's recommendations, may significantly decrease the odds of infection occurrence [8]. None of the experts on the service provider's level notice the failure of nPEP if taken "properly" by the patient.

However, according to the national statistics and experts opinions not all the patients successfully completed drug therapy within the nPEP prevention [5–7]. The most common barrier to the MPEP adherence is drugs side effects.

«Persons to whom nPEP is prescribed are not always responsible... They may have different gastrointestinal disorders and they start missing it (medicine) and the odds of infection to occur increase...».

Motivational counseling, social workers involvement in the patients' support process, prescription of the drugs with mild side effects and simpler regimen (for instance, tablet once a day) are highlighted by the experts as the measures to improve adherence to the antiretroviral therapy. Experts on the level of service providers and public health specialists emphasize the importance of the collaborative work of medical and social workers, in particular on the stages of monitoring and evaluation and in the course of the MPEP therapy. Involvement of the social worker may facilitate the patients' adherence to the treatment and other aspects of adequate MPEP intake, thus, contribute to the successful completion of MPEP phase.

«...Counseling should be carried out by the medical worker and social worker towards the medications, side effects, instructions of how to get tested, when to arrive, phone contacts ...».

International expert emphasizes the importance of the adherence and proper completion of MPEP course. On the individual level, non-adherence and/or incomplete course of drug therapy increase the risk of infection occurrence due to the prevention effectiveness reduction; the public health concern is in the risk of the antiretroviral drugs resistance occurrence.

«.. The most important things would be follow-up and adherence. That's the vital thing... If you start taking it (MPEP), you need to complete it in 28 days...».

Another expert view towards adherence of the patient to MPEP is that patient is motivated enough to be committed to the MPEP completion, given person has already applied to the medical facility to obtain the service.

Consumers of HIV nPEP prevention complex

According to the experts, the most common reasons to apply for the nPEP are the risky sexual contacts and contacts with the used syringe/needle. Experts – nPEP service providers note that the significant proportion of the risky sexual contacts accounts for "single", "occasional", "one-time" sexual contacts with non-permanent partners with unknown or positive HIV status: «...often the contact was lost, it was single sexual contact...». At the same time, discordant couples applied to obtain nPEP in "emergency cases" like sexual intercourse without condom or if the condom was damaged. Also, experts notice existence of multiple applications to obtain nPEP from the same persons. The main consumers of the nPEP prevention are represented by the persons from different groups who had risky sexual contact with the partner with unknown or positive HIV status, men having sex with men (MSM), discordant couples, victims of sexual violence, parents of children, who had contact with used syringe or needle. According to the nPEP provider, 70% of all nPEP applications that were received among adults belonged to MSM group, the rest of the cases belonged to different groups. Other expert with nPEP delivery experience indicates that prevalent proportion of received nPEP applications is associated with the sexual contacts with the partner whose HIV status is unknown or positive. A small percent of cases relates to the sexual violence. The expert who works with the children and adolescent population highlights the seasonality of applications – the peak is in spring. The majority of cases

belong to the contact of child with used syringe/needle. The appeal of the adolescent population to receive nPEP is rare, the reasons for that are unknown.

The experts' opinions of nPEP utilization are different. Service providers mention probable underutilization of the prevention strategy, for example, among persons who had risky contact with used injection tools, persons who participated in fights, other risky behavior.

«...There is no guarantee that all emergency cases applied, ..., when HIV infection occurs, especially if the infection transmission cannot be determined, often we consider sexual transmission, but it is not always the case, fights (when "bloody")... it also may be the option to apply for nPEP...».

International expert supports opinion towards the PEP underutilization, besides, expert made focus on HIV antiretroviral medicines being underutilized as a PEP component and overall within HIV treatment: «ARV drugs are underutilized including in post-exposure prevention for sure».

Another expert view on the use of PEP is the lack of necessity "to expand" the prevention strategy at the moment. The expert notes that in case of risky contact, individuals are able to determine the presence of risk and/or find necessary information about medical facility to apply for prevention. According to the expert, nPEP prevention strategy is not a priority at the moment given specificity of the prevention and present challenges/tasks to manage in HIV/AIDS field in the country.

Awareness of nPEP among beneficiaries of service

The majority of experts agreed that awareness of nPEP in population is low. The lack of awareness may act as a barrier to seek for nPEP service. Moreover, adequate use of PEP implies early appeal to initiate MPEP to specialized medical facility, thus, persons not only should be aware about prevention but also know its specificity for early initiation of the drug therapy.

«I think many people do not aware about this prevention existence. They do not even suspect that they may seek for it, read about it, and apply somewhere...».

«.. If information is communicated to the population, they know in which cases and where to apply... if this information is missing, nobody knows...».

Despite the low "overall" nPEP awareness, experts have opposite view towards knowledge of the key populations.

«Those who are at risk, they already have information, their knowledge is good, unfortunately, they do not always practice what they should, but they know. They have more information than the rest of the population.»

"Concentration" of knowledge in key population may be explained with the variety of the programs, projects etc. targeted onto these groups. Majority of experts had common position that basic knowledge and awareness in HIV/AIDS area, especially about prevention component (including PEP) are relevant for the broader audience. Otherwise, persons who do not belong to the key populations may neglect the risk of being HIV infected, consider "being outside the key groups" as a guarantee of not being at risk.

«General population does not consider themselves to be at risk, there are stereotypes and myths that this disease is in

risk groups... Therefore, it is very difficult for socially secure people to accept diagnosis, ...».

In addition, experts on the service providers' level make focus on the lack of awareness of population not only in the nPEP topic, but also in basics of HIV infection prevention. For example, patients still have difficulties in detecting risk of HIV infection:

«.. There are still patients who say: «I was lying nearby and then I found out that my partner has HIV, ..., what risk do I have in percentage...»

The findings of the study indicate that the guidelines of nPEP delivery is absent, in case of application to receive nPEP from the persons, provider collects information in accordance with the registration form approved by the MOH order. For professional HIV risky contact guidelines are developed [9]. According to the expert interviews and studies in different countries guidelines of nPEP delivery may facilitate the nPEP initiation by the medical provider [10] and adequate targeting nPEP prevention [11–14]. The nPEP guidelines in some countries contain tools to effectively implement nPEP and simplify the decision-making process for the medical provider. WHO guidelines include information about potentially risky in terms of HIV infection biological materials and contacts and conditions when initiation of PEP is not recommended [15,16]. Canadian guidelines on HIV pre-exposure prophylaxis and non-occupational post exposure prophylaxis contains table-based tool to assess the risk of nPEP initiation [17]. CDC Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV provide the algorithm (chart) to assess the risk and feasibility of nPEP initiation [8]. UK Guideline for the use of HIV Post-Exposure Prophylaxis Following Sexual Exposure (PEPSE) includes formula to calculate the risk of potential transmission of HIV infection and interpretation of the results [18].

The challenging phase of nPEP prevention complex is MPEP. Complete course of drug therapy implies 28 days therapy intake in appropriate regimen. Inadequate intake of medicine, including non-adherence and/or interruption of the therapy course issues, may lead to the failure of MPEP and drug resistance. Adherence to antiretroviral therapy (including in PEP component) is widely studied worldwide and described in relevant recommendations [19,20]. In addition, safe behavior in terms of HIV infection during MPEP is the necessary condition of successful nPEP outcome [8]. The social worker role is highlighted by the experts in all the phases of nPEP, especially during MPEP intake phase when social worker acts as an informational and motivational supporter to the patient to be adhere to MPEP in line with the medical worker recommendations and practice safe behavior in the course of therapy intake and further.

According to the findings of the current research and previously conducted studies in different countries, the most common consumers of nPEP are represented by the persons who had risky sexual contact (with partner of unknown or HIV-positive status), MSM group representatives, victims of sexual assault [12,13,21,22]. Nevertheless, nPEP may be considered underutilized strategy in HIV response actions [10,28,29]. Given the prevalence of HIV infection transmission mode

(risky sexual contacts) and undiagnosed proportion of all HIV estimated cases in Ukraine [2,3], nPEP prevention sufficient use, coverage of potential beneficiaries, factors of underutilization are important topics to explore further. The reasons for the possible nPEP underutilization may include the specificity of the prevention, lack of awareness, lack of instruments (guidelines, protocol) to provide prophylaxis [19]. The results of the present study and studies in other countries indicate that nPEP awareness among beneficiaries is low or insufficient [23–29]. However, in line with the present study, awareness about nPEP in key populations may be better than in general population, that may be caused by the various programs and projects directed onto the key populations [30–32]. Representatives of key populations apply for nPEP service more frequently among adult population, that may be associated with both awareness of prevention or more frequent risky behavior practice. Experts point out on the appropriateness to increase knowledge and awareness about prevention in HIV/AIDS area in different populations.

Findings of the present and previous studies demonstrate the existence of cases when same persons appeal to obtain nPEP multiple times [22]. In such cases, if persons regularly practice risky behavior, PrEP prevention may be more relevant. Strategy nPEP usually implies emergent cases, single contacts, whereas PrEP strategy is recommended in case of “repeated” risky contacts or behavior. Linkage and algorithm of reference between these prevention strategies is important so that to apply the most beneficial and effective strategy. In some countries, PrEP component is included in nPEP

guidelines [17], in this way contributing to the decision-making of provider to target more adequate and beneficial strategy the situation given.

Limitation of the study include restricted area of study (Kyiv city) and limited number of participants. The number of participants may be explained by the specificity of the subject and explorative nature of the study.

Research perspectives

Directions for the further research include: low awareness of nPEP, tools to raise effectiveness in nPEP delivery, beneficiaries, consumers and utilization of nPEP, linkage between nPEP and PrEP prevention strategies.

Conclusions

1. According to the study results, in order to increase effectiveness of nPEP delivery it is appropriate to analyze the best practices of nPEP guidelines and design/adapt relevant supplementary tools on different stages of nPEP complex (risk assessment tool, the guidelines to deliver nPEP).

2. According to the experts, the most frequent reasons to apply for the nPEP are risky sexual behavior and contact with used syringe or needle. Prevention strategy nPEP may be underutilized. Utilization and potential beneficiaries of nPEP are the directions for the further study.

3. Study findings demonstrate low or insufficient nPEP awareness in beneficiaries.

References

1. UNAIDS. Global AIDS Monitoring 2018: Ukraine. UNAIDS. 2018. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/UKR_2018_countryreport.pdf.
2. HIV-infection in Ukraine. Informational bulletin №50. 2019. Available from: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilnsnid/monitoring-i-ocinka/informaciyeni-byuleteni-vilnsnid>.
3. HIV-infection in Ukraine. Informational bulletin №48. 2017. Available from: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilnsnid/monitoring-i-ocinka/informaciyeni-byuleteni-vilnsnid>.
4. Public Health Center of the MOH of Ukraine. Information on HIV post-exposure prophylaxis. 2016. Available from: <https://phc.org.ua/vilnsnid/statistika/postkontaktna-profilaktika-ppk>.
5. Public Health Center of the MOH of Ukraine. Information on HIV post-exposure prophylaxis (report). 2016. Available from: <https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/documents/files/0194412b6fcc269b46a5996250dbc646.pdf>.
6. Public Health Center of the MOH of Ukraine. Information on HIV post-exposure prophylaxis. 2017. Available from: <https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/documents/files/9691ca9687e93d8a4345245f296ff12c.pdf>.
7. Nakaz Ministerstva Okhorony Zdorovia Ukrainy vid 22.05.2013 №410. Pro Zatverdzhennia Form Oblikovoi Dokumentatsii Ta Zvitnosti Stosovno Reiestratsii Vypadkiv Kontaktu Osib Z Kroviiu Chy Biolohichnymy Materialamy Liudyny Zabrudnenymy Nymy Instrumentarii Obladnanniam Chy Predmetamy Provedennia Postkontaktnoi Profilaktyky VIL-Infektsii Ta Instruksii Shchodo Yikh Zapovnennia. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0902-13>.
8. CDC. Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV, 2016. Available at: <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/programresources/cdc-hiv-npep-guidelines.pdf>.
9. Nakaz Ministerstva Okhorony Zdorovia Ukrainy vid 05.11.2013 №955. Poriadok Provedennia Ekstrenoi Postkontaktnoi Profilaktyky VIL-Infektsii u Pratsivnykiv pry Vykonanni Profesiinykh Oboviazkiv. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1980-13#n4>.
10. Rodriguez AE, Castel AD, Parish CL, Willis S, Feaster DJ, Kharfen M, Cardenas GA, Villamizar K, Kolber M, Vázquez-Rivera L, Metsch LR. HIV medical providers' perceptions of the use of antiretroviral therapy as nonoccupational postexposure prophylaxis in 2 major metropolitan areas. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013 Nov 1;64 Suppl 1(0 1):S68-79. doi: 10.1097/QAI.0b013e3182a901a2. PMID: 24126450; PMCID: PMC3845443.

11. Malinverni S, Libois A, Gennotte AF, La Morté C, Mols P. Prescription of Non-Occupational Post-Exposure HIV Prophylaxis by Emergency Physicians: An Analysis on Accuracy of Prescription and Compliance. *PLoS One*. 2016 Apr 12;11(4):e0153021. doi: 10.1371/journal.pone.0153021. PMID: 27070319; PMCID: PMC4829160.
12. McDougal SJ, Alexander J, Dhanireddy S, Harrington RD, Stekler JD. Non-occupational post-exposure prophylaxis for HIV: 10-year retrospective analysis in Seattle, Washington. *PLoS One*. 2014 Aug 20;9(8):e105030. doi: 10.1371/journal.pone.0105030. PMID: 25140868; PMCID: PMC4139302.
13. Teo AKJ, Tai BC, Chio MT, La HH. A mixed methods study of non-occupational post-exposure prophylaxis at an STI clinic in Singapore: Five-year retrospective analysis and providers' perspectives. *PLoS One*. 2018 Aug 20;13(8):e0202267. doi: 10.1371/journal.pone.0202267. PMID: 30125333; PMCID: PMC6101390.
14. Poynten IM, Smith DE, Cooper DA, Kaldor JM, Grulich AE. The public health impact of widespread availability of nonoccupational postexposure prophylaxis against HIV. *HIV Med*. 2007 Sep;8(6):374-81. doi: 10.1111/j.1468-1293.2007.00483.x. PMID: 17661845.
15. World Health Organization. Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection: joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection. 2007. Available at: https://www.who.int/hiv/pub/prophylaxis/pep_guidelines/en.
16. World health organization. Guidelines on post-exposure prophylaxis for hiv and the use of co-trimoxazole prophylaxis for hiv-related infections among adults, adolescents and children. Recommendations for a public health approach. 2014. Available at: https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_dec2014/en.
17. CMAJ. Canadian guideline on HIV pre-exposure prophylaxis and nonoccupational postexposure prophylaxis. 2017. Available from: doi: 10.1503/cmaj.170494.
18. BASHH. UK Guideline for the use of HIV Post-Exposure Prophylaxis Following Sexual Exposure (PEPSE). 2015. Available from: https://www.bashh.org/documents/PEPSE%202015%20guideline%20final_NICE.pdf.
19. Ford N, Irvine C, Shubber Z, Baggaley R, Beanland R, Vitoria M, Doherty M, Mills EJ, Calmy A. Adherence to HIV postexposure prophylaxis: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2014 Nov 28;28(18):2721-7. doi: 10.1097/QAD.0000000000000505. PMID: 25493598.
20. Thomas R, Galanakis C, Vézina S, Longpré D, Boissonnault M, Huchet E, Charest L, Murphy D, Trottier B, Machouf N. Adherence to Post-Exposure Prophylaxis (PEP) and Incidence of HIV Seroconversion in a Major North American Cohort. *PLoS One*. 2015 Nov 11;10(11):e0142534. doi: 10.1371/journal.pone.0142534. PMID: 26559816; PMCID: PMC4641668.
21. Iloanus SH, Mgbere OO, Abughosh SM, Essien EJ. HIV Non-Occupational Post Exposure Prophylaxis in Nigeria: A Systematic Review of Research Evidence and Practice. *Int J MCH AIDS*. 2019;8(2):101-119. doi: 10.21106/ijma.287. Epub 2019 Nov 18. PMID: 31803532; PMCID: PMC6886157.
22. Wang Z, Yuan T, Fan S, Qian HZ, Li P, Zhan Y, Li H, Zou H. HIV Nonoccupational Postexposure Prophylaxis Among Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review and Meta-Analysis of Global Data. *AIDS Patient Care STDS*. 2020 May;34(5):193-204. doi: 10.1089/apc.2019.0313. PMID: 32396477.
23. Feng M, Yu C, Liang Z, People seeking sexually transmitted diseases screening, medical professionals, and members of the general public surveyed regarding knowledge about non-occupational post-exposure prophylaxis for HIV. *Sexually Transmitted Infections*. 2015; 91(2). Available from: https://sti.bmj.com/content/91/Suppl_2/A245.1.abstract.
24. Ajayi AI, Ismail KO, Adeniyi OV, Akpan W. Awareness and use of pre-exposure and postexposure prophylaxes among Nigerian university students: Findings from a cross-sectional survey. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Sep;97(36):e12226. doi: 10.1097/MD.00000000000012226. PMID: 30200145; PMCID: PMC6133481.
25. Chomchey N, Woratanarat T, Hirsansuthikul N, Lertmaharit S, Lohsoonthorn V, Teeratakulpisarn N, Pinyakorn S, Fletcher JL, Suttichom D, Phanuphak P, Ananworanich J, Phanuphak N. Factors associated with intention to take non-occupational HIV post-exposure prophylaxis among Thai men who have sex with men. *J Virus Erad*. 2017 Jul 1;3(3):128-139. PMID: 28758020; PMCID: PMC5518241.
26. Martinez O, Wu E, Levine EC, Muñoz-Laboy M, Fernandez MI, Bass SB, Moya EM, Frasca T, Chavez-Baray S, Icard LD, Ovejero H, Carballo-Diéguez A, Rhodes SD. Integration of Social, Cultural, and Biomedical Strategies into an Existing Couple-Based Behavioral HIV/STI Prevention Intervention: Voices of Latino Male Couples. *PLoS One*. 2016 Mar 30;11(3):e0152361. doi: 10.1371/journal.pone.0152361. PMID: 27028873; PMCID: PMC4814093.
27. Lin SY, Lachowsky NJ, Hull M, Rich A, Cui Z, Sereda P, Jollimore J, Stephenson K, Thumath M, Montaner J, Roth EA, Hogg RS, Moore DM. Awareness and use of nonoccupational post-exposure prophylaxis among men who have sex with men in Vancouver, Canada. *HIV Med*. 2016 Oct;17(9):662-73. doi: 10.1111/hiv.12369. Epub 2016 Aug 1. PMID: 27477994; PMCID: PMC5207792.
28. Koblin BA, Usher D, Nandi V, Tieu HV, Bravo E, Lucy D, Miles L, Ortiz G, Kindlon MJ, Parisi DM, Frye V. Post-exposure Prophylaxis Awareness, Knowledge, Access and Use Among Three Populations in New York City, 2016-17. *AIDS Behav*. 2018 Aug;22(8):2718-2732. doi: 10.1007/s10461-018-2175-5. PMID: 29858737.
29. Lebona M.A. Assessment of knowledge, attitudes and utilisation of HIV post-exposure prophylaxis among adults, Roma, Lesotho. University of South Africa, Pretoria. 2016. Available from: <http://hdl.handle.net/10500/22535>.
30. ICF "Alliance for Public Health". Statystyka. Available from: <http://aph.org.ua/uk/resursy/statystyka>.

31. CO "100%Life". Proekty. Available from: <http://network.org.ua/ru/proekty-2>.
32. Public Health Center of the MOH of Ukraine. Natsionalna strategija testuvannia na VIL v Ukraini 2019–2030. 2018. Available from: https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/Natsionalna_strategija_testuvannia_na_VIL_v_Ukraini_2019-2030.pdf.

Дата надходження рукопису до редакції: 01.07.2020 р.

Aim. To assess the state of non-occupational HIV post exposure prophylaxis (nPEP) use in Ukraine through exploring the service delivery algorithm, consumption of service, awareness of beneficiaries.

Methods. The research has explorative and qualitative design. In-depth semi-structural interviews with experts were conducted. For recruitment snowball sampling technique is used. Geography of the study is Kyiv, Ukraine.

Results. Legislative framework of nPEP is established in Ukraine. NPEP is provided in specialized medical facilities with continuous access to the prevention. In order to increase effectiveness in nPEP delivery particular stages of nPEP complex have potential for improvement. Risky sexual behavior and contacts with used syringe or needle are the most common reasons to apply for nPEP. Applications for nPEP include emergency single contacts and cases of multiple appeals from the same persons. Prevention strategy nPEP may be underutilized and require further examination. Awareness of nPEP is considered to be low or insufficient in beneficiaries.

Conclusions. 1) It is recommended to analyze the best practices of nPEP delivery and design/adapt supplementary tools in order to increase effectiveness in service delivery. 2) Prevention strategy nPEP may be underutilized. Utilization and potential beneficiaries of nPEP are the directions for further study. For the nPEP adequate targeting purpose, the linkage between nPEP and PreEP prevention strategies ought to be established. 3) Low awareness of nPEP and its factors is the topic for further examination.

Key words: HIV/AIDS, post-exposure prophylaxis, non-occupational contacts.

Мета. Оцінити стан впровадження постконтактної профілактики при непрофесійних контактах із ВІЛ-інфекцією в Україні шляхом вивчення алгоритму надання послуги, споживачів послуги, обізнаності бенефіціарів щодо послуги.

Матеріали та методи. Дослідження має розвідувальний якісний дизайн. Було проведено глибинні напівструктуровані інтерв'ю із експертами. Формування вибірки відбувалось методом доступних випадків. Географія дослідження – м. Київ, Україна.

Результати. Компонент нПКП є врегульованим в Україні. нПКП надається в спеціалізованих медичних закладах, безперервний доступ до профілактики забезпечено. Для підвищення ефективності надання послуги нПКП деякі етапи її реалізації мають потенціал для покращення. За типом контактів найбільша кількість звернень належить небезпечній щодо інфікування ВІЛ статевій поведінці та контактам із використаним шприцем, голкою. Звернення щодо нПКП включають як поодинокі аварійні контакти, так і повторні звернення щодо отримання профілактики від осіб. Профілактичний компонент нПКП може бути «недовикористаною» стратегією й має потенціал для подальшого вивчення. Обізнаність щодо нПКП є низькою або недостатньою серед бенефіціарів.

Висновки. 1) Рекомендовано провести аналіз кращих практик та розробити/адаптувати відповідні допоміжні інструменти з метою підвищення ефективності реалізації комплексу. 2) Профілактичний компонент нПКП може бути «недовикористаною» стратегією. Використання і потенційні бенефіціари нПКП є напрямками для подальшого вивчення. З метою адекватного таргетування послуги, зв'язок та перенаправлення між профілактичними стратегіями нПКП та ПреКП має бути врегульованим. 3) Низька обізнаність щодо нПКП та фактори низької обізнаності є темами для подальшого вивчення.

Ключові слова: ВІЛ/СНІД, постконтактна профілактика, непрофесійні контакти.

Цель. Оценить состояние внедрения постконтактной профилактики при непрофессиональных контактах с возбудителем ВИЧ в Украине путем изучения алгоритма оказания услуги, потребителей услуги, осведомленности бенефициаров об услуге.

Методы. Исследование имеет разведывательный качественный дизайн. Проведены глубинные полуструктурированные интервью с экспертами. Выборка формировалась методом доступных случаев. География проведения исследования – город Киев, Украина.

Результаты. Компонент нПКП урегулирован в Украине. нПКП предоставляется в специализированных медицинских учреждениях, непрерывный доступ к профилактике обеспечен. Для повышения эффективности предоставления услуги нПКП ряд ее этапов имеет потенциал для улучшения. По типу контактов наибольшее количество обращений за нПКП принадлежит рискованному сексуальному поведению относительно инфицирования ВИЧ и контактам с использованным шприцем, иглой. Обращения за нПКП включают как одиночные аварийные контакты, так и повторные обращения за профилактикой. Профилактический компонент нПКП может быть «недоиспользованной» стратегией и имеет потенциал для дальнейшего изучения. Осведомленность о стратегии нПКП низкая или недостаточная среди бенефициаров.

Выводы. 1) Рекомендовано провести анализ лучших практик и разработать/адаптировать соответствующие вспомогательные инструменты с целью улучшения эффективности реализации комплекса. 2) Профилактический компонент нПКП может быть «недоиспользованной» стратегией. Использование и потенциальные бенефициары нПКП – направления для дальнейшего изучения. С целью адекватного таргетирования услуги, связь и перенаправление между профилактическими стратегиями нПКП и ПреКП следует урегулировать. 3) Низкая осведомленность о оПКП и факторы низкой осведомленности являются темой для дальнейшего изучения.

Ключевые слова: ВИЧ/СПИД, постконтактная профилактика, непрофессиональные контакты.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest.

Відомості про авторів

Сальнікова Анна – випускниця післядипломної програми з епідеміології та статистики Університету штату Нью-Йорк в Олбані, США, Магістр освітньої програми «Менеджмент в охороні здоров'я» Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія»; вул. Волоська, 10, м. Київ, 02000, Україна.
+380 (44) 425-77-69, salnanna_21@ukr.net.

Шевченко Марина Вікторівна – д.мед.н., с.н.с., доцент Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія»; вул. Волоська, 10, м. Київ, 02000, Україна.
+380 (44) 425-77-69, shevchenko_marin@ukr.net.

DOI 10.24144/2077-6594.4.0.2020.220376
УДК 614.2:616-082

Клименко І.А.

Розробка україномовної версії опитувальника «Team effectiveness questionnaire»

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

klymenko8175@gmail.com

Клименко И.А.

Разработка украиноязычной версии опросника «Team effectiveness questionnaire»

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

Klimenko I.A.

Development of the Ukrainian-language version of the Team effectiveness questionnaire

Shupyk National Medical Academy
of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Вступ

Тиреоїдна хірургія пройшла достатньо тривалий шлях свого розвитку та досягла значних здобутків в покращенні здоров'я хворих з патологією щитоподібної залози. Однак і сьогодні актуальним питанням залишається попередження ускладнень внаслідок оперативних втручань на цьому органі, що можливо, зокрема, шляхом удосконалення організації хірургічної допомоги [3].

Закордонні та вітчизняні дослідники вбачають перспективним напрямом функціонування міждисциплінарних команд лікарів різних спеціальностей, дотичних до доопераційної ідентифікації патології щитоподібної залози, ухвалення певного хірургічного рішення, виконання операційного втручання та післяопераційного супроводу [2;5;10;20].

ВООЗ визначає команду як двох і більше людей, які працюють взаємозалежно для досягнення спільної мети та спільної нагороди [4].

Міждисциплінарний підхід з'явився ще в середині 1980-х років в світовій онкології, коли об'єднання зусиль різних фахівців довело на практиці покращення результатів ведення пацієнтів на відміну від традиційного глобального лікування, запропонованого одним лікарем. Разом з тим, активне запровадження міждисциплінарного підходу у лікуванні онкологічних захворювань, у тому числі, щитоподібної залози, спостерігається в країнах світу лише в останні роки. Цьому сприяло поширення підходу, орієнтованого на пацієнта, внаслідок чого багатопрофільні команди виникають як практична необхідність оптимальної координації роботи медичних працівників та їх ефективного спілкування з пацієнтами [14;19].

Встановлено, що міждисциплінарна взаємодія серед працівників охорони здоров'я покращує результати лікування пацієнтів, підвищує рівень безпеки медичних втручань і знижує емоційне «вигорання» професіоналів і фахівців. Зокрема, міждисциплінарні команди вважаються золотим стандартом догляду за раком у багатьох системах

охорони здоров'я. Разом з тим, чіткого визначення формату роботи, обсягу практики та критеріїв ефективності командної роботи все ще бракує [8;12].

Дослідники вважають, що різні конструкції командної роботи, сильні сторони та потенційні області для прийняття управлінських рішень з удосконалення діяльності учасників міждисциплінарної взаємодії з метою задоволення потреб пацієнтів можна визначити за допомогою опитувань. Огляди, здійснені багатьма авторами, засвідчили наявність кількох десятків опитувальників, які можуть бути використані в охороні здоров'я із зазначеною метою [7;9;11;17;18]. Разом з тим, при остаточному виборі опитувальника слід ретельно враховувати, що командна робота пов'язана з конкретними людьми, різноманітними поведінковими процесами та умовами, в яких відбуваються останні. Запозичення іншомовного опитувальника з метою використання в національних умовах потребує його крос-культурної адаптації для підтвердження еквівалентності вимірів.

В Україні наукових розробок, спрямованих на одержання україномовної версії опитувальника як інструменту оцінки ефективності діяльності міждисциплінарної команди професіоналів керівниками закладів охорони здоров'я, бракує, що обумовило мету даного дослідження. В якості оригінального опитувальника обрано опитувальник «Team Effectiveness Questionnaire», розроблений London Leadership Academy, National Health Service, який успішно використовується у міжнародній практиці [13;16].

Мета дослідження: забезпечити інформаційну складову управлінських рішень для керівників закладів охорони здоров'я з оцінки ефективності міждисциплінарних команд для надання медичної допомоги пацієнтам.

Завдання, матеріали та методи дослідження

Завданнями дослідження визначено розробити україномовну версію опитувальника «Team effectiveness questionnaire» відповідно до міжнародних вимог з

урахуванням етнолінгвістичних особливостей вітчизняної популяції, визначити психометричні якості (надійність, валідність) розробленого опитувальника.

Матеріалами дослідження обрані: оригінальна версія опитувальника «Team Effectiveness Questionnaire», розроблена London Leadership Academy, National Health Service; 30 бланків анкет з відповідями учасників пілотного дослідження для оцінки фінальної версії україномовної версії опитувальника; 89 бланків анкет з відповідями учасників пілотного дослідження для оцінки психометричних якостей україномовної версії опитувальника; іноземні наукові літературні джерела з бази Pubmed (17 од.), вітчизняні наукові праці (3 од.) за темою. Обробка даних здійснювалась за допомогою ліцензійного програмного забезпечення Microsoft Excel 2019 і SPSS Statistics IBM, версія 26 for Windows 10.

Використані методи: логіко-структурного аналізу – для оцінки функціонально-структурної будови та лексичних особливостей тексту оригінальної версії опитувальника, виявлення специфіки лексичних структур при перекладі; компаративного аналізу – для порівняння текстів оригінальної та україномовної версій; експертних оцінок – для узгодження оригінального опитувальника та прямих, синтезованої та зворотних версій опитувальника в процесі перекладу; соціологічного опитування – для проведення пілотного дослідження; медико-статистичний – для проведення обрахунків та медико-статистичного аналізу результатів експертних оцінок та з метою перевірки психометричних якостей україномовної версії опитувальника.

Результати дослідження та їх обговорення

Оцінка змісту й структури оригінальної версії опитувальника засвідчила, що він складається з 56 тверджень, спрямованих на вивчення ефективності роботи команди з використанням восьми критеріїв: 1) мета, цілі; 2) ролі учасників команди; 3) процеси в команді; 4) взаємовідносини в команді; 5) міжгрупові (міжкомандні) відносини; 6) вирішення проблем; 7) ентузіазм і відданість; 8) навички та навчання.

Рівень досягнення кожного критерію ефективності роботи команди визначається за відповідями на сім тверджень, виділених із загальної кількості тверджень в опитувальнику відповідно даному критерію. Кількісна оцінка в балах – від 1 (цілком згоден) до 5 (категорично не згоден) – здійснюється за шкалою Лайкерта. Твердження, відповідні критеріям, представлені в особистій картці, яка заповнюється за результатами опитування кожного респондента. Далі обчислюються середні значення показників ефективності команди за даними усіх особистих карток респондентів. Отримані результати піддаються аналізу з метою визначення можливих факторів впливу на показники з найменшими й найбільшими значеннями та враховуються при прийнятті управлінських рішень з покращення роботи команди.

Процес створення україномовної версії опитувальника був багатоступеневим і відбувався відповідно до міжнародних вимог [6;15].

Перший етап перекладу полягав у прямому перекладі оригінальної англійської версії опитувальника на українську мову задіяними до розробки україномовної версії опитувальника двома дипломованими перекладачами, незалежно один від одного, для кожного з яких українська мова була рідною. Надалі переклади піддавались порівнянню та обговоренню перекладачами з метою використання найбільш вдалого перекладу з урахуванням мовлених нюансів.

На другому етапі відбувався синтез двох отриманих перекладів за участю третього незалежного перекладача-експерта, який, використовуючи оригінальну версію та два наявних переклади, створював остаточну пряму версію перекладу.

Наступний етап передбачав отримання двох версій зворотного перекладу україномовної прямої версії на англійську мову. Для цієї процедури також залучались два перекладача, які володіли двома мовами (українською, англійською) та для яких англійська мова була рідною.

З метою отримання фінальної україномовної версії опитувальника формувалась експертна група у складі: науково-педагогічного працівника кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П. Л. Шупика; медичного працівника – слухача циклу тематичного удосконалення кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика, який має діючі сертифікати за двома спеціальностями – «Організація і управління охороною здоров'я» та за клінічною спеціальністю; дипломованого філолога – працівника НМАПО імені П.Л. Шупика, усіх задіяних перекладачів та експерта, який забезпечував синтез двох прямих версій перекладу. Експертна група розглядала оригінальний опитувальник, прямі, синтезовану та зворотні версії опитувальника. Рішення приймалось при досягненні консенсусу думок експертів в разі виявлення будь-яких розбіжностей з метою досягнення еквівалентності, тобто, збереження інформації в оригіналі та перекладі за критеріями: семантичної (значеннєвої спільності слів за повнотою і точністю, констатація їх однакового значення); ідіоматичної, в разі потреби (знаходження еквівалентів розмовних виразів або ідіом); експериментальної (досягнення еквівалентності перекладу назв різних предметів, які використовуються в різних культурах з однією метою); концептуальної (досягнення однаковості концепту, яким визначаються одні й ті ж поняття, об'єкти або предмети в різних культурах) еквівалентності.

Отримана фінальна версія використовувалась для проведення пілотного дослідження на базі кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика. У дослідженні прийняли участь 30 слухачів циклу тематичного удосконалення після попереднього узгодження участі та отримання інформованої згоди кожного респондента. Усі учасники пілотного дослідження вільно володіли українською мовою. Кожен респондент заповнював анкету розробленої україномовної версії опитувальника, а потім з ним проводилась коротка співбесіда на предмет зрозумілості кожного твердження та сутності змісту відповіді.

Анкетні відповіді оброблялись з підрахунком середніх значень показників за обраними критеріями оцінювання ефективності команди; пропущених тверджень або одиничних відповідей не було виявлено (табл. 1).

Наступний етап передбачав додаткове тестування анкети на предмет збереження в україномовній версії психометричних властивостей оригіналу – оцінку змістовної, зовнішньої, дискримінантної валідності та внутрішньої узгодженості опитувальника.

Таблиця 1. Середні значення показників ефективності команди за 5-тибальною шкалою фінальної версії анкети за визначеними критеріями (група пілотного дослідження, n=30)

Порядковий номер твердження	Найменування критерію	Середнє значення в балах (M)	Дисперсія (D)
1,9,17,25,33,41,49	Мета та цілі	3,34	1,69
2,10,18,26,34,42,50	Ролі в команді	3,32	1,69
3,11,19,27,35,43,51	Процеси в команді	3,25	1,26
4,12,20,28,36,44,52	Взаємовідносини в команді	3,24	1,29
5,13,21,29,37,45,53	Відносини між групами/командами	3,23	1,27
6,14,22,30,38,46,54	Вирішення проблем	3,18	1,45
7,15,23,31,39,47,55	Ентузіазм і відданість	3,35	1,24
8,16,24,32,40,48,56	Навички та навчання	3,44	1,54

Змістовну валідність оцінювали на підставі даних аналізу відповідей експертів – науково-педагогічних працівників кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика в кількості 6 осіб, які мають наукову спеціальність «Соціальна медицина» та проводять

науково-педагогічну діяльність за навчальними планами і програмами, де містяться розділи «Кадровий менеджмент» та «Психологія управління». Дані відповідей експертів підтвердили визначені критерії як найбільш важливі характеристики ефективності командної роботи (табл. 2).

Таблиця 2. Результати експертної оцінки змістовної валідності анкети оцінювання ефективності команди (за 5-ти бальною шкалою)

№	Критерії для оцінки	Середня оцінка в балах (M)	Дисперсія оцінок (D)	Середньо-квадратичне відхилення (σ)	Коефіцієнт варіації (Cv) (%)
1	Мета та цілі	4,7	0,3	0,5	10,6
2	Ролі в команді	4,3	0,3	0,5	11,6
3	Процеси в команді	4,5	0,3	0,5	11,1
4	Взаємовідносини в команді	4,7	0,3	0,5	12,3
5	Відносини з іншими командами	4,3	0,3	0,5	11,6
6	Вирішення проблем	4,8	0,2	0,4	8,3
7	Ентузіазм і відданість	4,2	0,2	0,4	9,5
8	Навички та навчання	4,8	0,2	0,4	8,3

Як видно з табл. 2, експерти надали високі оцінки критеріям командної роботи (від 4,3 до 4,8 балів за 5-ти бальною шкалою), розкид думок експертів за критеріями 1–5 був в межах середніх коефіцієнтів варіації (від 10,6% до 12,3%), а з критеріїв 6–8 – в межах низьких значень коефіцієнту варіації (8,3–9,5%), що засвідчило достатньо високий ступінь узгодженості експертних думок.

У пілотному дослідженні на предмет еквівалентності психометричних властивостей україномовної версії опитувальника взяли участь 89 респондентів-слухачів циклу тематичного удосконалення за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» НМАПО імені П. Л. Шупика. Кожен слухач, крім управлінської посади в закладі охорони здоров'я, проводив лікарську практику за сумісництвом, відповідно

до актуального сертифікату, тобто мав досвід роботи як в команді організаторів охорони здоров'я, так і за клінічною спеціальністю. Участь у пілотному дослідженні узгоджувалась зі слухачами з отриманням інформованої згоди кожного респондента. Кожен учасник опитування заповнював анкету розробленої україномовної версії опитувальника.

Для оцінки зовнішньої валідності в зверненні до респондента було прохання позначити спеціальною позначкою незрозумілі твердження. За результатами аналізу відповідей, як і при першому пілотному дослідженні, з'ясовано, що незрозумілих тверджень не зареєстровано.

Дискримінантну валідність оцінювали за допомогою методу перевірки статистичних гіпотез з

обрахуванням t-критерію. З цією метою, в залежності від загальної суми балів, набраних кожним респондентом, були виокремлені дві групи анкет: група з низькою сумою балів – 25 од.; група з високою сумою балів – 25 од., які склали більше 50,0% усіх анкет респондентів. Анкети учасників, які показали середній результат за сумою балів, не розглядалися.

Надалі для кожного твердження анкети визначався t-критерій за формулою:

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{(\sum fX_L^2 - \frac{(\sum fX_L)^2}{n}) + (\sum fX_H^2 - \frac{(\sum fX_H)^2}{n})}{n(n-1)}}$$

де f – число анкет респондентів, які обрали відповідне значення шкали Лайкерта; X – позиція шкали в балах (від 1 до 5); n – число анкет респондентів в групах; L –

група анкет з низькою сумою балів; H – група анкет з

$$\bar{X} = \frac{\sum fX}{n}$$

високою сумою балів;

Результати підрахунків дозволили зробити висновок, що твердження анкети мають достатньо високі розділові властивості, тобто, здатність відображати змінність характеристик, що досліджуються, а отже дискримінантна валідність версії україномовного опитувальника підтверджена, оскільки критичне значення t-критерію дорівнює 1,75 при $n \geq 25$ (табл. 3).

Надійність опитувальника (внутрішню узгодженість) визначали за допомогою підрахунку коефіцієнту Альфа–Кронбаха. Дані статистики надійності при кількості тверджень анкети 56 од. показали значення коефіцієнту Альфа–Кронбаха $\alpha = 0,993$ (рис.), а середній рівень кореляції між твердженнями дорівнював $\alpha = 0,709$ при критичному значенні для групових досліджень $\alpha \geq 0,7$.

Таблиця 3. Значення t-критерію при оцінці дискримінантної валідності анкети оцінювання ефективності команди

Порядковий номер твердження анкети	Значення t-критерію	Порядковий номер твердження анкети	Значення t-критерію	Порядковий номер твердження анкети	Значення t-критерію
1	8,40	20	16,00	39	17,10
2	3,57	21	30,00	40	13,20
3	4,36	22	20,30	41	14,20
4	4,00	23	17,75	42	19,10
5	5,04	24	20,60	43	20,40
6	2,90	25	20,60	44	17,60
7	2,94	26	26,40	45	17,10
8	6,90	27	26,80	46	20,30
9	6,24	28	21,60	47	20,30
10	6,40	29	12,90	48	13,90
11	12,50	30	22,30	49	23,30
12	15,25	31	19,30	50	20,80
13	10,35	32	19,00	51	12,80
14	11,06	33	20,00	52	20,30
15	12,50	34	12,20	53	20,50
16	13,50	35	19,70	54	18,40
17	20,70	36	19,10	55	8,50
18	6,90	37	24,00	56	15,20
19	22,80	38	23,00	-	-

Статистика надійності		
	Альфа Кронбаха на основі стандартизованих пунктів	Н елементів
Альфа Кронбаха	0,993	56

Рис. Коефіцієнт Альфа–Кронбаха за результатами визначення внутрішньої узгодженості анкети оцінювання ефективності команди (скрін-шот з екрану)

Таким чином, усі твердження україномовної версії опитувальника мають високий рівень внутрішньої узгодженості, а отже, адекватної надійності, оскільки коефіцієнт Альфа–Кронбаха перевищує загальноприйнятий для групових досліджень критерій 0,7.

Перспективами подальших досліджень слід вважати аналіз використання результатів оцінки ефективності міждисциплінарних команд в закладах охорони здоров'я України з метою покращення результатів медичної допомоги пацієнтам та професійної мотивації медичних працівників.

Висновки

На підставі результатів розробки україномовної версії опитувальника «Team Effectiveness Questionnaire», зокрема, перевірки психометричних властивостей, можна зробити висновок, що створена україномовна версія валідна, надійна та може бути використана як інструмент інформаційного забезпечення керівників закладів охорони здоров'я України при проведенні оцінки ефективності міждисциплінарних команд професіоналів та фахівців.

References

1. Dubina I. N. *Matematicheskiye osnovy empiricheskikh sotsial'no-ekonomicheskikh issledovaniy: uchebnoye posobiye*. Barnaul: Izd-vo Alt. un-ta, 2006. 263 s.
2. Palamarchuk V. A., Tsvetok D. N., Mazur A. V. Risk-orientirovannoye lecheniye papillyarnogo raka shchitovidnoy zhelezy. *Klinicheskaya endokrinologiya i endokrinnaya khirurgiya*. 2019. № 3 (67). S. 7-13.
3. Puti sovershenstvovaniya okazaniya meditsinskoj pomoshchi bol'nym tireopatii s soputstvuyushchey patologiyey / Pan'kiv V. I. i dr. *Mezhdunarodnyy endokrinologicheskij zhurnal*. 2014. № 7 (63). S. 106-111.
4. A Guide to Team Development. WHO: веб-сайт. URL: <https://www.who.int/cancer/palliative/guidetodevelopment/en/> (дата звернення: 22.11.2020).
5. Development and testing of the cancer multidisciplinary team meeting observational tool (MDT-MOT) / Harris Jenny et al. *J Qual Health Care*. 2016. № 28 (3). P. 332–338. doi: 10.1093/intqhc/mzw030.
6. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. Beaton D. E. et al. *Spine*. 2000. Volume 25. Issue 24. P. 3186-3191.
7. Hosung Kang. Systematic overview of reviews of instruments that evaluate teamwork in healthcare. 2019. Electronic Thesis and Dissertation Repository. 6384. URL: <https://ir.lib.uwo.ca/etd/6384> (дата звернення: 22.11.2020).
8. Is it worth reorganising cancer services on the basis of multidisciplinary teams (MDTs)? A systematic review of the objectives and organisation of MDTs and their impact on patient outcomes / Prades J. et al. *Health Policy*. 2015. № 119 (4). P. 464-74. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.09.006.
9. John Walters Stephen, Cindy Stern, Suzanne Robertson-Malt. The measurement of collaboration within healthcare settings: a systematic review of measurement properties of instruments. *JBIC. Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. № 13 (7):24. DOI: 10.11124/jbisrir-2015-1846.
10. Markers for enhancing team cognition in complex environments: the power of team performance diagnosis / Salas E. et al. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*. 2007. Vol. 78, № 5. P. B77–B85.
11. Melissa Valentine A., Ingrid Nembhard M., Amy Edmondson C. Measuring Teamwork in Health Care Settings. A Review of Survey Instruments. *Medical Care*. Volume 00, Number 00. 2014. 15 p.
12. Multidisciplinary teams and ICT: a qualitative study exploring the use of technology and its impact on multidisciplinary team meetings / Janssen A. et al. *BMC Health Serv Res*. 2018. № 18:444. 10 p. doi: 10.1186/s12913-018-3242-3.
13. National Health Service (NHS) London Leadership Academy. Team effectiveness questionnaire. 2014. Веб-сайт. URL: http://www.londonleadingforhealth.nhs.uk/sites/default/files/Team_effectiveness_diagnostic-LAL1.pdf (дата звернення: 22.11.2020).
14. Policy statement on multidisciplinary cancer care. European Partnership for Action Against Cancer consensus group. Barcelona, Spain. 2014. 14 p.
15. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measure / Dorcas Beaton, Claire Bombardier, Francis Guillemin, Marcos Bosi Ferraz. Institute for Work & Health: 2002, 2007. 45 p.
16. Samar Ibrahim El-Morsi; Fatma Gouda Metwally Ibrahim; Ghada Mosaad Mohamed Elghabbour. Team work effectiveness and its relation with transformational leadership as perceived by nurses at Port Said General Hospitals. *Port Said Scientific Journal of Nursing*. 2020. Article 2, Volume 7, Issue 3. P. 25-41. DOI: 10.21608/pssjn.2020.36626.1043.
17. Systematic review of the characteristics of brief team interventions to clarify roles and improve functioning in healthcare teams / Kilpatrick K. et al. 2020. *PLOS ONE* № 15(6): e0234416. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234416>.
18. The effectiveness of interprofessional classroom-based education in medical curricula: A systematic review / Vuurberg G. et al. *Journal of Interprofessional Education & Practice*. 2019. № 15:98. P. 157–167. DOI 10.1186/s12909-015-0385-3.

19. The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care / Taberna M. et al. Front Oncol. 2020. № 20. P. 10:85. doi: 10.3389/fonc.2020.00085.

20. Using peer observers to assess the quality of cancer multidisciplinary team meetings: a qualitative proof of concept study / Harris Jenny et al. J Multidiscip Healthc. 2014. № 7. P. 355–363.

Дата надходження рукопису до редакції: 30.11.2020 р.

Мета: забезпечити інформаційну складову управлінських рішень з оцінки ефективності міждисциплінарних команд для надання медичної допомоги пацієнтам.

Матеріали та методи: використані оригінальний опитувальник «Team Effectiveness Questionnaire», розроблений London Leadership Academy, National Health Service; 119 заповнених бланків анкет учасників пілотних досліджень; наукові джерела (20 од.); застосовані методи: логіко-структурного, компаративного аналізу; експертних оцінок; соціологічний; медико-статистичний.

Результати. Розроблено україномовну версію опитувальника «Оцінка ефективності команди» у декілька етапів: два незалежних прямих переклади з англійської на українську мову; синтез двох перекладів і формування попередньої фінальної версії; два зворотних переклади; експертна оцінка фінальної версії; два пілотних дослідження. Доведена змістовна, зовнішня, дискримінантна валідність (значення t-критерію по кожному твердженню $> 1,75$ при критичному значенні $1,75$ при $n \geq 25$) та внутрішня узгодженість (коефіцієнт Альфа–Кронбаха $\alpha = 0,993$) тверджень україномовної версії опитувальника.

Висновки: розроблена україномовна версія опитувальника «Оцінка ефективності команди» може бути використана як інструмент інформаційного забезпечення керівників в закладах охорони здоров'я України.

Ключові слова: опитувальник, переклад, міждисциплінарна команда, валідність, надійність, пацієнти.

Цель: обеспечить информационную составляющую управленческих решений по оценке эффективности междисциплинарных команд для оказания медицинской помощи пациентам.

Материалы и методы: использованы оригинальный опросник «Team Effectiveness Questionnaire», разработанный London Leadership Academy, National Health Service; 119 заполненных бланков анкет участников пилотных исследований; научные источники (20 ед.); применялись методы: логико-структурного, сравнительного анализа; экспертных оценок; социологический; медико-статистический.

Результаты. Разработана украиноязычная версия опросника «Оценка эффективности команды» в несколько этапов: сделаны два независимых прямых перевода с английского на украинский язык; синтез двух переводов и формирование предварительной финальной версии; два обратных перевода; экспертная оценка финальной версии; два пилотных исследования. Доказана содержательная, внешняя, дискриминантная валидность (значение t-критерия $> 1,75$ по каждому утверждению опросника при критическом значении $1,75$ при $n \geq 25$) и внутренняя согласованность (коэффициент Альфа-Кронбаха $\alpha = 0,993$) утверждений украиноязычной версии опросника.

Выводы: разработанная украиноязычная версия опросника «Оценка эффективности команды» может быть использована как инструмент информационного обеспечения руководителей в учреждениях здравоохранения Украины.

Ключевые слова: опросник, перевод, междисциплинарная команда, валидность, надежность, пациенты.

The aim of the study was to provide an informational component of management decisions to assess the effectiveness of interdisciplinary teams in the provision of medical care to patients.

Materials and methods: the original «Team Effectiveness Questionnaire» developed by London Leadership Academy, National Health Service was used; 119 completed questionnaires of participants in pilot studies; scientific sources (20 items); the following methods were used: logical-structural, comparative analysis; expert assessments; sociological; medical and statistical.

Results: a Ukrainian-language version of the «Team effectiveness questionnaire» was developed in several stages: two independent direct translations from English into Ukrainian were made; synthesis of two translations and formation of a preliminary final version; two back translations; expert assessment of the final version; two pilot studies. The substantive, external, discriminant validity (t-test value > 1.75 for each statement of the questionnaire with a critical value of 1.75 at $n \geq 25$) and internal consistency (Alpha-Cronbach coefficient $\alpha = 0.993$) of statements in the Ukrainian version of the questionnaire were proved.

Conclusions: the developed Ukrainian-language version of the «Team effectiveness questionnaire» can be used as a tool for providing information to managers in health care institutions in Ukraine.

Key words: questionnaire, translation, interdisciplinary team, validity, reliability, patients.

Відомості про автора

Клименко Ігор Анатолійович – аспірант кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, оф. 46.
+380 (44) 205-49-90, klymenko8175@gmail.com.

Науковий керівник:

Толстанов Олександр Костянтинівич – д. мед. н. професор, проректор з науково-педагогічної роботи НМАПО імені П. Л. Шупика, професор кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П. Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, оф. 46.

DOI 10.24144/2077-6594.4.0.2020.220377
УДК 614.2:612.1-07

Матюха Л.Ф., Періг Ю.С.

Порівняння системи скринінгу і ранньої діагностики для визначення залізодефіциту у підлітків

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

iuliia.perig2506@gmail.com

Матюха Л.Ф., Періг Ю.С.

**Сравнение системы скрининга и ранней диагностики
для определения железодефицита у подростков**
Национальная медицинская академия последипломного
образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Matukha L.F., Perig I.S.

**Comparison of screening system and early diagnosis
to determine iron deficiency in adolescents**
Shupyk National Medical Academy
of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Вступ

Сучасна доказова медицина направлена на профілактику і ранню діагностику хвороб і станів, що можуть в загальному впливати на стан здоров'я нації. Розробляються системи стандартизації і клінічні маршрути, що допомагають уникнути неефективних та помилкових втручань, зайвих та необґрунтованих досліджень, матеріальних витрат.

Найбільш ефективним заходом для виконання цих потреб є проведення скринінгових програм. Скринінг – це процес сортування населення, що орієнтований на визначення осіб, що вірогідно мають захворювання і тих хто його не має, показує ймовірність ризику виникнення певного захворювання. Метою скринінгу є виявлення в зовні здоровій популяції осіб з підвищеним ризиком захворювання чи патологічного стану щоб мати змогу запропонувати раннє лікування чи втручання. ВООЗ зазначає, що в Європейському регіоні спостерігається зростання тенденції до більш активного використання скринінгу для виявлення неінфекційних захворювань і проведення медичних оглядів на всіх етапах життя. Програми скринінгу поєднують інноваційні рішення та найкращі наукові досягнення і в більшості країн займають центральну позицію в охороні здоров'я. При ефективній організації з забезпеченням суцільного охоплення населення ними – скринінгові програми можуть сприяти попередженню виникнення хвороб, зниженню інвалідності та смертності. В країнах де скринінг використовується рутинно громадяни визнають його як невід'ємний компонент медичної допомоги. За певних умов існує тенденція при активному залученні населення до скринінгу, коли кількість починає переважати якість. Виникає питання про конфлікт інтересів, етичні дилеми, комерційні питання і достатність доказової бази. Залучення систем скринінгу в рутинну практику вимагає від системи охорони здоров'я чіткого забезпечення ефективності в організації відповідності поставленій меті.

Існує потреба в ознайомленні осіб що формують політику, працівників охорони здоров'я, і громадськості в потенційній шкоді скринінгу, витратах на його проведення і навантаженню на систему охорони здоров'я. Кожна країна зустрічається з власними проблемами і користю в проведенні скринінгу, оскільки багато залежить від оснащення, якості послуг, таких факторів як стан здоров'я населення загалом, поширеність захворювання серед населення. Це значить, що користь ефективність від проведення скринінгу в одній країні зовсім не гарантує користь ефективності для іншої [4–6].

Експерти ВООЗ відзначають, що залізодефіцитна анемія є третьою за значенням для покращення благополуччя країни серед причин, пов'язаних з нераціональним харчуванням. Дефіцит заліза призводить не лише до затримки нервово-психічного, психомоторного, фізичного та статевого розвитку, але й може викликати хронічну втому, призводити до зниження імунітету, порушення роботи залоз внутрішньої секреції, нервової системи. З цим станом також пов'язане зниження ефективності праці і якості життя [6–7].

Мета: виявити переваги та недоліки скринінгу в порівнянні з ранньою діагностикою залізодефіциту.

Результати дослідження та їх обговорення

Скринінг та рання діагностика – це різні поняття, оскільки скринінг пропонує тестування безсимптомного населення, тоді як рання діагностика призначена для максимально раннього виявлення патологічних станів у пацієнтів, в яких вже є симптоми.

Програми ранньої діагностики часто висвітлюють наявні проблеми, що перешкоджають наданню діагностичних і лікувальних послуг населенню, а також перешкод, що виникають між надавачами медичних послуг. Ці програми сприяють зростанню потенціалу системи охорони здоров'я і укріпленню якості послуг, а також встановленню маршруту пацієнта для отримання

спеціалізованої допомоги. Програми скринінгу передбачають обстеження великих груп населення. Це потребує значних інвестицій в ресурси (інструментарій, персонал, інформаційні технології), що може збільшити навантаження на систему охорони здоров'я населення. Натомість програми ранньої діагностики представляють стратегію, що спрямована на осіб, які вже мають симптоми захворювання, кількість яких значно менша і відповідно в такому аспекті рання діагностика є менш затратною з точки зору використання ресурсів. Там де особливістю системи охорони здоров'я є діагностика неінфекційних захворювань на пізніх стадіях скринінг наврядчи буде ефективним в якості першочергової стратегії, оскільки рівень охоплення і потенціал системи будуть недостатніми для зниження рівня смертності. Для таких країн програма ранньої діагностики більш доцільна.

Раннє виявлення неінфекційного захворювання може значно збільшити шанси на успішне лікування. До компонентів раннього виявлення неінфекційних нозологій відносяться рання діагностика (або виявлення на ранній стадії) та скринінг. Рання діагностика фокусується на якнайшвидшому виявленні симптоматичних пацієнтів, тоді як скринінг сфокусований на тестуванні здорових людей на виявлення тих, хто має захворювання безсимптомно та тих хто має високий ризик виникнення захворювання [1,6,7].

Мета програми ранньої діагностики визначається в зменшенні частки пацієнтів, яким діагностують пізню стадію хвороби. Вони містять два основні компоненти:

- підвищення обізнаності про перші ознаки хвороби серед лікарів, інших медичних працівників, а також в суспільстві;
- покращення доступності діагностичних та лікувальних послуг, а також адаптованої маршрутизації для пацієнта між різними ланками медичної допомоги.

Рання діагностика особливо актуальна при онкологічних захворюваннях з доступною огляду локалізацією, як наприклад візуальні форми раку, де не вимагається додаткових інструментальних чи лабораторних методик. Проте в літературі вони часто помилково називаються скринінгом раку.

Скринінг стосується використання простих тестів у здоровій популяції для виявлення тих осіб, які мають захворювання, але ще не мають симптомів. Цей метод підходить для патологій, що низькодоступні візуальній діагностиці [4–6].

Програми скринінгу доцільно проводити за певних умов:

- коли поширеність захворювання на стільки висока, що можна виправдати зусилля та витрати на скринінг,
- коли їх ефективність продемонстрована в наукових дослідженнях і статистичних обрахунках,
- коли ресурсів (персонал, обладнання тощо) достатньо, щоб охопити майже всю цільову групу,
- коли існують доведені способи корекції чи лікування для тих, хто отримав результати поза референтним значенням.

Навіть при правильній реалізації програми скринінгу, він майже завжди пов'язаний з небажаними ефектами, що включають:

- помилково позитивні скринінгові тести, результатом яких є додаткові інвазивні діагностичні процедури та підвищення тривожності пацієнта;
- помилково негативні скринінгові тести, які забезпечують помилкове заспокоєння та можуть призвести до затримки виявлення хвороби;
- надмірна діагностика/лікування доклінічних захворювань, які ніколи могли б і не перейти в маніфестуючу нозологію навіть і без призначеної медичної корекції.

Важливість цієї шкоди різниться залежно від скринінгових тестів, груп населення, націлених на скринінг, та якості скринінгових програм. Так, наприклад, високий коефіцієнт шкоди до користі призвів до того, що в останні роки в багатьох країнах Західної Європи відмовились від проведення скринінгу на рівень PSA в основній популяції.

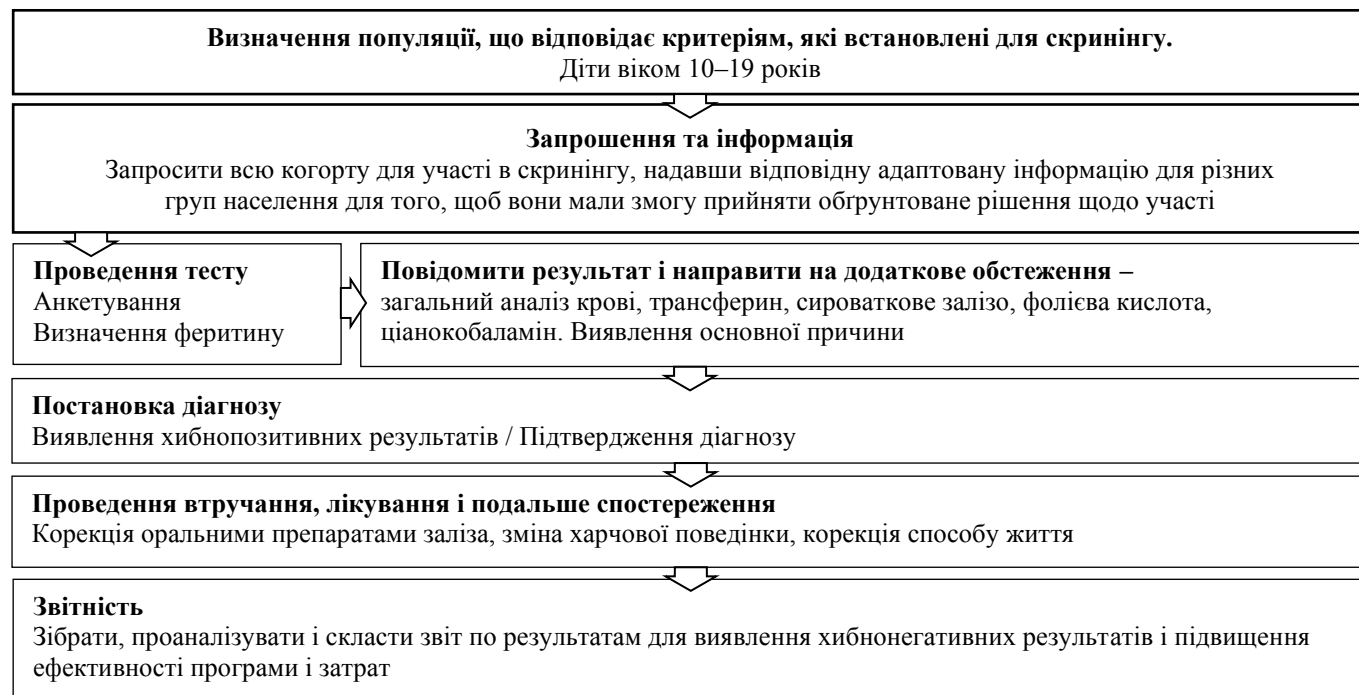
Показники ефективності скринінг-тесту вказують, на скільки точно за допомогою тесту можна відрізнити осіб з захворюванням (істинно позитивний результат) і осіб, що не мають захворювання (істинно негативний результат). До них належать: чутливість – здатність тесту в якості «позитивних» визначати осіб з захворюванням, та специфічність – здатність тесту в якості негативних визначати тих в кого немає захворювання. Порогове значення тесту – це значення між межею позитивного результату (є хвороба) і негативного результату скринінгу (відсутність хвороби) [1–3].

Чутливість скринінг-тесту зростає, а специфічність знижується і навпаки залежно порогового значення. Для оцінки ефективності скринінг-тесту крім чутливості і специфічності використовується прогностична цінність позитивного тесту і прогностична цінність негативного тесту. Дані показники вказують на вірогідність наявності чи відсутності захворювання, яке шукається при умові позитивного чи негативного результату тесту відповідно. Ці показники варіюють в залежності від поширеності захворювання в популяції і розподілу його по ступеню важкості. Через це на різних територіях результати скринінгу можуть бути різними.

Згідно з проведеним аналізом міжнародних оглядів, можна виділити наступні причини залізодефіциту у підлітків: дефіцит харчування, інтенсивний рост, заняття спортом, ювенільні маткові кровотечі та рясні менструації у дівчаток. ВООЗ також вказує на соціальне значення залізодефіциту та його зв'язок з соціально-економічними умовами життя і якістю харчування населення. До заходів первинної профілактики залізодефіциту відноситься повноцінне збалансоване харчування, вторинна профілактика полягає в прийомі препаратів заліза в групах ризику та корекції способу життя. Своєчасне лікування може зупинити розвиток залізодефіцитного стану. Одним з методів вторинної профілактики є скринінг, що включає ідентифікацію і розпізнавання ранніх проявів і факторів ризику залізодефіциту шляхом опитування, фізикального і лабораторного обстеження. Анкетування є найбільш зручним, легкодоступним, швидким методом дослідження

у випадках, коли мова йде про з'ясування даних біографічного характеру, поглядів, ціннісних орієнтацій, соціальних установок і особистісних рис опитуваних. Особливістю застосування опитування як методу є бінарність отриманого результату. З одного боку задовольняється мета отримання «чистої інформації» про думки, погляди, причини та мотиви поведінки, а з іншого, одночасно можна спровокувати певний рефреймінг думок

шляхом певної композиції запитання. В умовах роботи лікаря загальної практики потрібна швидка, доступна і зрозуміла для використання методика для проведення скринінгу при профілактичних оглядах у підлітків. Потім по результату анкети потрібно для підтвердження діагнозу проводити дослідження феритину і в залежності від результату вирішувати питання про необхідність лікування.



Малюнок. Маршрут пацієнта при проведенні скринінгу залізодефіциту у підлітків

Таблиця 1. Користь та шкода від проведення скринінгу

Користь	Шкода
Зниження рівня захворюваності та смертності	Оскільки більшість населення, що підпадає під систему скринінгу не має хвороби, то відповідно більший відсоток априорі отримує шкоду від його проведення
Раннє втручання для корекції стану приведе до кращих прогнозів	Так як скринінг-тести не володіють 100% чутливості і специфічності, то існує висока ймовірність хибнопозитивних та хибнонегативних результатів
Дає можливість планувати на перспективу для родини і позитивно впливає на спосіб життя не лише обстежених, а й їх оточення	Виявлення стану «передзахворювання» чи ризику захворювання може призвести до гіпердіагностики, оскільки сама по собі хвороба могла так ніколи і не наступити
Посилюється система оцінки якості медичної допомоги	
Обирається найбільш потенційно ефективний тест для системи охорони здоров'я країни	

В умовах сьогодення при значному розвитку телемедицини та інтернет-індустрії потрібно враховувати можливість доступності інформації. На сьогодні люди легше сприймають швидку і доступну інформацію, найбільш популярним ресурсом щодо отримання інформації останні кілька років залишається інтернет. Лікарі первинної ланки в Україні в переважній більшості використовують платформу *helsi.me* та «Поліклініка» без

черги для ведення електронної медичної документації. Також приватні медичні заклади закуповують інші програми – малі підприємства використовують невеликі коробочні версії, в яких вже імплементовані певні набори звітів, це на прикладі *MedExpert*. Натомість великі клініки використовують *Доктор Елекс*, *EMCiMED*, *МЕДУЧЕТ*, *DocDream*, *МЕДІАЛОГ*. Існують також локальні медичні інформаційні системи (МІС) – системи, розроблені під

конкретний медичний центр. Великі міжнародні системи не мають успіху на українському медичному ринку, оскільки дороговартісні для входу і не виправдовують затрат. Важливо відзначити, що вищезазначені схеми – це МІС і вони відрізняються від систем управління взаємозв'язків з клієнтами (Customer Relationship Management – CRM). МІС – це системи обліку та управління ресурсами (операційна діяльність), CRM – це управління потоками клієнтів (продажу та маркетингу). Є системи, які дозволяють об'єднати дані з двох систем

в єдину картину і таким чином полегшують отримання аналітичної інформації. Таким чином анкетування потрібно впроваджувати на електронних ресурсах, оскільки таким чином забезпечується більше охоплення підліткового населення з економією часу при прийомі у лікаря. Надалі результати анкети можна відразу обговорювати зі своїм сімейним лікарем на прийомі або скористатись телемедичними платформами і отримати консультацію в он-лайн режимі, оскільки дана проблема в більшості випадків не вимагає очної присутності пацієнта.

Таблиця 2. Наслідки отримання хибних результатів

Хибнопозитивні	Хибнонегативні
Можуть підлягати непотрібному інвазивному дообстеженню	Відбувається затримка в постановці діагноза і своєчасності лікування
Може призвести до негативних психо-емоційних наслідків	Пацієнт ігнорує симптоми, оскільки впевнений в відсутності хвороби
Збільшує навантаження на систему охорони здоров'я	Зниження довіри до системи охорони здоров'я і впевненості населення в потрібності системи скринінгу
В певних випадках може призвести до інвазивних втручань, лікування	

Висновки

1. Для повноцінної оцінки стану підліткового населення щодо залізодефіциту є більш доцільним проведення скринінгу в порівнянні з ранньою діагностикою.

2. Маршрут скринінгу залізодефіциту в Україні повинен включати найдоступніший метод – анкетування, а потім визначення феритину крові як маркера залізодефіциту.

3. Для оптимізації часу прийому анкетування повинне проводитись в попередньому режимі перед записом на прийом до сімейного лікаря.

Література

1. Гайсенко А.В. Медико-соціальне обґрунтування доцільності скринінгу найбільш поширених злоякісних новоутворень в популяції України як практичний аспект удосконалення якості профілактики онкологічних захворювань. Клінічна онкологія. – 2012. – №5(1). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.clinicaloncology.com.ua/article/3065/mediko-socialne-ob-runtuvannya-docilnosti-skriningu-najbilsh-poshirenix-zloyakisnix-novoutvoren-v-populyacii-ukraini-yak-praktichnij-aspekt-udoskonalennya-yakosti-profilaktiki-onkologichnix-zahvoryuva>.
2. Воробьев А.В. Общие вопросы скрининга. Практическая онкология. – 2010. – 2(11). – С. 53–59.
3. Программы скрининга: краткое руководство. Европейское региональное бюро ВООЗ. – 2020. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330828/9789289054812-rus.pdf>.
4. Dr Murad Ruf, Dr Oliver Morgan, Dr Kelly Mackenzie. Principles, methods, applications and organisation of screening for early detection, prevention, treatment and control of disease. – 2017. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/disease-causation-diagnostic/2c-diagnosis-screening/principles-methods-applications>.
5. Ettelt S. et al. Policy brief. Capacity planning in health care: a review of the international experience. WHO REOHSP, Copenhagen: International Healthcare Comparison Network. – 2007. – 62 с.
6. Holland W.W., Stewart S., Masseria C. Policy Brief. Screening in Europe. WHO. The Regional European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen: EOHSP. – 2008. – 71 с.
7. Health Departments of the United Kingdom. Second Report of the National Screening Committee. London: Department of Health. – 2000. – 26 с.

References

1. Haisenko A.V. Medical and social substantiation of the expediency of screening the most common malignant neoplasms in the population of Ukraine as a practical aspect of improving the quality of cancer prevention. Clinical oncology. – 2012. – №5 (1). [Electronic resource]. – Access mode: <https://www.clinicaloncology.com.ua/article/3065/mediko-socialne-ob>

runtuvannya-docilnosti-skriningu-najbilsh-poshirenix-zloyakisnix-novoutvoren-v-populyacii-ukraini-yak-praktichnij-aspekt-udoskonalennya-yakosti-prophylactic-oncological-disease.

2. Vorobiev A.V. General screening issues. Practical oncology. – 2010. – 2 (11). – 53–59 s.
3. Screening programs: a brief guide. WHO European Regional Office. – 2020. [Electronic resource]. – Access mode: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330828/9789289054812-rus.pdf>.
4. Dr. Murad Ruf, Dr. Oliver Morgan, Dr. Kelly Mackenzie. Principles, methods, applications and organization of screening for early detection, prevention, treatment and control of disease. – 2017. [Electronic resource]. – Access mode: <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/disease-causation-diagnostic/2c-diagnosis-screening/principles-methods-applications>.
5. Ettelt S. et al. Policy brief. Capacity planning in health care: a review of the international experience. WHO REOHSP, Copenhagen: International Healthcare Comparison Network. – 2007. – 62 p.
6. Holland W.W., Stewart S., Masseria C. Policy Brief. Screening in Europe. WHO. The Regional European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen: EOHSP. – 2008. – 71 p.
7. Health Departments of the United Kingdom. Second Report of the National Screening Committee. London: Department of Health. – 2000. – 26 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 09.10.2020 р.

Мета: порівняння ранньої діагностики і скринінгу, визначення більш доцільної програми для визначення залізодефіциту.

Методи: бібліографічний, аналіз, синтез.

Результати і висновки: для повноцінної оцінки стану підліткового населення щодо залізодефіциту є більш доцільним проведення скринінгу в порівнянні з ранньою діагностикою. Маршрут скринінгу залізодефіциту в Україні повинен включати найдоступніший метод – анкетування, а потім визначення феритину крові як маркера залізодефіциту. Для оптимізації часу прийому анкетування повинне проводитись в попередньому режимі перед записом на прийом до сімейного лікаря.

Ключові слова: залізодефіцит, скринінг, рання діагностика, підлітки.

Цель: сравнение ранней диагностики и скрининга, определение более целесообразной программы для диагностики железодефицита.

Методы: библиографический, анализ, синтез.

Выводы: для полноценной оценки состояния подросткового населения в вопросе железодефицита более актуальным является проведение скрининга в сравнении с ранней диагностикой. Маршрут скрининга должен включать наиболее доступный метод – анкетирование, с последующим определением ферритина крови как маркера железодефицита. Для оптимизации времени приема анкетирование должно проводиться в предварительном режиме перед записью на прием к семейному доктору.

Ключевые слова: железодефицит, скрининг, ранняя диагностика, подростки.

The aim: to make a definition of early diagnosis and screening, making choice for the iron deficiency checkup.

Methods: bibliographic, analysis, synthesis.

Conclusions: for a full assessment of the condition of the adolescent population of iron deficiency, it is more appropriate to conduct screening compared to early diagnosis. The route of iron deficiency screening in Ukraine should include the method found – questionnaire, then the definition of blood ferritin as a marker of iron deficiency. For the optimal time of admission, the questionnaire should be conducted in the previous mode before making an appointment with a family doctor.

Key words: iron deficiency, screening, early diagnosis, adolescents.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest.

Відомості про авторів

Матюха Лариса Федорівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри сімейної медицини та АПД, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Саксаганського 100, 3 поверх.

Періг Юлія Степанівна – аспірант кафедри сімейної медицини та АПД, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Саксаганського 100, 3 поверх. +380 (98) 053-85-84, iuliia.perig2506@gmail.com.

DOI 10.24144/2077-6594.4.0.2020.220380
УДК 614.2:355:002(477)

Жаховський В.О.¹, Лівінський В.Г.¹, Кудренко М.В.², Слабкий Г.О.³

Функціонування Медичних сил Збройних Сил України в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні

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

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

³ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

zhahovskiy-viktor@ukr.net, v.livinskiy@gmail.com

Жаховский В.А.¹, Ливинский В.Г.¹,
Кудренко Н.В.², Слабкий Г.А.³

Функционирование Медицинских сил Вооруженных Сил Украины в условиях реформирования системы здравоохранения в Украине

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

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

³ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Zhakhovskiy V.O.¹, Livinskiy V.G.¹,
Kudrenko N.V.², Slabkiy G.O.³

Functioning of Medical forces of the Armed Forces of Ukraine in the conditions of reforming the healthcare system in Ukraine

¹Ukrainian military medical academy, Kyiv, Ukraine

²PE «Ukrainian Institute of Strategic Researches
MHC of Ukraine», Kyiv, Ukraine

³SU «Uzhhorod National University», Uzhhorod, Ukraine

Вступ

Зважаючи на катастрофічно незадовільний стан охорони здоров'я населення в Україні та вимоги суспільства щодо необхідності її поліпшення у серпні 2014 року Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України ініціювало розробку Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні (Національна стратегія) [1]. Розроблений документ не є нормативно-правовим актом і носить інформаційно-декларативний характер. Він містить аналіз стану охорони здоров'я в державі, порівняння основних індикативних показників вітчизняної галузі з охороною здоров'я населення країн Європейського союзу (ЄС), а також визначає стратегічні напрями і шляхи реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. Він також містить принципи перспективної моделі охорони здоров'я, серед яких найбільш важливими є:

- гарантований пакет медичних послуг, що доступний кожному громадянину;
- дотримання національних стандартів якості та професіоналізму;
- співвідношення ціна – якість та найбільш ефективне, справедливе та стійке використання обмежених ресурсів.

Визначальним чинником та основою реформи мали стати зміни порядку фінансування галузі, як основи забезпечення її необхідної ефективності. На цей час положення зазначеного документу частково реалізовані у

законодавчих і нормативно-правових актах держави з питань охорони здоров'я.

Так, указом Президента України затверджено Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020», якою передбачається кардинальне, системне реформування охорони здоров'я шляхом створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав відповідно до програми ЄС «Європейська стратегія здоров'я – 2020» [2,3].

Автори вже аналізували нормативно-правові засади реформування охорони здоров'я в Україні, що були проведені протягом 2015-2016 років, та їх вплив на медичне забезпечення Збройних Сил (ЗС) України [4]. Водночас протягом останніх чотирьох років Верховною радою (ВР) та Урядом України прийнято ряд законодавчих і нормативно-правових актів з питань реформування охорони здоров'я, а МОЗ України опрацьовано низку наказів, якими затверджено численні положення, методики, порядки, переліки та норми щодо організації діяльності закладів охорони здоров'я та порядку надання медичної допомоги. Таким чином, ця робота є логічним та необхідним продовженням дослідження розвитку законодавчої і нормативно-правової бази охорони здоров'я в Україні та її впливу на розвиток системи медичного забезпечення ЗС України.

Мета роботи полягає у дослідженні законодавчої і нормативно-правової бази охорони здоров'я в Україні та її впливу на розвиток системи медичного забезпечення ЗС України.

Об'єкт дослідження: система охорони здоров'я цивільного населення в Україні та система медичного забезпечення ЗС України.

Предмет дослідження: законодавча і нормативно-правова база охорони здоров'я України.

Матеріали та методи

Використано законодавчі та нормативно-правові акти з питань охорони здоров'я в Україні, публікації у відкритих наукових джерелах. Методи дослідження: бібліографічний, аналітичний, системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

Важливим кроком на шляху реалізації Національної стратегії стало прийняття у 2017 році Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [5]. Цим Законом доповнено Господарський кодекс України положенням про можливість утворення казенних підприємств для здійснення медичного обслуговування населення. Також цим законом внесені зміни в Основи законодавства України про охорону здоров'я [6], а саме:

- дано нове визначення термінам «заклад охорони здоров'я», «медичне обслуговування», «охорона здоров'я», «послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга)»;

- зазначено, що заклади охорони здоров'я утворюються та функціонують як державні, комунальні, приватні чи засновані на змішаній формі власності. Державні та комунальні заклади охорони здоров'я не підлягають приватизації;

- встановлено, що фінансове забезпечення охорони здоров'я може здійснюватися за рахунок коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів, коштів юридичних та фізичних осіб, а також з інших джерел, не заборонених законодавством;

- визначено, що заклади охорони здоров'я можуть використовувати для підвищення рівня якості медичного обслуговування населення кошти, отримані від юридичних та фізичних осіб, якщо інше не встановлено законодавством. Заклади охорони здоров'я встановлюють плату за послуги з медичного обслуговування, що надаються поза договорами про медичне обслуговування населення, укладеними з головними розпорядниками бюджетних коштів, у порядку, встановленому законодавством.

Окремо зазначено, що заклади охорони здоров'я Міністерства оборони (МО) України та інших військових формувань не підлягають реорганізації в казенні підприємства та/або комунальні некомерційні підприємства.

Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», що прийнятий у 2018 році, визначено державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості

за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій [7]. Дано визначення поняттям: програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій); електронна система охорони здоров'я; медичні записи; надавачі медичних послуг – заклади охорони здоров'я усіх форм власності; реімбурсація; тариф; Уповноважений орган.

Законом передбачено окреме цільове фінансування програм громадського здоров'я, заходів боротьби з епідеміями (що набуло особливого значення під час пандемії коронавірусу COVID-19), проведення медико-соціальної експертизи, діяльності, пов'язаної з проведенням судово-медичної та судово-психіатричної експертиз, а також інших програм у галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, за переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів (КМ) України.

Права та гарантії у сфері охорони здоров'я, що стосуються медичного обслуговування, забезпечення лікарськими засобами, передбачені іншими законами України для певних категорій осіб, фінансуються за окремими програмами за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, цільових страхових фондів та інших джерел, не заборонених законодавством.

Також встановлено, що договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій укладається між Уповноваженим органом та закладом охорони здоров'я незалежно від форми власності чи фізичною особою-підприємцем, яка в установленому законом порядку одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Надання медичних послуг і лікарських засобів за програмою медичних гарантій, пов'язаних з вторинною (спеціалізованою), третинною (високоспеціалізованою), паліативною медичною допомогою та медичною реабілітацією, здійснюється за направленням лікаря, який надає первинну медичну допомогу, або лікуючого лікаря в порядку, передбаченому законодавством, крім випадків, коли згідно із законодавством направлення лікаря не вимагається.

Законом визначено, що на всій території України встановлюються єдині тарифи оплати надання медичних послуг, лікарських засобів і медичних виробів та єдині розміри реімбурсації лікарських засобів, які надаються пацієнтам за програмою медичних гарантій. Надавачам медичних послуг, які є державними та комунальними закладами охорони здоров'я, забороняється вимагати від пацієнтів винагороду в будь-якій формі за медичні послуги і лікарські засоби, надані за програмою медичних гарантій. Також законом визначено порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я.

Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я» від 20 грудня 2019 року визначено поняття Госпітальний округ, під яким розуміється сукупність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на

право провадження господарської діяльності з медичної практики, що забезпечують медичне обслуговування населення відповідної території [8].

Таким чином, відповідно до Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні ВР України прийняті Закони України, які дають можливість утворення казенних підприємств для здійснення медичного обслуговування населення. Встановлено, що фінансове забезпечення охорони здоров'я може здійснюватися за рахунок коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів, коштів юридичних і фізичних осіб, а також з інших джерел, не заборонених законодавством. Фінансування надавачів медичних послуг здійснюється відповідно фактичного обсягу їх надання користувачам за єдиними тарифами на підставі укладених договорів з уповноваженим органом – Національною службою здоров'я (НСЗ) України. КМ України доручено розробити план заходів, етапи та механізми запровадження змін щодо реформування системи охорони здоров'я України. Водночас окремо зазначено, що заклади охорони здоров'я МО України та інших військових формувань не підлягають реорганізації в казенні підприємства та/або комунальні некомерційні підприємства.

Права та гарантії у сфері охорони здоров'я, що стосуються медичного обслуговування, забезпечення лікарськими засобами, передбачені іншими законами України для певних категорій осіб (читай – медичне забезпечення військовослужбовців, ветеранів військової служби, членів їхніх сімей та інших категорій громадян України, які відповідно до законодавства України мають право на отримання безоплатної медичної допомоги у закладах охорони здоров'я МО України), фінансуються за окремими програмами за рахунок коштів державного (читай видатки бюджету, які спрямовані на фінансування МО України та ЗС України) та місцевих бюджетів, цільових страхових фондів та інших джерел, не заборонених законодавством.

Таким чином, існуючим законодавством з питань охорони здоров'я в Україні не змінюється порядок фінансування військової охорони здоров'я, зокрема медичного забезпечення ЗС України, надання первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, а також не змінюється статус військових закладів охорони здоров'я.

Відповідно до Національної стратегії та на виконання прийнятих законів КМ України видано ряд постанов і розпоряджень.

Так, у листопаді 2017 року Урядом затверджено «План заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року» (План), яким передбачено конкретні завдання і заходи та визначено органи виконавчої влади, що відповідають за реформування в Україні порядку фінансування системи охорони здоров'я держави на період до 2020 року, водночас завдань для МО України та ЗС України цим Планом не було передбачено [9].

Постановою КМ України «Про утворення Національної служби здоров'я України» утворено НСЗ

України як центральний орган виконавчої влади, діяльність якого спрямовується та координується КМ України через Міністра охорони здоров'я України, визначено її основні завдання і повноваження, серед яких основними є [10]:

- виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;
- забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я;
- здійснення оплати згідно з тарифом за надані пацієнтам медичні послуги (включаючи медичні вироби) та лікарські засоби за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

Постановою КМ України «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» затверджено Порядок укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та Типову форму договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій [11].

Постановою КМ України «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення», визначені такі основні вимоги до надавачів послуг з медичного обслуговування населення [12]:

- наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики, інших дозвільних документів, передбачених законодавством;
- наявність у надавача необхідної для надання послуг з медичного обслуговування населення (медичних послуг) матеріально-технічної бази, яка відповідає вимогам галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, примірних табелів матеріально-технічного оснащення, затверджених МОЗ України;
- наявність умов для медичного обслуговування та вільного доступу до будівель і приміщень надавача медичних послуг осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення відповідно до законодавства.

Постановою КМ України «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування» затверджено вищезазвану Методику, якою визначено методологію та порядок обліку фактичних витрат закладів охорони здоров'я у зв'язку з наданням послуг з медичного обслуговування (медичних послуг), які враховуються під час розрахунку єдиних тарифів та коригувальних коефіцієнтів на медичні послуги [13].

У Методиці наведено значення таких термінів, як адміністративні підрозділи, вартість одиниці послуги, допоміжні медичні підрозділи, загальна (повна) вартість, критерії розподілу, непрямі витрати, одиниця послуг, основні клінічні відділення, прямі витрати, референтна вартість медичної послуги, референтні заклади охорони здоров'я, центр витрат.

Постановою КМ України «Деякі питання реалізації державних фінансових гарантій медичного

обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік» встановлено, що НСЗ України укладає договори про медичне обслуговування населення з державними та комунальними закладами охорони здоров'я за умови, що відповідний заклад охорони здоров'я не одержує за медичні послуги, що включені до програми медичних гарантій, фінансування за рахунок коштів державного бюджету, а відтак військові заклади охорони здоров'я не укладають договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій [14].

Постановою КМ України від 25 квітня 2018 р. № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» затверджено Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я та Порядок опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я Національною службою здоров'я [15]. Постановою визначено, що передбачені Порядком функціонування електронної системи охорони здоров'я (Порядок) її функціональні можливості впроваджуються відповідно до етапів реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [7].

Порядок визначає механізм функціонування електронної системи охорони здоров'я та її компонентів, реєстрації користувачів, внесення та обміну інформацією і документами в електронній системі охорони здоров'я. У Порядку дається визначення термінам автентифікація, верифікація, електронна ідентифікація, електронна медична інформаційна система, електронний кабінет, медична інформація, місце надання медичних послуг, оператор, центральна база даних.

Таким чином, наведеними постановами і розпорядженнями Уряд України затвердив нормативно-правові акти держави з питань функціонування системи охорони здоров'я в Україні в умовах реформування, визначив порядок дій та відповідальність за їх реалізацію.

Планом заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року завдань для МО України та ЗС України також не передбачено, а відповідно їй не передбачено будь-яких змін у порядку фінансування військової охорони здоров'я. У відповідності до вимог існуючого законодавства, згідно з яким фінансування військової охорони здоров'я здійснюється за рахунок коштів державного бюджету, а також положень наведених вище нормативно-правових актів, військові заклади охорони здоров'я не укладають договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

Водночас необхідно взяти до уваги та забезпечити досягнення військовими закладами охорони здоров'я вимог, встановлених нормативно-правовими актами держави до надавача медичних послуг, до яких вони відносяться згідно законодавства.

Методика розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування може бути використана органами управління медичним забезпеченням ЗС України для розрахунку вартості надання платних медичних послуг

громадянам України у військових закладах охорони здоров'я, а також обсягів фінансування військових закладів охорони здоров'я для надання медичної допомоги військовослужбовцям в умовах мирного часу та під час особливого періоду.

Також Командування Медичних сил (МС) ЗС України у взаємодії з відповідними структурними підрозділами МО України, Генерального штабу ЗС України та військовими частинами і закладами ЗС України мають забезпечити впровадження електронної системи охорони здоров'я в практику діяльності військових закладів охорони здоров'я.

На виконання вимог законодавства України та прийнятих Урядом нормативно-правових актів з питань реформування охорони здоров'я у МОЗ України опрацьовано низку наказів, якими затверджено ряд положень, методик, порядків, переліків і норм щодо організації та надання громадянам первинної медичної допомоги, порядку направлення пацієнтів для отримання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, а також впровадження електронної системи охорони здоров'я в практику діяльності закладів охорони здоров'я, надавачів та отримувачів медичних послуг.

Так, МОЗ України видано наказ «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [16]. Цей Порядок є обов'язковим для виконання усіма надавачами медичних послуг, що надають медичні послуги, пов'язані з первинною медичною допомогою за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення.

Наказом МОЗ України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» визначено завдання, конкретизовано зміст і встановлено вимоги щодо організації та забезпечення надання первинної медичної допомоги в Україні відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, які є обов'язковими для всіх надавачів первинної медичної допомоги [17]. Дія цього Порядку поширюється на надавачів первинної медичної допомоги незалежно від форми власності та організаційно-правової форми діяльності. У додатках до наказу наведено Перелік медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги, у тому числі лабораторними та інструментальними діагностичними дослідженнями.

Також відповідними наказами МОЗ України затверджено:

- Примірний табель матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу [18];
- Методику розрахунку тарифів за пролікований випадок та за надані медичні послуги, які є підставою для розрахунку НСЗ України з надавачами медичних послуг [19];
- Порядок направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які в установленому законодавством порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з

медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду [20];

- Порядок ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я (Порядок) [21].

Цим Порядком визначені підстави направлення пацієнтів на отримання медичних послуг в стаціонарних умовах. Порядок передбачає, що за умов наявності відповідної технічної можливості в електронній системі охорони здоров'я, внесення медичних записів, записів про направлення та рецептів на лікарські засоби до Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів відповідно до Порядку ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я є обов'язковим з 01 січня 2021 року для всіх закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та які зобов'язані надавати пацієнтам медичну допомогу безоплатно відповідно до законодавства або договору.

Зазначеними наказами МОЗ України не передбачено завдань безпосередньо для МО України та ЗС України, водночас зазначається що застосування у практичній діяльності закладів охорони здоров'я електронної системи охорони здоров'я з 01 січня 2021 року є обов'язковим для всіх закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та які зобов'язані надавати пацієнтам медичну допомогу безоплатно відповідно до законодавства або договору.

Окремо слід зазначити, що встановлені МОЗ України Перелік медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги, у тому числі лабораторними та інструментальними діагностичними дослідженнями, а також Примірний табель матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу, можуть бути використані під час опрацювання керівних документів з медичного забезпечення ЗС України на мирний час для визначення порядку та обсягів надання медичної допомоги військовослужбовцям в умовах медичних підрозділів військових частин. Застосовані підходи щодо здійснення динамічного спостереження за станом здоров'я пацієнтів можуть бути використані у ЗС України при опрацюванні організації та порядку проведення медичних оглядів військовослужбовців у рамках диспансеризації.

Затверджена Методика розрахунку тарифів за пролікований випадок та за надані медичні послуги, може бути використана для розрахунку вартості надання платних медичних послуг громадянам України у військових закладах охорони здоров'я, а також обсягів їх фінансування для надання медичної допомоги військовослужбовцям в умовах мирного часу та під час особливого періоду.

Підсумовуючи зміст та вимоги законодавчих і нормативно-правових актів, які опрацьовані відповідно до Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні, слід зазначити, що всі вони спрямовані

на наближення вітчизняної медичної галузі до індикативних показників охорони здоров'я населення в країнах ЄС, а в основу її реформування покладено зміну принципів фінансування.

Реформування системи охорони здоров'я в Україні заплановано здійснити у декілька етапів.

Перший етап передбачав реформування системи надання первинної медичної допомоги населенню і на цей час реалізований у більшості регіонів України.

З 1 квітня 2020 року розпочався другий етап медичної реформи, яким передбачено, що заклади охорони здоров'я, які надають спеціалізовану (міські, районні лікарні) та високоспеціалізовану (обласні лікарні і центри) медичну допомогу, повинні отримувати кошти за прямими договорами з НСЗ України. Другий етап повинен був повністю змінити підхід у фінансуванні українських закладів охорони здоров'я та запровадити новий механізм, згідно з яким заклади охорони здоров'я отримують гроші за медичні послуги, надані конкретному пацієнту (а не за утримання ліжко-місця через субвенцію з бюджету, як було раніше).

Згідно з новим механізмом, пацієнт повинен обрати заклад охорони здоров'я, де він хоче пролікуватися (отримати послугу за програмою медичних гарантій – це перелік медичних послуг, які держава гарантує пацієнтові безоплатно), а держава через НСЗ України сплачує цьому закладу грошові кошти за кожного пролікованого пацієнта. Мав розпочати діяти принцип: «гроші йдуть за пацієнтом у поліклініки та лікарні». Передбачалося, що ефективні заклади охорони здоров'я (до яких звертається більша кількість пацієнтів) зможуть збільшити своє фінансування за новою системою.

Водночас початок проведення реформи показав фактичне зниження обсягів фінансування надавачів медичних послуг – закладів охорони здоров'я, а подальша його реалізація через дефіцит фінансування створила загрозу звільнення близько 50 тис. медичних працівників та закриття 332 лікарень [22]. З метою недопущення таких катастрофічних наслідків і краху медичної галузі в умовах реформування Урядом розглянуто питання реформування системи охорони здоров'я в державі та вжито заходів щодо:

- повернення у 2020 році для закладів охорони здоров'я, які розпочали надавати медичні послуги за договорами, що укладені з НСЗ України, попереднього механізму фінансування (тобто кожен медичний заклад отримає стільки ж бюджетних коштів, як у 2019 році);

- розроблення та затвердження нових принципи фінансування через НСЗ України закладів охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) і третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу;

- здійснення за Державною програмою медичних гарантій додаткового фінансування таких пакетів: первинна медична допомога; екстрена медична допомога; гострий інфаркт міокарда; гострий мозковий інсульт у стаціонарних умовах, а також 4-х пакетів для лікування коронавірусу COVID-19;

- проведення детальної експертизи всієї медичної інфраструктури для визначення спроможностей та ефективності госпітальної мережі;

- встановлення з 2021 року нових медичних тарифів, які будуть ґрунтуватися на ринкових заробітних платах для працівників галузі та якісних стандартах надання медичних послуг.

У подальшому одним із напрямів та етапів реформування охорони здоров'я в Україні передбачається запровадження загальнообов'язкового медичного страхування. Голова профільного комітету з питань здоров'я нації ВР України зазначив, що відповідний закон має бути ухвалений у 2021 році, а сама система повинна запрацювати не пізніше 2023 року [23]. На переконання членів зазначеного комітету ВР України та керівників МОЗ України найоптимальнішою для України є модель охорони здоров'я, яка діє у Нідерландах та Ізраїлі, коли держава і громадянин у рівних ступенях відповідають за здоров'я людини, а держава бере на себе фінансування так званого гарантованого пакету, до якого входить екстрена медична допомога, психіатрична, протитуберкульозна, лікування інфекційних хвороб, інфаркт, інсульт, онкологія. Проте людина сплачуватиме за інші послуги, які не входять до базового пакету через систему добровільного або додаткового страхування.

Подальше реформування охорони здоров'я в Україні є невідворотнім процесом, а відтак МО України та безпосередньо Командування МС ЗС України мають на цьому етапі забезпечити тісну та продуктивну співпрацю з центральним органом виконавчої влади з питань охорони здоров'я – МОЗ України, а також НСЗ України в інтересах військової охорони здоров'я. Ця співпраця має бути орієнтована насамперед на врахування інтересів охорони здоров'я військовослужбовців та особливостей медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань, а також порядку надання медичної допомоги військовослужбовцям, ветеранам військової служби, членам їхніх сімей та іншим категоріям громадян, які відповідно до законодавства України мають право на отримання безоплатної медичної допомоги у військових закладах охорони здоров'я, під час розробки законодавчих і нормативно-правових актів з питань подальшого реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Це має бути реалізовано через всебічний, доскіпливий, принциповий та юридично забезпечений розгляд у МО України всіх проектів законодавчих і нормативно-правових актів з питань подальшого реформування системи охорони здоров'я в Україні з урахуванням положень Конституції України, чинного законодавства та інтересів військовослужбовців ЗС України та інших військових формувань.

Також, на думку авторів, МО України за погодженням з МОЗ України та іншими центральними органами виконавчої влади, які мають у підпорядкуванні військові формування, має розробити окремим розділом доповнення до Основ законодавства України про охорону здоров'я, яким визначити загальний порядок організації охорони здоров'я військовослужбовців, та подати його встановленим порядком у якості законодавчої ініціативи на розгляд і затвердження.

У зв'язку з тим що у подальшому одним із напрямів та етапів реформування охорони здоров'я в Україні

передбачається запровадження загальнообов'язкового медичного страхування, вважається за необхідне опрацювати у проекті відповідного закону окремий розділ щодо особливостей та порядку медичного страхування військовослужбовців і забезпечити його фаховий та юридичний супровід МО України під час розгляду та затвердження.

Співпраця з МОЗ України, НСЗ України, Національною академією медичних наук України в інтересах військової охорони здоров'я також має бути спрямованою на впровадження в діяльність військових закладів охорони здоров'я сучасних ефективних та перспективних методів і методик лікувально-діагностичної роботи відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Крім того, у відповідності до вимог законодавства та нормативно-правових актів України співпраця МО України з НСЗ України на цьому етапі має бути зосереджена на впровадженні у військовій охороні здоров'я засад електронної системи охорони здоров'я.

Збереження, підтримання і зміцнення бойової готовності та боездатності ЗС України та інших військових формувань потребуватиме опрацювання адекватних заходів для збереження дієздатної та ефективної системи військової охорони здоров'я з урахуванням особливостей її функціонування в рамках реформування системи охорони здоров'я держави на засадах загальнообов'язкового медичного страхування та впровадження нових організаційних форм надання медичної допомоги і механізмів фінансування охорони здоров'я.

В умовах триваючого процесу реформування системи охорони здоров'я України необхідно враховувати, що військовослужбовці – це такі ж самі громадяни України, як і інші категорії громадян, і на них у повній мірі розповсюджуються всі гарантії держави щодо охорони здоров'я. Водночас проходження військової служби має свої особливості, що пов'язано з наявністю підвищених ризиків для життя та загрозою втрати здоров'я під час виконання службових обов'язків. З метою компенсації цих ризиків і загроз та підвищення престижу військової служби законодавством України (закони України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців і членів їх сімей», «Про статус ветеранів військової служби, ветеранів органів внутрішніх справ, Національної поліції і деяких інших осіб та їх соціальний захист», «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту») [24–26] передбачено для військовослужбовців і ветеранів військової служби всебічне повне безоплатне медичне забезпечення, яке значно перевищує гарантовані обсяги медичної допомоги під час запровадження нових механізмів фінансування через програму державних гарантій медичного обслуговування населення, а також форм і обсягів медичного страхування, які пропонується запровадити у державі, що не тільки не виключає, а навпаки передбачає співучасть громадянина у фінансуванні витрат на охорону здоров'я та медичну допомогу.

Водночас запровадження загальнообов'язкового медичного страхування в Україні на єдиних засадах для всіх громадян України, у тому числі й для

військовослужбовців, може призвести до певних ризиків щодо перспектив подальшого функціонування системи військової охорони здоров'я, зокрема щодо:

- збереження для військовослужбовців повного обсягу безоплатної медичної допомоги, їх лікування та медичної реабілітації, а також стоматологічної допомоги;

- функціонування військових закладів охорони здоров'я в єдиному медичному просторі держави, збереження мережі цих закладів для надання медичної допомоги та лікування військовослужбовців в особливий період;

- збереження визначеного законодавством України переліку контингентів, яким надається медична допомога у військових закладах охорони здоров'я тощо.

На цей час детального опрацювання варіантів уникнення або мінімізації дії наведених ризиків на стан медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань під час реформування охорони здоров'я в Україні ще не проводилося та на державному рівні не розглядалося. Відтак вважається за необхідне уважно вивчити іноземний досвід медичного забезпечення військовослужбовців в умовах функціонування страхових систем охорони здоров'я, насамперед у збройних силах держав-членів НАТО, та врахувати його під час реформування вітчизняної системи військової охорони здоров'я.

Водночас такі положення медичної реформи, як впровадження системи e-Health, яка має замінити паперову звітність на електронну та дозволить створити необхідні комп'ютерні бази даних для ефективного медичного забезпечення військ, а також широке застосування телемедицини, що вже тривалий час використовується військово-медичними службами передових країн світу та держав-членів НАТО, необхідно опрацювати та впроваджувати в практичну діяльність військово-медичних закладів.

Висновки

1. Стан системи охорони здоров'я в Україні не у повній мірі відповідає потребам суспільства та вимогам

часу, що викликає необхідність її реформування з метою наближення до європейських стандартів шляхом здійснення системного реформування галузі, спрямованого на створення системи, орієнтованої на пацієнта та спроможної забезпечити медичне обслуговування всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав.

2. Протягом останніх чотирьох років Верховною радою та Урядом України прийнято ряд законодавчих і нормативно-правових актів з питань реформування охорони здоров'я, на виконання котрих МОЗ України опрацьовано низку наказів, якими затверджено численні сучасні положення, методики, порядки, переліки та норми щодо організації діяльності закладів охорони здоров'я та порядку надання медичної допомоги.

3. Військова охорона здоров'я функціонує та виконує завдання за призначенням в єдиному медичному просторі держави, зокрема з дотриманням вимог чинного законодавства та нормативно-правових актів України з питань охорони здоров'я, а відтак підходи до реформування галузі, запровадження нових механізмів фінансування та діяльності закладів охорони здоров'я стосуються і військово-медичних закладів.

4. Перспективи реформування системи охорони здоров'я на засадах загальнообов'язкового медичного страхування можуть призвести до певних ризиків щодо подальшого функціонування системи військової охорони здоров'я, яких необхідно уникнути в ході реформування та запобігти шляхом врахування її особливостей під час розроблення нових законодавчих і нормативно-правових актів.

5. Військова охорона здоров'я є одним із важливих чинників збереження і підтримання високої бойової готовності та боєздатності ЗС України та інших військових формувань, а відтак в умовах реформування системи охорони здоров'я держави на засадах загальнообов'язкового медичного страхування потребуватиме детального опрацювання особливостей її функціонування.

Література

1. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. [Електронний ресурс] – Режим доступу: patients.org.ua/.../natsionalna-strategiya-pobudovi-novoyi-sistemi-ohoroni-zdorov-ya.
2. Указ Президента України від 12 січня 2015 року № 5/2015 «Про затвердження Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020».
3. Європейська стратегія «Здоров'я-2020». [Електронний ресурс] – Прес-служба Міністерства охорони здоров'я України, 20.11.2013. Режим доступу: http://www.kmu.gov.ua/control/publish/article?art_id=246862834.
4. Жаховський В.О., Лівінський В.Г., Кудренко М.В., Слабкий Г.О., Мельник І.П. Нормативно-правові засади реформування охорони здоров'я в Україні та медичного забезпечення Збройних Сил України / Журнал «Економіка і право охорони здоров'я» (науково-практичний журнал) – К.: 2017. – Вип. № 2(6), 2017. – С. 5-13.
5. Закон України від 6 квітня 2017 року № 2002-VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я». (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2017, № 21, ст.245).
6. Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст. 19.

7. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 5, ст.31. {Із змінами, внесеними згідно із Законами № 294-IX від 14.11.2019, № 421-IX від 20.12.2019, № 524-IX від 04.03.2020}.
8. Закон України від 20 грудня 2019 року № 421-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я».
9. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2017 р. № 821-р «Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року».
10. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України».
11. Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1073 «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій»).
12. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення».
13. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування».
14. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1119 «Деякі питання реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік».
15. Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я».
16. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу».
17. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги».
18. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26.01.2018 № 148 «Про затвердження Примірного таблиця матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу».
19. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.12.2019 № 2559 «Про затвердження Методики розрахунку тарифів». Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 21 грудня 2019 р. за № 1270/34241.
20. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.02.2020 № 586 «Про затвердження Порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду». Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 р. за № 235/34518.
21. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.02.2020 № 587 «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я». Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 р. за № 236/34519.
22. МОЗ планує залишити лікарням фінансування на рівні 2019 року. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3019050-moz-planue-zalisiti-likarnam-finansuvanna-na-rivni-2019-roku.html>.
23. Страхова медицина в Україні: що покриватиме та коли запрацює. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://tsn.ua/ukrayina/strahova-medicina-koli-model-zaprovadyat-v-ukrayin-1649828.html>. Знято 23.10.2020.
24. Закон України від 20 грудня 1991 року № 2012-ХІІ «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей». Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1992, № 15, ст.190.
25. Закон України від 24 березня 1998 року № 203/98-ВР «Про статус ветеранів військової служби, ветеранів органів внутрішніх справ, ветеранів Національної поліції і деяких інших осіб та їх соціальний захист». Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1998, № 40-41, ст.249.
26. Закон України від 22 жовтня 1993 року № 3551/ХІІ (із змінами) «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту». Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 45, ст.425.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.10.2020 р.

Мета роботи – дослідження законодавчої і нормативно-правової бази охорони здоров'я в Україні та її впливу на стан і розвиток системи медичного забезпечення Збройних Сил (ЗС) України.

Матеріали та методи. Об'єкт дослідження – система охорони здоров'я цивільного населення в Україні та система медичного забезпечення ЗС України. Предмет дослідження – законодавча і нормативно-правова база охорони здоров'я в Україні. Методи дослідження – бібліографічний, аналітичний, системного підходу.

Результати. Реформування системи охорони здоров'я в державі спрямоване на поліпшення медичного обслуговування населення і здійснюється насамперед шляхом удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я та опрацювання нормативно-правових засад її діяльності. Важливим аспектом цієї реформи є послідовні практичні заходи щодо впровадження нового порядку фінансування галузі та економічної складової діяльності закладів охорони здоров'я з надання медичної допомоги населенню України. Водночас окремі напрями та складові реформування містять певні ризики, зокрема щодо подальшого функціонування системи військової охорони здоров'я, яких необхідно уникнути.

Висновки. Збереження і підтримання високої бойової готовності та боєздатності ЗС України та інших військових формувань неможливе без сучасного медичного забезпечення військовослужбовців і потребуватиме детального опрацювання та врахування особливостей функціонування системи військової охорони здоров'я в процесі реформування системи охорони здоров'я держави. Досягнення цього можливе за умови активної співучасті Міністерства оборони України в процесі розроблення законодавчих і нормативно-правових засад її діяльності.

Ключові слова: охорона здоров'я, медичне забезпечення, законодавча і нормативно-правова база охорони здоров'я, реформування системи охорони здоров'я.

Цель – исследование законодательной и нормативно-правовой базы здравоохранения в Украине и ее влияния на состояние и развитие системы медицинского обеспечения Вооруженных Сил (ВС) Украины.

Материалы и методы. Объект исследования – система здравоохранения гражданского населения в Украине и система медицинского обеспечения ВС Украины. Предмет исследования – законодательная и нормативно-правовая база здравоохранения в Украине. Методы исследования: библиографический, аналитический, системного подхода.

Результаты. Реформирование системы здравоохранения в государстве направлено на улучшение медицинского обслуживания населения и осуществляется прежде всего путем совершенствования законодательства по вопросам здравоохранения и разработки нормативно-правовых основ ее деятельности. Важным аспектом этой реформы являются последовательные практические меры по внедрению нового порядка финансирования отрасли и экономической составляющей деятельности учреждений здравоохранения по оказанию медицинской помощи населению Украины. В то же время отдельные направления и составляющие реформирования содержат определенные риски, в частности относительно дальнейшего функционирования системы военного здравоохранения, которых необходимо избежать.

Выводы. Сохранение и поддержание высокой боевой готовности и боеспособности ВС Украины и других военных формирований невозможно без современного медицинского обеспечения военнослужащих и требует детальной разработки и учета особенностей функционирования системы военного здравоохранения в процессе реформирования системы здравоохранения страны. Достижение этих целей возможно при условии активного соучастия Министерства обороны Украины в разработке законодательных и нормативно-правовых основ ее деятельности.

Ключевые слова: здравоохранение, медицинское обеспечение, законодательная и нормативно-правовая база здравоохранения, реформирования системы здравоохранения.

Purpose – study of the legislative and regulatory framework of health care in Ukraine and its impact on the state and development of the medical support system of the Armed Forces (AF) of Ukraine.

Materials and methods. The object of research is the health care system of the civilian population in Ukraine and the medical care system of the Armed Forces of Ukraine. The subject of the research is the legislative and normative-legal base of health care in Ukraine. Research methods: bibliographic, analytical, systems approach.

Results. The reform of the health care system in the country is aimed at improving the health care of the population and is carried out primarily by improving the legislation on health care and the development of regulatory framework for its activities. An important aspect of this reform is consistent practical measures to introduce a new procedure for financing the industry and the economic component of the activities of health care facilities to provide medical care to the population of Ukraine. At the same time, certain areas and components of the reform contain certain risks, in particular regarding the further functioning of the military health care system, which must be avoided.

Conclusions. Maintaining and maintaining high combat readiness and combat capability of the Armed Forces of Ukraine and other military formations is impossible without modern medical care for servicemen and will require detailed study and consideration of the military health care system in the process of reforming the state health care system. Achieving this is possible provided that the Ministry of Defense of Ukraine actively participates in the process of developing the legislative and regulatory framework for its activities.

Key words: healthcare, medical care, legislative and regulatory framework for health care, health care reform.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest.

Відомості про авторів

Жаховський Віктор Олександрович – к.н.держ.упр., доц., провідний науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії, вул. Московська, 45/1, м. Київ, 01015, Україна.
ORCID ID 0000-0002-2665-2766, zhahovskiy-viktor@ukr.net.

Лівінський Володимир Григорович – к.мед.н., провідний науковий співробітник науково-дослідного відділу медичної стандартизації та метрологічного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії, вул. Московська, 45/1, м. Київ, 01015, Україна.
ORCID ID 0000-0002-1102-1128, v.livinskiy@gmail.com.

Кудренко Микола Васильович – заступник директора з організаційно-методичної та адміністративної роботи ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри громадського здоров'я факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

DOI 10.24144/2077-6594.4.0.2020.220381
УДК 614.2:002:342.5

Савицький В.Л.¹, Тодуров І.М.², Якимець В.М.², Печиборщ В.П.², Купець В.Є.², Печиборщ О.В.³, Якимець В.В.¹

Єдиний медичний простір в реаліях сьогодення

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

²ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ, Україна

³Головний військово-медичний клінічний центр (Центральний клінічний госпіталь)
Державної прикордонної служби України, м. Київ, Україна

todurov@nas.gov.ua

Савицький В.Л., Тодуров І.М.,
Якимець В.М., Печиборщ В.П.,
Купець В.Є., Печиборщ О.В., Якимець В.В.
Единое медицинское пространство в реалиях

Savitsky V.L., Todurov I.M.,
Yakimets V.M., Pechiborshch V.P.,
Kupets V.E., Pechiborshch A.V. Yakimets V.M.
The only medical space in today's realities

Вступ

У статті 3 Конституції України прописано, що права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави, а держава відповідає перед людиною за свою діяльність крім того, статтею 49 передбачені права громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, де зазначено, що «охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм».

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, медична допомога у державних і комунальних закладах охорони здоров'я надається безкоштовно, існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Також держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності, дбає про розвиток фізичної культури і спорту та забезпечує санітарно-епідеміологічне благополуччя [1].

Держава формує політику у сфері охорони здоров'я в Україні та забезпечує її виконання шляхом реалізації положень Конституції та законів України щодо створення безпечних умов життя та праці громадян, надання якісної медичної допомоги, запровадження ефективних механізмів фінансування і управління системою охорони здоров'я.

Виконання зазначених функцій держави під час дії особливого періоду, надзвичайного стану, а також інших кризових ситуацій, потребує об'єднання спроможностей і зусиль медичних служб ЗС України, інших утворених відповідно до законів України військових формувань і правоохоронних органів спеціального призначення, а також системи охорони здоров'я цивільного населення на засадах єдиного медичного простору [13].

Результати дослідження та їх обговорення

Ст. 4 Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я України» передбачено, що основними принципами охорони здоров'я в Україні є:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;

- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;

- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я;

- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;

- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в сфері охорони здоров'я;

- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я тощо.

Ст. 8 цього Закону визначає, що держава визнає право кожного громадянина України на охорону здоров'я і забезпечує його захист.

Кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належать:

- екстрена медична допомога;
- первинна медична допомога;

- вторинна (спеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я;

- третинна (високоспеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я;

- паліативна допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Іншими законодавчими і нормативно-правовими актами визначаються порядок її надання, регулюються суспільні відносини, що виникають у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя, тощо.

Система стандартів у сфері охорони здоров'я Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я України» доповнено статтею 14-1 згідно із Законом № 3611-VI від 07.07.2011 р. [2].

Систему стандартів у сфері охорони здоров'я складають державні соціальні нормативи та галузеві стандарти.

Державні соціальні нормативи у сфері охорони здоров'я встановлюються відповідно до Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії»[3].

Галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я є:

- стандарт медичної допомоги (медичний стандарт) – сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики;

- клінічний протокол – уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовність;

- таблиць матеріально-технічного оснащення – документ, що визначає мінімальний перелік обладнання, устаткування та засобів, необхідних для оснащення конкретного типу закладу охорони здоров'я, його підрозділу, а також для забезпечення діяльності фізичних осіб – підприємців, що провадять господарську діяльність з медичної практики за певною спеціальністю (спеціальностями);

- лікарський формуляр – перелік зареєстрованих в Україні лікарських засобів, що включає ліки з доведеною ефективністю, допустимим рівнем безпеки, використання яких є економічно прийнятним.

Галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я розробляються і затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я є також інші норми, правила та нормативи, передбачені законами, які регулюють діяльність у сфері охорони здоров'я.

Додержання стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів, таблиць матеріально-технічного оснащення є обов'язковим для всіх закладів охорони здоров'я, а також для фізичних осіб – підприємців, що провадять господарську діяльність з медичної практики[2].

У літературі розрізняють поняття єдиного медичного простору у вузькому і широкому значеннях: як систему загальнонаціональної мережі лікувально-профілактичних закладів... і систему організації надання медичної допомоги... що забезпечує доступність, якість та ефективність кваліфікованої допомоги всьому населенню держави й об'єднує всі медичні ресурси спільним управлінням і визначеним механізмом фінансування [3,4].

Створення єдиного медичного простору передбачає функціональне розмежування компетенції різних закладів охорони здоров'я на одній території, що дасть змогу уникнути дублювання видів медичної допомоги в окремих населених пунктах, переважно у великих містах, де поряд із медичними закладами комунальної власності розташовані функціонально подібні державні і відомчі медичні заклади [5].

Зважаючи на нагальну необхідність створення інститутів і механізмів реалізації та захисту права людини на охорону здоров'я, які б відповідали принципам, визначеним Конституцією України, та узгодження стандартів управління системою охорони здоров'я з основними європейськими засадами державної політики у сфері охорони здоров'я та надання медичної допомоги, пріоритетними доцільно визнати такі напрями:

1) забезпечення доступної та своєчасної, рівної та якісної медичної допомоги;

2) забезпечення якості та доступності лікарських засобів, вакцин та інших імунобіологічних препаратів, виробів медичного призначення;

3) гарантування належного рівня біобезпеки в країні як складової світової системи біобезпеки; Медичне право;

4) гарантування гідності професії медичного працівника та участі медичного працівника у формуванні стандартів медичної професії і контроль за їх дотриманням;

5) забезпечення справедливого, прозорого і відповідального управління системою охорони здоров'я та впливу громадськості на ухвалення державних рішень у сфері охорони здоров'я [2].

Передбачена Конституцією України норма про право людини на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування (ст. 49) переважно ґрунтується на ідеї забезпечення державою надання медичної допомоги громадянам на безоплатних засадах шляхом бюджетного фінансування витрат державних і комунальних закладів охорони здоров'я.

Попри формально справедливу спрямованість, ця норма не відповідає умовам і можливостям країни та фактично набула ознак шкідливої юридичної фікції і нормативного гальма, яке перешкоджає модернізації і розвитку вітчизняної охорони здоров'я загалом. постійне недофінансування бюджетних витрат і відсутність рівного

доступу до якісної безоплатної медичної допомоги перетворило конституційну норму (ст. 49 Конституції України) про право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування у загальну декларацію, що продукує соціальну несправедливість, усунення якої вимагає закріплення на конституційному рівні моделі охорони здоров'я на засадах єдиного медичного простору відповідно до європейських стандартів у сфері охорони здоров'я.

Під єдиним медичним простором, засади якого мають бути відображені в нормах Конституції про охорону здоров'я, пропонується розуміти систему доступної та своєчасної, рівної та якісної медичної допомоги, гарантування гідності професії медичного працівника та участі медичного працівника у формуванні стандартів медичної професії і контролі за їх дотриманням, а також гарантування для всіх та кожного належного рівня біобезпеки всередині країни та належного рівня біобезпеки країни у світі [2].

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 [6].

Важливу роль в проблемі повсякденної організації заходів з ліквідації наслідків надзвичайної ситуації воєнного характеру на сході України відіграло створення та успішне функціонування Військово-цивільного координаційного штабу медичної допомоги, який забезпечив скоординовані дії системи щодо надання ЕМД потерпілому населенню та військовослужбовцям Збройних Сил. В зоні ведення бойових дій організація і забезпечення надання само- і взаємодопомоги, домедичної, медичної, долікарської, лікарської допомоги покладається на медичні сили МО та медичні служби МВС, Національної гвардії, Державної прикордонної служби та підрозділи ДСНС України.

Цей Штаб на принципових позиціях виявив і проаналізував існуючі проблеми та вперше звернув увагу на проблеми в медичному забезпеченні цивільного населення в зоні АТО [7].

Згідно з постановою КМУ від 11.05. 2017 р. № 412 «Про утворення Координаційного центру з питань організації діяльності медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я» створено Координаційний центр, який є тимчасовим консультативно-дорадчим органом Кабінету Міністрів України, утворений з метою сприяння забезпеченню координації дій, спрямованих на надання медичної допомоги, зокрема із залученням органів і закладів охорони здоров'я, військовослужбовцям Сил оборони та населенню.

Основними завданнями Координаційного центру є:

1) розроблення пропозицій щодо створення медичної інформаційної системи та системи управління медичним забезпеченням сил оборони, що відповідає стандартам, доктринам та рекомендаціям НАТО, запровадження автоматизації процесів управління

медичними силами та засобами логістичного забезпечення медичних служб сил оборони;

2) проведення аналізу оперативної медико-санітарної обстановки для визначення можливих факторів ураження, інформації про наявні медичні сили та засоби; сприяння забезпеченню координації діяльності медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я, спеціалізованої служби цивільного захисту, органів місцевого самоврядування для здійснення заходів щодо санітарного та епідемічного благополуччя, медичного захисту населення;

3) проведення аналізу потреб медичних служб сил оборони та населення у лікарських засобах і медичних виробах [8].

Розпорядженням КМУ від 24.05. 2017 р. № 352-р «Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в АТО» визначені ЗОЗ, що залучаються для надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям сил оборони та кількість виділених ліжок.

Рекомендовано облдержадміністраціям, за участю органів місцевого самоврядування, визначити за пропозицією МО: у тримісячний строк заклади охорони здоров'я комунальної власності, що залучаються для надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил, інших утворених відповідно до законів військових формувань та правоохоронних органів, особам рядового і начальницького складу та поліцейським, які беруть участь в антитерористичній операції (далі – військовослужбовці), та кількість ліжок у зазначених закладах, що визначені для надання такої допомоги.

МОЗ, МО, ОДА за участю органів місцевого самоврядування, із залученням медичних працівників закладів охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладів, які належать до сфери управління зазначених міністерств, НАМН України крім цього, забезпечити надання консультативної та методичної допомоги закладам охорони здоров'я, що залучаються для надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям.

МО та МОЗ визначити механізм організації надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям у закладах охорони здоров'я, що залучаються для надання такої допомоги [9]. Що знайшло своє відображення в наказі МО та МОЗ України від 7.02.2018 р. №49/180 «Про визначення механізму надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь в антитерористичній операції», що зареєстрований у Міністерстві юстиції України 28.02.2018 р. за № 252/31704 [10].

Водночас, з метою збереження життя і здоров'я військовослужбовців через досягнення максимальної ефективності їх медичного забезпечення шляхом об'єднання спроможностей і зусиль медичних служб та

системи охорони здоров'я цивільного населення, підготовки системи охорони здоров'я держави до надання медичної допомоги військовослужбовцям під час дії особливого періоду, надзвичайного стану, інших кризових ситуацій, постановою КМУ від 31.10.2018 р. № 910 затверджена Воєнно-медична доктрина, що визначає стратегію розвитку медичного забезпечення всіх військових структур.

Доктрина визначає найвищу цінність життя кожної людини та реалізується за такими принципами:

- єдині організаційні засади діяльності медичних служб незалежно від підпорядкування;

- єдине розуміння причин зниження (втрати) боєздатності військовослужбовців та шляхів її підвищення (збереження);

- єдині погляди на профілактику, діагностику, надання медичної та психологічної допомоги, евакуацію, лікування, медичну та психологічну реабілітацію поранених (уражених, хворих), профілактику бойового стресу (превентивну реабілітацію);

- організація медичного забезпечення та надання медичної допомоги відповідно до стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів та військово-медичних стандартів;

- формування необхідного резерву, ешелонування та постійна готовність сил і засобів медичних служб, системи охорони здоров'я цивільного населення для медичного забезпечення військ;

- профілактична спрямованість діяльності медичних служб та єдині підходи під час проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів;

- територіальний принцип медичного забезпечення та інтеграція системи медичного забезпечення військ в єдиний медичний простір України, що передбачає спільне ефективне та раціональне використання можливостей закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності, що розташовані на відповідній території [11].

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 охорони здоров'я, що є продовженням реалізації засад єдиного медичного простору в нашій державі [11]. Водночас, формування засад єдиного медичного простору не зводиться лише до використання системи охорони здоров'я цивільного населення для надання медичної допомоги та лікування військовослужбовців, а також передбачає вже реалізоване як застосування потужностей військової медицини для надання медичної допомоги цивільному населенню під час екстремальних ситуацій, надзвичайного стану та на воєнний час.

У розвитку формування засад єдиного медичного простору створена Воєнно-медична доктрина України, яка передбачає інтеграцію системи медичного забезпечення військ (сил) в єдиний медичний простір України шляхом функціонального поєднання сил і засобів медичних служб

та цивільної охорони здоров'я з метою максимальної реалізації їхніх спроможностей щодо ефективного медичного забезпечення військ (сил). При цьому передбачено збереження організаційної самостійності існуючих медичних сил Сил оборони та військово-медичних служб інших утворених відповідно до законів України військових формувань і правоохоронних органів спеціального призначення.

Безперечним фактом є і те, що вимоги Воєнно-медичної доктрини України сприяють розробці необхідних нормативно-правових актів Кабінету Міністрів України і МОЗ України з питань охорони здоров'я, а також відповідних відомчих документів МО України та інших утворених відповідно до законів України військових формувань та правоохоронних органів спеціального призначення щодо їх медичного забезпечення і завчасної підготовки системи цивільної та військової охорони здоров'я до роботи в особливий період та організації медичного забезпечення військовослужбовців і цивільного населення у воєнний час [12].

Це створює передумови для повноцінного та ефективного надання медичної допомоги в районах бойових дій та зонах безпеки особовим складом медичних сил Збройних Сил та військово-медичних служб міністерств і відомств, водночас надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги здійснюється у військових та в цивільних закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) державної системи охорони здоров'я.

Крім того, за досвідом провідних країн світу в процесі ліквідації наслідків НС природного і техногенного характеру як і в особливий період, поряд із закладами охорони здоров'я системи охорони здоров'я приймають участь медичні сили та медичні служби силових міністерств і відомств залучаються до надання медичної допомоги цивільному населенню, що реалізує засади єдиного медичного простору мирного часу. і насамперед під час надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру та в особливий період.

Висновки

Єдиний медичний простір – це всебічно збалансована система охорони здоров'я, яка на основі впровадження передового світового досвіду спрямованого, на оптимальне використання сил і засобів, спроможна виконувати завдання за призначенням у мирний і воєнний час. Означене досягається за рахунок ефективного та раціонального використання інноваційних медичних технологій та можливостей відомчих та всіх форм власності закладів охорони здоров'я для забезпечення державою громадянам України надання своєчасної, доступної, якісної та в повному обсязі всіх видів медичної допомоги.

Завершення створення єдиного медичного простору є актуальною і нагальною проблемою розвитку та формування сучасної ефективної системи національної охорони здоров'я.

Воєнно-медична доктрина України є інструментом формування воєнної охорони здоров'я та залучення її в загальнодержавну систему національної охорони здоров'я на засадах єдиного медичного простору.

Література

1. Конституція України // Відомості Верховної Ради України. 1996. № 30. Ср. 141.
2. Основи законодавства про охорону здоров'я України // Відомості Верховної Ради України. 1993. № 4. Ср. 19.
3. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні: Монографія. – К.: Юрінком Інтер, 2007. – 720 с.
4. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: Навч. посібник / за ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. – К.: Вид-во НаДу, 2004.
5. Москаленко В. Ф. Діяльність системи охорони здоров'я за 2000 рік: завдання щодо подальшого її розвитку та підвищення рівня здоров'я населення України (доповідь на підсумковій колегії МОЗ України 12.02.2001 р.) // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2001. – С. 8.
6. 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.
7. Спільний наказ МО, МОЗ, МВС, СБУ, НАМН України від 13.05.2015 р. № 207/272/556/311/34 «Про створення Військово-цивільного координаційного штабу медичної допомоги».
8. Постанова КМУ від 11.05. 2017 р. № 412 «Про утворення Координаційного центру з питань організації діяльності медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я».
9. Розпорядження КМУ від 24.05. 2017 р. № 352-р «Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в АТО».
10. Наказ МО та МОЗ України від 7.02.2018 р. №49/180 «Про визначення механізму надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь в антитерористичній операції», що зареєстрований у Міністерстві юстиції України 28.02.2018 р. за № 252/31704.
11. Постанова КМУ від 31.10. 2018 р. № 910 «Про затвердження Воєнно-медичної доктрини».
12. В.О. Жаховський Єдиний медичний простір як елемент формування медичного потенціалу держав / Україна. Здоров'я нації 2016. № 4/1 (41). с. 82-86.

References

1. Konstytutsiya Ukrainy // Vidomosti Verkhovnoyi Rady Ukrainy. 1996. № 30. Sr. 141.
2. Osnovy zakonodavstva pro okhoronu zdorov'ya Ukrainy // Vidomosti Verkhovnoyi Rady Ukrainy. 1993. № 4. Sr. 19.
3. Hladun Z. S. Administratyvno-pravove rehulyuvannya okhorony zdorov'ya naseleння v Ukraini: Monohrafiya. – K.: Yurinkom Inter, 2007. – 720 s.
4. Derzhavna polityka z okhorony hromads'koho zdorov'ya v Ukraini: Navch. posibnyk / za red. I. M. Solonenka, L. I. Zhalilo. – K.: Vyd-vo NaDu, 2004.
5. Moskalenko V. F. Diyal'nist' systemy okhorony zdorov'ya za 2000 rik: zavdannya shchodo podal'shoho yiyi rozvytku ta pidvyshchennya rivnya zdorov'ya naseleння Ukrainy (dopovid' na pidsumkoviy kolehiyi MOZ Ukrainy 12.02.2001 r.) // Visnyk sotsial'noyi hihiyeny ta orhanizatsiyi okhorony zdorov'ya Ukrainy. – 2001. – S. 8.
6. Pro zatverdzhennya porядku nadannya medychnoyi dopomohy u viys'kovo-medychnykh zakladakh i vzayemorozrakhunkiv za neyi mizh viys'kovymy formuvannyamy : postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 18.10.1999 r. № 1923 [Elektronnyy dokument]. – Rezhym dostupu : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1923-99-п>. – Nazva z ekrana.
7. Spil'nyy nakaz MO, MOZ, MVS, SBU, NAMN Ukrainy vid 13.05.2015 r. № 207/272/556/311/34 «Pro stvorennya Viys'kovo-tsyvil'noho koordynatsiyoho shtabu medychnoyi dopomohy».
8. Postanova KМУ vid 11.05. 2017 r. № 412 «Pro utvorennya Koordynatsiyoho tsentru z pytan' orhanizatsiyi diyal'nosti medychnykh sluzhb syl obrony ta orhaniv i zakladiv okhorony zdorov'ya».
9. Rozporyadzhennya KМУ vid 24.05. 2017 r. № 352-r «Deyaki pytannya medychnoho zabezpechennya viys'kovosluzhbovtiv, osib ryadovoho i nachal'nyts'koho skladu ta politseys'kykh, yaki berut' uchast' v ATO».
10. Nakaz MO ta MOZ Ukrainy vid 7.02.2018 r. №49/180 «Pro vyznachennya mekhanizmu nadannya vtorynnoyi (spetsializovanoi) i tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoyi dopomohy viys'kovosluzhbovtiyam, yaki berut' uchast' v antyterorystychniy operatsiyi», shcho zareyestrovanyy u Ministerstvi yustytisyi Ukrainy 28.02.2018 r. za № 252/31704.
11. Postanova KМУ vid 31.10. 2018 r. № 910 «Pro zatverdzhennya Voyenno-medychnoyi doktryny».
12. Zhakhovskyy V.O. Yedynyy medychnyy prostir yak element formuvannya medychnoho potentsialu derzhav / Ukrainy. Zdorovya natsiyi 2016. № 4/1 (41). s. 82-86.

Дата надходження рукопису до редакції: 22.08.2020 р.

Мета – провести аналіз основних засад формування перспективних шляхів єдиного медичного простору і їх значення в процесі реформування системи охорони здоров'я в державі.

Матеріали та методи. В дослідженні використовувався досвід створення єдиного медичного простору розвинутих держав світу, нормативно-правові документи України по питанню формування єдиного медичного простору в нашій державі в умовах реформування охорони здоров'я, ведення гібридної війни та в процесі ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій природного техногенного та соціального характеру.

Об'єкт дослідження – основні нормативно-правові засади реформування системи охорони здоров'я в мирний час та під час ведення гібридної війни.

Предмет дослідження – організація медичного забезпечення населення та військовослужбовців в умовах сьогодення та бойових дій.

Методи дослідження – системного підходу, аналітичний, бібліосемантичний.

Результати. Визначення перспективних шляхів реформування системи охорони здоров'я з науковим пошуком та обґрунтуванням оптимальних підходів для ефективного і раціонального використання наявних медичних сил і засобів.

Висновки. Єдиний медичний простір – це всебічно збалансована система охорони здоров'я, яка на основі впровадження передового світового досвіду, спрямованого на оптимальне використання сил і засобів, спроможна виконувати завдання за призначенням у мирний і воєнний час. Означене досягається за рахунок ефективного та раціонального використання інноваційних медичних технологій та можливостей відомчих та всіх інших форм власності закладів охорони здоров'я для забезпечення державою громадянам України надання своєчасної, доступної, якісної та в повному обсязі всіх видів медичної допомоги.

Ключові слова: єдиний медичний простір, система охорони здоров'я, організація медичного забезпечення.

Цель – провести анализ основных принципов формирования перспективных путей единого медицинского пространства и их значение в процессе реформирования системы здравоохранения в стране.

Материалы и методы. В исследовании использованы опыт создания единого медицинского пространства развитых государств мира, нормативно-правовые документы Украины, научные публикации по вопросам формирования единого медицинского пространства в нашей стране в условиях реформирования системы здравоохранения, ведения гибридной войны и в процессе ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного, техногенного и социального характера.

Объект исследования – основные нормативно-правовые основы реформирования системы здравоохранения в мирное время и при ведении гибридной войны.

Предмет исследования – организация медицинского обеспечения населения и военнослужащих в современных условиях и военных действий.

Методы исследования – системного подхода, аналитический, библиосемантический.

Результаты. Определение перспективных путей реформирования системы здравоохранения с научным поиском и обоснованием оптимальных подходов для эффективного и рационального использования имеющихся медицинских сил и средств.

Выводы. Единое медицинское пространство – это всесторонне сбалансированная система здравоохранения, которая на основе внедрения передового мирового опыта направленного на оптимальное использование сил и средств, способна выполнять задачи по назначению в мирное и военное время. Указанное достигается за счет эффективного и рационального использования инновационных медицинских технологий и возможностей ведомственных и всех форм собственности учреждений здравоохранения для обеспечения государством гражданам Украины предоставления своевременной, доступной, качественной и в полном объеме всех видов медицинской помощи.

Завершение создания единого медицинского пространства является актуальной и насущной проблемой развития и формирования современной эффективной системы национального здравоохранения.

Военно-медицинская доктрина Украины является инструментом формирования военного здравоохранения и вовлечения ее в общегосударственную систему национального здравоохранения на основе единого медицинского пространства.

Ключевые слова: единое медицинское пространство, система здравоохранения, организация медицинского обеспечения.

Purpose – to analyze the basic principles of the formation of promising ways of a unified medical space and their significance in the process of reforming the healthcare system in the country.

Materials and methods. The study used the experience of creating a single medical space of the developed countries of the world, regulatory documents of Ukraine, scientific publications on the formation of a single medical space in our country in the context of reforming the healthcare system, conducting a hybrid war and in the process of eliminating the consequences of natural, man-made and social emergencies character.

The object of the study is the basic regulatory framework for reforming the healthcare system tsykin peacetime and in the conduct of hybrid warfare.

The subject of the study is the organization of medical support for the population and military personnel in today's conditions and military operations.

Research methods – a systematic approach, analytical, biblisemantic.

Results. Identification of promising ways to reform the health care system with a scientific search and justification of optimal approaches for the effective and rational use of available medical forces and means.

Conclusions. The unified medical space is a comprehensively balanced system of delivering health, which, based on the introduction of advanced world experience aimed at the optimal use of forces and means, is able to fulfill its intended purpose in peacetime and wartime. The above is achieved through the effective and rational use of innovative medical technologies and the capabilities of departmental and all forms of ownership of health care institutions to provide the state with the citizens of Ukraine the provision of timely, affordable, high-quality and full amount of all types of medical care.

The completion of the creation of a single medical space is an urgent and urgent problem of the development and formation of a modern effective national health care system.

The military medical doctrine of Ukraine is a tool for the formation of military health care and its involvement in the national system of national health care on the basis of a single medical space.

Key words: unified medical space, healthcare system, organization of medical support.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest.

Відомості про авторів

Савицький Валерій Леонідович – Лауреат державної премії в галузі освіти, Заслужений працівник освіти України, доктор медичних наук, професор, начальник Української Військово-медичної академії, 01015, м. Київ, вул. Московська 45/1.

Тодуров Іван Михайлович – Лауреат державної премії в галузі науки і техніки, Заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор; директор ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», 04053, м. Київ, Вознесенський узвіз, 22. todurov@nas.gov.ua.

Якимець Володимир Миколайович – Заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор; заступник директора ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України» з науково-організаційної та методичної роботи, 04053, м. Київ, Вознесенський узвіз, 22.

Печиборщ В'ячеслав Петрович – Заслужений працівник охорони здоров'я України, доктор медичних наук, доцент; завідувач відділу науково-організаційної роботи та інформації ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України» з науково-організаційної та методичної роботи, 04053, м. Київ, Вознесенський узвіз, 22.

Купець Валерій Євгенович – лікар-ендоскопіст, відділення ендоскопії ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», 04053, м. Київ, Вознесенський узвіз, 22.

Печиборщ Олександр В'ячеславович – начальник відділення нейрохірургії зі спінальними хворими Головного військово-медичного клінічного центру (Центральний клінічний госпіталь) Державної прикордонної служби України, 03083, м. Київ, вул. Ягідна, 58.

Якимець Володимир Володимирович – кандидат медичних наук старший науковий співробітник відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини.

DOI 10.24144/2077-6594.4.0.2020.220382
УДК 159.922.8+316.728+392.3

Даниленко Г.М., Щербакова О.О., Авдієвська О.Г.

Медико-соціальні та соціально-психологічні особливості розвитку особистості підлітка в сучасній родині

Державна установа «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

danylenko@iozdp.org.ua, lenascherbakova84@gmail.com, olenaavdiievska@gmail.com

Даниленко Г.Н., Щербакова Е.А., Авдиевская Е.Г.
**Медико-социальные и социально-психологические
особенности развития личности подростка
в современной семье**

Государственное учреждение «Институт охраны
здоровья детей и подростков Национальной академии
медицинских наук Украины», г. Харьков, Украина

Danylenko H.M., Shcherbakova O.O., Avdiievska O.H.
**Healthcare and psychological features
of adolescent's personal development
in the modern family**

State Institution "Institute for Children and Adolescents
Health Care at the National Academy of Medical
Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine

Вступ

В умовах розбудови української державності надзвичайно актуальною є проблема формування особистості дитини, а особливо у підлітковому віці, їх соціалізації, що зумовлено пошуком оптимальних шляхів підготовки до самостійного життя. На сьогодні в Україні спостерігаються негативні соціально-економічні тенденції в усіх сферах життєдіяльності людини: високий рівень безробіття, деградація моральних цінностей, соціальна дезадаптація, низька правова захищеність дітей, підлітків та їх сімей, що призводить до низького рівня соціальної компетентності підлітків [1].

Підлітковий вік є визначальним для розвитку особистості й важливим для формування гармонійних взаємин із соціальним оточенням. Для формування особистості дитини сім'я відіграє важливе значення, тому взаємини з батьками є одним із важливих чинників збереження та зміцнення здоров'я підлітка [2]. Тому вплив сімейних відносин на розвиток особистості підлітків, надання психологічної допомоги сім'ям у складних ситуаціях є стабільно актуальною [3].

Нині переважаючим сімейним осередком є подружня пара з однією дитиною, рідше із двома й більше дітьми. Зростає число розлучень, незареєстрованих шлюбів і частка позашлюбних народжень, що, в свою чергу, зумовлюють поширення так званої неповної сім'ї, тобто родини, в якій внаслідок різних причин виховує дитину (дітей) один з батьків [4].

Модель неповної сім'ї більш відповідає постіндустріальному суспільству з його соціальною мобільністю, високим рівнем розвитку наукових і промислових технологій, інформатизації, адже збільшення значення професіоналізму для суспільства і особи нерідко важко поєднується з виконанням нею сімейних обов'язків.

В той же час, питанню розвитку особистості підлітків з неповних сімей, на сьогодні в наукових дослідженнях, недостатньо приділяється уваги. Останнім часом в Україні чисельність неповних сімей не знижується, а має тенденцію до зростання [2,4]. Проблемна ситуація виховання дітей здоровими і соціально благополучними в таких сім'ях обумовлена відсутністю того психологічного мікроклімату, який має створюватись обома батьками. В родинях, де був відсутній батько діти мали більш високу поширеність розладів психіки та поведінки, захворювань кістково-м'язової системи та сполучної [5].

Підлітковий вік відзначається нестійкістю в емоційній сфері. Для підлітків характерна легка збудливість, зміна настроїв і переживань. У цей період зростає активність, змінюються ціннісні орієнтації під впливом прагнення бути дорослим, загострюється прагнення до самостійності. У цьому прагненні виявляється почуття власної дорослості та потреба у визнанні неї іншими. Самооцінка набуває не меншого значення, ніж оцінювання себе з боку дорослих. Еталони міжособистісного сприймання, якими користуються підлітки, оцінюючи оточуючих людей, стають усе більш узагальненими і співвідносяться з ідеалами, цінностями і нормами [6]. Самооцінка стає важливим чинником психологічного розвитку підлітка, регулятором і мотивом поведінки. У підлітковому віці може виникнути конфлікт між самооцінкою і власними домаганнями підлітка, якщо він не в змозі їх досягти. У таких випадках виникають образливість, недовіра, агресивність, непорозуміння з товаришами [4].

Відносини у родині є тим базовим матеріалом, за допомогою якого підліток розвивається, розкриває свої можливості [1–4]. На формування особистості підлітка значущо впливають стосунки з батьками. Сукупність настановлень батьків, їх емоційного ставлення до дитини,

сприйняття неї, відповідних способів поведінки з нею утворюють стиль сімейного виховання [7].

Оптимальним для практики сімейного виховання вважається демократичний стиль, що характеризується високим рівнем вербального спілкування між дітьми і батьками, включеністю дітей в обговорення сімейних проблем, урахуванням їхньої думки, готовністю батьків у разі потреби прийти на допомогу дітям одночасно з вірою в їх успішну самостійну діяльність, адекватним батьківським контролем. Відхилення від демократичного стилю в бік авторитаризму, ліберальної вседозволеності чи надмірної зосередженості на дитині спричиняє відповідні деформації її особистості. Отже, стиль сімейного виховання беззаперечно впливає на взаємовідносини батьків і дітей-підлітків [8].

Вплив сімейного оточення, також, відчутно позначається на розвитку особистості підлітка. Особливе значення тут має форма батьківської поведінки, переконань і цілей. Батьки служать моделлю для наслідування і, за допомогою власних вчинків, впливають на дітей, що зберігається протягом подальшого їх життя [1].

Родина є прикладом для наслідування, і якщо це гарний взірць, то у підлітка є шанс стати гармонійною особистістю. Вважається, що певний характер сімейних цінностей є фактором, який підтримує стабільність функціонування суспільства, утримує його у більш-менш сталому стані та лежить в основі механізмів суспільної інтеграції. Сімейні, батьківські цінності є одним із найважливіших чинників впливу на розвиток особистості підлітка. Родина була і залишається тим пусковим механізмом без якого не можливо почати рухатись вперед. Звичайно, що дитина має сама обирати, які цінності для неї важливі, що буде їй цікавим і чим в подальшому займатися в житті. Підліток повинен мати вибір і право голосу, а батьки мають спрямовувати його на правильний шлях та допомагати у вирішенні проблем [2,3].

Отже, з одного боку, для підліткового віку показові негативні прояви, дисгармонійність особистості, згорання і зміна усталених інтересів дитини, протестуючий характер поведінки по відношенню до дорослих. З іншого боку, підлітковий вік відрізняється і масою позитивних факторів: зростає самостійність дитини, більш різноманітними та змістовними стають відносини з іншими дітьми і дорослими, значно розширюється й істотно змінюється сфера її діяльності, розвивається відповідальне ставлення до себе і до інших людей.

Таким чином, головне в даному періоді – це вихід особистості на якісно нову соціальну позицію, в якій реально формується її свідоме ставлення до себе як до члена суспільства [3].

Мета – медико-соціальна оцінка впливу повної та неповної родини на розвиток особистості підлітка та вивчення ставлення учнів до причин власної поведінки, як індикатора свідомого відношення до власного здоров'я, в умовах сприятливого для розвитку учнів освітнього середовища.

Матеріали та методи

Дослідження медико-соціальних особливостей розвитку підлітків було проведене на підставі анонімного анкетування 1025 дітей (492 хлопців та 506 дівчат) 15–17 років, учнів дев'ятих класів ЗНЗ України (Харків, Київ, Вінниця, Дніпро, Львів). Данні зібрані за допомогою опитувальника «Методика оцінки впливу близького соціального оточення на суб'єктивне сприйняття власного здоров'я підлітками», розробленого ДУ «ІОЗДП НАМН». Опитувальник містив як альтернативні, так і рейтингове питання.

Вивчення соціально-психологічних особливостей розвитку особистості підлітків, які виховуються в повних та неповних сім'ях, проводилося на базі двох гімназій міста Харкова (гімназія 1 – «Г1» та гімназія 2 – «Г2»). Дослідженням було охоплено 191 учень 7-х і 8-х класів. Загальна характеристика вибірки: кількість підлітків з повних сімей 133 учня та кількість досліджуваних, що виховувалися у неповних сім'ях 58 учнів. Для виявлення особистісних особливостей підлітків був обраний 14-факторний особистісний опитувальник Кеттелла (підлітковий варіант). Для дослідження особистості підлітків, вивчення соціальної пристосованості, а також їх стосунків з тими людьми, які їх оточують було використано проективну методику дослідження особистості Рене Жіля [10].

Статистичний аналіз був проведений з використанням Excel, SPSS-17.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед учнів, які відповідали на питання анкети, питома вага неповних сімей становила 24,7% (у родинах хлопців дещо вище, ніж в родинах дівчат, відповідно 25,3% і 23,8%, ($p > 0,05$)). 76% респондентів повідомили, що вони жили з обома батьками: близько половини жили з бабусею, а третина – з дідами. Переважна більшість батьків мала вищу освіту: 56,6% чоловіків та 63,4% жінок закінчили вищі навчальні заклади.

Аналіз характеру взаємин підлітків з батьками засвідчив, що основною темою для бесід з дітьми є піклування про майбутнє, точніше про вибір професії, на другому місці професійне майбутнє, а спілкування о збереженні здоров'я, впливу паління, алкоголю, наркотиків та порушення теми здорового харчування і фізичної активності не такі популярні. Одним з можливих пояснень може бути зв'язок з поточною соціально-економічною ситуацією. Лише 57,8% дітей не мають проблем у спілкуванні з батьком та 53,3% учнів спокійно спілкуються з матерями, хлопці на 10% частіше звертаються до батька, ніж дівчата, а на допомогу матері завжди розраховують і хлопці 84,2% і дівчата 85,4%.

Особливої уваги потребує гендерна різниця у спілкуванні. Так, дівчата більш часто мають проблеми у спілкуванні з татом (6,5%) та матом (10%) ніж хлопці (4,7% та 6,8% відповідно). Та більшість дітей «можуть завжди розраховувати» на допомогу батька (65,4%) та

матері (84,9%). Суттєвих між групових відмінностей у відповідях на це питання ми не виявили. Гендерні відмінності були у питанні розрахунку на допомогу батька, так хлопці на 10% частіше звертаються до батька, ніж дівчата, а на допомогу матері завжди розраховують і хлопці 84,2% і дівчата 85,4%.

Для дослідження соціально-психологічних особливостей взаємин в родині учнів було використано проєктивну методику дослідження особистості Рене Жиля спрямована на виявлення особливостей поведінки в

різноманітних життєвих ситуаціях, що є важливими для підлітків і стосуються їх взаємин з іншими людьми. Підліток повинен вибрати собі місце серед зображених людей або ідентифікувати себе з персонажем, що займає те або інше місце в групі. Ця методика дозволяє отримати інформацію про ставлення дитини до різних людей (до сімейного кола), які її оточують, і явищ навколишньої дійсності. Результати дослідження, за п'ятьма шкалами, які спрямовані на виявлення особливостей поведінки підлітків в родині, представлено в таблиці 1.

Таблиця 1. Результати дослідження особливостей поведінки підлітків за методикою Рене Жиля (%)

№	Особливості поведінки та ставлення	Рівні проявів, осіб в повних сім'ях (%)			Рівні проявів, осіб в неповних сім'ях (%)		
		негативний (низький рівень)	нейтральний (середній рівень)	позитивний (високий рівень)	негативний (низький рівень)	нейтральний (середній рівень)	позитивний (високий рівень)
1	Ставлення до матері	16,7	65,4	17,9	11,1	59,3	29,6
2	Ставлення до батька*	5,1	79,5	15,4	0,0	100,0	0,0
3	Ставлення до матері та батька, як до батьківської пари	6,4	82,1	11,5	3,7	74,1	22,2
4	Ставлення до братів та сестер	3,8	71,8	24,4	3,7	85,2	11,1
5	Ставлення до бабусі й дідуся	0,0	93,6	6,4	0,0	81,5	18,5

* Тут і далі: напівжирним шрифтом виділені фактори, які мають значущі показники.

Отримані результати тестування в повних сім'ях, за методикою Рене Жиля, показали: у 16,7% дітей – негативне, у 65,4% – нейтральне і 17,9% мають позитивне ставлення до матері; у **5,1%** дітей – негативне, у **79,5%** – нейтральне і **15,4%** мають позитивне ставлення до батька; у 6,4% дітей – негативне, у 82,1% – нейтральне і 11,5% мають позитивне ставлення до матері та батька, як до батьківської пари; у 3,8% дітей – негативне, у **71,8%** – нейтральне і **24,4%** мають позитивне ставлення до братів та сестер; у 0,0% дітей – негативне, у **93,6%** – нейтральне і **6,4%** – позитивне ставлення до бабусі й дідуся.

Отримані результати тестування в неповних сім'ях, за методикою Рене Жиля, показали: у 11,1% дітей – негативне, у 59,3% – нейтральне і 29,6% мають позитивне ставлення до матері; у **18,5%** дітей – негативне, у **81,5%** – нейтральне і **0%** мають позитивне ставлення до батька; у 3,7% дітей – негативне, у 74,1% – нейтральне і 22,2% мають позитивне ставлення до матері та батька, як до

батьківської пари; у 3,7% дітей – негативне, у **85,2%** – нейтральне і **11,1%** мають позитивне ставлення до братів та сестер; у 0,0% дітей – негативне, у **81,5%** – нейтральне і **18,5%** – позитивне ставлення до бабусі й дідуся.

За результатами методики Рене Жиля в **81,5%** досліджуваних підлітків з неповних сімей спостерігається нейтральне ставлення до батька, в **18,5%** негативне ставлення. Отже, у більшості підлітків було створено нейтральне та негативне уявлення про відсутнього батька, а також неможливість уявлення сім'ї як єдиної системи, що звісно негативно відображається на їхньому світобаченні та особистісному розвитку.

Приблизно 85,2% дітей надають перевагу спілкуванню з братами, сестрами, 81,5% – з бабусями й дідусями, що пояснюється теплотою, сталістю взаємостосунків.

Використано 14-факторний особистісний опитувальник Кеттелла, виявили наступні дані (табл. 2).

Таблиця 2. Показники факторів за методикою Р. Кеттелла у підлітків (%)

№	Фактор	Підлітки з повних сімей			Підлітки з неповних сімей		
		<norm	=norm	>norm	<norm	=norm	>norm
1	A*	29,1	58,2	12,7	44,8	46,6	8,6
2	B	12,9	72,0	15,2	19,0	58,6	22,4
3	C	46,6	43,1	10,3	62,9	29,5	7,6
4	D	43,9	46,2	9,8	46,6	41,4	12,1
5	E	53,0	43,9	3,0	56,9	32,8	10,3
6	F	50,0	33,3	16,7	53,4	34,5	12,1

7	G	60,6	30,3	9,1	63,8	31,0	5,2
8	H	49,2	38,6	12,1	58,6	27,6	13,8
9	I	36,4	63,6	0,0	31,0	65,5	3,4
10	J	32,8	65,5	1,7	40,9	51,5	7,6
11	Q	71,2	28,0	0,8	60,3	36,2	3,4
12	Q2	86,4	11,4	2,3	77,6	22,4	0,0
13	Q3	87,1	12,9	0,0	89,7	8,6	1,7
14	Q4	78,0	18,9	3,0	81,0	17,2	1,7

З даних таблиці 2 видно, що у 62,9% підлітків з неповних сімей фактор С (2,10) має значущий показник, який показав «емоційну нестабільність» в досліджуваних. Фактор «С» відповідає за показник «емоційна нестабільність – емоційна стабільність» Цим підліткам характерні емоційна нестійкість, імпульсивність. Вони знаходяться під впливом почуттів, мають мінливий настрій, легко засмучується, нестійкі в інтересах. Для них притаманна низька толерантність по відношенню до фрустрації, дратівливість, стомлюваність. У підлітків з повних сімей цей показник ближче до норми.

За фактором А «Замкнутість-товариськість» 29,1% підлітків з повних сімей отримали, теж значущий показник (-2,06), який вказав на «товариськість». Для цих підлітків характерні товариськість, відкритість, природність, невимушеність, готовність до співпраці, пристосованість, увага до людей, готовність до спільної роботи, активність в усуненні конфліктів в групі. Легкість в встановленні безпосередніх, міжособистісних контактів.

Фактор «J», який відповідає за показники «Неврастенія – фактор Гамлета» показав значущий показник (2,05) – «неврастенія» у 7,6% підлітків з неповних сімей. А це вказує на те, що такі підлітки схильні до неврастенії. Вони стримані, злопам'ятні і зациклені на собі, мають мало друзів. Відрізняються вередливістю, і тому не дуже ефективно працюють в команді. Найчастіше у них завжди є своя думка, яку вони тримають при собі. Мають високий інтелект, аналізують свої помилки, щоб не повторювати їх.

Отже, для більшості підлітків з неповних сімей характерні емоційна нестійкість, імпульсивність, мінливий настрій, дратівливість, стомлюваність та інтроспективність. Також вони схильні до неврастенії.

Здійснюючи дослідження рівня самооцінки за методикою С.А. Будассі (методика призначена виявити кількісне вираження рівня самооцінки) [10], опитувані оцінювались за рівнем вираженості показників самооцінки і були розділені на 5 груп: низький рівень самооцінки характеризували показники від -1 до 0, занижену самооцінку мали учні, у яких рівень самооцінки коливався від 0,01 до 0,3, адекватна самооцінка відповідала показникам 0,31-0,6, завищена – 0,61-0,85 і високу самооцінку характеризували показники від 0,86 до 1. Таким чином, за методикою С. А. Будассі виявлено, що у підлітків, як з повних так і з неповних сімей, переважає дещо завищена самооцінка 36,1% та 45,8% осіб, а також адекватна – 29,3% та 32,2%. Рівень самооцінки виражає ступінь реальних та ідеальних або бажаних уявлень про себе. Адекватну самооцінку з тенденцією до завищення

можна прирівняти до позитивного ставлення до себе, до самоповаги, прийняття себе, відчуття власної повноцінності. У підлітків з повних сімей високий рівень самооцінки 12%, а у підлітків з неповних сімей – 3,4%, це може свідчити про те, що вони мають високі досягнення, внаслідок цього в них підвищуються вимоги до себе.

Ми здійснили порівняння результатів дослідження самооцінки підлітків з повних та з неповних сімей. Як відомо, відсутність батька в родині може стати причиною формування в дитини низької самооцінки. Але отримані результати майже однакові, тобто не мають значущої різниці. На нашу думку, це є наслідком того, що більшість батьків, як в повній, так і в неповній сім'ї приділяють достатньо уваги формуванню адекватної самооцінки. Також позиція батька і матері, їхнє уміння співпрацювати після розлучення в значній мірі визначають благополуччя розвитку дитини в неповній родині.

Зазначимо, що повна родина, звичайно, ще не гарантує нормального розвитку особистості підлітка та соціального становлення, але створює більш сприятливі передумови для цього. А неповна сім'я, сформована після розлучення, являє собою фактор ризику для розвитку особистості дитини, незважаючи на те, чи розуміють батьки, що сім'я з усіма її атрибутами впливає на психіку дитини й підсвідомо формує її поведінку.

Перспективи подальших досліджень

Актуальною медико-соціальною проблемою в даний час є висока поширеність серед учнів чинників, які обумовлені способом життя – тютюнопаління, вживання алкоголю, низька рухова активність, нездорове харчування, і визначають несприятливий прогноз стану здоров'я підростаючого покоління. Перспективним напрямком збереження і зміцнення здоров'я дітей є формування здорового способу життя, для чого особливе значення має ефективна взаємодія родини та закладу освіти. Однак в даний час відсутні механізми взаємодії освітніх установ з родинами щодо формування здоров'я учнів. У той же час, стратегії формування здорового способу життя найбільш ефективно можуть бути реалізовані в організованих колективах, тобто серед дітей і підлітків, що навчаються в освітніх установах.

Висновки

Отже, як показує проведений аналіз, відносини дітей і батьків складаються під впливом ряду чинників: психологічний мікроклімат в сім'ї, стиль сімейного

виховання, який визначається батьківськими ціннісними орієнтаціями, установками, емоційним ставленням до дитини, особистісними властивостями батьків і дітей та ін. Проведений аналіз дає підстави для висновку про те, що особливості сімейних відносин підлітків з батьками суттєво впливають на їх самооцінку, самопочуття, а відповідно, можуть розглядатися як чинник впливу на психічне і фізичне здоров'я, психосоматичні і психоемоційні розлади та стресові стани підлітків.

Найбільшою групою ризику щодо формування шкідливих звичок серед учнів, які завершують навчання у

основній школі, слід віднести хлопців поведінка яких залежить «головним чином від зовнішніх обставин», тобто хлопців зі зниженою самооцінкою, та дівчат, які сподіваються, перш за все, на власні сили, тобто дуже самовпевнених. Отримані результати можуть бути використанні фахівцями з охорони здоров'я дітей, громадського здоров'я, практичними психологами закладів освіти. Отримані результати можуть бути використані у практичній роботі шкільних психологів, медичних працівників ЗЗСО, та лікарів-педіатрів різних галузей.

Література

1. Осадко О. Соціально-психологічні практики розвитку життєвої компетентності особистості. Проблеми політичної психології. 2018;21:128-138.
2. Анопрієнко О. Сім'я як чинник виникнення психоемоційних порушень підлітків. Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. 2012;37(61):171-174.
3. Клімкіна Н. Проблеми формування культури родинного виховання підлітків в умовах неповної сім'ї. Вісник Прикарпатського університету. Педагогіка. 2008;XXII:170-176.
4. Parkhomenko L. Medical and social problems in adolescence and ways of their solution. SOVREMENNAYA PEDIATRIYA. 2017;(4(84):16-21.
5. Danylenko H, Podrigalo L, Avdiievska O. Hygienic and medico-social features of health preservation in the schoolchildren at the institutions of secondary education in modern family. Environment & Health. 2019;93(4):24-30.
6. Крупник З. Теоретично-концептуальне обґрунтування проблеми формування відповідального ставлення молоді до здоров'я. Молодь і ринок. 2018;0(11(166)).
7. Allen B. Child psychology. Chandni Chowk, Delhi: Global Media; 2007.
8. Шайгородський Ю. Криза підліткового віку як процес переоцінки цінностей. Соц. психологія. 2009; 6:148-153.
9. Фельдштейн Д. Проблемы возрастной и педагогической психологии: избранные психол. труды. Междунар. пед. академия; 1995:367.
10. Морозов С. Психодіагностика: тести. Методика та практики застосування. Навч.-метод. посіб. Київ. нац. ун-т ім. Т.Шевченка. Ін-т післядиплом. Освіти; 2004:221.

References

1. Osadko O. Socio-psychological practices of development of vital competence of the individual (Ukrainian). Problems of political psychology [Problemy politychnoyi psykholohiyi] (Ukrainian). 2018; 21: 128-138.
2. Anoprienko O. Family as a factor in the emergence of psycho-emotional disorders in adolescents (Ukrainian). Scientific journal of NPU named after Dragomanov [Naukovyy chasopys NPU imeni M.P.Drahomanova] (Ukrainian). 2012; 37 (61): 171-174.
3. Klimkina N. Problems of forming a culture of family upbringing of adolescents in a single-parent family (Ukrainian). Bulletin of the Precarpathian University. Pedagogy [Visnyk Prykarpats'koho universytetu. Pedagogika] (Ukrainian). 2008; XXII: 170-176.
4. Parkhomenko L. Medical and social problems in adolescence and ways of their solution (Ukrainian). Modern Pediatrics [Sovremennaya pediatriya] (Ukrainian). 2017; (4 (84): 16-21.
5. Danylenko H, Podrigalo L, Avdiievska O. Hygienic and medico-social features of health preservation in schoolchildren at the institutions of secondary education in the modern family. Environment & Health. 2019; 93 (4): 24-30.
6. Krupnyk Z. Theoretical-conceptual substantiation of the problem of formation of responsible attitude of youth to health (Ukrainian). Youth and the market [Molod' i rynek] (Ukrainian). 2018; 0 (11 (166)).
7. Allen B. Child psychology. Chandni Chowk, Delhi: Global Media; 2007.
8. Shaygorodsky Y. The crisis of adolescence as a process of reassessment of values (Ukrainian). Soc. Psychology [Sots. Psykholohiya] (Ukrainian). 2009; 6: 148-153.
9. Feldstein D. Problems of age and pedagogical psychology: selected psychologists. Works (Russian). International. ped. Academy [Mezhdunar. ped. akademya] (Russian); 1995: 367.
10. Morozov S. Psychodiagnosics: tests. Methods and practices of application: Teaching method. Way (Ukrainian). Kiev. nat. Univ. Inst. Postgraduate. Education [Kyiv. nats. un-t im. T.Shevchenka. In-t pisyadyplom. Osvity] (Ukrainian); 2004: 221.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.11.2020 р.

Мета дослідження: гігієнічна оцінка впливу повної та неповної родини та вивчення ставлення учнів до причин власної поведінки, як індикатора свідомого відношення до власного здоров'я.

Матеріали та методи. Для вивчення соціально-психологічних особливостей розвитку особистості підлітків було охоплено 191 учня (133 з повних сімей та 58 з неповних), використано 14-факторний опитувальник Кеттелла (підлітковий варіант). Для дослідження особистості підлітків було використано методику Рене Жиля. Також у дослідженні було проведено анонімне анкетування 1025 дітей (492 хлопців та 506 дівчат) 15-17 років, учнів дев'ятих класів ЗНЗ України, використан опитувальник «Методика оцінки впливу близького соціального оточення на суб'єктивне сприйняття власного здоров'я підлітками». Соціально-гігієнічний опитувальник містив як альтернативні, так і рейтингове питання. Статистичний аналіз був проведений з використанням Excel, SPSS-17.

Результати. Розглянуто основні лінії розвитку особистості в підлітковому віці: сепарація і індивідуалізація (поступове відділення, пошук себе); розвиток самовизначення; визначення референтної групи; розвиток статевої ідентифікації; розвиток особистої системи цінностей; формування життєвих цілей. Розглянуто фактори, що негативно та позитивно впливають на формування особистості підлітків з повної та неповної сім'ї. Проведений аналіз показує, що на формування особистісних особливостей підлітків впливає ряд чинників: психологічний мікроклімат в сім'ї, стиль сімейного виховання, який визначається батьківськими ціннісними орієнтаціями, установками, емоційним ставленням до дитини, особистісними властивостями батьків і дітей та ін.

Висновки. Встановлено, що для більшості підлітків з неповних сімей характерні емоційна нестійкість, імпульсивність, мінливі настрої, дратівливість, стомлюваність та схильність до неврастенії. Отримані результати вказують, що у більшості підлітків, як з повних так і з неповних сімей, переважає дещо завищена та адекватна самооцінка.

Найбільшою групою ризику щодо формування шкідливих звичок серед учнів, слід віднести хлопців зі зниженою самооцінкою, та дівчат дуже самовпевнених.

Ключові слова: сім'я, неповна сім'я, підлітки, виховання, батьки, самооцінка, розвиток особистості підлітка.

Цель исследования: гигиеническая оценка влияния полной и неполной семьи и изучения отношения учащихся к причинам их поведения, как индикатора сознательного отношения к собственному здоровью.

Материалы и методы. Для изучения социально-психологических особенностей развития личности подростков было охвачено 191 ученик (133 из полных семей и 58 из неполных), использовался 14-факторный опросник Кеттелла (подростковый вариант). Для исследования личности подростков была использована методика Рене Жиля. Также в исследовании было проведено анонимное анкетирование 1025 детей (492 мальчиков и 506 девочек) 15-17 лет, учащихся девятих классов школ Украины, использован опросник «Методика оценки влияния близкого социального окружения на субъективное восприятие собственного здоровья подростками». Социально-гигиенический опросник содержал как альтернативные, так и рейтинговые вопросы. Статистический анализ был проведен с использованием Excel, SPSS-17.

Результаты. Рассмотрены основные стратегии развития личности в подростковом возрасте: сепарация и индивидуация (постепенное отделение, поиск себя) развитие самоопределения; определение референтной группы; развитие половой идентификации; развитие личной системы ценностей; формирование жизненных целей. Рассмотрены факторы, как негативно, так и позитивно влияют на формирование личности подростков из полной и неполной семьи. Проведенный анализ показывает, что на формирование личностных особенностей подростков влияет ряд факторов: психологический микроклимат в семье, стиль семейного воспитания, определяемый родительскими ценностными ориентациями, установками, эмоциональным отношением к ребенку, личностными свойствами родителей и детей и др.

Выводы. Установлено, что для большинства подростков из неполных семей характерны эмоциональная неустойчивость, импульсивность, переменчивое настроение, раздражительность, утомляемость и склонность к неврастенности. Полученные результаты указывают, что у большинства подростков, как из полных так и из неполных семей, преобладает несколько завышенная самооценка.

Наибольшей группой риска по формированию вредных привычек среди учащихся, являются ребята с пониженной самооценкой, и девушки очень самоуверенные.

Ключевые слова: семья, неполная семья, дети, воспитание, родители, самооценка, развитие личности подростка.

Aim: public health assessment of the impact of full family and single-parent families and adolescent's behavior as an indicator of a conscious attitude to their own health.

Materials and methods. To study the socio-psychological features of adolescent personality development were covered 191 schoolchildren (133 from full families and 58 from single-parent families), used Kettell's 14-factor questionnaire (adolescent version). Rene Gilles' method was used to study the personality of adolescents. The study also conducted an anonymous survey of 1,025 children (492 boys and 506 girls) aged 15-17, ninth-graders of Ukrainian schools, used a questionnaire "Methods for assessing the impact of close social environment on the subjective perception of their own health by adolescents." The public health questionnaire contained both alternative and rating questions. Statistical analysis was performed using Excel, SPSS-17.

Results. The main lines of personality development in adolescence are considered: separation and individuation (gradual separation, self-search); development of self-determination; determination of the reference group; development of gender identification; development of personal value system; formation of life goals. Factors that negatively and positively influence the formation of the personality of adolescents from complete and incomplete families are considered. The analysis shows that the formation of personal characteristics of adolescents is influenced by a number of factors: psychological microclimate in the family, family upbringing style, which is determined by parental values, attitudes, emotional attitude to the child, personal characteristics of parents and children, etc.

Conclusions. It has been found that most adolescents from single-parent families are characterized by emotional instability, impulsivity, mood swings, irritability, fatigue, and a predisposition to neurasthenia. The results indicate that the majority of adolescents, both from complete and incomplete families, are dominated by somewhat inflated and adequate self-esteem.

The highest risk group for the formation of bad habits among children should include boys with low self-esteem and girls who are very self-confident.

Key words: family, single-parent family, adolescents, parents, self-esteem, adolescent personality development.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest.

Відомості про авторів

Даниленко Георгій Миколайович – д.м.н, проф., директор Державної установи «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна.
danylenko@iozdp.org.ua, ORCID ID 0000-0001-7086-2720.

Щербак Олена Олександрівна – к. психол. н., старший науковий співробітник Державної установи «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна.
lenascherbakova84@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-9169-5471.

Авдієвська Олена Георгіївна – лікар-дієтолог Державної установи «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІОЗДП НАМН»), м. Харків, Україна.
olenaavdiievska@gmail.com, ORCID ID 0000-0001-5764-5254.

Гребняк М.П., Кирсанова О.В., Таранова Т.В., Мікрюкова Н.Г.

Парадигма здоров'ятворчості у літніх дитячих оздоровчих центрах

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

nattaranova57@gmail.com, mikryukova7@gmail.com

Гребняк Н.П., Кирсанова Е.В.,
Таранова Т.В., Мікрюкова Н.Г.

Парадигма здоров'ятворчості

в літніх дитячих оздоровчих центрах

Запорожский государственный медицинский университет

Grebnyak N.P., Kirsanova E.V.,
Taranova T.V., Mikryukova N.G.

The paradigm of health and creativity in summer children's wellness centers

Zaporozhye State Medical University

Вступ

До тенденцій та основних особливостей стану здоров'я дитячого населення відносяться підвищення його захворюваності та зростання частки дітей з морфофункціональними відхиленнями. Зокрема, в структурі загальної захворюваності збільшилася питома вага хвороб ендокринної системи та обміну речовин, зросла частота хвороб системи кровообігу, сечостатевої системи органів, анемії та новоутворень. Характерною рисою сьогодення є зростання частки дітей з хронічною патологією органів дихання, травлення, ока та його придатку, кістково-м'язової системи та сполучної тканини. Поряд з цим слід відмітити суттєве скорочення забезпеченості дітей лікарняними ліжками в Україні, а також складну тенденцію забезпеченості дитячого населення лікарями-педіатрами [1–5,8].

В останні роки, у зв'язку з погіршенням соціально-економічних умов і негативними тенденціями в організації медичного забезпечення дитячого населення істотно збільшилася потреба в літньому оздоровленні. З іншого боку, з'явилися нові дані про механізми лікувальної дії природних і преформованих фізичних факторів [6,7,9–11]. В зв'язку з цим актуальною та затребуваною сьогоденням проблемою стає пошук методів і заходів підвищенню ефективності оздоровчої роботи у літніх дитячих оздоровчих центрах (ЛДОЦ).

Мета дослідження – обґрунтування парадигми здоров'ятворчості у літніх дитячих оздоровчих центрах.

Матеріали та методи

Використано дані наших попередніх досліджень та виконано аналіз літературних даних з проблем оздоровлення дитячого населення. Застосовано комплекс методів системного підходу, концептуального моделювання. Об'єктом дослідження при вивченні ефективності оздоровлення у ЛДОЦ були 49 хлопчиків 9–10 річного віку. Вивчалась динаміка (на початку і в кінці

зміни) наступних показників: антропометричні, фізична працездатність (велоергометрія), вітамінний статус («язикова» проба), рухові якості (біг на 30 м, кистьова динамометрія, стрибки в довжину з розбігу, розгинання рук в упорі лежачи), розумова працездатність (коректурна проба). Статистична обробка матеріалів здійснювалась за допомогою пакетів програм MS Excel.

Результати дослідження та їх обговорення

З метою поліпшення стану здоров'я дитячого населення необхідно забезпечити в ЛДОЦ профілактику захворювань, медичну реабілітацію та відновлювальне лікування. Одним із пріоритетних методів оптимізації стану здоров'я дітей є немедикаментозні реабілітаційно-відновлювальні заходи (НРВЗ). Виходячи з матеріалів наших досліджень і даних літератури, можна сформулювати такі принципи НРВЗ: диференційований підхід з урахуванням характеру перебігу і ступеня тяжкості захворювання; відновлення порушених захворюванням функцій; підвищення ступеня резистентності організму; патогенетична обґрунтованість лікувальних впливів; зменшення несприятливих наслідків періоду адаптації до ЛДОЦ; органічна єдність відпочинку та оздоровлення дітей; суміщення немедикаментозних впливів з біоритмологічним оптимумом; ефективність нормалізації функціонального стану організму; поєднання різних видів НРВЗ; простота і доступність.

На підставі зазначених принципів рекомендована наступна схема немедикаментозного реабілітаційно-відновного лікування в ЛДОЦ (рис.).

Фітотерапія – лікування діючими речовинами, що містяться в рослинах. В лікарських рослинах містяться такі діючі речовини: алкалоїди (азотвмісні складні гетероциклічні сполуки), глікозиди (нелеткі сполуки глюкози і інших цукрів з органічними речовинами), органічні кислоти (лимонна, яблучна, бурштинова, шавлева, оцтова, тартронова, винна, молочна, мурашина), сапоніни (безазотисті глікозиди, що містять сапогенін і

аглікони), флавоноїди (гетероциклічні фенольні сполуки), лактони, гіркоти (безазотисті речовини), таніни (високомолекулярні аморфні безазотисті сполуки), ефірні масла (суміш летючих хімічних сполук), фітонциди (органічні речовини з антимікробною дією), слизу

(безазотисті полісахаридні сполуки), вітаміни (А, В1 В2, В6, В15, РР, D, Е, К, Р), макроелементи (К, Са, Mg, Si, Fe, Р), мікроелементи (Cu, Mn, As, Mo, Co, Ni, Zn, J), пектини, крохмаль, камеді, смоли, жирні олії та жироподібні речовини.



Рис. Схема немедикаментозних реабілітаційно-відновних заходів в ЛДОЦ

Лікарські рослини мають наступні терапевтичні ефекти: стимулюючий захисні сили організму, антимікробний, протизапальний, фунгіцидний, анальгезуючий, відхаркувальний, протикашльовий, стимулюючий репаративні процеси в тканинах, в'язкий, кровоспинний. Основними показаннями до фітотерапії є: первинна профілактика соматичних захворювань; лікування функціональних розладів; профілактика застудних захворювань при переохолодженні; запальні захворювання верхніх дихальних шляхів, трахеї та бронхів; захворювання органів травлення; захворювання серцево-судинної системи; ревматизм і захворювання суглобів; захворювання ендокринних органів; захворювання нирок і сечовивідних шляхів. Протипоказаннями до фітотерапії є: артеріальна гіпертензія, алергічні реакції, схильність до закрепів і проносів, новоутворення, загострення захворювань, період менструацій. Розрізняють такі види фітотерапії: прийом всередину відварів і настоїв, трав'яні ванни, фітоаплікації, фітодизайн. Лікарські рослини можна застосовувати як в свіжому вигляді, так і у вигляді більш зручних лікарських форм (настоїв, відварів, мазей, порошків), які готують з висушеної сировини.

Фітодизайн – використання лікарських рослин в інтер'єрах приміщень. Він може здійснювати лікувальну дію на організм людини. Виділяється 5 основних завдань фітодизайну: поліпшення повітряного середовища проживання людини (тонізуючі і заспокійливі запахи); естетико-психологічний вплив рослин за допомогою краси форми і кольору; знезараження та оздоровлення навколишнього середовища за рахунок фітонцидів; очищення повітря від газів, пилу і диму, зниження рослинами шуму; біоіндикація, тобто використання рослин як живих індикаторів забруднення повітря ґрунту і води. Метод фітодизайну слід широко використовувати в ЛДОЦ: в ігрових кімнатах, фітобарі, фойє їдальні, інтер'єрі будинку творчості, сауні. На території оздоровчого центру розташовується фітополяна, лікарські рослини якої відповідно підібрані і висаджені (валеріана, меліса, м'ята перцева, котовник, череда). Фітополяна обсаджується липами, черемхою і модриною.

Апітерапія – лікування бджолиним медом і продуктами бджільництва (бджолиним воском, бджолиною отрутою, маточним молочком, бджолиним пилком, пергою і прополісом). Ефект від лікування медом багатогранний і може бути представлений таким чином:

імунобіологічний, протимікробний, антивірусний, протизапальний, антиспазмолітичний, відхаркувальний, проти кашльовий, кровоспинний, протиалергійний, стимулюючий репаративні процеси в тканинах. Показання до медолікування: запальні захворювання порожнини рота, носоглотки і верхніх дихальних шляхів; розлади ЦНС (неврастенія, психастенія та ін.); психоемоційна напруженість, головний біль, порушення сну; травматичні ушкодження шкірних покривів (рани, опіки); хронічний гастрит, виразкова хвороба шлунку і 12-палої кишки; захворювання ССС; недостатній харчовий статус і преморбідні стани; захворювання печінки та жовчовивідних шляхів; захворювання нирок і сечовивідних шляхів. Протипоказаннями до застосування меду є: непереносимість меду і продуктів бджільництва, цукровий діабет. Для визначення підвищеної чутливості до меду дитині необхідно дати спочатку його невелику кількість (0,5 чайної ложки). Про непереносимість меду свідчать крапивний свербіж, нежить, головний біль, шлунково-кишкові розлади. Мед краще давати разом з іншою їжею.

Ароматерапія – це використання ефірних масел, які отримують з рослин, трав, кори і шкірки плодів з метою поліпшення самопочуття і загальної якості життя. Аромапрофілактика розширює адаптаційні можливості людини, є одним із шляхів зміцнення здоров'я і підвищення стійкості організму до впливу несприятливих факторів зовнішнього середовища. Ефірні масла використовуються для підвищення працездатності, пам'яті, уваги, точності виконання завдань, для оптимізації активності ЦНС (масла лаванди і лимона), для профілактики ГРВІ та грипу. Показання до проведення ароматерапії: профілактика ГРЗ та грипу; підвищення розумової та фізичної працездатності, поліпшення функції уваги; функціональні порушення нервової системи; функціональні порушення серцево-судинної системи; зняття психоемоційного напруження і корекція психофізіологічного статусу; підвищення адаптивних можливостей організму, скорочення тривалості і тяжкості адаптації до ЛДОУ; профілактика імунодефіцитних станів; лікування преморбідних станів; хронічний бронхіт; бронхіальна астма; сонячні опіки шкіри; потенціювання антимікробної дії антибіотиків. Протипоказання до проведення ароматерапії: бронхіальна астма у фазі загострення; гострий пієлогломерулонефрит; підвищене згортання крові; підвищена чутливість шкіри до променів сонця (при тривалому застосуванні Аро); індивідуальна непереносимість; клінічно виражені алергічні прояви. Не рекомендується застосовувати тривалий час ефірні масла анісу і герані. При підвищеному згортанні крові протипоказані ефірні олії базиліка і кипарису. Не рекомендують епілептикам ефірні олії з базиліка, материнки, ялівцю, розмарину, шавлії, полину, коріандру, ялиці, чебрецю, туї та гвоздики. При хворобах нирок не рекомендуються ефірні масла ялівцю, коріандру, сосни, чебрецю, ялиці, сандалу.

Одним з провідних чинників, що обумовлюють позитивний ефект спелеотерапії, є високодисперсний природний аерозоль солі. При спелеотерапії поліпшується

клінічний стан. Ефективність лікування в соляній шахті обумовлена бактеріостатичною дією високодисперсного аерозольного пилу хлориду натрію. При впливі цього аерозолу в концентраціях від 0,2 до 3,5 мг/м³ поліпшується евакуація слизу і мікробної маси з бронхолегеневого дерева, нормалізується вентиляційна функція легенів. При спелеотерапії поліпшується клінічний стан. Одночасно з ним відбуваються сприятливі зміни в імунній системі, помітно підвищується рівень деяких гормональних функцій організму. У віддаленому періоді зберігаються позитивні зміни при бронхіальній астмі. Показання до застосування спелеотерапії: бронхіальна астма (атопічна і алергічна форми, змішана форма легкого та середнього ступеня тяжкості зі стійким періодом між нападами), астматичний бронхіт, алергічні захворювання верхніх дихальних шляхів, полінози поза загостренням. Протипоказання: бронхіальна астма важкої форми, легенева серцева недостатність II ступеня; період загострення всіх алергічних специфічних захворювань; перший місяць після лікування гіпосенсибілізації; бронхіальна астма з вираженими кардіопульмопочатковими змінами; гормонзалежні стани.

Соколікування – лікування за допомогою водорозчинних компонентів лікарських рослин (овочі, фрукти). Фруктові соки очищають організм, а овочеві відновлюють його. Вони містять амінокислоти, мінеральні солі, ензими і вітаміни, необхідні організму, за умови вживання тільки в свіжому вигляді. Соки є найнадійнішим джерелом мікроелементів для клітин і тканин. Важливо пити соки в свіжому вигляді та щодня. Високий вміст в плодовоовочевих соках пектину сприяє токсикокінетичній біопротекції. Пектини, тобто природні полісахариди рослинного походження, за допомогою карбоксильних груп пов'язують екотоксиканти. Їх основним діючим початком є α -галактуронова кислота, що володіє комплексоутворюючою здатністю, і таким чином, утворює пектинати (нерозчинні комплекси).

Оксигенотерапія – це лікування з використанням кисневої піни. Найефективнішою ентєральна оксигенотерапія є при захворюваннях ШКТ (виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки, хронічний гастрит, аскаридоз), її можна також застосовувати при захворюваннях ССС.

Під апаратною фізіотерапією (ФТ) мається на увазі лікування та профілактика захворювань за допомогою електричного струму або електромагнітних полів. Найбільш часто використовуються наступні види ФТ: змінний електричний струм (ампліпульсотерапія, місцева дарсонвалізація), постійний електричний струм (лікарський електрофорез, гальванізація, електросон, діодинамотерапія), електромагнітне поле (УВЧ-терапія, загальна дорсанвалізація), постійне електричне поле (аероіонотерапія, аероіонофорез). Вид ФТ, сила, тривалість процедур і курсу призначається лікарем кожній дитині окремо. Ампліпульсотерапія – лікування за допомогою імпульсів змінного модулювання струму невеликої сили. Показання: період одужання після травм, запальні і дегенеративні захворювання органів руху, хвороби периферичної НС. Протипоказання: гарячкові

стани, гострі гнійні запальні процеси, непереносимість електричного струму, злоякісні утворення, схильність до кровотеч. Місцева дарсонвалізація – лікування за допомогою імпульсного швидкозгасаючого слабкого струму високої частоти. Показання: захворювання периферичної НС, порушення регуляції тону артерій і вен, свербіж. Протипоказання ті ж, що і до ампліпульсотерапії. Лікарський електрофорез – поєднаний вплив постійного струму і введення при його допомозі лікарської речовини. Показання: функціональні відхилення ЦНС і ССС, органів травлення, опорно-рухового апарату, захворювання периферичної НС і шкіри, травматичні uszkodження. Протипоказання ті ж, що і до ампліпульсотерапії. Електросон – отримання нейротропного ефекту за допомогою імпульсних струмів прямокутної форми, низької частоти і невеликої сили. Показання: психоемоційна напруга, захворювання ЦНС і ССС, органів травлення, цукровий діабет, гіпотиреоз, стоматологічні захворювання. Протипоказання: гарячкові стани, запалення шкіри обличчя і очей, порушення кровообігу, істерія, непереносимість електричного струму. Діодинамотерапія – лікування двома діодинамічними слабкими струмами. Показання: хвороби периферичної НС, запальні і дегенеративні захворювання опорно-рухового апарату, період відновлення після травм, облітеруючі захворювання судин. Протипоказання ті ж, що і до ампліпульсотерапії. УВЧ-терапія – лікування за допомогою безперервного або імпульсного електричного поля ультрависокої частоти. Показання: запальні захворювання органів дихання, захворювання опорно-рухового апарату, органів травлення, НС, невралгії, облітеруючі захворювання судин, хвороби сечової системи. Протипоказання ті ж, що і до ампліпульсотерапії, а також відсутність шляхів відтоку гною. Аероіонотерапія – лікування негативними або позитивними легкими іонами. Показання: функціональні відхилення ЦНС і периферичної НС, захворювання органів дихання та шкіри, алергічні стани, гіпертензія. Протипоказання ті, що і до ампліпульсотерапії, підвищена чутливість до аероіонів. Лікувальна фізкультура – медична дисципліна, що вивчає механізми терапевтичної дії фізичних вправ, а також інших засобів фізичної культури і розробляє методи їх застосування з лікувально-профілактичною та реабілітаційною метою. Пріоритетними принципами побудови занять ЛФК є: структурування заняття; обумовленість вправ характером і стадією захворювання, фізичною тренуваністю, віком, специфікою навчання; поступовість збільшення фізичного навантаження під контролем фізіологічних показників; чергування загальнорозвиваючих і спеціальних вправ, вправ на напругу і розслаблення; перемикання вправ з однієї групи м'язів на іншу, тобто розсіювання фізичного навантаження; дозування фізичного навантаження за допомогою кількості повторень вправ, чергування середнього і повільного темпу, амплітуди руху, тривалості заняття. Протипоказаннями призначенням ЛФК служать загострення основного захворювання, погіршення показників функціональних проб, період інтеркурентного захворювання і два тижні після одужання.

Завершальним етапом оздоровлення дітей в ЛДОЦ є оцінка його ефективності. Основними критеріями, що свідчать про раціональну організацію оздоровчої роботи серед дітей в літніх установах, є: підвищення працездатності, поліпшення вітамінного статусу, функціонального стану організму, а також клінічна оцінка зрушень в стані здоров'я. Для оцінки ефективності літньої оздоровчої роботи в ЛДОЦ проведені дослідження функціонального стану організму дітей на початку табірної зміни, а також в її кінці (табл.).

За час оздоровчої табірної зміни істотних змін середніх величин довжини і маси тіла, а також ЖЕЛ не відбулося. Однак, була відзначена позитивна тенденція щодо маси тіла дітей з надмірною вагою (а вони становили 6,6% від усіх, що оздоровлюються школярів даного віку) і недостатньою вагою (2,6% відповідно). Маса тіла у всіх дітей з початковою надмірною вагою зменшилася (у середньому на $0,8 \pm 0,1$ кг), а всі діти з малою вагою тіла додали у вазі до кінця табірної зміни (в середньому на $1,1 \pm 0,1$ кг). Така динаміка, очевидно, зумовлена високим рівнем рухової активності в поєднанні з раціональним харчуванням під час перебування в оздоровчому центрі.

Середній час знебарвлення реактиву Тильманса зменшився, що вказує на збільшення вмісту аскорбінової кислоти в ротовій рідині. При цьому, до початку оздоровчого періоду у третини ($30,6 \pm 4,2\%$) дітей відмічалась низька С-вітамінна насиченість (при проведенні у них язикової проби час знебарвлення реактиву Тильманса перевищував 23 секунди). В кінці зміни у всіх дітей вміст аскорбінової кислоти в ротовій рідині відновився до норми ($94,6 \pm 1,2$, $p < 0,05$). Вказана позитивна динаміка вітамінної насиченості організму, зумовлена вітамінізованим харчовим раціоном дітей, в першу чергу, соколікуванням.

Результати досліджень свідчать про сприятливий характер зміни більшості досліджених показників. Однією із оцінок потенційних можливостей організму є дослідження реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження (проба РВС170). Встановлена при другому обстеженні (в кінці перебування у ЛДОЦ) вірогідно вища фізична працездатність (на $5,5 \pm 2,1$ Вт, $p < 0,05$) вказує на менш виражене напруження функціонування органів кровообігу та свідчить про більш економну реакцію організму на фізичне навантаження.

Відбулося збільшення на $66,6 \pm 7,4$ зн./с ($p < 0,01$) середньої швидкості переробки інформації, що характеризує підвищення розумової працездатності і, в кінцевому підсумку, вказує на зростання функціонального потенціалу ЦНС. На $128,7 \pm 19,4$ од. ($p < 0,01$) зріс показник уваги, що свідчить про поліпшення точності диференціювання поточної інформації. Отже, встановлена спрямованість та вираженість зрушень визначених показників свідчить про підвищення продуктивності розумової працездатності.

Таким чином, істотна позитивна динаміка в процесі оздоровчого відпочинку показників, що характеризують рівень індивідуального здоров'я (підвищення С-вітамінної насиченості організму, поліпшення показників фізичної і розумової працездатності, а також рухових якостей і

загальної фізичної підготовленості дітей), дозволяє говорити про достатню ефективність застосованих технологій здоров'ятворчості у літньому дитячому оздоровчому центрі. Оздоровча спрямованість полягає в удосконаленні адаптаційних механізмів, зміцненні нервово-психічного і соматичного здоров'я дитячого населення.

Таблиця. Динаміка показників ефективності оздоровлення дітей у ЛДОЦ

Показник	Результати вимірювань (M+m)		
	На початку зміни	Зрушення	
		абс.	p
Маса тіла, кг	32,3±0,5	-0,3±8,4	<0,1
ЖСЛ, см ³	2003,2±30,6	18,1±9,7	<0,1
Фізична працездатність (PWC170), Вт	60,4±1,9	5,5±2,1	<0,05
Швидкість переробки інформації, зн./хв.	179,8±5,2	66,6±7,9	<0,001
Показник уваги, од.	64,9±7,1	128,7±19,4	<0,05
Час знебарвлення реактиву Тильманса, с	16,9±0,3	-2,8±0,4	<0,01
Час бігу на 30 м, с	5,6±0,2	-0,9±0,3	<0,05
Крос (500 м), хв.	1,64±0,06	-0,53±0,09	<0,01
Стрибок в довжину з розбігу, м	1,96±0,06	0,25±0,1	<0,05
М'язова сила кисті, кг	16,6±0,3	17,5±0,3*	
Розгинання рук в упорі лежачи, раз	20,1±0,8	7,1±1,6	<0,01
М'язова сила кісті	16,3±0,2	1,2 ±0,4	<0,05

Висновки

Негативні тенденції в стані здоров'я дитячого населення на тлі суттєвого скорочення забезпеченості дітей лікарняними ліжками диктують необхідність підвищення ефективності їх літнього оздоровлення. Складовими парадигми здоров'ятворчості у літніх дитячих оздоровчих центрах є кліматотерапія, фітотерапія, фізіотерапія, дієтичне харчування, лікувальна фізкультура. Встановлено вірогідне підвищення показників фізичної працездатності ($p<0,05$), швидкості переробки інформації ($p<0,001$), показника уваги ($p<0,05$),

C-вітамінної насиченості організму, м'язової сили кисті ($p<0,05$) та локомоторних функцій ($p<0,05$). Запропоновані здоров'яформуючі технології у літньому дитячому оздоровчому центрі сприяли підвищенню рівня індивідуального здоров'я за критеріями фізичної та розумової працездатності, рухових якостей та вітамінного статусу.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з обґрунтуванням організаційного та функціонального стандартів технології здоров'ятворчості у літніх дитячих оздоровчих центрах.

Література

1. Антипкін Ю.Г., Волосовець О.П., Лапшин В.Ф., Марушко Р.В., Дудіна О.О. Ситуаційний аналіз первинної медичної допомоги дітям України. - Ж: «Здоров'я ребенка». - Т., №6, 2020. - С. 7–16. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.22141/2224-0551.15.6.2020.215525>
2. Антипкін Ю.Г., Волосовець О.П., Майданник В.Г., Березенко В.С., Моїсеєнко Р.О., Виговська О.В. та ін. Стан здоров'я дитячого населення — майбутнє країни. Ч. 1. Здоров'я дитини. 2018, квітень 11. 13(1). 1-11. <http://www.mif-ua.com/archive/issue-34652/ doi: 10.22141/2224-0551.13.1.2018.127059>
3. Щорічна доповідь «Про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік». МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». К.: МВЦ «Медінформ», 2018. <https://library.gov.ua/shhorichna-dopovid-pro-stan-zdorov-ya-naselennya-sanitarno-epidemichnu-sytuatsiyu-ta-rezultaty-diyalnosti-systemy-ohorony-zdorov-ya-ukrayiny-2017-rik/>
4. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Намазова-Баранова Л.С., Терлецкая Р.Н. Состояние здоровья детей в современной России.-М.:«Педиатрия», 2020.- 116 с.
5. Галяутдинова Г.М. Состояние физического и социального здоровья у детей и подростков в современной России // Актуальные проблемы социально-экологического знания.- Уфа, 2019.- С.159 – 166.
6. Пелихова А.В. Психолого-педагогические аспекты реализации здоровьесберегающих и здоровьесформирующих технологий в дошкольном образовании // Современные проблемы науки и образования. - 2018. - №3; URL: <http://www.Science-education.ru/ru/article/view?id=27674>.
7. Теклюк Р. В., Сергета І. В. Проблеми моніторингу здоров'язберігаючої компетентності сучасних підлітків. Ж.: Довкілля та здоров'я, 2019.- 1 (90).-С.17-22/<https://doi.org/10.32402/dovkil2019.01.017>.

8. Коренев М. М., Лебещ І. С., Толмачова С. Р., Ніконова В. В., Проскурина Т. Ю., Матковська Т. М. Стан соматичного та психічного здоров'я дітей із зони антитерористичної операції. Здоров'я ребенка. 2017. №12 (1). С. 1-5. <https://doi.org/10.22141/2224-0551.12.1.2017.95016>.
9. Гребняк М.П., Резніченко Ю.Г., Резніченко Г.І., Резніченко Н.Ю., Федорченко Р.А., Таранова Т.В. Екопедіатричні проблеми здоров'я населення в індустріальних містах. Видання друге, перероблене та доопрацьоване / за ред. М.П.Гребняка, Ю.Г.Резніченко. - Запоріжжя: Просвіта, 2019. - 192 с.
10. Belous O.V. et al Health Preserving Technologies in the Educational Process Practice and Psychological Health of Inclusion Educational Space Participants //J. Pharm. Sci. & Res. Vol. 10(8), 2018, 1894-1896.
11. Mueller D., Tivey D., Croce D. Health-technology assessment: Its role in strengthening health systems in developing countries // Strengthen Health Syst 2017;2(1):6-11. DOI:10.7196/SHS.2017.v2.i1.50.

References

1. Antipkin Ju.G., Volosovec' O.P., Lapshin V.F., Marushko R.V., Dudina O.O. Situacijnij analiz pervinnoї medicinoї dopomogi ditjam Ukraїni. - Zh: «Zdorov'e rebenka».- №6, 2020.- P.7–16. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.22141/2224-0551.15.6.2020.215525>.
2. Antipkin Ju.G., Volosovec' O.P., Majdannik V.G., Berezenko V.S., Moiseenko R.O., Vigovs'ka O.V. ta in. Stan zdorov'ja ditjachogo naselennja — majbutne kraїni. Ch. 1. Zdorov'ja ditini. 2018, Kvitен' 11. 13(1). 1-11. <http://www.mif-ua.com/archive/issue-34652/doi:10.22141/2224-0551.13.1.2018.127059>.
3. Shhorichna dopovid' «Pro stan zdorov'ja naselennja, sanitarno-epidemichnu situaciju ta rezul'tati dijaj'nosti sistemi ohoroni zdorov'ja Ukraїni. 2017 rik». MOZ Ukraїni, DU «UISD MOZ Ukraїni». K.: MVC «Medinform», 2018. <https://library.gov.ua/shhorichna-dopovid-pro-stan-zdorov-ya-naselennja-sanitarno-epidemichnu-sytuatsiyu-ta-rezultaty-diyalnosti-systemy-ohorony-zdorov-ya-ukrayiny-2017-rik>.
4. Baranov A.A., Al'bickij V.Ju., Namazova-Baranova L.S., Terleckaja R.N. Sostojanie zdorov'ja detej v sovremennoj Rossii.-M.:«Pediatrija», 2020. - 116 p.
5. Galjautdinova G.M. Sostojanie fizicheskogo i social'nogo zdorov'ja u detej i podrostkov v sovremennoj Rossii // Aktual'nye problemy social'no-jekologicheskogo znaniya.- Ufa, 2019.- P.159 – 166.
6. Pelihova A.V. Psihologo-pedagogicheskie aspekty realizacii zdorov'esberegajushhij i zdorov'eformirujushhij tehnologij v doskol'nom obrazovanii // Sovremennye problemy nauki i obrazovanija. - 2018. - №3; URL: <http://www.Science-education.ru/ru/artiarticle/view/id=27674>.
7. Tekljuk R. V., Sergeta I. V. Problemi monitoringu zdorov'jazberigajuchoї kompetentnosti suchasnih pidlitkiv. Zh.: Dovkillja ta zdorov'ja, 2019.- 1 (90).-P.17-22 /<https://doi.org/10.32402/dovkil2019.01.017>.
8. Korenev M. M., Lebec' I. S., Tolmachova S. R., Nikonova V. V., Proskurina T. Ju., Matkovs'ka T. M. Stan somatichnogo ta psihichnogo zdorov'ja ditej iz zoni antiteroristichnoї operacii. Zdorov'e rebenka. 2017. №12 (1). P. 1-5. <https://doi.org/10.22141/2224-0551.12.1.2017.95016>.
9. Grebnjak M.P., Reznichenko Ju.G., Reznichenko G.I., Reznichenko N.Ju., Fedorchenko R.A., Taranova T.V. Ekopediatrični problemi zdorov'ja naselennja v industrial'nih mistah. Vidannja drugе, перероблене та доопрацьоване / за ред. М.П.Гребняка, Ю.Г.Резніченко.- Запоріжжя: Просвіта, 2019. - 192 p.
10. Belous O.V. et al. Health Preserving Technologies in the Educational Process Practice and Psychological Health of Inclusion Educational Space Participants //J. Pharm. Sci. & Res. Vol. 10(8), 2018, P.1894-1896.
11. Mueller D., Tivey D., Croce D. Health-technology assessment: Its role in strengthening health systems in developing countries // Strengthen Health Syst 2017;2(1):6-11. DOI:10.7196/SHS.2017.v2.i1.50.

Дата надходження рукопису до редакції: 30.09.2020 р.

Мета дослідження. Обґрунтування парадигми здоров'ятворчості у літніх дитячих оздоровчих центрах.

Матеріали та методи. Використано дані наших попередніх досліджень та виконано аналіз літературних даних з проблем оздоровлення дитячого населення. Застосовано комплекс методів системного підходу, концептуального моделювання. За допомогою гігієнічного експерименту визначена ефективність оздоровлення дітей у літньому дитячому оздоровчому центрі. Обстежено 69 хлопчиків 9-10 річного віку на початку і в кінці зміни. Досліджувались антропометричні показники, фізична (велоергометрія) та розумова працездатність (коректурна проба), рухові якості, вітамінний статус.

Результати. На основі аналізу та узагальнення результатів наших досліджень, даних наукової літератури обґрунтована парадигма здоров'ятворчості у літніх дитячих оздоровчих центрах на засадах профілактики захворювань, медичної реабілітації та відновлюваних заходів. Основними принципами якої є органічна єдність відпочинку та оздоровлення дітей, диференційований підхід з урахуванням характеру перебігу захворювання, підвищення ступеню резистентності організму, поєднання різних видів здоров'яформуючих технологій. Апробація рекомендованих

технологій здоров'ятворчості дозволила отримати позитивний медико-соціальний ефект (поліпшення фізичної та розумової працездатності, вітамінного статусу і рухових якостей).

Висновки. Негативні тенденції в стані здоров'я дитячого населення на тлі суттєвого скорочення забезпеченості дітей лікарняними ліжками диктують необхідність підвищення ефективності їх літнього оздоровлення. Складовими парадигми здоров'ятворчості у літніх дитячих оздоровчих центрах є кліматотерапія, фітотерапія, фізіотерапія, дієтичне харчування, лікувальна фізкультура. Характер вірогідних змін під дією запропонованих здоров'яформуючих технологій у літньому дитячому оздоровчому центрі зумовлює підвищення рівня індивідуального здоров'я (фізична та розумова працездатність, рухові якості, вітамінний статус).

Ключові слова: здоров'ятворчість, літні дитячі оздоровчі центри, діти.

Цель исследования. Обоснование парадигмы здоровьятворчества в летних детских оздоровительных центрах.

Материалы и методы. Использованы данные наших предыдущих исследований и выполнен анализ литературных данных по проблемам оздоровления детского населения. Применен комплекс методов системного подхода, концептуального моделирования. С помощью гигиенического эксперимента определена эффективность оздоровления детей в летнем детском оздоровительном центре. Обследовано 69 мальчиков 9-10 летнего возраста в начале и в конце смены. Исследовались антропометрические показатели, физическая (велозергометрия) и умственная работоспособность (корректирующая проба), двигательные качества, витаминный статус.

Результаты. На основе анализа и обобщения результатов исследований, данных научной литературы обоснована парадигма здоровьятворчества в летних детских оздоровительных центрах на основе профилактики заболеваний, медицинской реабилитации и восстановительных мероприятий. Основными принципами которой является органическое единство отдыха и оздоровления детей, дифференцированный подход с учетом характера течения заболевания, повышение степени резистентности организма, сочетание различных видов здоровьяформирующих технологий. Аprobация рекомендованных технологий здоровьятворчества позволила получить положительный медико-социальный эффект (улучшение физической и умственной работоспособности, витаминного статуса и двигательных качеств).

Выводы. Негативные тенденции в состоянии здоровья детского населения на фоне существенного сокращения обеспеченности детей больничными койками диктуют необходимость повышения эффективности их летнего оздоровления. Составляющими парадигмы здоровьятворчества в летних детских оздоровительных центрах являются климатотерапия, фитотерапия, физиотерапия, диетическое питание, лечебная физкультура. Характерные достоверные сдвиги под влиянием предложенных здоровьяформирующих технологий в летнем детском оздоровительном центре обуславливают повышение уровня индивидуального здоровья (физическая и умственная работоспособность, двигательные качества, витаминный статус).

Ключевые слова: здоровьятворчество, летние детские оздоровительные центры, дети.

Purpose of the study. Justification of the paradigm of health creativity in summer children's health centers.

Materials and methods. We used the data of our previous studies and analyzed the literature data on the problems of improving the health of the child population. A complex of methods of a systematic approach and conceptual modeling is applied. With the help of a hygienic experiment, the effectiveness of children's health improvement in the summer children's health center has been determined. 69 boys aged 9-10 were examined at the beginning and at the end of the shift. Anthropometric indicators, physical (bicycle ergometry), mental performance (correction test), motor qualities, vitamin status were studied.

Results. Based on the analysis and generalization of research results, scientific literature data, the paradigm of health creativity in summer children's health centers was substantiated on the basis of disease prevention, medical rehabilitation and rehabilitation measures. The main principles of which are the organic unity of recreation and health improvement of children, a differentiated approach taking into account the nature of the course of the disease, an increase in the degree of resistance of the body, a combination of various types of health-forming technologies. Approbation of the recommended technologies of health-creativity allowed to obtain a positive medical and social effect (improvement of physical and mental performance, vitamin status and motor qualities).

Conclusions. Negative trends in the health status of the child population against the background of a significant reduction in the provision of children with hospital beds dictate the need to increase the efficiency of their summer recovery. Climatotherapy, herbal medicine, physiotherapy, dietary nutrition, physiotherapy exercises are components of the paradigm of health creativity in summer children's health centers. Possible changes in the proposed health-forming technologies in the summer children's health center have been identified, which contributed to an increase in the level of individual health (physical and mental performance, motor qualities, vitamin status).

Key words: health creativity, summer children's health centers, children.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Гребняк Микола Петрович – д.мед.н., професор кафедри загальної гігієни та екології Запорізького державного медичного університету; пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, Україна.
+380 (99) 205-27-57, nattaranova57@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-7720-6758.

Кірсанова Олена Валентинівна – к.мед.н., доцент кафедри загальної гігієни та екології Запорізького державного медичного університету; пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, Україна.
ORCID ID 0000-0001-5337-2439.

Таранова Тетяна Володимирівна – викладач фахового медколеджу Запорізького державного медичного університету; пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, Україна.
+380 (68) 960-33-10.

Мікрюкова Наталія Геннадіївна – асистент кафедри загальної гігієни та екології.
mikryukova7@gmail.com, ORCID ID 0000-0003-1188-8140.

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Брич В.В., Дуфинець В.А.,
Білак-Лук'янчук В.Й., Корольчук О.Л., Бутусов О.Д., Фейса І.І., Степаненко А.В.

Забезпечення ОФОГЗ «Сприяння розвитку наукових досліджень у сфері охорони здоров'я для наукового обґрунтування політики та практики» в Ужгородському національному університеті

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

g.slabkiy@ukr.net, ivan.mironyuk@gmail.com, leravv79@gmail.com,
vizis.mukachevo@gmail.com, bilak.vika@gmail.com, step.alla@ukr.net

Слабкий Г.А., Миронюк И.С., Брич В.В.,
Дуфинец В.А., Білак-Лукьянчук В.И., Корольчук Е.Л.,
Бутусов Е.Д., Фейса И.И., Степаненко А.В.
Обеспечение ОФОГЗ «Содействие развитию научных исследований в сфере охраны здоровья для научного обоснования политики и практики» в Ужгородском национальном университете
ГБУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Slabkiy G.O., Mironyuk I.S., Brych V.V.,
Dufynets V.A., Bilak-Lukyanchuk V.J., Korolchuk O.L.,
Butusov O.D., Feisa I.I., Stepanenko A.V.
Ensuring OFOPH “Promoting the development of scientific research in the field of health care for scientific justification of politics and practice” at Uzhhorod national university
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

Вступ

В Україні, відповідно до стратегічних документів ВООЗ [1,2] проводиться формування системи громадського здоров'я [3–5]. Важливе місце у цій діяльності є виконання основної оперативної функції громадського здоров'я (ОФОГЗ) «Сприяння розвитку наукових досліджень у сфері охорони здоров'я для наукового обґрунтування політики та практики» [6], що полягає в науковому обґрунтуванні розвитку системи охорони громадського здоров'я на всіх рівнях управління від місцевого до національного [7,8].

Мета роботи – оцінити виконання в Ужгородському національному університеті ОФОГЗ «Сприяння розвитку наукових досліджень у сфері охорони здоров'я для наукового обґрунтування політики та практики».

Матеріали та методи

Під час виконання дослідження було використано аналітичний метод та метод структурно-логічного аналізу. Матеріалами дослідження стали матеріали наукової діяльності співробітників кафедри наук про здоров'я УжНУ. Дослідження охоплено період 2017–2020 років.

Результати дослідження та їх обговорення

Базовою кафедрою з підготовки магістрів громадського здоров'я та проведення досліджень по забезпеченню наукового обґрунтування розвитку системи

охорони громадського здоров'я в Ужгородському національному університеті є кафедра наук про здоров'я, яка активно співпрацює з низкою провідних наукових установ країни та закордонних сусідів і практичною системою охорони громадського здоров'я.

Кафедра виконує науково-дослідну роботу «Медико-демографічна та санітарно-епідеміологічна ситуація в Закарпатській області як чинник формування регіональної системи громадського здоров'я».

Метою виконання науково-дослідної роботи є наукове обґрунтування створення функціонально-організаційної моделі територіальної системи охорони громадського здоров'я Закарпатської області для забезпечення збереження і зміцнення здоров'я населення.

Планується проведення статистичних досліджень щодо вивчення стану здоров'я населення та санітарно-епідеміологічної ситуації в Закарпатській області, та детермінант, що їх формують. Також заплановано проведення соціологічних досліджень серед медичних працівників, населення та представників органів місцевого самоврядування з питань їх оцінки стану громадського здоров'я населення Закарпатської області та шляхів збереження та покращення.

Крім того запланована з використанням «Інструменту самооцінки виконання основних оперативних функцій охорони громадського здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ» [9] провести оцінку спроможності системи громадського здоров'я Закарпатської області забезпечити виконання основних оперативних функцій громадського здоров'я.

Об'єктом дослідження при виконання НДР є медико-демографічна ситуація в Закарпатській області та існуюча система громадського здоров'я.

Предмет дослідження – епідеміологія неінфекційних та інфекційних хвороб та фактори ризику, що їх викликають; мережа та кадрове забезпечення існуючої системи громадського здоров'я, основні показники її діяльності.

На кафедрі розроблено детальний план виконання НДР та участь кожного співробітника кафедри в її виконанні.

Першим важливим кроком наукової роботи була підготовка та проведення 24–25 травня 2017 року науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні». В роботі конференції прийняло участь біля 150 науковців та організаторів системи охорони громадського здоров'я із всіх регіонів України.

До конференції науковцями УжНУ були підготовлені матеріали, які були обговорені та підтримані учасниками конференції та в наступному були використані при розробці ряду чинних нормативних документів з розвитку системи охорони громадського здоров'я в Україні та підготовки магістрів громадського здоров'я:

- Проект освітньої програми і навчальних планів з підготовки магістрів громадського здоров'я;
- Пропозиції до запровадження наукової спеціальності «Громадське здоров'я» та проект паспорту наукової спеціальності «Громадське здоров'я»;
- Інформаційно-роз'яснювальна діяльність, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я;
- Національна бібліографія за темою громадського здоров'я (2014–2017 рр.);
- Основні терміни, які вживаються у сфері громадського здоров'я.

Необхідно відмітити, що в 2017 році під консультуванням професора Слабкого Г.О. була захищена дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук на тему «Медико-соціальне обґрунтування системи громадського здоров'я». Науковою новизною дисертації стало те, що було системно представлено проблеми громадського здоров'я в Україні та шляхи їх вирішення шляхом обґрунтування та розробки комплексної системи громадського здоров'я за рівнями управління від національного до місцевого доцільність впровадження якої доведено експертним шляхом.

В теперішній час на кафедрі аспірантами виконуються дисертаційні роботи на теми:

- Медико-соціальне обґрунтування функціонально-організаційної моделі профілактики ВІЛ-інфікування чоловіків, що мають секс з чоловіками та забезпечення їх медичною допомогою. Аспірант Служинська М.Б.

- Медико-соціальне обґрунтування функціонально-організаційної моделі комунікацій з

формування у молоді здоров'язберігаючого способу життя. Аспірант Жданова О.В.

- Детермінанти формування стоматологічного здоров'я жителів гірської зони України та обґрунтування оптимізованої моделі профілактики хвороб порожнини рота. Аспірант Пішковці А.-М.М.

- Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі дермато-венерологічної допомоги дорослому населенню. Аспірант Миронюк В.І.

- Детермінанти та обґрунтування моделі ефективної комунікації ризиків неінфекційних захворювань. Аспірант Балашов К.В.

Серед оригінальних наукових робіт, які були підготовлені та опубліковані в подальшому науковцями і стосувалися питань розвитку системи громадського здоров'я були:

Слабкий Г.О., Шафранський В.В. Концептуальні підходи до створення системи громадського здоров'я в Україні // Економіка і право. 2017. - №2. - С. 60-66.

Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Шафранський В.В. До структури національної системи громадського здоров'я // Вісник проблем біології і медицини. – 2017. – Випуск 3, том 2, № 138. – С. 135-142.

Слабкий Г.О., Шафранський В.В., Миронюк І.С., Качала Л.О. Громадське здоров'я як наукова спеціальність // Архів офтальмології України. – 2017. – Т.5. – №1 (7) – С. 12-15.

Слабкий Г.О. Громадське здоров'я як предмет викладання / Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Шафранський В.В., Качала Л.О. // Здоров'я нації. – 2017. – №2 (43). – С. 103-106.

Жданова О. В., Слабкий Г. О., Потокій Н. Й. Концептуальні підходи до забезпечення здорового способу життя студентської молоді // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. – №2 (84). – С. 4–9.

Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Білак-Лук'янчук В.Й., Кручаниця В.В. Готуємо магістрів громадського здоров'я // Сучасні медичні технології, № 2, 2020. – С. 32-39.

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Білак-Лук'янчук В.Й. Щодо оволодіння магістрами теоретичними та практичними компетенціями відповідно до основних оперативних функцій громадського здоров'я / Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк, В.Й. Білак-Лук'янчук // Україна. Здоров'я нації. – 2020. – № 1 (58). – С. 39-48.

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Брич В.В., Білак-Лук'янчук В.Й., Маркович В.П., Потокій Н.Й., Яцина А.Т., Фейса І.І., Гуцол І.Я. Освітньо-наукова програма підготовки магістрів громадського здоров'я Ужгородського національного університету очима стейкхолдерів // Україна. Здоров'я нації. 2020. – №3. – С. 67-72.

Слабкий Г.О., Білак-Лук'янчук В.Й., Кручаниця В.В. Медико-демографічні показники дитячого населення Закарпатської області як проблема громадського здоров'я регіону / Г.О. Слабкий, В.Й. Білак-Лук'янчук, В.В. Кручаниця // Україна. Здоров'я нації. – 2019. – № 4 (57). – С. 35-40.

Слабкий Г.А., Миرونюк І.С., Білак-Лукьянчук В.І., Маркович В.П., Яцина А.Т., Гуцол І.Я., Фейса І.І. Соціальні детермінанти і ресурси здоров'я в Основах Європейської політики і стратегії для ХХІ століття: Здоров'я 2020 // Економіка і право охорони здоров'я. – 2020. – №2. – С 5-7.

Якимець В.М., Печиборщ В.П., Волянський П.Б., Кушнір В.А., Вороненко В.В., Слабкий Г.О. Функціональна підсистема медичного захисту населення при надзвичайних ситуаціях Сполучених Штатів Америки та України – порівняльна характеристика // Україна. Здоров'я нації. 2020. № 3/1 (61). - С. 29-45.

Крім того були зроблені доповіді на наступних конференціях:

Слабкий Г.О., Шафранський В.В., Миرونюк І.С., Качала Л.О. Першочергові завдання громадського здоров'я в Україні // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції до Всесвітнього дня здоров'я 2017 р. «Депресія: давай поговоримо». Київ. 6-7 квітня. – С. 48-50.

Слабкий Г.О., Миرونюк І.С., Шафранський В.В., Качала Л.О. Завдання та функції системи громадського здоров'я регіонального рівня // Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції «Вплив науково-технічного прогресу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення». Київ, 14-15 липня 2017. – С. 87-90.

Слабкий Г.О., Миرونюк І.С., Шафранський В.В., Качала Л.О. До міжсекторального підходу в системі громадського здоров'я // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Медицина ХХІ століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень». 28-29 липня 2017. – Дніпро, 2017. – С. 36-31.

Миرونюк І.С., Слабкий Г.О., Білак-Лук'янчук В.Й., Брич В.В. Актуальні питання підготовки кадрів для системи громадського здоров'я України. Матеріали першого міжнародного україно-німецького симпозіуму з громадського здоров'я «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики сьогодення і перспективи розвитку», (м. Тернопіль, 25-26 вересня 2019 року). – Тернопіль: «Укрмедкнига», 2019. С. 30–32.

Слабкий Г.О., Миرونюк І.С., Білак-Лук'янчук В.Й., Моніторинг надзвичайних ситуацій в області громадського здоров'я на регіональному рівні як важлива функція обласних центрів громадського здоров'я (на прикладі Закарпатської області). Abstracts of V International Scientific and Practical Conference Barcelona, Spain, 17-19 May 2020 – P. 184–188.

Слабкий Г.О., Білак-Лук'янчук В.Й. Проблема стигми та дискримінації ВІЛ-позитивних людей в Україні / Г.О. Слабкий, В.Й. Білак-Лук'янчук // Матеріали 5th International Scientific Conference Science progress in European countries: new concepts and modern solutions, Штутгарт, Німеччина, 28th February 2019. – Штутгарт, 2019 – С. 481-493.

Volodymyr P. Markovych, Valeriya V. Brych, Ivan S. Myronyuk, Hennadiy O. Slabkiy. Чому Україні необхідно інвестувати в профілактику і реабілітацію / Abstract book

«Public health in Ukraine – Modern challenges and developing prospects», 23-24 April 2020, Sumy, Ukraine // Wiadomości Lekarskie (Польща). – Volume LXXIII, ISSUE 5, May 2020. – P. 1069.

Слабкий Г.О., Миرونюк І.С., Білак-Лук'янчук В.Й. Спільні задачі первинної медико-санітарної допомоги та системи громадського здоров'я по збереженню здоров'я населення // тези доп. учасників міжнародної науково-практичної конференції «Міждисциплінарні аспекти скринінгу, профілактики та лікування в роботі лікаря первинної ланки» (Україна. м. Ужгород, 8–9 квітня 2020 р.). Здоров'я Нації, Ужгород, 2020. №2. С.171.

Миرونюк І.С., Слабкий Г.О., Білак-Лук'янчук В.Й. Актуальні питання підготовки та майбутнього працевлаштування магістрів громадського здоров'я Матеріали Всеукраїнської науково-практичної он-лайн конференції «Профілактика захворюваності та смертності серед дітей та підлітків, пов'язаних з ризикованою поведінкою», Запоріжжя, 21 травня 2020. - С. 58.

Білак-Лук'янчук В.Й. Особливості формування програм контролю за інфекційними хворобами в Закарпатській області та на її адміністративних територіях / В.Й. Білак-Лук'янчук, І.С. Миرونюк, Г.О. Слабкий, Д.М. Морека, Д.М. Леньо // Actual trends of modern scientific research. Abstracts of the 1st International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Munich, Germany. 2020. Pp. 70-76.

Слабкий Г.О., Миرونюк І.С., Дуфинець В.А., Білак-Лук'янчук В.Й., Брич В.В., Потокій Н.Й., Гуцол І.Я. Підготовка до проведення оцінки та управління якістю життя населення як складова загальної підготовки магістрів громадського здоров'я / Modern science: problems and innovations. Abstracts of the 8th International scientific and practical conference. SSPG Publish. Stockholm, Sweden. 2020. P. 84-88.

Слабкий Г.О., Миرونюк І.С., Дуфинець В.А., Білак-Лук'янчук В.Й., Брич В.В., Потокій Н.Й., Гуцол І.Я. Щодо вивчення магістрами громадського здоров'я методології формування програм збереження здоров'я населення на рівні об'єднаної громади / Fundamental and applied research in the modern world. Abstracts of the 3rd International scientific and practical conference. BoScience Publisher. Boston, USA. 2020. P. 565-568.

Слабкий Г.А., Миرونюк І.С., Брич В.В., Білак-Лукьянчук В.І., Потокій Н.І. Основи Європейської політики і стратегія для ХХІ століття: здоров'я, фактори образу життя і поведінки / Матеріали конференції «Актуальні питання громадського здоров'я» (20 лютого 2020 року, м. Ужгород). – Економіка і право охорони здоров'я. – 2020. – №2 (12). – С. 70.

За період епідемії COVID-19 було проаналізовано розвиток епідемії в регіоні та підготовлено публікації:

Білак-Лук'янчук В.Й., Миرونюк І.С., Слабкий Г.О., Роль обласного центру громадського здоров'я в інформуванні населення про розвиток пандемії коронавірусу та засобах профілактики зараження (на прикладі Закарпатської області). Perspectives of world science and education Abstracts of IX International Scientific

and Practical Conference Osaka, Japan, 20-22 May 2020. – С. 333–339.

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Білак-Лук'янчук В.Й., Брич В.В., Потокий Н.Й., Яцина А.Т., Гуцол І.Я., Фейса І.І. Діяльність системи громадського здоров'я по збереженню здоров'я населення в період пандемії COVID-19 (на прикладі Закарпатської області) / Eurasian scientific congress. Abstracts of the 8th International scientific and practical conference. Barca Academy Publishing, Barcelona, Spain. 2020. P. 80-85.

За результатами наукових досліджень внесено наступні галузеві нововведення, які МОЗ та НАМН України рекомендували для впровадження:

Слабкий Г. О., Дудник С. В., Скрип В. В. Методологія оцінки стану здоров'я населення та діяльності системи охорони здоров'я в регіональному аспекті. Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я. 2017, вип. 3. Реєстр. № 251/3/16.

Слабкий Г. О., Миронюк І. С., Дудник С. В., Качала Л. О., Крисько М. О., Білак-Лук'янчук В. І. Шляхи та заходи інтеграції медичною допомогою з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень. Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я. 2017, вип. 3. Реєстр. № 259/3/16.

Миронюк І. С., Шафранський В. В., Закрутько Л. І., Качала Л. О., Дудник С. В. Система підготовки магістрів за навчально-науковою програмою. Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я. 2018, вип. 4. Реєстр. № 227/4/17.

Слабкий Г. О., Миронюк І. С., Шафранський В. В., Закрутько Л. І., Качала Л. О., Дудник С. В. Функціонально-структурна модель регіонального центру громадського здоров'я. Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я. 2018, вип. 4. Реєстр. № 228/4/17.

Слабкий Г. О., Миронюк І. С., Шафранський В. В., Закрутько Л. І., Качала Л. О., Дудник С. В. Задачі та функції громадського здоров'я регіонального рівня. Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я. 2018, вип. 4. Реєстр. № 229/4/17.

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Білак-Лук'янчук В.Й., Закрутько Л.І., Качала Л.О., Дудник С.В. Модель концептуальних підходів до подолання стигми та дискримінації по відношенню до ЛЖВ. Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я. 2018, вип. 4. Реєстр. № 230/4/17.

Слабкий Г. О., Миронюк І. С., Шафранський В. В., Закрутько Л. І., Дудник С. В. Функціонально-організаційна система громадського здоров'я України. Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я. 2018, вип. 4. Реєстр. № 231/4/17.

Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Білак-Лук'янчук В.Й., Закрутько Л.І., Качала Л.О., Дудник С.В. Функціонально-організаційна модель подолання стигми та дискримінації по відношенню до людей, що живуть з ВІЛ. Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я. 2018, вип. 4. Реєстр. № 234/4/17.

Слабкий Г. О., Миронюк І. С., Шафранський В. В., Закрутько Л. І., Качала Л. О., Дудник С. В. Задачі та функції громадського здоров'я центрального рівня. Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я. 2018, вип. 4. Реєстр. № 235/4/17.

Важливою складовою наукового забезпечення розвитку системи громадського здоров'я та наукової діяльності кафедри є залучення магістрів до даного виду діяльності. Тематику магістерських робіт затвердженні наступні, які стосуються вказаної тематики:

- Епідемічна ситуація в Закарпатській області на вакцинованості інфекції, як проблема громадського здоров'я;

- Захворюваність населення Закарпатської області на туберкульоз та заходи подолання епідемії в системі громадського здоров'я;

- Рівень санітарної освіти міського населення, як фактор формування відповідального ставлення до особистого здоров'я та шляхи її підвищення в системі громадського здоров'я;

- Характеристика інтернет-залежностей студентської молоді та її вплив на якість життя та рівень навчання;

- Обґрунтування системи моніторингу захворювань населення на інфекційні хвороби на регіональному рівні в системі громадського здоров'я;

- Закарпаття, як ендемічна зона йододефіциту, його вплив на здоров'я та шляхи подолання в системі громадського здоров'я;

- Епідеміологія дітей з особливими потребами в Закарпатській області та шляхи забезпечення їх якості життя в умовах впровадження системи громадського здоров'я;

- Технології та способи кризової комунікації при надзвичайних ситуаціях в системі громадського здоров'я та інші.

За 2019–2020 навчальний рік магістрами підготовлено більше 50 наукових публікацій в тому числі 15 в фахових наукових журналах із яких 11 самостійних. Опубліковано 35 тез в матеріалах міжнародних та національних наукових конференцій. 3 магістрів стали переможцями студентських міжнародних конференцій в м. Самарканді (Узбекистан) та Михайлівці (Словаччина).

Результати даної діяльності знаходять відображення при підготовці методичного забезпечення навчального процесу підготовки магістрів громадського здоров'я. Так, за останній час були підготовлені та видані наступні навчально-методичні матеріали:

Терміни в системі громадського здоров'я. Термінологічний словник. Перша частина / Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк, В.В. Брич, В.Й. Білак-Лук'ячук, Маркович В.П., Кручаниця В.В., Фейса І.І., та ін. – Ужгород, 2020 – 149 с.

Терміни в системі громадського здоров'я. Термінологічний словник. Друга частина / Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк, В.В. Брич, В.Й. Білак-Лук'ячук, Маркович В.П., Кручаниця В.В., Фейса І.І., Покотій Н.Й. та ін. – Ужгород, 2020 – 198 с.

Терміни в системі громадського здоров'я. Термінологічний словник. Третя частина / Г.О. Слабкий, І.С. Миронюк, В.В. Брич, В.Й. Білак-Лук'ячук, Маркович В.П., Кручаниця В.В., Фейса І.І., Покотій Н.Й. та ін. – Ужгород, 2020 – 95 с.

Основи харчування: підручник / М.І. Кручаниця, І.С. Миронюк, Н.В. Розумикова, В.В. Кручаниця, В.В. Брич, В.П. Кіш. – Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2019. – 252 с.

Знаменська М.А., Слабкий Г.О., Знаменська Т.К., Жданова О.В. Комунікації в охороні здоров'я. Навчальний посібник. Житомир. Видавець О.О.Євенок, 2019. – 40 с.

Методичні рекомендації до проведення практичних занять з дисципліни «Громадське здоров'я з основами

епідеміології» / укладачі: І.С. Миронюк, В.В. Брич; Ужгород, 2020. 60 с.

Методичні рекомендації до проведення практичних занять з дисципліни «Основи раціонального харчування» / укладачі: В.В. Брич, І.С. Миронюк, М.М. Дуб; Ужгород, 2020. – 94 с.

Методичні рекомендації до практичних занять з дисципліни «Основи здорового способу життя» / Укладачі: В.В. Брич, І.С. Миронюк, М.М. Дуб, В.Й. Білак-Лук'ячук; Ужгород, 2020. 75 с.

Збірник матеріалів щодо здорового харчування (для працівників системи охорони здоров'я). В.В. Брич, В.Й. Білак-Лук'ячук., Г.О. Слабкий. Ужгород, 2020. – 60 с.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням розвитку системи охорони громадського здоров'я в Закарпатській області.

Висновки

Для науковців Ужгородського національного університету і безпосередньо кафедри наук про здоров'я наукові дослідження з розвитку системи охорони громадського здоров'я є пріоритетними.

Література

1. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, (документ EUR/RC62/12), 2012. 52 с.
2. Основы Европейской политики поддержки государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, (документ EUR/RC62/12). 2012. Доступно з: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.
3. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України №1002-р від 30.11.2016 Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80>.
4. Про внесення змін до постанови КМУ від 29.04.2015 р. № 266 : постанова КМУ від 02.02.2017 р. № 53 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрана.
5. Про розвиток системи громадського здоров'я в Україні : матеріали круглого столу, 22.04.2016 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20160423_a.html. – Назва з екрана.
6. Жаліло Л. І. Державне регулювання охорони громадського здоров'я: методичні рекомендації / Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк. – Київ : НАДУ, 2009. – 66 с.
7. Москаленко М. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : монографія / М. Ф. Москаленко. – Київ : Книга плюс, 2008. – 320 с.
8. Кульгінський Є. Теоретико-методологічні основи «здоров'я у всіх державних політиках» як базовий принцип забезпечення розвитку суспільного здоров'я / Є. Кульгінський // Ефективність державного управління : зб. наукових праць. – 2015. – Вип. 44. – С. 43–52.
9. Інструменти самооцінки виконання основних оперативних функцій охорони громадського здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ. Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2017. – 120 с.

References

1. Europejskiy plan deistviy po ukrepleniyu potentsyala y usluh obshchestvennogo zdravookhraneniya. Kopenhagen: Evropeyskoe rehyonalnoe biuro VOZ, (dokument EUR/RC62/12), 2012. 52 s.
2. Osnovy Evropeyskoy politiki podderzhki gosudarstva i obschestva v interesah zdorovya i blagopoluchiya. Kopenhagen: Evropeyskoe regionalnoe byuro VOZ, (dokument EUR/RC62/12). 2012. Dostupno z: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.
3. Pro skhvalennia Kontseptsii rozvytku systemy hromadskoho zdorovia: Rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy №1002-r vid 30.11.2016 Dostupno z: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80>.

4. Pro vnesennia zmin do postanovy KМУ vid 29.04.2015 r. № 266: postanova KМУ vid 02.02.2017 r. № 53 [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu : <http://www.kmu.gov.ua>. – Nazva z ekrana.
5. Pro rozvytok systemy hromadskoho zdorovia v Ukraini: materialy kruhloho stolu, 22.04.2016 r. [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20160423_a.html. – Nazva z ekrana.
6. Zhalilo L. I. Derzhavne rehuliuвання okhorony hromadskoho zdorovia: metodychni rekomendatsii / L. I. Zhalilo, O. I. Martyniuk. – Kyiv: NADU, 2009. – 66 s.
7. Moskalenko M. F. Pryntsyпы pobudovy optymalnoi systemy okhorony zdorovia: ukrainskyi kontekst : monohrafiia / M. F. Moskalenko. – Kyiv: Knyha plius, 2008. – 320 s.
8. Kulhynskiy Ye. Teoretyko-metodolohichni osnovy «zdorovia u vsikh derzhavnykh politykakh» yak bazoviy pryntsyyp zabezpechennia rozvytku suspilnoho zdorovia / Ye. Kulhynskiy // Efektyvnist derzhavnoho upravlinnia: zb. naukovykh prats. – 2015. – Vyp. 44. – S. 43–52.
9. Instrumentu samoosinky vykonannia osnovnykh operatyvnykh funktsii okhorony hromadskoho zdorovia v Yevropeiskomu rehioni VOOZ. Yevropeiske rehionalne biuro VOOZ, 2017 – 120 s.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.10.2020 р.

Мета: оцінити виконання в Ужгородському національному університеті ОФОГЗ «Сприяння розвитку наукових досліджень у сфері охорони здоров'я для наукового обґрунтування політики та практики».

Матеріали та методи. Під час виконання дослідження було використано аналітичний метод та метод структурно-логічного аналізу. Матеріалами дослідження стали матеріали наукової діяльності співробітників кафедри наук про здоров'я УжНУ. Дослідженням охоплено період 2017–2020 років.

Результати. Працівниками кафедри наук про здоров'я проводиться значна наукова діяльність у напрямку наукового забезпечення розвитку системи охорони громадського здоров'я яка полягає в виконанні науково-дослідну роботу «Медико-демографічна та санітарно-епідеміологічна ситуація в Закарпатській області як чинник формування регіональної системи громадського здоров'я». Крім того проводяться оригінальні дослідження, працівники виступають на наукових конференціях. До даного виду діяльності залучаються магістри.

Висновки. Для науковців Ужгородського національного університету і безпосередньо кафедри наук про здоров'я наукові дослідження з розвитку системи охорони громадського здоров'я є пріоритетними.

Ключові слова: наукові дослідження, громадське здоров'я, розвиток, Ужгородський національний університет.

Цель: оценить выполнение в Ужгородском национальном университете ОФООЗ «Содействие развитию научных исследований в сфере охраны здоровья для научного обоснования политики и практики».

Материалы и методы. Во время выполнения исследования были использованы аналитический метод и метод структурно-логического анализа. Материалами исследования стали материалы научной деятельности сотрудников кафедры наук о здоровье УжНУ. Исследованием охвачен период 2017–2020 годов.

Результаты. Сотрудниками кафедры наук о здоровье проводится значительная научная деятельность в направлении научного обеспечения развития системы общественного здоровья, которая состоит в выполнении научно-исследовательской работы «Медико-демографическая и санитарно-эпидемиологическая ситуация в Закарпатской области как составляющая формирования региональной системы общественного здоровья». Кроме того, проводятся оригинальные исследования, сотрудники выступают на научных конференциях. К данному виду деятельности привлекаются магистры.

Выводы. Для научных сотрудников Ужгородского национального университета и непосредственно кафедры наук о здоровье научные исследования по развитию системы охраны общественного здоровья являются приоритетными.

Ключевые слова: научные исследования, общественное здоровье, развитие, Ужгородский национальный университет.

The goal of study: to evaluate the implementation at Uzhhorod National University of OFOPH "Promoting the development of scientific research in the field of health care for scientific justification of policy and practice".

Materials and methods. Analytical method and method of structural-and-logical analysis were applied in the course of study. The materials of scientific activity of employees of the Department of Health Sciences of UzhNU were used as the materials of this study. The study covered the period 2017–2020.

Results. Employees of the Department of Health Sciences conduct significant scientific activity in the direction of scientific support of the development of the public health system, which consists in the implementation of research work "Medical-and-demographic and sanitary-and-epidemiological situation in Transcarpathian region as a factor of formation of the regional public health system". In addition, original researches are conducted, employees take part in scientific conferences. Masters are involved in this type of activity.

Conclusions. For scientists of Uzhhorod National University and directly the Department of Health Sciences, scientific researches on the development of the public health system are a priority.

Key words: scientific research, public health, development, Uzhhorod National University.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна. g.slabkiy@ukr.net.

Миرونюк Іван Святославович – д.мед.н., проф., декан факультету здоров'я та фізичного виховання, професор кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна. ivan.mironyuk@gmail.com.

Брич Валерія Володимирівна – к.мед.н., доцент кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна. leravvv79@gmail.com.

Дуфинець Василь Андрійович – д.мед.н., доцент кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна. vizis.mukachevo@gmail.com.

Білак-Лук'янчук Вікторія Йосипівна – к.мед.н., доцент кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000 пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна. bilak.vika@gmail.com.

Корольчук Олена Ласлівна – кандидат наук з державного управління, доцент кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000 пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна.

Бугусов Олександр Дмитрович – кандидат економічних наук, доцент кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000 пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна.

Фейса Іван Іванович – старший викладач кафедри громадського здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000 пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна.

Степаненко Алла Василівна – д.мед.н., професор, професор кафедри організації медичного забезпечення збройних сил, Українська військово-медична академія Міністерства оборони України; м. Київ, вул. Московська 45/1, будівля 33 01015, Україна. step.alla@ukr.net.

Миرونюк В.І.

Контроль комплаєнсу в програмах деінституалізації психіатричної допомоги пацієнтам з депресивними розладами

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

viktoriia.myroniuk1994@gmail.com

Миرونюк В.І.

Контроль комплаєнсу в програмах деінституалізації психіатричної допомоги пацієнтам з депресивними розладами
ГБУЗ «Ужгородський національний університет»,
г. Ужгород, Україна

Myronyuk V.I.

Compliance control in psychiatric care deinstitutionalization program for patients with depressive disorders
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

Вступ

Країни Європейського регіону, як і більшість країн світу, розглядають майбутні системи надання психіатричної допомоги в її масимальній де інституалізації. При цьому в різних країнах напрацьовано вже як позитивний, так і негативних досвід реалізації програм деінституалізації служб збереження психічного здоров'я населення [1]. Процес реформування психіатричної допомоги з досвіду різних країн містить три базові компоненти: переведення хворих, які живуть у стаціонарах, на обслуговування за місцем проживання, тобто амбулаторне спостереження закладах охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги: Центрах первинної медичної допомоги чи амбулаторії сімейної медицини або їх спільне спостереження за хворими; запобігання випадкам госпіталізації в стаціонар за допомогою альтернативних служб; розвиток цих альтернативних служб для осіб психіатричного спрямування поза межами стаціонару [2]. Тому, на сьогодні комбіновано або ізольовано реалізується два основні напрямки реформування служб охорони психічного здоров'я: інтеграція із загальною медициною, тобто в психіатричних лікарнях скорочуються психіатричні ліжка (або лікарні взагалі закривають) і переміщуються до загальносоматичних стаціонарів та розвиток громадсько-орієнтованої психіатрії, тобто скорочуються психіатричні ліжка, а згодом психіатричні лікарні закривають, натомість відкриваються альтернативні служби психіатричної допомоги [2,3]. ВОЗ констатує, що головним завданням для країн Європейського регіону стало розширення ролі первинної ланки медико-санітарної допомоги, яке повинно працювати в тісному партнерстві з мультидисциплінарними групами з охорони психічного здоров'я в установах, наближених до населення [4]. У найближчі десятиліття

прогнозується збільшення тягаря психічних розладів. До 2020 р можна очікувати, що на їх частку припадатиме 15 років життя, втрачених внаслідок інвалідності.

Спеціалісти вказують, що депресія стане другою найбільш поширеною причиною інвалідності в усьому світі [5]. Люди з поширеними психічними порушеннями, такими як депресія і тривожні стани, часто звертаються до установ первинної медико-санітарної допомоги з різноманітними соматичними симптомами. Інтегрована в первинну медико-санітарну допомогу служба охорони психічного здоров'я сприяє ранньому виявленню та лікуванню подібних розладів, тим самим приводячи до зменшення показників інвалідизації населення від психічних захворювань [3].

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати необхідність впровадження заходів контролю комплаєнсу у пацієнтів з депресивними розладами як одну із умов ефективної деінституалізації надання їм психіатричної допомоги.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження стали результати науково-прикладних досліджень питань впровадження програм деінституалізації служб охорони психічного здоров'я, контролю комплаєнсу пацієнтів з психічними порушеннями. Також опрацьовувалися документи ВОЗ, що визначають позицію щодо організаційних засад збереження та укріплення психічного здоров'я та відповідні регламентуючі документи України, що декларують напрями реформи психіатричної допомоги населенню. При проведенні дослідження було використано наступні методи: бібліосемантичний, контент-аналізу, структурно-логічного аналізу та описового моделювання.

Результати дослідження та їх обговорення

Україна, як і більшість країн світу обрала шлях на деінституалізацію системи спеціалізованої медичної допомоги в напрямку збереження психічного здоров'я населення. На момент впровадження реформи надання психіатричної допомоги на державному рівні було окреслено низку основних компонентів проблем у сфері охорони психічного здоров'я в Україні [6]:

- слабка обізнаність щодо психічного здоров'я у суспільстві, що призводить до стигматизації та несвоєчасного звернення по професійну допомогу;
- недосконалість національного законодавства у сфері психічного здоров'я та порушення прав людей з проблемами психічного здоров'я;
- відсутність системи профілактики психічних розладів, що базується на фактичних даних, та ефективної популяризації психічного здоров'я;
- недосконалість регулювання діяльності у сфері охорони психічного здоров'я;
- низький рівень кадрового забезпечення психологами, психотерапевтами, соціальними працівниками та іншим персоналом, який залучається до надання допомоги у сфері психічного здоров'я, недостатність системи формування та підтримки професійних компетентностей серед фахівців у сфері психічного здоров'я та інших суміжних професій;
- відсутність системного впровадження галузевих та міжгалузевих стандартів у сфері охорони психічного здоров'я та контролю якості допомоги у зазначеній сфері;
- надмірна зосередженість допомоги у сфері психічного здоров'я у спеціалізованих закладах охорони здоров'я та інтернатних закладах системи соціального захисту;
- низька доступність психологічної та психотерапевтичної допомоги;
- дефіцит служб, які б базувалися на рівні територіальних громад, реабілітаційних і соціальних послуг;
- відсутність систем підтриманого працевлаштування та зайнятості, підтриманого проживання; відсутність ефективної системи підтримки сімей осіб, що доглядають за особами з психічними захворюваннями, а також недостатній розвиток кризової психологічної допомоги та програм раннього втручання на рівні територіальних громад;
- обмежене використання сучасних технологій, методів та процедур оцінки у сфері психічного здоров'я та надання допомоги особам з проблемами психічного здоров'я під час надання первинної медичної допомоги;
- недостатня диференційованість надання допомоги у сфері охорони психічного здоров'я з урахуванням чутливості до потреб різних груп суспільства та обмежена участь і залучення осіб з психічними та інтелектуальними порушеннями та членів їх сімей до планування допомоги, її реалізації та оцінки;
- відсутність ефективного адміністрування та моніторингу у сфері охорони психічного здоров'я, недостатня координація між різними державними

органами у наданні допомоги особам з проблемами психічного здоров'я.

Саме на етапне вирішення визначених проблем системи збереження психічного здоров'я населення направлені заходи, в тому числі і інституційних змін, викладені в адаптованій клінічній настанові «Організація служб охорони психічного здоров'я» Державного експертного центру МОЗ України [7]. Серед основних завдань України на шляху створення нової системи надання психіатричної допомоги населенню до 2030 року є низка, направлених на створення основ максимальної деінституалізації психіатричної допомоги пацієнтам з психічними захворюваннями, в тому числі і з депресивними розладами за межами спеціалізованих стаціонарів. Зокрема, Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року передбачає розвиток позастанціонарних форм надання спеціалізованої допомоги, створення системи кризового консультування; поліпшення надання допомоги щодо психічного здоров'я на рівні первинної медичної допомоги; реорганізації процесу надання допомоги в закладах охорони здоров'я на рівні вторинної та третинної медичної допомоги; впровадження чіткого механізму перенаправлення між наявними службами, розвитку мультидисциплінарних команд та міжгалузевої співпраці [6]. Запропоновано модель інтеграції окремих видів спеціалізованої медичної допомоги в загальносоматичну лікувальну мережу. Пропонується до впровадження схема багаторівневої моделі організації медичної допомоги особам з психічними розладами з урахуванням наявної бази установ загальної системи охорони здоров'я. В основу даної стратегії закладений багаторівневий мультидисциплінарний принцип надання медико-соціальної та спеціалізованої психіатричної допомоги населенню. В даній моделі, яка містить низку структурних елементів, допомога пацієнтам з депресивними розладами поза загостренням (супровід і психофармакологічне втручання) забезпечується силами і засобами фельдшерсько-акушерських пунктів, амбулаторіями, медичними пунктами, кабінетами і центрами первинної медико-санітарної допомоги [8].

Депресивні розлади відносяться до одних із самих поширених форм психічних порушень. Так, поширеність розладів депресивного спектру у країнах Європи і США становить на даний час близько 5-10%. Їх поширеність впродовж життя складає 16% [9]. Депресивні розлади є однією з основних причин непрацездатності. Від 45 до 60% випадків самогубств відбувається в депресивному стані.

Лише 50% пацієнтів отримують спеціальне лікування залежно від тяжкості захворювання та статі, при цьому воно адекватне лише у 25% [10].

Важливо враховувати, що у 60% випадків, переважно при недостатній або неадекватній терапії, спостерігаються повторні депресивні епізоди. При першому епізоді депресії ймовірність рецидиву становить 50%, при другому – 70%, при третьому – 90% [11].

Основними причинами появи рецидиву депресій є:

- неправильно підібрана терапія;

- неадекватно підібрана доза;
- низький показник комплаєнсу.

Саме низький показник комплаєнсу пацієнтів з депресивними розладами є однією з основних причин неефективності впровадження заходів, направлених на деінституалізацію допомоги даній категорії пацієнтів, виникненню рецидивів і збільшенню навантаження на систему збереження психічного здоров'я населення, в першу чергу на лікарів-психіатрів.

Часті рецидиви, погіршення перебігу захворювання і необхідність госпіталізації пацієнтів у спеціалізовані стаціонари є причиною невдач на шляху реформування галузі психіатричної допомоги населенню і повернення до системи надання психіатричної допомоги виключно через структурні елементи класичної психіатричної служби. Це явище вказується і спеціалістами ВОЗ як ризик повернення системи до реінституалізації психіатричної допомоги [4].

На основі вищевикладеного нами було змодельовано два варіанти наслідків впровадження компонентів деінституалізації спеціалізованої медичної допомоги за напрямком інтеграції із загальною медициною, коли в психіатричних лікарнях скорочуються психіатричні ліжка і переміщуються до загальносоматичних стаціонарів (рис. 1 та 2). Варіанти розвитку наслідків з точки зору медичної та соціально-економічної складової формувалися за двома крайніми варіантами забезпечення прихильності пацієнтів з

депресивними розладами до лікування та профілактики загострень захворювання: при максимальному рівні контролю комплаєнсу і високому його рівні у пацієнтів з депресивними розладами та при відсутності контролю комплаєнсу і, відповідно, критично низьким рівнем прихильності до лікування пацієнтів даної групи.

За умови повного контролю комплаєнсу у пацієнтів з депресивними розладами не лише створюється підґрунття до ефективного впровадження заходів деінституалізації допомоги, але і забезпечується контрольованість фінансового навантаження на систему медичної допомоги, соціального захисту і власне пацієнта. При цьому зменшення робочого навантаження на медичних працівників дає кредит робочого часу на впровадження власне заходів підтримки високого рівня комплаєнсу у пацієнта (мотиваційне консультування та інше).

При відсутності контролю комплаєнсу у пацієнтів з депресивними розладами не лише стає неефективним впровадження заходів деінституалізації допомоги, але і значно зростає фінансове навантаження на систему медичної допомоги, соціального захисту і власне пацієнта та його близького оточення. При цьому зростає робоче навантаження на медичних працівників для безпосереднього надання спеціалізованої медичної допомоги і робочого часу на впровадження власне заходів підтримки високого рівня комплаєнсу у пацієнта не залишається.



Рис. 1. Модель наслідків впровадження компонентів деінституалізації спеціалізованої медичної допомоги за напрямком інтеграції із загальною медициною при умові повного контролю комплаєнсу

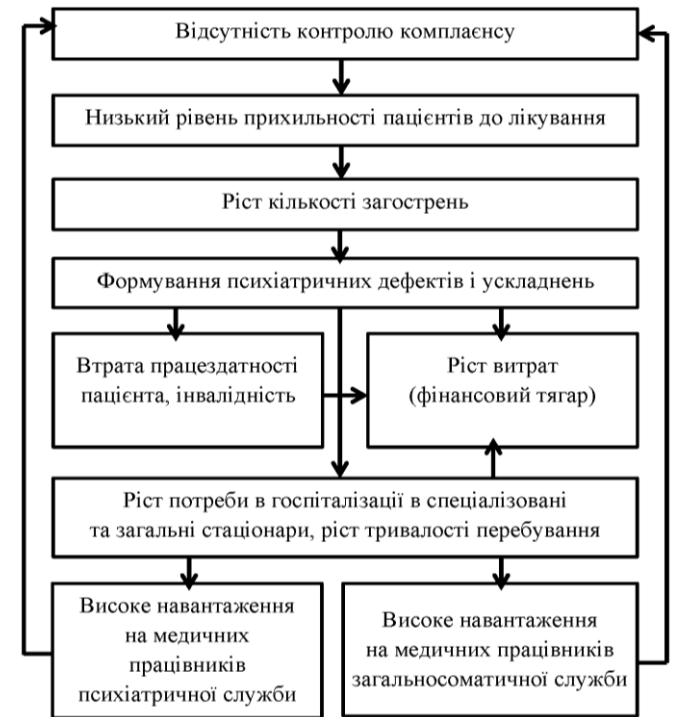


Рис. 2. Модель наслідків впровадження компонентів деінституалізації спеціалізованої медичної допомоги за напрямком інтеграції із загальною медициною при умові відсутності контролю комплаєнсу

Висновки

За результатами проведеного дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Система охорони психічного здоров'я населення в Україні йде шляхом деінституалізації психіатричної допомоги згідно рекомендацій ВООЗ.
2. Ефективність деінституалізації в значній мірі залежить від ефективності медикаментозної терапії, яка в свою чергу пов'язана з комплаєнсом.
3. Вироблення і підтримка високого рівня комплаєнсу у пацієнтів з психічними порушеннями, в тому

числі з депресивними розладами, дає низку переваг для стійкості системи охорони психічного здоров'я в новій деінституалізованій моделі надання психіатричної допомоги населенню в Україні.

Перспективи подальших досліджень полягають в розробці системи комплексних заходів по забезпеченню високого рівня контролю комплаєнсу пацієнтів з депресивними розладами на усіх рівнях надання їм медико-соціальної допомоги як запорука її ефективної деінституалізації.

Література

1. Глузман С. Деинституализация психиатрической помощи в Европе. *НейроNews: психоневрология и нейропсихиатрия*. 2008, № 6 (11). [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://neuronews.com.ua/ru/archive/2008/6%2811%29/article-150/deinstitalizaci-psihiatricheskoy-pomoshchi-v-evrope#gsc.tab=0>.
2. Контекст психического здоровья (Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья). ВОЗ. 2007; 64 с. [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://www.who.int/mental_health/Mental%20Health%20Context_rus.pdf.
3. Политика, планы и программы в области психического здоровья – обновленное издание (Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья). ВОЗ. 2006; 120 с. [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://www.who.int/mental_health/policy/МН%20Policy,%20Plans%20and%20Programmes%20-%20Updated%20version_ru.pdf.
4. The European Mental Health Action Plan 2013–2020. World Health Organization, 2015; 19 p. [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf.
5. Murray C.J.L, Lopez A.D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 projected to 2020. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank 1996. (Global Burden of Disease and Injury Series, Volume 1). [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41864/0965546608_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1018-р. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>.
7. Організація служб охорони психічного здоров'я: клінічна настанова, заснована на доказах. Державний експертний центр МОЗ України, Асоціація психіатрів України. 2017; 94 с.
8. Педак А. Деинституализация или концепция многоуровневой организации психиатрической помощи в Украине. *Архив психиатрии*, 2014; 3 (78). С.19-21.
9. Klaus P Ebmeier, Claire Donaghey, J Douglas Steele, 2006. Recent developments and current controversies in depression. *Lancet*. 2006 Jan 14; 367(9505):153-167.
10. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 р. № 1003. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1003282-14#Text>.
11. Матвієць Л.Г. Основні завдання медичних працівників при лікуванні та профілактиці депресивних розладів на первинній ланці надання медичної допомоги. *Семейная медицина*, 2016; 4 (66). С. 12-16.

References

1. Hluzman S. Deynstytualyzatsy psykhyatrycheskoi pomoshchy v Evrope. *NeiroNews: psykhonevrolohyia y neiropsykhyatryia*. 2008, № 6 (11). [Elektronnyi resurs] – Rezhym dostupu: <https://neuronews.com.ua/ru/archive/2008/6%2811%29/article-150/deinstitalizaci-psihiatricheskoy-pomoshchi-v-evrope#gsc.tab=0>
2. Kontekst psykhycheskoho zdorovia (Svod metodycheskykh rekomendatsiy po voprosam polytyky y okazaniya usluh v oblasti psykhycheskoho zdorovia). VOZ. 2007; 64 s. [Elektronnyi resurs] – Rezhym dostupu: https://www.who.int/mental_health/Mental%20Health%20Context_rus.pdf.
3. Politika, plany i programmy v oblasti psihicheskogo zdorovya – obnovennoe izdanie (Svod metodicheskikh rekomendatsiy po voprosam politiki i okazaniya usluh v oblasti psihicheskogo zdorovya).VOZ. 2006; 120 s. [Elektronnyi

resurs] – Rezhym dostupu: https://www.who.int/mental_health/policy/МН%20Policy,%20Plans%20and%20Programmes%20-%20Updated%20version_ru.pdf.

4. The European Mental Health Action Plan 2013–2020. World Health Organization, 2015; 19 p. [Elektronnyi resurs] – Rezhym dostupu: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf.

5. Murray C.J.L, Lopez A.D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 projected to 2020. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank 1996. (Global Burden of Disease and Injury Series, Volume 1). [Elektronnyi resurs] – Rezhym dostupu: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41864/0965546608_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

6. Pro skhvalennia Kontseptsii rozvytku okhorony psykhnichnoho zdorovia v Ukraini na period do 2030 roku: rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 27 hrudnia 2017 r. № 1018-r. [Elektronnyi resurs] – Rezhym dostupu: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>.

7. Orhanizatsiia sluzhb okhorony psykhnichnoho zdorovia: klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh. Derzhavnyi ekspertnyi tsentr MOZ Ukrainy, Asotsiatsiia psykhiatriv Ukrainy. 2017; 94 s.

8. Pedak A. Deynstyualyzatsiia yly kontseptsyiia mnohourovnevoi orhanyzatsyi psykhyatrycheskoi pomoshchy v Ukraini. Arkhiv psykhiatrui, 2014; 3 (78). S.19-21.

9. Klaus P Ebmeier , Claire Donaghey, J Douglas Steele, 2006. Recent developments and current controversies in depression. Lancet. 2006 Jan 14; 367(9505):153-167.

10. Unifikovani klinichni protokoli pervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy: nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 25 hrudnia 2014 r. № 1003. [Elektronnyi resurs] – Rezhym dostupu: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1003282-14#Text>.

11. Matviets L.H. Osnovni zavdannia medychnykh pratsivnykiv pry likuvanni ta profilaktytsi depresyvykh rozladiv na pervynni lantsi nadannia medychnoi dopomohy. Semeinaia medytsyna, 2016; 4 (66). S. 12-16.

Дата надходження рукопису до редакції: 16.10.2020 р.

Мета: теоретично обґрунтувати необхідність впровадження заходів контролю комплаєнсу у пацієнтів з депресивними розладами як одну із умов ефективної деінституалізації надання їм психіатричної допомоги.

Матеріали та методи. В дослідженні було використано наступні методи: бібліосемантичний, контент-аналізу, структурно-логічного аналізу документів ВОЗ, що визначають позицію щодо організаційних засад збереження та укріплення психічного здоров'я та відповідні регламентуючі документи України, що декларують напрями реформи психіатричної допомоги населенню та описового моделювання.

Результати. Серед основних завдань України на шляху створення нової системи надання психіатричної допомоги населенню до 2030 року є направлені на створення основ максимальної деінституалізації психіатричної допомоги пацієнтам з психічними захворюваннями, в тому числі і з депресивними розладами за межами спеціалізованих стаціонарів. Депресивні розлади відносяться до одних із самих поширених форм психічних порушень і у 60% випадків, переважно при недостатній або неадекватній терапії, спостерігаються повторні депресивні епізоди. Саме низький показник комплаєнсу пацієнтів з депресивними розладами є однією з основних причин неефективності впровадження заходів, направлених на деінституалізацію допомоги даній категорії пацієнтів. Представлено результати моделювання наслідків впровадження компонентів деінституалізації спеціалізованої медичної допомоги за напрямком інтеграції із загальною медициною: варіант при повному контролі комплаєнсу пацієнтів з депресивними розладами та варіант при відсутності контролю комплаєнсу у даній категорії пацієнтів.

Висновки. Вироблення і підтримка високого рівня комплаєнсу у пацієнтів з психічними порушеннями, в тому числі з депресивними розладами, дає низку переваг для стійкості системи охорони психічного здоров'я в новій деінституалізованій моделі надання психіатричної допомоги населенню в Україні.

Ключові слова: депресія, комплаєнс, деінституалізація психіатричної допомоги.

Цель: теоретически обосновать необходимость внедрения мер контроля комплаенса у пациентов с депрессивными расстройствами как одно из условий эффективной деинституализации предоставления им психиатрической помощи.

Материалы и методы. В исследовании были использованы следующие методы: библиосемантичный, контент-анализа, структурно-логического анализа документов ВОЗ, определяющих позицию относительно организационных основ сохранения и укрепления психического здоровья и соответствующие регламентирующие документы Украины, которые декларируют направления реформы психиатрической помощи населению и описательного моделирования.

Результаты. Среди основных задач Украины на пути создания новой системы оказания психиатрической помощи населению до 2030 года есть направленные на создание основ максимальной деинституализации психиатрической помощи пациентам с психическими заболеваниями, в том числе и с депрессивными расстройствами,

вне спеціалізованих стаціонарів. Депресивні розлади належать до одних з найбільш поширених форм психічних порушень і в 60% випадків, переважно при недостатньому або неадекватній терапії, спостерігаються повторні депресивні епізоди. Саме низький показник комплаєнс пацієнтів з депресивними розладами є однією з основних причин неефективності впровадження заходів, спрямованих на деінституціалізацію допомоги цій категорії пацієнтів. Представлені результати моделювання наслідків впровадження компонентів деінституціалізації спеціалізованої медичної допомоги по напрямку інтеграції з загальною медициною: варіант при повному контролі комплаєнса пацієнтів з депресивними розладами і варіант при відсутності контролю комплаєнса в цій категорії пацієнтів.

Висновки. Розробка і підтримання високого рівня комплаєнса у пацієнтів з психічними порушеннями, в тому числі з депресивними розладами, дає ряд переваг для стійкості системи охорони психічного здоров'я в новій деінституціалізованій моделі надання психіатричної допомоги населенню в Україні.

Ключові слова: депресія, комплаєнс, деінституціалізація психіатричної допомоги.

Objective: to theoretically substantiate the need to implement compliance control measures in patients with depressive disorders as one of the conditions for effective deinstitutionalization of psychiatric care.

Materials and methods. The study used the following methods: biblio-semanti, content analysis, structural and logical WHO document analysis, which are determining the position on the organizational principles of preservation and strengthening of mental health and related regulatory documents of Ukraine, which declare areas of reform of psychiatric care and descriptive modeling.

Results. The main tasks of Ukraine towards the establishment of a new system of psychiatric care by 2030 are focused on providing a basis for the maximum deinstitutionalization of mental health care for patients with mental disorders, including depressive disorders treatment outside specialized hospitals. Depressive disorders are one of the most common forms of mental disorders and in 60% of cases, mostly with insufficient or inadequate treatment, there are recurrent depressive episodes. The low rate of compliance in patients with depressive disorders is one of the main reasons for the ineffectiveness of measures aimed at deinstitutionalizing care for this category of patients. The results of modeling the consequences of the introduction of components of deinstitutionalization of specialized medical care in the direction of integration with general medicine are presented: an option with full control of compliance of patients with depressive disorders and an option with no control of compliance in this category of patients.

Conclusions. Developing and maintaining a high level of compliance in patients with mental disorders, including depressive disorders, provides a number of benefits to the sustainability of the mental health system in the new deinstitutionalized model of psychiatric care in Ukraine.

Key words: depression, compliance, deinstitutionalization of psychiatric care.

Відомості про автора

Миронюк Вікторія Іванівна – лікар-психіатр, аспірант кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород 88000, Україна.
viktoriia.myroniuk1994@gmail.com.

DOI 10.24144/2077-6594.4.0.2020.220388

Popovičová M., Belovičová M.

Effective communication with the patient as part of nursing care

St. Elizabeth University of Health and Social Work, Bratislava, Slovakia

majapopovicova7361@gmail.com, mriab9@gmail.com

Поповічова М., Беловічова М.

Ефективне спілкування з пацієнтом як частина сестринської допомоги

Вища школа охорони здоров'я та соціальної роботи
Св. Алжбети, м. Братислава, Словаччина

Поповичева М., Беловичова М.

Эффективное общение с пациентом в рамках сестринского ухода

Высшая школа здравоохранения и социальной работы
Св. Елизаветы, г. Братислава, Словакия

Motto:

“Unless we learn to listen to each other and let other know our needs and feelings in a human way, to communicate, we will not be able to provide quality care to our patients, because the healthcare is not only about treating the body but more and more often about treating the soul.”

Jana Karešová

Introduction

Ethics is part of each society's culture. Culture presents learned and kept values, standards, beliefs, traditions and customs of a particular group of people. It affects the patterns of human behavior and thinking. Various ways of living of different cultures cannot be forgotten even in nursing practice. Therefore, it is very important for a nurse to know and in practice to consistently kept to ethical principles. Knowledge of nursing ethics is therefore as important to her as professional knowledge and skills. In today's modern age, the need to address various ethical issues, problems and their importance requires the adherence to ethical principles in health and nursing care. The profession of a nurse as a healthcare giver is not limited only to the choice of good professional practice, but the moral aspect and the high "ethical burden" are increasingly being considered. It takes into account what is moral, correct, ethical, admissible or inadmissible or immoral behavior [1]. The ethics of the nurses are based on the relationship between the suffering, injured, and helping person. The current ethical principles of autonomy, charity, harmlessness, truthfulness, justice, and credibility in health come from the Hippocratic oath and come from the social changes of modern times associated with the influence of liberalism. Nursing Ethics focuses on nursing activities, the role and role of nurses who carry out these professional activities. It is the duty of the nurse to maintain the good of the patient as the main goal of her pursuit and to subject it to the providing of highly qualified nursing care. Ethics is more personal than law, and is dependent on the conscience of man, the law is being impersonal and suppressing undesirable behavior to enforce its demands. Ethics has never defined good only as what is in subjective consciousness. Ethics always strived to know what is morally correct and in practice tried to apply it as a moral

norm [2]. Ethics has an irreplaceable place in the nursing care, resulting from the very nature of human life and coexistence. An essential part of adhering to ethical aspects in the nursing care process is communication. Without productive communication, it is not possible to approach the patient and carry out the nursing process. It is the basis for the formation of the relationship between the nurse and the patient and without communication cannot be reached the start and its development.

Methodology of research

The healing process requires good communication based on ethical principles. The research objective was to analyze the current state of communication of nurses in health care from the point of view of patients and also to establish the level of ethical aspects of communicating with nurses in interaction with the patient.

Based on the main objective, we set the following **partial objectives**:

- Find out if communication between nurses and patients is in line with the ethical aspects of communication.
- Verify whether the age of the respondents is related to the subjective perception of ethical aspects in the communication of nurses.
- Find out whether the education of respondents is related to the subjective perception of ethical aspects in the communication of nurses.
- Map out whether the subjective perception of ethical aspects of nursing communication is related to the facility where the respondent is hospitalized.
- Monitor patient's satisfaction with communication of nurses at workplace.

Methods of data analysis

The sample in our research consists of patients with a deliberate choice. This was a group of patients hospitalized in internal, surgical, neurological, and long-term care wards. We used the tools of descriptive statistics in the descriptive part of the research. We processed the obtained answers by using the Microsoft Office 2013 and statistical software Statistica 13. The processed data are presented in the work by frequency tables with absolute and relative frequency. Hypotheses have been verified by inductive statistics tools. Most of the variables have been chosen as numerical variables with values on a 5-degree scale. To verify the hypotheses we used Spearman's correlation coefficient was used in the sub-hypotheses 2 to 5. We make a decision on the significance of the differences based on the calculated p-value and the importance level of 0.05.

Demographic data

Table 1. Gender of respondents

Gender of respondents	Number	%
Women	68	60
Men	45	40
Together	113	100

The survey was attended by a total of 113 respondents. There were 68 women in the selection file, which made up 60% of the selection and 45 men, it is 40% of selection.

With respect to the research objectives, we divided the respondents according to the institution in which they were hospitalized or located. Altogether, we distributed the questionnaires in 4 different wards of the Hospital of A. Leňa in Humenné and in the Nursing Care House in Veľké Kapušany.

Table 2. Age of respondents

Age of respondents	Number	%
Below 20 years old	6	5
21-30 years old	14	12
31-40 years old	21	19
41-50 years old	31	27
Over 50 years old	41	36
Together	113	100

Patients over the age of 40 prevailed in the selection. The oldest age group – over 50 years – consists of 41 patients. Their share of the selection was 36%. Younger patients, aged 41 to 50, were 31, making up 27% of the sample. At age 31 to 40 years there were 21 patients, i.e. 19% selection. Younger patients under the age of 30 were 17% of those under the age of 20, with only 6 patients, it is 5% of the sample.

Table 3. Education of respondents

Education of respondents	Number	%
Elementary school	12	11
Vocational school	21	19
Secondary school	50	44
Universities	30	27
Together	113	100

Hypothesis 1. Subjective perceptions of ethical aspects of communication are related to the age of patients

As we verified the perceptions of ethical aspects through several questions, the hypothesis was divided into several sub-hypotheses and for each of them we verify the validity of zero or alternative hypothesis.

Table 4. Verification of the 1st hypothesis

Correlation of ethical aspects and age	Correlation coefficient	Test. statistics	p-Value
Willingness to listen	0,556	7,046	1,60E-10
Possibility to show own will	0,501	6,091	1,60E-08
Sharing pleasure and worries	0,5	6,084	1,70E-08
Explanation of procedures	0,421	4,893	3,40E-06
Clarity of expression	0,402	4,628	1,00E-05
Space for expression	0,333	3,715	0,000 3
Importance of greeting and age	-0,027	-0,283	0,778
Enough of time	-0,004	-0,041	0,967

To verify the hypothesis, we calculated the Spearman's correlation coefficient, the corresponding test statistic and the p-values of the test. All relevant and p-value values are calculated in Table 4, and the data are sorted out. Of all the variables examined, we found the most significant correlation between the assessment of willingness to be heard by the nurse and the age of the patient. The correlation coefficient of these two variables is 0.556, which represents a direct linear relationship. The older the patient is the better he appreciate the

willingness of the nurses in this matter. The P-value of the test is 1.6E10, which is significantly below the importance level, so we reject the zero hypothesis and state the significant dependence between the variables. To a such similar conclusion we come to the assessment of patients' ability to express their will and share the joys and concerns with their nurses. Again, the correlation coefficient is relatively high of 0.501 (or 0.500), so the context is again direct and statistically significant. Elderly patients, therefore, are more likely to

appreciate that they can show their willingness during hospitalization, as well as sharing the joys and concerns of patients with nurses. Somewhat lower correlation coefficients were the result of a comparison of the age and the assessment of the explanation of procedures by the nurses as well as the clarity of their expression. However, these correlation coefficients 0.421 and 0.402 are thought as statistically significant as the corresponding p-value is still smaller than the importance level. The last variable, which is linked to the age, is the assessment if patients are given opportunity to express themselves in the communication by nurses. Elderly patients rated this behavior significantly better than younger patients as the p-value of the test was 0.000 3. Only in two areas of the assessment age did not appear as an influence factor. Regardless of age, patients evaluated the importance of a nurse

to greet at the entrance to the room as well as having or not having enough time to spare for a nurse. The P-values of these tests are well above the importance level.

We state that the 1st hypothesis was confirmed in almost all sub-hypotheses, with the exception of two. Subjective perceptions of ethical aspects of communication are directly related to age. Elderly patients evaluate behavior of nurses more positively than younger patients.

Hypothesis 2. Subjective perceptions of ethical aspects of communication are related to the education of respondents

Once again, we will use subdivisions to sub-hypotheses and their verification using the Spearman's correlation coefficient and the test of its non-Zeroing.

Table 5. Correlation of ethical aspects and education

Correlation of ethical aspects and age	Correlation coefficient	Test. statistics	p-Value
Space for expression	-0,35	-3,931	0,0001
Willingness to listen	-0,342	-3,829	0,0002
Explanation of procedures	-0,341	-3,821	0,0002
Sharing pleasure and worries	-0,269	-2,943	0,004
Clarity of expression	-0,226	-2,439	0,016
Possibility to show own will	-0,137	-1,457	0,148
Enough of time	-0,095	-1,003	0,318
Importance of greeting and age	0,01	0,103	0,918

Ethical aspects in communication have been put in relation to the educational factor. The calculated characteristics were re-arranged according to the p-value. It is evident from Table 5 that the correlation coefficients are negative. This means that higher education of patients predict lower assessment of individual aspects of communication. A lower p-value than the importance level of 0.05 was found in 5 aspects of communication: listening space, willingness to listen, sufficient explanation of procedures, sharing patients concerns and joys, clear comprehension towards the patient.

In all these areas the correlation coefficient is negative and its p-value is low. Therefore, we reject the validity of zero hypotheses and accept the validity of the alternative hypothesis that the correlation between the variables is non-zero, so statistically significant. At the same time, for all areas, more educated patients perceive ethical behavior more negatively.

Hypothesis 3. Subjective perceptions of ethical aspects of communication are related with the respondents' gender

Table 6. Correlation of Ethical Aspects and Gender

Correlation of Ethical Aspects and Gender	Average men	Average women	Test. statistics	p-Value
Sharing pleasure and worries	3,53	3,11	2,047	0,04
Space for expression	3,71	3,31	1,815	0,069
Possibility to show own will	3,69	3,44	1,472	0,142
Importance of greeting and age	4,22	4	1,091	0,276
Willingness to listen	3,65	3,44	1,044	0,298
Clarity of expression	3,74	3,64	0,578	0,562
Explanation of procedures	3,87	3,76	0,446	0,653
Enough of time	2,32	2,33	-0,235	0,818

Finally, we evaluate the subjective perceptions of ethical aspects in communication according to the patient's gender. The view of the calculated p-values for individual tests reveals that there is no great difference between men and women in the subjective perception of ethical aspects. The only

area where a significant difference in evaluation is confirmed is the sharing of joy and worries. The average assessment of this aspect in men (3.53) is higher than the average in females (3.11). Based on p-value 0.040, we reject the zero hypothesis and accept the validity of the claim that the evaluation is

different. In the other areas, no differences between men and women have been confirmed. We state that hypothesis 3 has not been confirmed with the exception of one subhypothesis. There are no significant differences between men and women in the assessment of ethical aspects.

Hypothesis 4. Patient age is related to satisfaction with communication with nurses at the workplace

Whether patient satisfaction with communication with his or her age gives the answer 4. Hypothesis. The correlation

coefficient between satisfaction and age is relatively high 0.636 and expresses moderate dependence. The P-value confirms its statistical significance. Since the correlation coefficient is positive, satisfaction with communication directly depends on age – the older the patient, the more satisfied. The third line of the table just confirms the finding that the correlation between the need to improve communication and age is the opposite of the previous comparison. It is also statistically significant, but the context is indirect – the older the patient, the less expectation of improvement.

Table 7. Correlation of Satisfaction and Age

Correlation of Satisfaction and Age	Correlation coefficient	Test. statistics	p-Value
Satisfaction with communication	0,636	8,674	0,000
Need to improve communication	-0,527	-6,533	0,000

Discussion

The ability to communicate should be the basic professional tool for each nurse and should serve to establish and develop cooperation with a patient. It is necessary that nurse is able to initiate, effectively support and maintain proper communication [3]. The target of the research was to analyze the current state of communication of nurses in health care from the point of view of patients and to find out whether nurses adhere to the ethical aspects of communicating with them. Survey was conducted through a questionnaire survey and involved 113 patients hospitalized in internal, neurological, surgical, long-term wards and a nursing home. In our research there was a higher percentage of women who made up 60% of the choice compared to the men who made 40% of the choice. In terms of age, patients in the oldest age group over 50 years of age dominated. With regard to education, patients were divided into 4 educational groups, from basic to university degree of education. The most powerful group were patients with secondary education with maturity exam. We were interested whether the subjective perception of the ethical aspects of communication was related to the age, education, and gender of the respondents, and we also wanted to determine the impact of age on the patient's overall satisfaction with nurse communications. If we wanted to find the impact of age on subjective perceptions of ethical aspects, we came to the conclusion that elderly patients rated nurse communication and behavior more positive than younger respondents. The exception were only two aspects – the importance of greetings when entering the room, which is important for both groups, and also having enough or lack of time for nurses. When verifying hypothesis 3, we found out that in five aspects, more educated patients perceive more negative communication with their nurses, so their expectations were higher. This difference was not found in three aspects. Without the difference of education, everyone also perceives the possibility of expressing their own will, having enough/lack of time for the nurses, and is also an important greeting when entering the room.

From the gender perspective and its impact on subjective feelings of patients, we did not detect any significant differences, except for one subhypothesis. Her analysis pointed to the

difference in the perception of empathy of the nurses, the aspect of the nurse's ability to share with the patient the joy and worries. In this matter, the nurses were rated more favorably by men than women, which may be due to greater sensitivity of women. When we investigated how patients are happy with nurse communication, we got mostly positive responses, which greatly delighted us, even though the patient group subsequently said that there was some room for improvement. At the same time, we came to the conclusion that elderly patients are more satisfied with communication of nurses and less needed improvement of communication they expect. Bačišinová [4], in her research, also found out that the majority of the respondents, 70% evaluated mutual communication only as informative, based on the principle of mutual discussion "in the run". Vozárová [5] conducted research in various geriatric departments of Slovakia. Her selection sample consisted of 100 nurses. In her hypothesis she assumed that patients had a greater interest in communicating, and that more than half of the nurses were actively listening to them. Its results showed that 75% of the interviewed nurses had a greater interest in communicating had the patient than their nurse, and 70% of the nurses said they were actively listening when the patient was talking. In the research, Morovicsová and Semančíková [6], whose respondents in total amount of 40% expressed the true idea that if the nurse had a real interest in communicating with the patient, she is able to find some time for a little conversation. Bystřická [7], in her research with her respondents found out if they had sufficient time to answer or to complete the task. The largest group of respondents, 93.6% said that they had enough time to respond or to complete the task. The author gained a more positive response compared to us. The success of providing quality nursing care is directly dependent on mutual communication between the nurse and the patient. The usual way of communicating is not enough for a nurse. It is necessary for a nurse to acquire a set of specific communication practices and skills, including: active listening, feedback, empathy, respect, interpretation, support, interest, silence, quiet, understanding, authenticity, advice.

Conclusions

Today, communication is of the utmost importance, not only in healthcare. This area for healthcare professionals

is much discussed, but understood as part of quality nursing care for the patient. Communication is difficult, time and psyche demanding, so mastering communication techniques and mastering communication barriers is very important in the work of nurses. Due to this it is necessary:

- In communication with the patient, approach individually – not a template approach,
- Behave in a way that is equally non-discriminatory, with no regard to various aspects such as age, gender, education, religion, race, culture and so on,
- Show interest in participating in training with a focus on communication and are constantly improving in this matter,
- Monitor patient's satisfaction with nursing communication at their own wards,
- Increase the number of lessons to teach communication in nursing and to focus on it also on practical exercises in communication skills,

- Encourage students and nurses to practice research on nurse communication with the patient and to publish obtained results obtained.

A positive change in the quality of communication occurs when the nurse is presently accepting an attitude towards everything that the patient is at the moment. In order for a nurse to apply this principle in practice, she must always work on herself. It is extremely important to ensure that nursing care never misses the emotional and human dimension, for, as Antoine De Saint-Exupéry said: "The greatness of every vocation is perhaps above all in uniting people: there is only one real luxury, and that is human relations. If we work only for material gain, we build our own prison. We shut ourselves in solitude with imaginary money that won't that won't give us anything worth living for".

References

1. Nemčeková, M. et al. 2008. *Etika v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2008. pp. 142. ISBN 978-80-8068-812-7.
2. Kutnohorská, J. 2007. *Etika v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2007. pp. 164. ISBN 978-80-247-2069-2.
3. Kičinková, A. 2016. *Etické aspekty komunikácie sestry s pacientom : diplomová práca*. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2016. pp 92.
4. Bačišinová, J. – Bačišinová, A. 2005. Dôsledky nedostatočnej komunikácie medzi sestrou a pacientom. In *MOLISA 2 : Medicínsko-ošetrovatel'ské listy Šariša*. Zborník. Prešov :Prešovská univerzita, 2005. pp. 9 – 10. ISBN 80-8068-369-7.
5. Vozárová, J. 2011. Komunikácia sestry s geriatrickým pacientom. In *Sestra*. 2011, roč. X., č. 7-8, pp. 40. ISSN 1335-9444.
6. Morovicsová, E. – Semančíková, N. 2003. Využívanie komunikačných zručností v práci sestier. In *Sestra*. 2003, roč. II., č. 9, pp. 9-10. ISSN 1335-9444.
7. Bystřická, J. 2011. *Odlíšnosti v komunikaci a v přístupu k seniorum: diplomová práca*. Brno: Masarykova univerzita, 2011. s. 117.

Дата надходження рукопису до редакції: 04.11.2020 р.

The basis of providing care are three aspects. The first aspect is the doctor who provides health care, the second aspect is the nurses providing nursing care. The third aspect is the patient. There must be a relationship between these three aspects that can only be established through communication and the communication process. Due to this, through research we analyze the current state of communication of nurses in health care from the perspective of patients and also determine the level of compliance with ethical aspects of communication by nurses in interaction with the patient.

Methods. We used the tools of inductive statistics Spearman's correlation coefficient to verify the hypotheses. We make a decision on the significance of differences based on the calculated value and the significance level of 0.05.

Results. By analyzing the results, we found that the subjective perception of ethical aspects of communication is directly related to age. Older patients rate nurses' behavior more positively than younger patients. At the same time, more educated patients perceive ethical behavior more negatively. There are no significant differences between men and women in the evaluation of ethical aspects, and satisfaction with communication depends directly on age – the older the patient, the happier he is.

Conclusions. It is the wrong communication and approach without an empathic basis that leads to patients' refusal to cooperate, feelings of anxiety, fear, distrust, but also aggression. There are various complications in the provision of nursing care.

Key words: communication, nursing care, nurse, patient.

В основі надання медичної допомоги лежать три аспекти. Перший аспект – це лікар, який надає медичну допомогу, другий аспект – це медсестри, що забезпечують догляд. Третій аспект – це пацієнт. Між цими трьома аспектами повинна бути взаємозв'язок, який може бути встановлений лише за допомогою спілкування та процесу комунікації. У зв'язку з цим за допомогою досліджень ми аналізуємо поточний стан спілкування медсестер в сфері

охорони здоров'я з точки зору пацієнтів, а також визначаємо рівень дотримання етичних аспектів спілкування медсестер у взаємодії з пацієнтом.

Методи. Для перевірки гіпотез ми використовували інструменти індуктивної статистики коефіцієнта кореляції Спірмена. Ми приймаємо рішення про значущість відмінностей на основі розрахованого значення і рівня значущості 0,05.

Результати. Аналізуючи результати ми виявили, що суб'єктивне сприйняття етичних аспектів спілкування безпосередньо пов'язане з віком. Пацієнти старшого віку оцінюють поведінку медсестер більш позитивно, ніж більш молоді пацієнти. У той же час, більш освічені пацієнти більш негативно ставляться до неетичної поведінки. Істотних відмінностей між чоловіками і жінками в оцінці етичних аспектів немає, а задоволеність спілкуванням безпосередньо залежить від віку – чим старше пацієнт, тим він більш задоволений.

Висновки. саме неправильне спілкування і підхід без емпатичних основи призводять до відмови пацієнтів від співпраці, почуттю тривоги, страху, недовіри, але також і агресії. Надання сестринської допомоги пов'язане з різними труднощами.

Ключові слова: комунікація, догляд за хворим, сестра, пацієнт.

В основе оказания помощи лежат три аспекта. Первый аспект – это врач, который оказывает медицинскую помощь, второй аспект – это медсестры, обеспечивающие уход. Третий аспект – это пациент. Между этими тремя аспектами должна быть взаимосвязь, которая может быть установлена только посредством коммуникации и процесса коммуникации. В связи с этим посредством исследований мы анализируем текущее состояние общения медсестер в сфере здравоохранения с точки зрения пациентов, а также определяем уровень соблюдения этических аспектов общения медсестер во взаимодействии с пациентом.

Методы. Для проверки гипотез мы использовали инструменты индуктивной статистики коэффициента корреляции Спирмена. Мы принимаем решение о значимости различий на основе рассчитанного значения и уровня значимости 0,05.

Результаты. Анализируя результаты мы обнаружили, что субъективное восприятие этических аспектов общения напрямую связано с возрастом. Пациенты старшего возраста оценивают поведение медсестер более положительно, чем пациенты более молодого возраста. В то же время, более образованные пациенты более негативно относятся к неэтичному поведению. Существенных различий между мужчинами и женщинами в оценке этических аспектов нет, а удовлетворенность общением напрямую зависит от возраста – чем старше пациент, тем он более удовлетворен.

Выводы. Именно неправильное общение и подход без эмпатической основы приводят к отказу пациентов от сотрудничества, чувству тревоги, страха, недоверия, но также и агрессии. Оказание сестринской помощи сопряжено с различными сложностями.

Ключевые слова: коммуникация, уход за больным, сестра, пациент.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest.

Відомості про авторів

doc. PhDr. **Popovičová Mária**, PhD. – St. Elizabeth University of Health and Social Sciences in Bratislava.
majapopovicova7361@gmail.com.

doc. MUDr. **Belovičová Mária**, PhD., mim. prof. – St. Elizabeth University of Health and Social Sciences in Bratislava.
mriab9@gmail.com.

DOI 10.24144/2077-6594.4.0.2020.220390
УДК 617.55-083.98:614.253.5]-089.168

Спивак А.П., Стрельцова А.Д., Миронюк І.С.

Мультидисциплінарна реабілітаційна команда в ургентній хірургії черевної порожнини: роль медичної сестри стаціонару

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

antonina.spivak@uzhnu.edu.ua, streltsova.anastasiya@student.uzhnu.edu.ua, ivan.myronyuk@uzhnu.edu.ua

Спивак А.П., Стрельцова А.Д., Миронюк І.С.

Мультидисциплинарная реабилитационная команда в ургентной хирургии брюшной полости: роль медицинской сестры стационара

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

Spivak A.P., Streltsova A.D., Myronyuk I.S.

Multidisciplinary rehabilitation team in emergency abdominal surgery: the role of a hospital nurse

Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

Вступ

Ургентні хірургічні втручання на органах черевної порожнини при гострих захворюваннях органів черевної порожнини і травмах залишаються одним із самих поширених видів екстрених оперативних маніпуляцій в хірургічній практиці. Хірургічні втручання на органах черевної порожнини становлять 45–50% від загальної кількості операцій, а співвідношення планових та ургентних хірургічних втручань на органах черевної порожнини в Україні становить 6:1 [1]. Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини є найбільш численною частиною гострої хірургічної патології, що зумовлює поняття "гострий живіт" (під поняттям "гострий живіт" маються на увазі різні захворювання та стани, які супроводжуються запаленням чи подразненням очеревини і потребують невідкладної хірургічної допомоги) [2]. Ризик розвитку післяопераційних ускладнень при здійсненні хірургічного втручання з приводу гострої хірургічної патології органів черевної порожнини завжди вище, ніж після планової операції. Частота розвитку ускладнень після ургентних операцій може досягати 62,3% [3]. Серед післяопераційних ускладнень в різні післяопераційні періоди спостерігаються патологія і порушення різних органів та систем (дихальної, серцево-судинної, органів травлення та сечовидільної) та патологія перебігу власне раннього процесу (інфекційні ускладнення, розходження швів, кровотеча). Одним із ефективних компонентів профілактики розвитку багатьох післяопераційних ускладнень при хірургічних втручаннях на органах черевної порожнини є раннє застосування методів фізичної терапії та інших реабілітаційних заходів. Тому, в сучасній хірургії загальноприйнятим є метод ранньої активізації пацієнта після операції, з використанням різних рухових режимів, засобів фізичної терапії (лікувальна фізична культура, масаж, фізіотерапія та інші) [4,5]. На сьогоднішній день система реабілітаційної допомоги населенню рухається до

впровадження мультидисциплінарного підходу та доказової реабілітації [6]. Впровадження нових посад в систему охорони здоров'я з визначенням їх функцій, нормативне врегулювання надання реабілітаційних послуг та формування оновленої системи комплексної реабілітації дає можливість по новому формувати функції кожного члена мультидисциплінарної команди в клієнтцентрованій моделі реабілітаційної допомоги населенню [7]. Зокрема, робота нових фахівців буде спрямована передусім не на саме захворювання чи травму пацієнта, а на роботу з усунення обмеження діяльності внаслідок цього захворювання чи травми. Вони за допомогою комплексу фізичних вправ та інших доказових методів забезпечать активну фізичну реабілітацію задля поліпшення діяльності опорно-рухового апарату та організму в цілому, рівноваги, координації, збільшення сили, витривалості м'язів і вдосконалення вправності рухів, відновлення або компенсації порушених чи відсутніх функцій. В той же час, різноманітні діючі і теоретично обґрунтовані моделі надання реабілітаційних послуг пацієнтам різних категорій передбачають участь у реалізації реабілітаційних програм на засадах мультидисциплінарного підходу і існуючих в системі надання медичної допомоги спеціалістів, зокрема і медичних сестер [8,9].

Мета дослідження: визначення ролі медичної сестри хірургічного стаціонару як члена мультидисциплінарної реабілітаційної команди при різних моделях організації реабілітаційної допомоги пацієнтам, що перенесли ургентні хірургічні втручання на органах черевної порожнини.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети дослідження нам було використано наступні методи: бібліосемантичний, контент-аналізу нормативно-правових документів організації реабілітаційної допомоги населенню та

медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України, структурно-логічного аналізу та описового моделювання. Матеріалам дослідження виступили опубліковані і доступні результати досліджень з питань організації реабілітаційної допомоги в хірургії, правила і положення Національної служби здоров'я України (НСЗ України) щодо укладення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій [10], стандарти і клінічні протоколи МОЗ України за спеціальністю «Хірургія» [11]. Об'єктом дослідження виступила система надання реабілітаційної допомоги пацієнтам хірургічних стаціонарів, яким було проведено оперативні втручання на органах черевної порожнини. Предмет дослідження – роль і варіанти функцій медичної сестри хірургічного стаціонару як члена мультидисциплінарної реабілітаційної команди. Дослідження було проведено в два послідовні етапи. Так, на першому етапі оцінювалися питання мінімального переліку видів реабілітаційних послуг для визначеної категорії пацієнтів на різних етапах ведення хворого після перенесеного оперативного втручання на органах черевної порожнини та вимоги до кадрового та матеріально-технічного забезпечення процесу реалізації програм реабілітації. Другий етап дослідження був направлений на формування і теоретичне обґрунтування варіантів моделей мультидисциплінарного забезпечення процесу реабілітації визначеної категорії пацієнтів та визначення ролі медичної сестри хірургічного стаціонару в різних варіантах складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

Результати дослідження та їх обговорення

Проведений на першому етапі дослідження контент-аналіз нормативно-правових та регуляторних документів рекомендаційного характеру з питань організації та змісту надання реабілітаційної допомоги пацієнтам хірургічного профілю, що перенесли оперативні втручання на органах черевної порожнини показав наступне. На сьогодні МОЗ України в питаннях регулювання надання медичної та реабілітаційної допомоги стоїть на позиції широкого використання в системі охорони здоров'я міжнародних настанов лікування і діагностики хвороб, не вимагаючи наявності і суворого дотримання уніфікованих клінічних протоколів, затверджених відповідними наказами [12]. Аналіз даних галузевих стандартів та клінічних настанов Державного експертного центру МОЗ України [13] показав, що серед 93 клінічних настанов, 5 стандартів медичної допомоги та 123 уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, розроблених і затверджених за останні роки, для досягнення поставленої мети дослідження найбільш інформативним є стандарти та клінічні протоколи надання медичної допомоги зі спеціальності "Хірургія" 2010 року [11], який наразі є чинним, але втратить чинність в березні 2021 року, коли заплановано перехід до відповідних галузевих стандартів медичної допомоги [14]. Згідно існуючих медико-технологічних документів, яким мають керуватись медичні фахівці, усі пацієнти, які перенесли

екстремі операційні втручання на органах черевної порожнини, потребують реабілітаційної допомоги вже під час перебування в хірургічному стаціонарі в ранньому післяопераційному періоді. Реабілітаційні програми на наступних етапах ведення пацієнта можуть звужуватися чи розширюватися в залежності від стану пацієнта та результату його відновлення на попередніх етапах. Важливим для визначення концептуальних підходів до формування програм реабілітації та мультидисциплінарних команд їх реалізації є врахування вимог НСЗ України щодо умов контрахтування закладів охорони здоров'я на надання пакетів медичних послуг за програмою Державних медичних гарантій. З декларованих НСЗ України пакетів медичних послуг мають безпосереднє відношення до напрямку нашого дослідження наступні: пакет «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах» і «Амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим і дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу дорослим та дітям у стаціонарних умовах». В розділі пакетів медичних послуг, які стосуються реабілітаційної допомоги на сьогодні НСЗ України декларовано лише три окремі пакети для немовлят і осіб з ураженнями опорно-рухового апарату та нервової системи [10]. Отже, реабілітаційна допомога безпосередньо в хірургічному стаціонарі пацієнтам, що перенесли екстремі хірургічні втручання на органах черевної порожнини проводиться і фінансується державою згідно пакету «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах», а на наступних етапах – через пакет амбулаторної вторинної та третинної медичної допомоги дорослим і дітям, в якому в пункті «Специфікація надання медичних послуг за напрямом» зазначено: «9. Надання послуг з медичної реабілітації в амбулаторних умовах, крім передбаченої іншими пакетами медичних послуг» [15]. В контексті нашого дослідження при аналізі вищевказаних пакетів медичних послуг важливим є вимоги пакетів щодо кадрового забезпечення Умов закупівлі медичних послуг за даним пакетом НСЗ України (табл.).

Отже, реабілітаційний компонент обох наявних на сьогодні пакетів медичних послуг з точки зору вимог до кадрового забезпечення є недосконалим і не дає можливість створення оптимальної за складом мультидисциплінарної реабілітаційної команди [9] для забезпечення реалізації програми реабілітації як в умовах стаціонару в ранньому післяопераційному періоді, так і в амбулаторних умовах (пізній післяопераційний період, реабілітаційний період) для пацієнтів, що перенесли екстремі оперативні втручання на органах черевної порожнини. Важливим є відсутність вимоги щодо наявності медичних професіоналів та фахівців системи реабілітаційної допомоги – фізичних терапевтів, ерготерапевтів та їх асистентів. Хоча, специфікація медичної послуги за напрямом «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах» передбачає надання послуг з медичної реабілітації в гострому періоді для запобігання виникнення післяопераційних ускладнень та направлення пацієнтів в інші заклади/підрозділи для надання послуг

з медичної реабілітації у підгострому та відновному періодах або послуг з паліативної медичної допомоги [15]. Отже, надання реабілітаційних послуг пацієнтам після перенесених оперативних втручань на органах черевної порожнини є необхідною не лише з клінічної точки зору, але і врегульована вимогами медико-технологічних документів. В той же час, чітких вимог щодо повноцінного кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги на засадах мультидисциплінарного підходу на сьогодні немає. Тому є необхідність розробки адаптивних моделей організації роботи мультидисциплінарних реабілітаційних команд і формування ролі і функцій окремих її учасників.

Саме цьому питанню приділялася увага на другому етапі нашого дослідження.

В першу чергу нами було сформовано теоретичну оптимальну організаційну модель мультидисциплінарної реабілітаційної команди в хірургічному стаціонарі для забезпечення реалізації реабілітаційних програм для пацієнтів, які перенесли оперативні втручання на органах черевної порожнини в ранньому післяопераційному періоді. Структурні компоненти (без визначення їх функцій та напрямків функціональної взаємодії окремих членів команди) даної теоретичної моделі представлено на рис. 1.

Таблиця. Умови закупівлі медичних послуг за визначеними пакетами медичних послуг Програми медичних гарантій НСЗ України

Пакет медичних послуг	Вимоги щодо умов закупівлі медичних послуг у ЗОЗ (складова реабілітаційної допомоги)
Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	«Вимоги до спеціалізації та кількості фахівців: 3. Лікар з фізичної та реабілітаційної медицини та/або фізичний терапевт, та/або ерготерапевт, та/або лікар з лікувальної фізкультури, та/або лікар з лікувальної фізкультури та спортивної медицини, та/або лікар-фізіотерапевт – щонайменше 1 особа з даного переліку. 4. Сестра медична стаціонару – щонайменше 4 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі (цілодобовий пост)....»
Амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим і дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу дорослим та дітям у стаціонарних умовах	«Вимоги до спеціалізації та кількості фахівців: 1. та/або лікар-фізіотерапевт,та/або лікар з лікувальної фізкультури і спортивної медицини, та/або лікар з лікувальної фізкультури, та/або лікар фізичної та реабілітаційної медицини щонайменше 2 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі. 2. Сестра медична – щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі.»

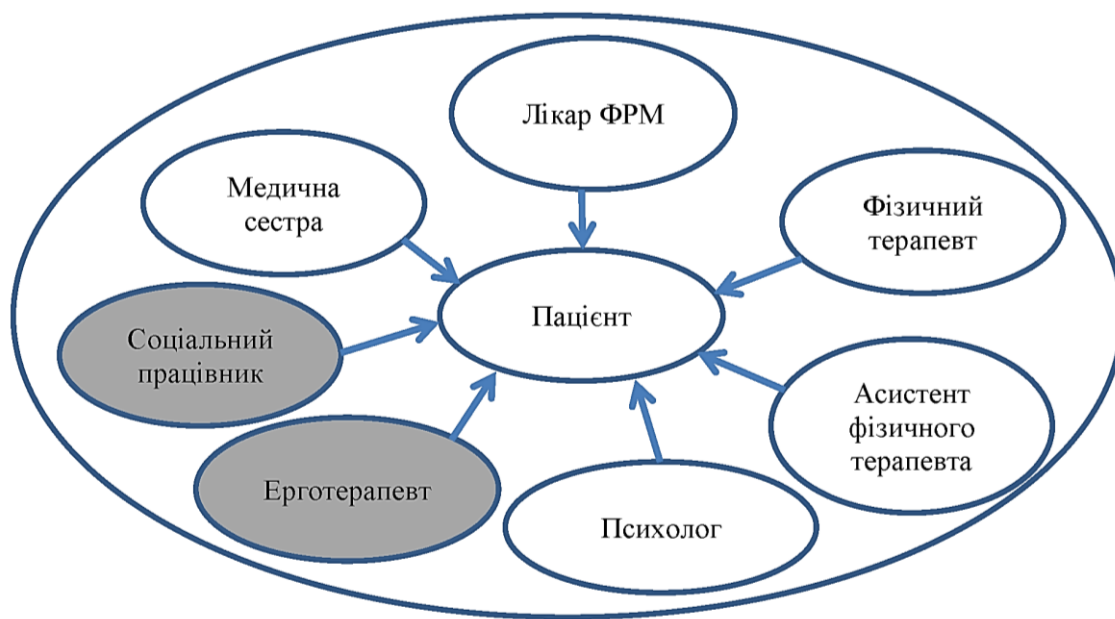


Рис. 1. Оптимальна організаційна модель мультидисциплінарної реабілітаційної команди в хірургічному стаціонарі (структурні компоненти)

Представлена на рис. 1 організаційна модель розроблено саме для реалізації програм реабілітації безпосередньо в хірургічному стаціонарі і включено до неї обов'язкові структурні компоненти (не залиті кольором фігури): лікар фізичної і реабілітаційної медицини (лікар з лікувальної фізкультури і спортивної медицини, лікар-фізіотерапевт), фізичний терапевт та асистент фізичного терапевта, медична сестра, психолог (психотерапевт) та бажані структурні елементи (залиті кольором фігури): ерготерапевт, соціальний працівник. До даної моделі можна додати цілий перелік варіативних структурних компонентів (соціальний працівник, протезист-ортезист тощо). Важливо, що при безпосередній реалізації дана оптимальна модель може наповнюватись різними структурними компонентами в залежності від функцій мультидисциплінарної команди, направлених на досягнення цілей програми реабілітації. Бажані структурні вводяться в команду у випадку важких випадків анатомо-

функціональних порушень у пацієнтів (зокрема пов'язаних як і з важкістю стану за основним захворюванням, так і з наявною супутньою патологією) хірургічного стаціонару. В той же час, в умовах становлення нової системи надання реабілітаційної допомоги населенню в країні, подібні мультидисциплінарні реабілітаційні команди мають можливість сформувати далеко не всі хірургічні клініки. Дана модель є більш притаманна для спеціалізованих реабілітаційних центрів або потужних багатопрофільних лікарень з відповідними підрозділами реабілітації та відновного лікування.

Тому, виходячи з результатів, отриманих на першому етапі нашого дослідження, для більшості хірургічних стаціонарів реалістичним на даному етапі є формування адаптивної моделі мультидисциплінарної реабілітаційної команди для реалізації програми реабілітації хірургічних пацієнтів в ранньому післяопераційному періоді (рис. 2).

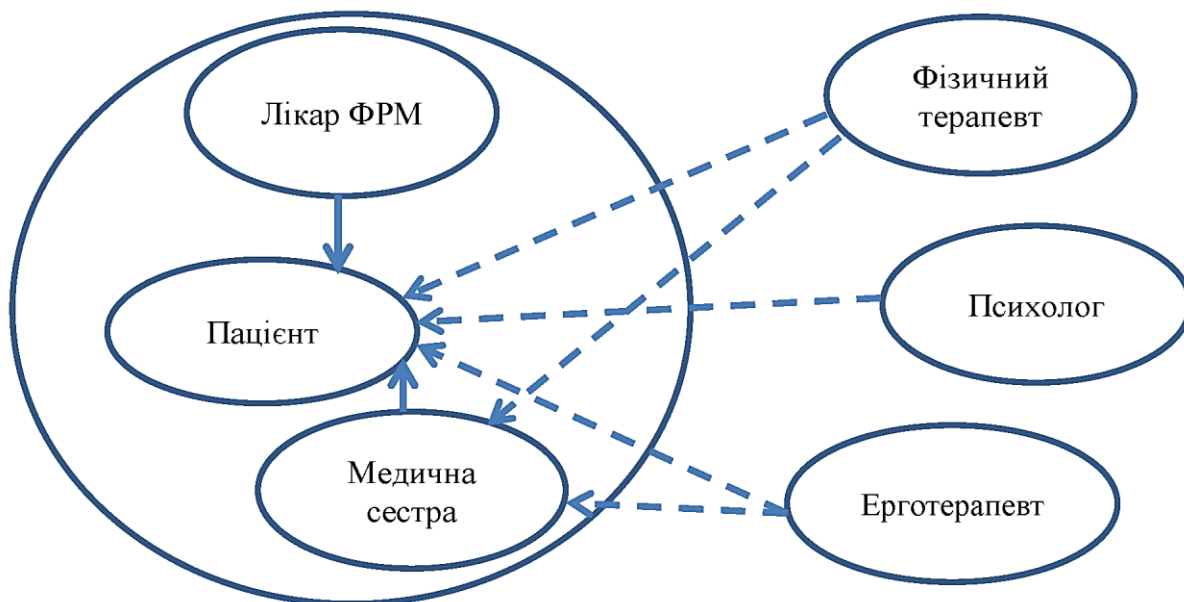


Рис. 2. Адаптивна організаційна модель мультидисциплінарної реабілітаційної команди в хірургічному стаціонарі (структурні компоненти)

В даній адаптивній моделі із усіх можливих складових компонентів мультидисциплінарної команди як її постійні учасники залишилися лише два – саме ті, які визначені вимогами умов закупівлі медичних послуг у ЗОЗ НСЗ України (табл.). А саме: лікар фізичної і реабілітаційної медицини (лікар з лікувальної фізкультури і спортивної медицини, лікар-фізіотерапевт) та медична сестра стаціонару. Інші обов'язкові структурні компоненти передбачено залучати як зовнішніх консультантів як для безпосереднього консультування пацієнта, так і для формування реабілітаційних заходів для виконання медичною сестрою стаціонару. В такій моделі суттєво змінюється роль і функції саме такого члена мультидисциплінарної реабілітаційної команди як медична сестра (в випадку хірургічного стаціонару – медичної сестри стаціонару). А саме, на неї додатково

частково покладаються функції асистента фізичного терапевта (за потреби і асистента ерготерапевта) та роль кейс-менеджера ведення випадку пацієнта з забезпеченням функції комунікації з зовнішніми консультантами. Дана модель, з розширеними функціями і зміненою роллю медичної сестри, потребує додаткову підготовку медичної сестри з питань організації реабілітаційного процесу та практичного використання засобів і методів реабілітації, зокрема і фізичної терапії. Саме на плечі медичної сестри, щонайменше, лягають питання фахового застосування реабілітаційних методів поновлення моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту, попередження післяопераційних пневмоній та відновлення функції зовнішнього дихання (дихальна гімнастика, вібромасаж грудної клітини).

Перспективи подальших досліджень полягають у визначенні та обґрунтуванні ролі та функцій членів реабілітаційних мультидисциплінарних команд в різних функціонально-організаційних моделях реабілітаційної допомоги хірургічним пацієнтам в умовах розвитку і становлення системи реабілітаційної допомоги в країні у відповідності до передового міжнародного досвіду.

Висновки

За результатами проведеного дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Надання реабілітаційних послуг пацієнтам після перенесених оперативних втручань на органах черевної порожнини в усіх післяопераційних періодах є необхідним не лише з клінічної точки зору, але і врегульована вимогами медико-технологічних документів та пакетами медичних послуг Програми медичних гарантій НСЗ України.

2. Чітких вимог щодо повноцінного кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги на засадах мультидисциплінарного підходу при надання

реабілітаційної допомоги пацієнтам хірургічних стаціонарів на сьогодні немає. Відсутні вимоги щодо наявності медичних професіоналів та фахівців системи реабілітаційної допомоги – фізичних терапевтів, ерготерапевтів та їх асистентів.

3. Оптимальна організаційна модель мультидисциплінарної реабілітаційної команди в хірургічному стаціонарі для забезпечення реалізації реабілітаційних програм для пацієнтів, які перенесли оперативні втручання на органах черевної порожнини може бути на сьогодні реалізована далеко не у всіх хірургічних клініках.

4. Адаптивна (реалістична) організаційна модель мультидисциплінарної реабілітаційної команди в хірургічному стаціонарі передбачає суттєво змінюється роль і функції саме такого члена команди як медична сестра стаціонару. На неї додатково покладаються окремі функції асистента фізичного терапевта (за потреби і асистента ерготерапевта) та роль кейс-менеджера ведення випадку пацієнта з забезпеченням функції комунікації з зовнішніми консультантами.

Література

1. Невідкладна хірургія. Підручник для студентів VI курсів медичних факультетів медичних вузів: / Авт. кол.: В.В. Бойко, В.М. Лісовий, В.А. Капустник, Л.Й. Гончаренко, І.А. Тарабан, В.В. Макаров та ін.; під ред. чл.-кор. НАМНУ, проф. В.В.Бойка; чл.-кор. НАМНУ, проф. В.М. Лісового. – Харків: «НТМТ», видавництво, 2019: 514.
2. Про затвердження стандартів та клінічних протоколів за спеціальністю «Хірургія»: наказ МОЗ України від 02 квітня 2010 року № 297. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://ips.ligazakon.net/document/view/moz11314?an=46&ed=2010_04_02 – Назва з екрану.
3. Жебровський В.В. Осложнения в хирургии живота. Руководство для врачей. М.: Мединформ агентство, 2006: 448.
4. Мурза В.П. Фізична реабілітація в хірургії. Навчальний посібник. К.: Науковий світ, 2008: 246.
5. Мухін В.М. Фізична реабілітація. К.: Олімпійська література, 2005: 472.
6. Нові посади і мультидисциплінарна команда: МОЗ України продовжує впроваджувати підхід доказової реабілітації: офіційний сайт МОЗ України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/news/novi-posadi-i-multidisciplinarna-komanda-moz-ukraini-prodovzhue-vprovadzhuvat-pidhid-dokazovoi-reabilitacii> – Назва з екрану.
7. Myronyuk I.S. State of readiness for the health system of Ukraine for implementation of a new model of rehabilitation aid / Current issues of health care and physical rehabilitation: collective monograph // G. O. Slabkiy, V. Yo. Bilak-Lukianchuk, V.V. Brych, D. V. Danko, A.-M. M. et al. – Lviv-Toruń: Liha-Pres, 2019: 135-149.
8. Малешко Г.В., Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Брич В.В. Функціонально-організаційні моделі реабілітаційної допомоги особам, що перенесли мозковий інсульт на регіональному рівні. Україна. Здоров'я нації. 2019; №2 (55): 87–96.
9. Spivak A. P. Organizational model of a multidisciplinary approach at the stage of the establishment of a new rehabilitation system in Ukraine / Current issues of health care and physical rehabilitation: collective monograph / G. O. Slabkiy, V. Yo. Bilak-Lukianchuk, V.V. Brych, D. V. Danko, A.-M. M. Pishkovtsi, A. O. Keretsman, O. V. Zhdanova, I. S. Myronyuk, A. P. Spivak, K. S. Barannik. – Lviv-Toruń: Liha-Pres, 2019: 150-165.
10. Національна служба здоров'я України: офіційний сайт [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua>. – Назва з екрану.
11. Про затвердження стандартів та клінічних протоколів за спеціальністю «Хірургія»: наказ МОЗ України від 02 квітня 2010 року № 297. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://ips.ligazakon.net/document/view/moz11314?an=46&ed=2010_04_02 – Назва з екрану.
12. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751: наказ МОЗ України від 29 грудня 2019 року №1422. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17> – Назва з екрану.
13. Галузеві стандарти та клінічні настанови. Державний експертний центр МОЗ України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/page/12. – Назва з екрану.

14. Про визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України: наказ МОЗ України від 28.02.2020 № 590. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0590282-20#Text>. – Назва з екрану.
15. Вимоги ПМГ 2020. Національна служба здоров'я України: офіційний сайт [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/likar-2020>. – Назва з екрану.

References

1. Nevidkladna khirurgiia. Pidruchnyk dlia studentiv VI kursiv medychnykh fakultetiv medychnykh vuziv: / Avt. kol.: V.V. Boiko, V.M. Lisovyi, V.A. Kapustnyk, L.I. Honcharenko, I.A. Taraban, V.V. Makarov ta in.; pid red. chl.-kor. NAMNU, prof. V.V.Boika; chl.-kor. NAMNU, prof. V.M.Lisovoho –Karkiv., «NTMT», vydavnytstvo, 2019: 514.
2. Pro zatverdzhennia standartiv ta klinichnykh protokoliv za spetsialnistiu «Khirurhiia»: nakaz MOZ Ukrainy vid 02 kvitnia 2010 roku № 297. [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: https://ips.ligazakon.net/document/view/moz11314?an=46&ed=2010_04_02 – Nazva z ekranu.
3. Zhebrovskiy V.V. Oslozheniya v khirurgii zhyvota. Rukovodstvo dlia vrachei. M.: Medynform ahentstvo, 2006: 448.
4. Murza V.P. Fizychna reabilitatsiia v khirurgii. Navchalnyi posibnyk. K.: Naukovyi svit, 2008: 246.
5. Mukhin V.M. Fizychna reabilitatsiia. K.: Olimpiiska literatura, 2005: 472.
6. Novi posady i multidystyplinarna komanda: MOZ Ukrainy prodovzhuie vprovadzhuvaty pidkhid dokazovoi reabilitatsii: ofitsiyni sait MOZ Ukrainy [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: <https://moz.gov.ua/article/news/novi-posady-i-multidisciplinarna-komanda-moz-ukraini-prodovzhuie-vprovadzhuvaty-pidkhid-dokazovoi-reabilitatsii> – Nazva z ekranu.
7. Myronyuk I.S. State of readiness for the health system of Ukraine for implementation of a new model of rehabilitation aid / Current issues of health care and physical rehabilitation: collective monograph // G. O. Slabkiy, V. Yo. Bilak-Lukianchuk, V.V. Brych, D. V. Danko, A.-M. M. et al. – Lviv-Toruń: Liha-Pres, 2019: 135-149.
8. Maleshko H.V., Myroniuk I.S., Slabkiy H.O., Brych V.V. Funktsionalno-orhanizatsiini modeli reabilitatsiinoi dopomohy osobam, shcho perenesly mozkovyi insult na rehionalnomu rivni. Ukraina. Zdorovia natsii. 2019; №2 (55): 87–96.
9. Spivak A. P. Organizational model of a multidisciplinary approach at the stage of the establishment of a new rehabilitation system in Ukraine / Current issues of health care and physical rehabilitation: collective monograph / G. O. Slabkiy, V. Yo. Bilak-Lukianchuk, V.V. Brych, D. V. Danko, A.-M. M. Pishkovtsi, A. O. Keretsman, O. V. Zhdanova, I. S. Myronyuk, A. P. Spivak, K. S. Barannik. – Lviv-Toruń: Liha-Pres, 2019: 150-165.
10. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy: ofitsiyni sait [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: <https://nszu.gov.ua>. – Nazva z ekranu.
11. Pro zatverdzhennia standartiv ta klinichnykh protokoliv za spetsialnistiu «Khirurhiia»: nakaz MOZ Ukrainy vid 02 kvitnia 2010 roku № 297. [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: https://ips.ligazakon.net/document/view/moz11314?an=46&ed=2010_04_02. – Nazva z ekranu.
12. Pro vnesennia zmin do nakazu Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 28 veresnia 2012 roku № 751: nakaz MOZ Ukrainy vid 29 hrudnia 2019 roku №1422. [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17>. – Nazva z ekranu.
13. Haluzevi standarty ta klinichni nastanovy. Derzhavnyi ekspertnyi tsentr MOZ Ukrainy [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/page/12/ – Nazva z ekranu.
14. Pro vyznannia takymy, shcho vtratyly chynnist, deiakykh nakaziv Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy: nakaz MOZ Ukrainy vid 28.02.2020 № 590. [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0590282-20#Text>. – Nazva z ekranu.
15. Vymohy PMH 2020. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy: ofitsiyni sait [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu: <https://nszu.gov.ua/likar-2020>. – Nazva z ekranu.

Дата надходження рукопису до редакції: 29.10.2020 р.

Мета: визначення ролі медичної сестри хірургічного стаціонару як члена мультидисциплінарної реабілітаційної команди при різних моделях організації реабілітаційної допомоги пацієнтам, що перенесли ургентні хірургічні втручання на органах черевної порожнини.

Матеріали та методи. В дослідженні було використано наступні методи: бібліосемантичний, контент-аналізу нормативно-правових документів організації реабілітаційної допомоги населенню та медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги, структурно-логічного аналізу та описового моделювання.

Результати. На сьогодні МОЗ України в питаннях регулювання надання медичної та реабілітаційної допомоги стоїть на позиції широкого використання в системі охорони здоров'я міжнародних настанов лікування і діагностики хвороб, не вимагаючи наявності і суворого дотримання уніфікованих клінічних протоколів, затверджених відповідними наказами. Згідно існуючих медико-технологічних документів, усі пацієнти, які перенесли екстрені операційні втручання

на органах черевної порожнини, потребують реабілітаційної допомоги вже під час перебування в хірургічному стаціонарі в ранньому післяопераційному періоді. Чітких вимог щодо повноцінного кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги на засадах мультидисциплінарного підходу на сьогодні немає. Тому є необхідність розробки адаптивних моделей організації роботи мультидисциплінарних реабілітаційних команд і формування ролі і функцій окремих її учасників. В адаптивній моделі із усіх можливих складових компонентів мультидисциплінарної команди як її постійні учасники залишилися лише два – саме ті, які визначені вимогами умов закупівлі медичних послуг. Інші обов'язкові структурні компоненти передбачено залучати як зовнішніх консультантів. Суттєво змінюється роль і функції саме такого члена команди як медична сестра стаціонару. На неї додатково покладаються окремі функції асистента фізичного терапевта (за потреби і асистента ерготерапевта) та роль кейс-менеджера ведення випадку пацієнта з забезпеченням функції комунікації з зовнішніми консультантами.

Висновки. Оптимальна організаційна модель мультидисциплінарної реабілітаційної команди в хірургічному стаціонарі для забезпечення реалізації реабілітаційних програм для пацієнтів, які перенесли оперативні втручання на органах черевної порожнини може бути на сьогодні реалізована далеко не у всіх хірургічних клініках. Адаптивна організаційна модель мультидисциплінарної реабілітаційної команди в хірургічному стаціонарі передбачає суттєву зміну ролі і функції саме медична сестра стаціонару.

Ключові слова: хірургія органів черевної порожнини, мультидисциплінарна реабілітаційна команда, медична сестра стаціонару.

Цель: определение роли медицинской сестры хирургического стационара как члена мультидисциплинарной реабилитационной команды при различных моделях организации реабилитационной помощи пациентам, перенесшим urgentных хирургические вмешательства на органах брюшной полости.

Материалы и методы. В исследовании были использованы следующие методы: библиосемантический, контент-анализа нормативно-правовых документов организации реабилитационной помощи населению и медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи, структурно-логического анализа и описательного моделирования.

Результаты. На сегодня МЗ Украины в вопросах регулирования оказания медицинской и реабилитационной помощи стоит на позиции широкого использования в системе здравоохранения международных стандартов лечения и диагностики болезней, не требуя наличия и строгого соблюдения унифицированных клинических протоколов, утвержденных соответствующими приказами. Согласно существующих медико-технологических документов, все пациенты, которые перенесли экстренные операционные вмешательства на органах брюшной полости, нуждаются в реабилитационной помощи уже во время пребывания в хирургическом стационаре в раннем послеоперационном периоде. Четких требований относительно полноценного кадрового обеспечения реабилитационной помощи на основе мультидисциплинарного подхода на сегодня нет. Поэтому есть необходимость разработки адаптивных моделей организации работы мультидисциплинарных реабилитационных команд и формирования роли и функций отдельных ее участников. В адаптивной модели из всех возможных составляющих компонентов мультидисциплинарной команды как ее постоянные участники остались только два – именно те, которые определены требованиями условий закупки медицинских услуг. Другие обязательные структурные компоненты предусмотрено привлекать как внешних консультантов. Существенно меняется роль и функции именно такого члена команды как медицинская сестра стационара. На нее дополнительно возлагаются отдельные функции ассистента физического терапевта (при необходимости и ассистента эрготерапевта) и роль кейс-менеджера ведения случая пациента с обеспечением функции коммуникации с внешними консультантами.

Выводы. Оптимальная организационная модель мультидисциплинарной реабилитационной команды в хирургическом стационаре для обеспечения реализации реабилитационных программ для пациентов, перенесших оперативные вмешательства на органах брюшной полости может быть сегодня реализована далеко не во всех хирургических клиниках. Адаптивная организационная модель мультидисциплинарной реабилитационной команды в хирургическом стационаре предусматривает существенное изменение роли и функции именно медицинская сестра стационара.

Ключевые слова: хирургия органов брюшной полости, мультидисциплинарная реабилитационная команда, медицинская сестра стационара.

Objective: to determine the role of the nurse of the surgical hospital as a member of a multidisciplinary rehabilitation team in different models of rehabilitation care for the patients who have undergone emergency surgery on the abdominal cavity.

Materials and methods. The study used the following methods: bibliosemantic, content analysis of legal documents of the organization of rehabilitation care and medical and technological documents for standardization of medical care, structural and logical analysis and descriptive modeling.

Results. Nowadays, regarding the regulation of medical and rehabilitation care, the Ministry of Health of Ukraine stands on the position of widespread use of international guidelines for treatment and diagnosis of diseases in the health care system, without requiring strict adherence to unified clinical protocols approved by relevant orders. According to the existing medical and technological documents, all the patients, who have undergone emergency surgery on the abdominal organs, need

rehabilitation care during their stay in the surgical hospital in the early postoperative period. There are currently no clear requirements for full-fledged staffing of rehabilitation care on the basis of a multidisciplinary approach. Therefore, there is a need to develop adaptive models for organizing the work of multidisciplinary rehabilitation teams and the formation of the role and functions of individual participants. Within all possible components of the multidisciplinary team in the adaptive model there are only two left as its regular members – namely those that are determined by the requirements of the conditions of procurement of medical services. Another compulsory structural components are to be involved as external consultants. The role and functions of such a team member as a hospital nurse change significantly. She is additionally entrusted with certain functions of a physical therapist's assistant (if necessary, an occupational therapist's assistant) as well as the role of a case manager of the patient's case with the function of communication with external consultants.

Conclusions. The optimal organizational model of a multidisciplinary rehabilitation team in a surgical hospitals can not be implemented today in all surgical clinics to ensure the implementation of rehabilitation programs for patients who have undergone surgery on the abdominal organs. The adaptive organizational model of the multidisciplinary rehabilitation team in a surgical hospital involves a significant change in the role and function of the hospital nurse.

Key words: abdominal surgery, multidisciplinary rehabilitation team, hospital nurse.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest.

Відомості про авторів

Співак Антоніна Петрівна – фізичний терапевт, старший викладач кафедри фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000, пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна.
antonina.spivak@uzhnu.edu.ua.

Стрельцова Анастасія Дмитрівна – студентка магістерської програми 227. Фізична терапія факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000, пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна.
streltsova.anastasiya@student.uzhnu.edu.ua.

Миронюк Іван Святославович – доктор медичних наук, декан факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000, пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна.
ivan.myronyuk@uzhnu.edu.ua.

DOI 10.24144/2077-6594.4.0.2020.220391
УДК 611.97:98.796.412.2

Mavlyanova Z.F., Baratova S.S.

Assessment of results of anthropometric studies of sportswomen in rhythmic gymnastics and taekwondo

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Republic of Uzbekistan

reab.sammi@mail.ru

Мавлянова З.Ф., Баратова С.С.

Оцінка результатів

антропометричних досліджень спортсменок
в художній гімнастиці та таєквондо

Самаркандський державний медичний інститут,
м. Самарканд, Республіка Узбекистан

Мавлянова З.Ф., Баратова С.С.

Оценка результатов

антропометрических исследований спортсменок
в художественной гимнастике и таэквондо

Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Introduction

The modern level of sporting achievements, urgent tasks of sports (selection of specialization, improvement of sportsmanship level, management and control of training process, selection and prediction of performance, etc.) dictates the need in studying and evaluating the potential of all systems of the sportsman's body in their relationship, as well as individual features and their influence on sporting achievements [5,7,8]. Therefore, anthropometric indicators are of great interest among many indicators of individual characteristics. As you know, they affect the manifestation of basic motor qualities – strength, speed, endurance, flexibility, provide adaptation to various conditions, features of recovery from training and competitive loads. These prerequisites form the basis of the sports section of anthropology and are the basis for the development of approaches to assessing features in various sports [1,2,6].

Aim of the research: comparative assessment of anthropometric features of development of sportswomen engaged in rhythmic gymnastics and taekwondo.

Materials and methods

During the study, 100 girls were examined aged from 10 to 20 years, 50 sportswomen were engaged in rhythmic gymnastics and 50 sportswomen were taekwondo.

All participants in the study had grades for these sports. This group also included candidates for Master of Sports and Master of Sports. The anthropometric study included measurements of the body weight of sportswomen on an empty stomach, measuring the height while standing and sitting, measuring the circumference of the chest in the phases of inhalation, exhalation, pause, and calculating the excursion of the chest.

The results of the study

The specifics of the sport imposes its imprint on the sportsman's body, which is expressed in the peculiarity of shape and proportions of its body. In connection with long-term sports, there is not only the formation of individual morphological signs and physique in general, but also the selection of individuals with the most favorable morphological characteristics and physical qualities for this sport.

Based on the above, the aim of the present study was a comparative assessment of anthropometric features of the development of sportswomen engaged in rhythmic gymnastics and taekwondo.

The results given above make it possible to talk about some differences in the physical development of sportswomen depending on the sport. For example, when assessing the body weight of gymnasts and taekwondosportswomen, the fact that sportswomen occupying taekwondo have reliably higher values of this indicator (51.3 ± 0.5), compared to female sportswomen engaged in rhythmic gymnastics (48.8 ± 0.7). In our opinion, this is due to the fact that sportswomen occupying taekwondo have a more developed muscle mass.

When evaluating the results of anthropometric indicators, such as measuring standing and sitting height, we can say that in sportswomen – gymnastics (162.7 ± 1.1), these data prevail over taekwondo sportswomen (158.0 ± 0.9). According to these results, we can conclude that girls who occupy rhythmic gymnastics are ahead in the height of their peers engaged in taekwondo.

The circumference of the chest is the main anthropometric indicator illustrating the development of the muscle system. The detected dependence is similar to that established in body weight. From the above table, it can be concluded that sportswomen occupying taekwondo have higher rates both at inhalation (90.7 ± 0.8) and at exhalation (86.9 ± 0.1) than sportswomen engaged in rhythmic gymnastics (inhalation – 86.9 ± 0.3 , exhalation – 83.6 ± 0.2). Accordingly,

the chest excursion of taekwondo sportswomen (3.8 ± 0.2) will also be larger than the chest excursion of gymnast sportswomen (3.3 ± 0.5).

Anthropometric indicators of sportswomen generally reflect patterns of age development, but there are features that

require the development of a specialized module of anthropometric indicators and the improvement of the system for assessing the physical development of sportswomen in order to solve the tasks of selection, determining the qualifications of sportswomen, as well as correction in the training process.

Table. Anthropometric characteristics of sportswomen engaged in various sports

Anthropometric feature	Gymnasts (n=50)	Taekwondo sportswomen (n=50)
Body length standing	$162,7 \pm 1,1^*$	$158,0 \pm 0,9^*$
Body length sitting	$56 \pm 0,2^*$	$57,1 \pm 0,4^*$
Body weight	$48,8 \pm 0,7^*$	$51,3 \pm 0,5^*$
Chest circumference in pause	$84,5 \pm 0,5^*$	$88,6 \pm 0,4^*$
Chest circumference (breath)	$86,9 \pm 0,3^*$	$90,7 \pm 0,8^*$
Chest circumference (exhalation)	$83,6 \pm 0,2^*$	$86,9 \pm 0,1^*$
Chest excursion	$3,3 \pm 0,5^*$	$3,8 \pm 0,2^*$

* The index means with which group the differences are significant ($p < 0,05$).

Conclusions

The study made it possible to establish the differences and at the same time the similarity of the individual anthropometric characteristics of the athletes of the studied

groups, due to the peculiarities of physical activity in sports specialties [3,4]. The results obtained can be used as morphological criteria for sports orienteering, as well as for medical and biological control of the educational process in athletes of this age category.

Література

1. Баратова С. С., Мавлянова З. Ф., Бурханова Г. Л. Исследование допустимых значений параметров тела спортсменов при помощи биоимпедансометрии / Вопросы науки и образования. 2019. №. 31 (81)
2. Баратова С. С., Мавлянова З. Ф., Шарафова И. А. Индивидуально-типологические особенности, обуславливающие выбор вида спортивной деятельности / Современные проблемы психологии и образования в контексте работы с различными категориями детей и молодежи. 2016. С. 190-191.
3. Пак Е. А., Мавлянова З. Ф., Ким О. А. Показатели состояния сердечно-сосудистой системы у детей, занимающихся каратэ / Спортивная медицина: наука и практика. 2016. Т. 6. №. 1. С. 21-25.
4. Камилова Р. Т. и др. Сравнительная оценка показателей силовых индексов ведущей руки и спины среди детей Узбекистана, занимающихся различными группами видов спорта / Спортивная медицина: наука и практика. 2017. Т. 7. №. 2. С. 61-69.
5. Ким О. А., Шарафова И. А., Баратова С. С. Мигрень у спортсменов: особенности и методы коррекции / Безопасный спорт-2016. 2016. С. 78-80.
6. Абдусаломова М., Равшанова М. Особенности реабилитационных мероприятий при болях в пояснице у спортсменов, занимающихся спортом со скоростными и силовыми качествами / InterConf. 2020.
7. Умирова С. М., Мавлянова З. Ф., Сабирова Ш. Б. Реабилитационные мероприятия при протрузии межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника, у спортсменов занимающихся различными видами единоборства // Достижения науки и образования. 2019. №. 12 (53).
8. Камалова Ё. А., Умирова С. М., Наимова Х. А. Влияние различных способов дозирования на физическую работоспособность детей города Самарканда / Материалы XXIII съезда Физиологического общества им. И.П. Павлова с международным участием. 2017. С. 2248-2250.

References

1. Baratova S. S., Mavlyanova Z. F., Burhanova G. L. Issledovanie dopustimyh znachenij parametrov tela sportsmenov pri pomoshi bioimpedansometrii / Voprosy nauki i obrazovaniya. 2019. №. 31 (81)
2. Baratova S. S., Mavlyanova Z. F., Sharafova I. A. Individualno-tipologicheskie osobennosti, obuslavlivayushie vybor vida sportivnoy deyatel'nosti / Sovremennye problemy psikhologii i obrazovaniya v kontekste raboty s razlichnymi kategoriyami detej i molodezhi. 2016. S. 190-191.
3. Pak E. A., Mavlyanova Z. F., Kim O. A. Pokazateli sostoyaniya serdechno-sosudistoy sistemy u detej, zanimayushih'sya karate / Sportivnaya medicina: nauka i praktika. 2016. T. 6. №. 1. S. 21-25.

4. Kamilova R. T. i dr. Sravnitel'naya ocenka pokazatelej silovykh indeksov vedushej ruki i spiny sredi detej Uzbekistana, zanimayushihsiya razlichnymi gruppami vidov sporta / Sportivnaya medicina: nauka i praktika. 2017. T. 7. №. 2. S. 61-69.
5. Kim O. A., Sharafova I. A., Baratova S. S. Migren u sportsmenov: osobennosti i metody korrekcii / Bezopasnyj sport-2016. 2016. S. 78-80.
6. Abdusalomova M., Ravshanova M. Osobennosti reabilitacionnykh meropriyatij pri bolyah v poyasnice u sportsmenov, zanimayushihsiya sportom so skorostnymi i silovymi kachestvami / InterConf. 2020.
7. Umirova S. M., Mavlyanova Z. F., Sabirova Sh. B. Reabilitacionnye meropriyatija pri protruzii mezhpozvonkovykh diskov poyasnichnogo otdela pozvonochnika, u sportsmenov zanimayushihsiya razlichnymi vidami edinoborstva / Dostizheniya nauki i obrazovaniya. 2019. №. 12 (53).
8. Kamalova Yo. A., Umirova S. M., Naimova H. A. Vliyanie razlichnykh sposobov dozirovaniya na fizicheskuyu rabotosposobnost detej goroda Samarkanda / Materialy XXIII sezda Fiziologicheskogo obshestva im. IP Pavlova s mezhdunarodnym uchastiem. 2017. S. 2248-2250.

Дата надходження рукопису до редакції: 26.10.2020 р.

This article considers the main anthropometric characteristics of sportswomen engaged in rhythmic gymnastics and taekwondo in Samarkand.

Aim of the research. Is to conduct a comparative assessment of the anthropometric characteristics of the development of athletes involved in rhythmic gymnastics and taekwondo.

Material and methods. The study involved 100 sportswomen in rhythmic gymnastics and taekwondo. The anthropometric study included measurements of the body weight of athletes on the lean, measuring the height while standing and sitting, measuring the circumference of the chest in the phases of inhalation, exhalation, pause, and calculating the excursion of the chest.

Results. The results it possible to talk about some differences in the physical development of sportswomen depending on the sport.

Conclusions. The study made it possible to establish the differences and at the same time the similarity of the individual anthropometric characteristics of the athletes of the studied groups, due to the peculiarities of physical activity in sports specialties

Key words: sportswomen, rhythmic gymnastics, taekwondo, anthropometric indicators.

У даній статті розглянуті основні антропометричні характеристики спортсменок міста Самарканд, що займаються художньою гімнастикою і таеквондо.

Мета роботи: провести порівняльну оцінку антропометричних особливостей розвитку спортсменок, що займаються художньою гімнастикою і таеквондо.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 100 спортсменок. У антропометричні дослідження входили вимірювання маси тіла спортсменок натще, вимірювання зросту стоячи і сидячи, вимір окружності грудної клітини в фазі вдиху, видиху, паузи, а також обчислення екскурсії грудної клітини.

Результати. Результати, наведені в статті, дозволяють говорити про деякі відмінності у фізичному розвитку спортсменок в залежності від виду спорту.

Висновки. Проведене дослідження дозволило встановити відмінності і, в той же час схожість, по окремим антропометричним ознаками між спортсменками досліджуваних груп, зумовлені особливостями рухової активності в спортивних спеціалізаціях.

Ключові слова: спортсменки, художня гімнастика, таеквондо, антропометричні показники.

В данной статье рассмотрены основные антропометрические характеристики спортсменок г. Самарканда, занимающихся художественной гимнастикой и таэквондо.

Цель работы: провести сравнительную оценку антропометрических особенностей развития спортсменок, занимающихся художественной гимнастикой и таэквондо.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 100 спортсменок. В антропометрическое исследование входили измерения массы тела спортсменок натощак, измерение роста стоя и сидя, измерение окружности грудной клетки в фазе вдоха, выдоха, паузы, а также вычисление экскурсии грудной клетки.

Результаты. Результаты, приведенные в статье, позволяют говорить о некоторых отличиях в физическом развитии спортсменок в зависимости от вида спорта.

Выводы. Проведенное исследование позволило установить различия и в тоже время сходство по отдельным антропометрическим признакам между спортсменками исследуемых групп, обусловленные особенностями двигательной активности в спортивных специализациях.

Ключевые слова: спортсменки, художественная гимнастика, таэквондо, антропометрические показатели.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest.

Відомості про авторів

Мавлянова Зілола Фархадівна – кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедру медичної реабілітації, спортивної медицини і народної медицини Самаркандського державного медичного інституту; Республіка Узбекистан, м. Самарканд, вул. Амир Темура, 18.
reab.sammi@mail.ru.

Баратова Сітора Сахідіновна – викладач кафедри медичної реабілітації, спортивної медицини і народної медицини Самаркандського державного медичного інституту; Республіка Узбекистан, м. Самарканд, вул. Амир Темура, 18.

DOI 10.24144/2077-6594.4.0.2020.220392
УДК 796.004(045)

Usmankhodzhaeva A.A.¹, Mavlyanova Z.F.², Sabirova S.B.², Murotov M.², Normakhmatov I.²

Methodological and theoretical support of integrated computer information technology for monitoring and evaluation of the health status of children and adolescents involved in sports schools

¹Tashkent Medical Academy, Tashkent, Republic of Uzbekistan

²Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Republic of Uzbekistan

reab.sammi@mail.ru

Усманходжаева А.А.¹, Мавлянова З.Ф.²,
Сабірова Ш.Б.², Муротов М.Ш.², Нормакхматов І.З.²
**Методолого-теоретичне забезпечення інтегрованої
комп'ютерно-інформаційної технології моніторингу
і оцінки стану здоров'я дітей і підлітків,
що займаються в спортивних школах**

¹Ташкентська медична академія,
м. Ташкент, Республіка Узбекистан

²Самаркандський державний медичний інститут,
м. Самарканд, Республіка Узбекистан

Усманходжаева А.А.¹, Мавлянова З.Ф.²,
Сабірова Ш.Б.², Муротов М.Ш.², Нормакхматов І.З.²
**Методолого-теоретическое обеспечение
интегрированной компьютерно-информационной
технологии мониторинга и оценки состояния здоровья
детей и подростков, занимающихся
в спортивных школах**

¹Ташкентская медицинская академия,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

²Самаркандский государственный медицинский
институт, г. Самарканд, Республика Узбекистан

One of the priority directions of the state programs of the Republic of Uzbekistan is the development of mass sports and the involvement of all segments of the population in physical education with a view to promoting health and changing lifestyles. This is evidenced by the creation of a number of laws and regulations on the part of the Government and constantly updated policy documents [27,29].

Due to the special attention paid by the Government to the development of mass sports in country, as well as within the framework of government programs to provide the material and technical base of sports schools, the number of children and adolescents involved in sports and physical education has increased significantly in recent years. In connection with the increase in the number of children and adolescents involved in sports in country, the issues of professional sports selection, the state and prediction of the health of this contingent of people, the development of special preventive and rehabilitation measures to preserve the health of the future generation become especially relevant [28].

It is known that systematic sports training contributes the harmonious development of children, increases their mental performance, cellular and humoral immunity and other protective properties of the body, develops the functional economy of the somatic and autonomic nervous systems, and expands the range of functional capabilities. However, in the process of building a workout, it is necessary to build rational methods that take into account the age-related anatomical and physiological features of the child's body. Improving the effectiveness of operational control in the process of monitoring the health and functional state of the sportsmen's

body is associated with the development and introduction into the practice of medical control of simple and accessible methods of functional diagnostics based on modern technologies [1,2,21].

Specificity of muscular activity and orientation of training process determine patterns and peculiarities of diagnostics facilitating control of adaptation of systems and functions of organism leading in any sport or another [6,18,22,23].

Correctly selected and the most informative parameters reflecting functional capabilities of physiological systems ensuring performance of sportsmen taking into account the specifics of the sport and the stage of preparation, will allow to quickly assess the impact on health of training and competitive loads, determine dynamics of formation of functional capabilities, assess the level of training, timely and differentiated prevent the occurrence of nosological and nosological conditions and, ultimately, contribute to the increase of sports results [7,8,21,24].

Currently, research on youth sports in the system of training of sports reserves is being carried out [3,4,7,11,12, 14,15,18,19,25]. In particular, there is a search for rational planning of the load regime, effective methods of educational work with young sportsmen, model characteristics of the strongest sportsmen are being developed, the structure of training and competitive loads at various stages of long-term training, the system of integrated control in the management of training of young sportsmen is being improved, the system of selection and sports orientation is being improved [5,9,10,13,16,20].

In accordant with above mentioned, the development and use of integrated computer information technology for monitoring and assessing the health of children and adolescents engaged in sports schools is a challenge.

Discussing of the outlined problem, it seems that, first of all, we should determine the methodological and theoretical ideas of its implementation.

The integration of computer and information technology in the investigated problem is determined by the interconnected activities of the following subjects: children and adolescents, trainers, parents, doctors, the administration of a sports school, representatives of the public, etc.

In order to realize this problem, the following medical examinations [17] are carried out: assessment of indicators of physical development and level of sexual development (biological age); analysis of indicators: functional state of the cardiovascular system – pulse, blood pressure; responses to physical exertion; indicator of cognitive functions of the central nervous system – reaction rate; indicators of the autonomic nervous system; anthropometric indicators – body length, body weight, brush dynamometry, chest circumference at rest, inhalation and exhalation, caliperometry; medical and pedagogical observations in order to clarify the nature of the training process, the volume and intensity of the training load, its adequacy to the condition of those involved, as well as the detection and recording of deviations in the state of health.

Medical examination includes: collection of general and sports history, somatoscopic and anthropometric examination with determination of the degree of puberty by stages of secondary sexual signs.

The medical examination also includes an examination of specialists: a therapist, an orthopedist, an oculist, an otolaryngologist, a neuropathologist, who give a comprehensive assessment of the state of health.

Computer information technology for monitoring and assessing the health of children and adolescents engaged in sports schools includes:

1. Structural and functional diagram of integrated computer-information technology for monitoring and assessing the health of children and adolescents engaged in sports schools (see Scheme 1);

2. Main functions of the physician's WA (see Scheme 2);

3. Main functions of WA of trainer (see Scheme 3);

4. Structural and functional diagram of WA and integrated computer-information technology units for monitoring and assessing the health of children and adolescents engaged in sports schools (see Scheme 4).

Multidimensional analysis methods will be used to analyze the generated databases, intermediate and final results. Taking into account the above-mentioned main functions of WA doctors and WA trainers, the development of appropriate knowledge bases and their formalization will be required.

Our proposed approach to the implementation of integrated computer-information technology for monitoring and assessing the health of children and adolescents engaged in sports schools will form the basis for effective implementation:

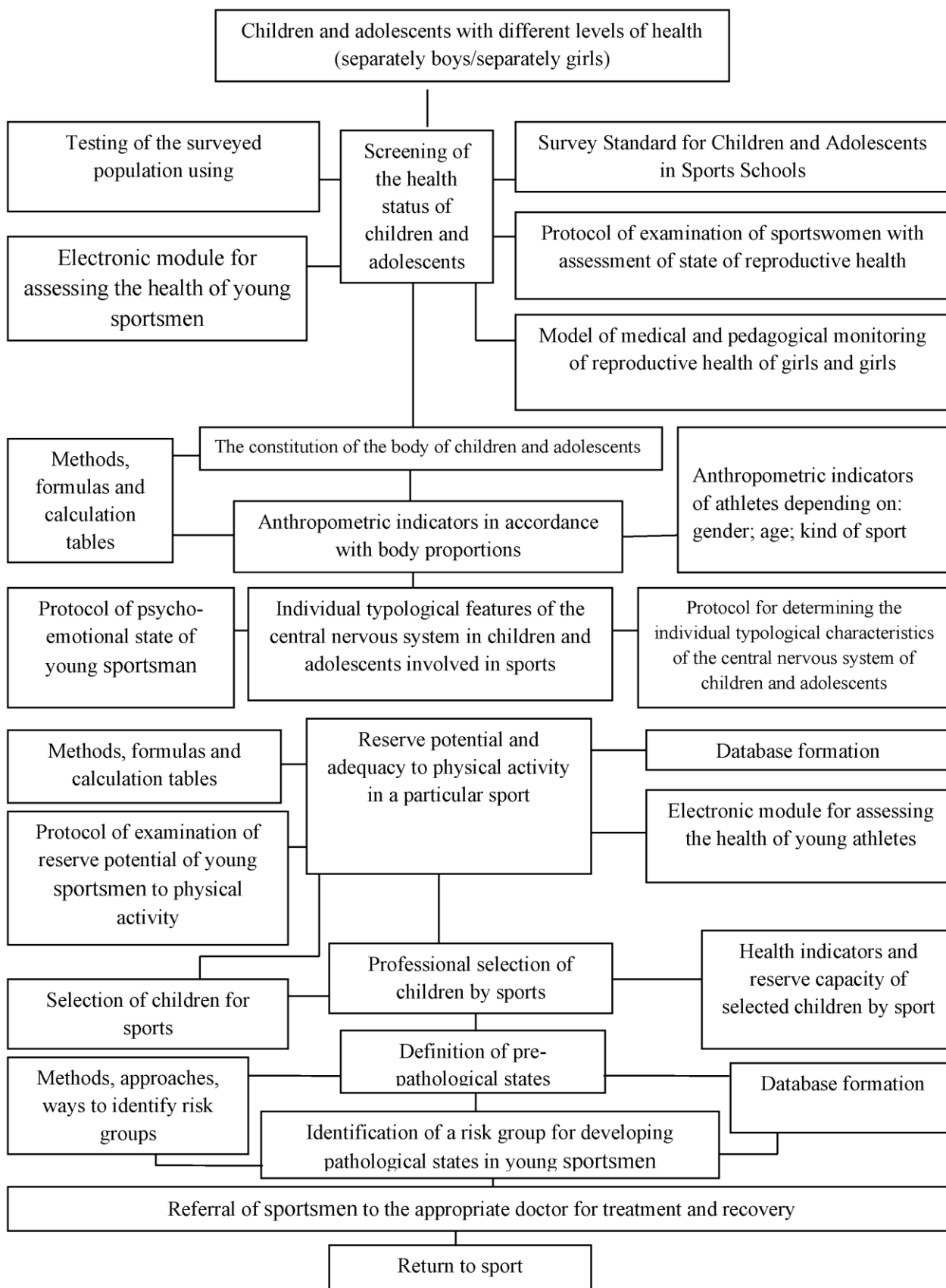
- organization of training process based on results of assessment of physical capabilities (physical performance, psychoemotional status and level of physical development according to indicators of body mass index, force and life indices) of young sportsman;

- selection of children in specialized sections of sports single combats at the age of 6–7 years where the main attention at the first stage (1–2 years) will be devoted to general physical fitness. This will facilitate faster and more optimal adaptation of the child to physical activity;

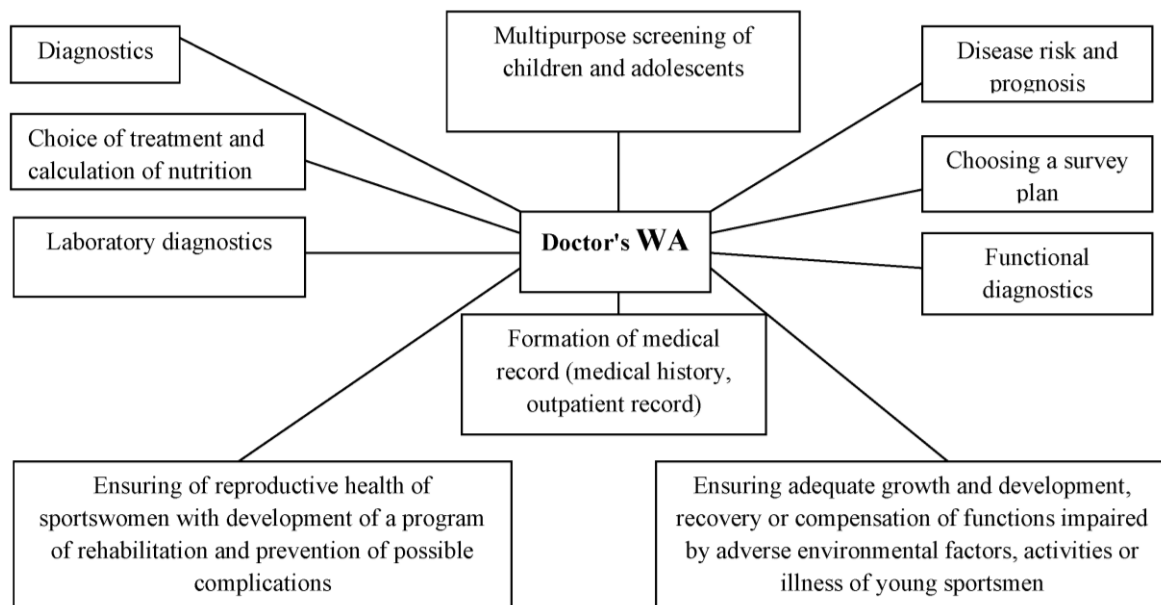
- In order to detect pre-pathological conditions in the reproductive health of young sportswomen, it is mandatory to consult a gynecologist and ultrasound examination of pelvic organs in girls and girls engaged in sports during an in-depth medical examination;

- during examination and selection of young sportsmen, analysis of cardiac rhythm variability, which is an objective, reliable and non-invasive method of assessing the state of vegetative regulation. Evaluation of heart rate variability indices allows predicting and carrying out operational control of functional state of young athletes' organism;

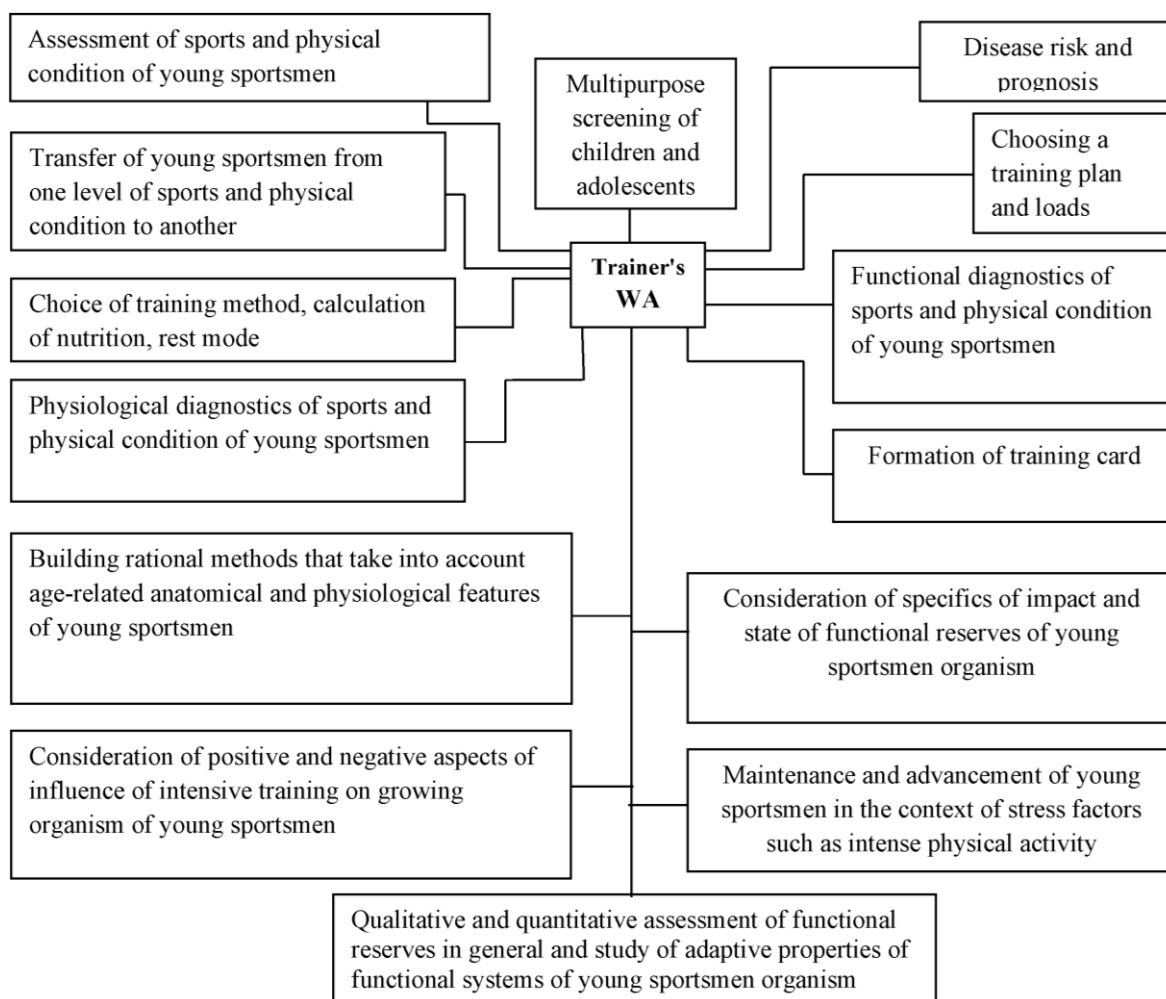
- at least 2–3 times a year to carry out a comprehensive assessment of physical development, functional state and psychoemotional status of young sportsmen engaged in single combats.



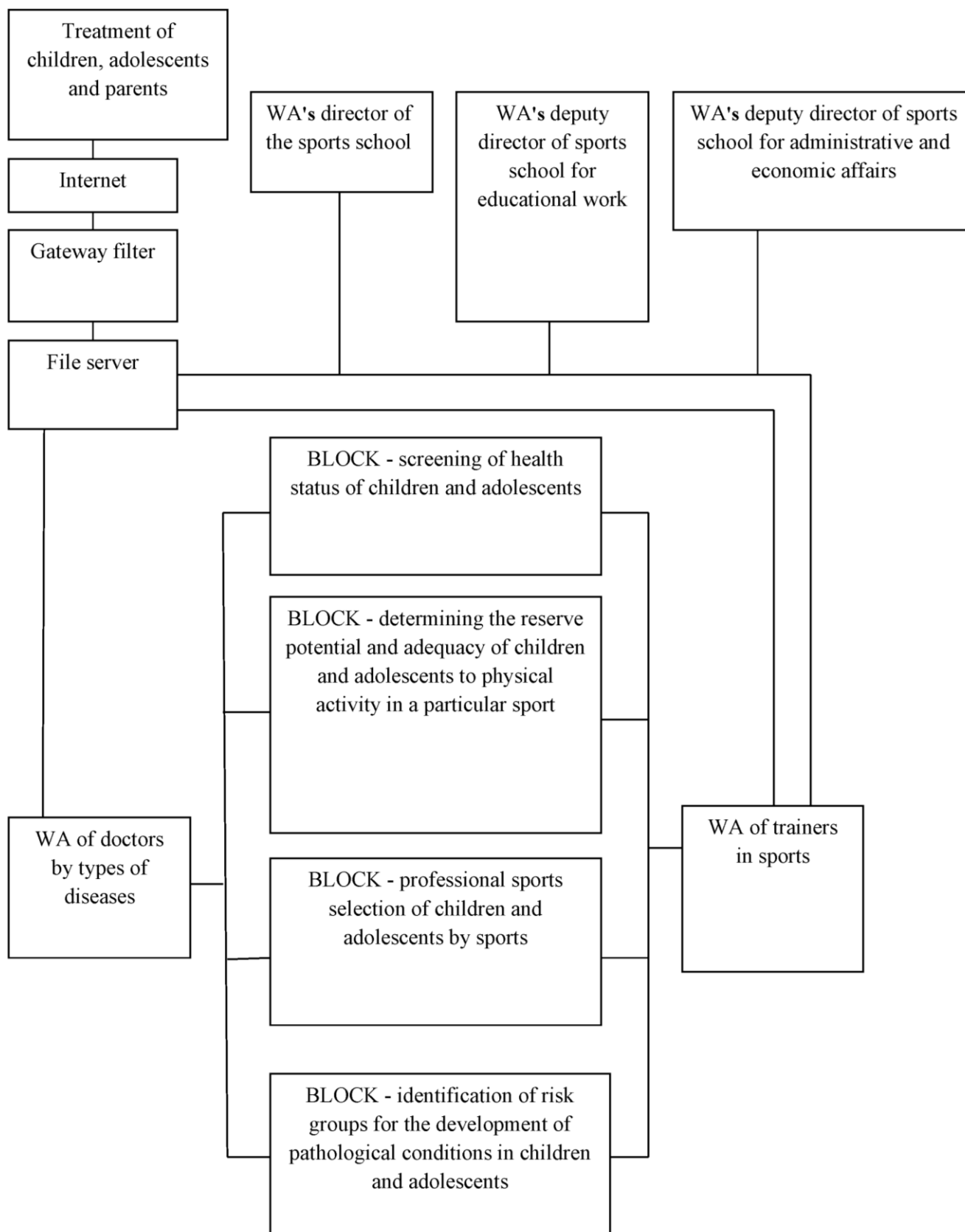
Scheme 1. Structural and functional diagram of integrated computer-information technology for monitoring and assessing the health of children and adolescents engaged in sports schools



Scheme 2. Scheme Main functions of the doctor's WA



Scheme 3. Main functions of the trainer's WA



Scheme 4. Structural and functional diagram of WA and blocks of integrated computer and information technology for monitoring and assessing the health status of children and adolescents involved in sports schools

Література

1. Alekseev A.V. Overcome yourself. Mental training of athletes for competitions/A.V. Alekseev. – M.: Soviet Sport, 2007. 280 s.
2. Grishentsev A.Yu. Hardware and software complex for assessing the psychophysiological state of a person by analyzing high-frequency currents from the surface of the skin: autoref. diss.k.t.n – St. Petersburg. – 2009. – From 48.
3. Kreff A.F., Kreff M.F., Kanyu F. Woman and sport.-M: Physical education and sports. – 1986. – 143s.
4. Krutsevich T.Yu. Modeling the Harmonious Physical Development of Adolescents Text ./T. Yu. Krutsevich // Physical culture. 2002. – No. 4. – S. 9 – 13.
5. Nemirov A.D. Informativity of parameters of cardiac rhythm variability in athletes Text.: autoref. diss. edging. biol. sciences: Yaroslavl, 2004. – 23 p.
6. Nikityuk B.A. Anthropometric criteria for sports selection // Theory and practice of physical culture. – 1985. - No. 6. - C.40-43,
7. Novokshchenov I.N. Special physical training of football players of various playing roles at the stage of sports improvement: autoref. yew. edging. пед. Sciences/I.N. Novokshchenov. Volgograd, 2000. – 24 p.
8. Polyayev B.A. The role of the outpatient, polyclinic and medical-physical-cultural service in the formation of physical health of the population // Theory and practice of improving the population of Russia: Mat.Pnacion. scientific практ. конф. with international participation – M.: LFK Center and SM Roszdrav, 2004 – p. 219-220.
9. Savenkov G.I. Psychological training of athletes in the modern system of sports training/G.I. Savenkov. St. Petersburg: Physical culture, 2007. – 180 p.
10. Sivitsky V. System of psychological support for sports activities. Text. /Sivitsky V. // Sports psychologist. 2007. No. 1. – S. 37 – 42.
11. Solodkov A.S., Sologub E.B. Human physiology: general, sports, age. Prod. 3rd, correct and additional. – M.: Soviet Sport, 2008 – 620 page.
12. Solopov I. N. Optimization of adaptation through directed effects on respiratory function/I. N Solopov // Problems of optimizing the functional fitness of athletes. – Volgograd, 2006. – Vol. 2. – Page. 4-13.
13. Yurov I.A. Psychological testing and psychotherapy in sports Text ./I. A. Yurov. M.: Soviet sport, 2006. – 163 p.
14. Khrushchev S.V. et al. A new look at the old problems of women's sports // Theory and practice of physical culture. – 1996. – No. 2. – From 56-58.
15. Shamardin A. A. Functional training of young football players of various playing roles based on the use of ergogenical means: training. – Method. manual/A. A. Shamardin, A. A. Suchilin, V Qian, etc. Volgograd: VGAFK, 2006.-57 p.
16. Shermukhamedov A.T. Analysis of the competitive activities of football players of 16-17 years of the Pakhtakor team. "FAN-SPORTGA." – No. 3. – 2012. – C-28-31.
17. Ismailov S.I. α, Usmanhodjaeva A.A. σ, Bazarbaev M.I. ρ & Tulabaev A.K. The Indicators of Quality of Life in Athletes Enrolled in the College of Olympic Reserve. Global Journal of Medical Research: K Interdis ciplinary. Type: Double Blind Peer Reviewed International Research Journal Publisher: Global Journals Inc. (USA). Online ISSN: 2249-4618 & Print ISSN: 0975-5888 Volume 17 Issue 5 Version 1.0 Year 2017.
18. Brown C.N., Guskiewicz K.M., Bleiberq D. Athlete characteristics and outcome scores for computerized neuropsychological assessment: a preliminary analysis. // J Athletics Train. – 2007. – Oct-Dec; 42(4). – S. 515- 23.
19. Cerin E., Barnett A. (2006) A procession analysis of basic emotions and sources of concerns as they are lived before and after a competition. Psychology of Sport and Exercise 7, 1-21.
20. Cerin E., Szabo A., Hunt N., Williams C. (2000) Temporal patterning of competitive emotions: a critical review. Journal of Sports Sciences 18, 605-626. [PubMed]
21. Kerr J.H., Wilson G.V., Bowling A., Sheahan J.P. (2005) Game outcome and elite Japanese women's field hockey players' experience of emotions and stress. Psychology of Sport and Exercise 6, 251-263.
22. Gaab J., Rohleder N., Nater U.M., Ehler U. (2005) Psychological determinants of the cortisol stress response: the role of anticipatory cognitive appraisal. Psychoneuroendocrinology 30, 599-610. [PubMed]
23. Filaire E., Sagnol M., Ferrand C., Maso F., Lac G. (2001b) Psychophysio-logical stress in judo athletes during competitions. The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness 41, 263-268.[PubMed]
24. Thatcher J., Thatcher R., Dorling D. (2004) Gender differences in the pre-competition temporal patterning of anxiety and hormonal responses. The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness 44, 300-308. [PubMed]
25. Filaire E., Alix D., Rouveix M., Le Scanff C. (2007) Motivation, stress, anxiety and cortisol responses in elite paragliders. Perceptual and Motor Skills 104, 1271-1281. [PubMed]
26. Баратова С. С., Мавлянова З. Ф., Шарафова И. А. Индивидуально-типологические особенности, обуславливающие выбор вида спортивной деятельности // Современные проблемы психологии и образования в контексте работы с различными категориями детей и молодежи. – 2016. – С. 190-191.
27. Камилова Р. Т. и др. Влияние систематических занятий спортом на функциональное состояние юных спортсменов // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2016. – №. 4.

28. Баратова С., Ким О. А., Шарафова И. А. Особенности темперамента и его влияние на выбор вида спортивной деятельности // Безопасный спорт-2016. – 2016. – С. 16-18.

References

1. Alekseev A.V. Overcome yourself. Mental training of athletes for competitions/A.V. Alekseev. – M.: Soviet Sport, 2007. 280 s.
2. Grishentsev A.Yu. Hardware and software complex for assessing the psychophysiological state of a person by analyzing high-frequency currents from the surface of the skin: autoref. diss.k.t.n – St. Petersburg. – 2009. – From 48.
3. Kreff A.F., Kreff M.F., Kanyu F. Woman and sport.-M: Physical education and sports. – 1986. – 143s.
4. Krutsevich T.Yu. Modeling the Harmonious Physical Development of Adolescents Text /T. Yu. Krutsevich // Physical culture. 2002. – No. 4. – S. 9 – 13.
5. Nemirov A.D. Informativity of parameters of cardiac rhythm variability in athletes Text.: autoref. diss. edging. biol. sciences: Yaroslavl, 2004. – 23 p.
6. Nikityuk B.A. Anthropometric criteria for sports selection // Theory and practice of physical culture. – 1985. - No. 6.- C.40-43,
7. Novokshchenov I.N. Special physical training of football players of various playing roles at the stage of sports improvement: autoref. yew. edging. пед. Sciences/I.N. Novokshchenov. Volgograd, 2000. – 24 p.
8. Polyayev B.A. The role of the outpatient, polyclinic and medical-physical-cultural service in the formation of physical health of the population // Theory and practice of improving the population of Russia: Mat.Pnacion. scientific практ. конф. with international participation – M.: LFK Center and SM Roszdrav, 2004 – p. 219-220.
9. Savenkov G.I. Psychological training of athletes in the modern system of sports training/G.I. Savenkov. St. Petersburg: Physical culture, 2007. – 180 p.
10. Sivitsky V. System of psychological support for sports activities. Text. /Sivitsky V. // Sports psychologist. 2007. No. 1. – S. 37 – 42.
11. Solodkov A.S., Sologub E.B. Human physiology: general, sports, age. Prod. 3rd, correct and additional. – M.: Soviet Sport, 2008 – 620 page.
12. Solopov I. N. Optimization of adaptation through directed effects on respiratory function/I. N Solopov // Problems of optimizing the functional fitness of athletes. – Volgograd, 2006. – Vol. 2. – Page. 4-13.
13. Yurov I.A. Psychological testing and psychotherapy in sports Text /I. A. Yurov. M.: Soviet sport, 2006. – 163 p.
14. Khrushchev S.V. et al. A new look at the old problems of women's sports // Theory and practice of physical culture. – 1996. – No. 2. – From 56-58.
15. Shamardin A. A. Functional training of young football players of various playing roles based on the use of ergogenical means: training. – Method. manual/A. A. Shamardin, A. A. Suchilin, V Qian, etc. Volgograd: VGAFK, 2006.-57 p.
16. Shermukhamedov A.T. Analysis of the competitive activities of football players of 16-17 years of the Pakhtakor team. "FAN-SPORTGA." – No. 3. – 2012. – C-28-31.
17. Ismailov S.I. α, Usmanhodjaeva A.A. σ, Bazarbaev M.I. ρ & Tulabaev A.K. The Indicators of Quality of Life in Athletes Enrolled in the College of Olympic Reserve. Global Journal of Medical Research: K Interdisiplinary. Type: Double Blind Peer Reviewed International Research Journal Publisher: Global Journals Inc. (USA). Online ISSN: 2249-4618 & Print ISSN: 0975-5888 Volume 17 Issue 5 Version 1.0 Year 2017.
18. Brown C.N., Guskiewicz K.M., Bleiberg D. Athlete characteristics and outcome scores for computerized neuropsychological assessment: a preliminary analysis. // J Athletics Train. – 2007. – Oct-Dec; 42(4). – S. 515- 23.
19. Cerin E., Barnett A. (2006) A procession analysis of basic emotions and sources of concerns as they are lived before and after a competition. Psychology of Sport and Exercise 7, 1-21.
20. Cerin E., Szabo A., Hunt N., Williams C. (2000) Temporal patterning of competitive emotions: a critical review. Journal of Sports Sciences 18, 605-626. [PubMed]
21. Kerr J.H., Wilson G.V., Bowling A., Sheahan J.P. (2005) Game outcome and elite Japanese women's field hockey players' experience of emotions and stress. Psychology of Sport and Exercise 6, 251-263.
22. Gaab J., Rohleder N., Nater U.M., Ehler U. (2005) Psychological determinants of the cortisol stress response: the role of anticipatory cognitive appraisal. Psychoneuroendocrinology 30, 599-610. [PubMed]
23. Filaire E., Sagnol M., Ferrand C., Maso F., Lac G. (2001b) Psychophysio-logical stress in judo athletes during competitions. The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness 41, 263-268.[PubMed]
24. Thatcher J., Thatcher R., Dorling D. (2004) Gender differences in the pre-competition temporal patterning of anxiety and hormonal responses. The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness 44, 300-308. [PubMed]
25. Filaire E., Alix D., Rouveix M., Le Scanff C. (2007) Motivation, stress, anxiety and cortisol responses in elite paragliders. Perceptual and Motor Skills 104, 1271-1281. [PubMed]
26. Baratova S. S., Mavlyanova Z. F., Sharafova I. A. Individualno-tipologicheskie osobennosti, obuslavlivayushie izbor vida sportivnoj deyatel'nosti // Sovremennyye problemy psihologii i obrazovaniya v kontekste raboty s razlichnymi kategoriyami detej i molodezhi. – 2016. – S. 190-191.

27. Kamilova R. T. i dr. Vliyanie sistematicheskikh zanyatij sportom na funkcionalnoe sostoyanie yunyh sportsmenov // Vestnik Kazahskogo Nacionalnogo medicinskogo universiteta. – 2016. – №. 4.

28. Baratova S., Kim O. A., Sharafova I. A. Osobennosti temperamenta i ego vliyanie na vybor vida sportivnoj deyatelnosti // Bezopasnyj sport-2016. – 2016. – S. 16-18.

Дата надходження рукопису до редакції: 23.10.2020 р.

In this work, an approach is proposed to implement the screening of the health status of children and adolescents. Through the approach can be determined the reserve potential and adequacy of children and adolescents to exercise in a particular sport type. Selection of children and adolescents in professional sports would identify risk groups for the development of pathological conditions in children and adolescents. On the basis of computer-information, technology for monitoring and assessing the health status of children and adolescents involved in sports schools is the main idea of the proposed approach. Particularly, based on integrated implementation workplace automation (WA) of doctors of different profiles and workplace automations of trainers in various sports are going to be realized as the result of this work.

Key words: screening, health status of children and adolescents, sport, exercise, reserve potential, sports selection, risk groups, development of pathological conditions, computer-information technology, monitoring, evaluation, physician's WA, WA trainer.

Пропонується підхід до реалізації скринінгу стану здоров'я дітей і підлітків, визначення резервного потенціалу та адекватності дітей і підлітків до фізичного навантаження з того чи іншого виду спорту, професійного спортивного відбору дітей і підлітків за видами спорту, виявлення груп ризику на розвиток патологічних станів у дітей та підлітків, на базі комп'ютерно-інформаційної технології моніторингу і оцінки стану здоров'я дітей і підлітків, що займаються в спортивних школах, заснованої на інтегрованої реалізації АРМ (автоматизоване робоче місце) спортивних лікарів і АРМів тренерів з різних видів спорту.

Ключові слова: скринінг, стан здоров'я дітей і підлітків, вид спорту, фізичне навантаження, резервний потенціал, спортивний відбір, комп'ютерно-інформаційна технологія, моніторинг, оцінка, АРМ лікаря, АРМ тренера.

Предлагается подход к реализации скрининга состояния здоровья детей и подростков, определения резервного потенциала и адекватности детей и подростков к физической нагрузке по тому или иному виду спорта, профессионального спортивного отбора детей и подростков по видам спорта, выявления групп риска на развитие патологических состояний у детей и подростков, на базе компьютерно-информационной технологии мониторинга и оценки состояния здоровья детей и подростков, занимающихся в спортивных школах, основанной на интегрированной реализации АРМ (автоматизированное рабочее место) спортивных врачей и АРМов тренеров по различным видам спорта.

Ключевые слова: скрининг, состояние здоровья детей и подростков, вид спорта, физическая нагрузка, резервный потенциал, спортивный отбор, компьютерно-информационная технология, мониторинг, оценка, АРМ врача, АРМ тренера.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest.

Відомості про авторів

Мавлянова Зилола Фархадовна – заведуюча кафедрою медичинської реабілітації, спортивної медицини і народної медицини Самаркандського державного медичинського інституту, к.м.н., доцент. Республіка Узбекистан, місто Самарканд, вулиця Амір Темур, д. 18.
reab.sammi@mail.ru (відповідальна за переписку)

Усманходжаєва Адибахон Амірсаїдовна – заведуюча кафедрою народної медицини, реабілітології і фізичного виховання Ташкентської медичинської академії, к.м.н., доцент. Республіка Узбекистан, місто Ташкент, вулиця Фаробій, будинок 2. Індекс 100109.
adibaxon@mail.ru.

Сабірова Шахло Бахтієровна – викладачка кафедри медичинської реабілітації, спортивної медицини і народної медицини Самаркандського державного медичинського інституту. Республіка Узбекистан, місто Самарканд, вулиця Амір Темур, д. 18.

Муротов Музаффар Шермамаєвич – заведуючий кафедрою фізичного виховання і спорту Самаркандського державного медичинського інституту. Республіка Узбекистан, місто Самарканд, вулиця Амір Темур, д. 18.

Нормахмаєв Ілхом Зайнієдїєєвич – викладачка кафедри фізичного виховання і спорту Самаркандського державного медичинського інституту. Республіка Узбекистан, місто Самарканд, вулиця Амір Темур, д. 18.

DOI 10.24144/2077-6594.4.0.2020.220393
УДК 616.716.4-001.5

Дмитрієва Л.Е., Антонова-Рафі Ю.В.

Реабілітація в щелепно-лицевій хірургії і стоматології після перелому нижньої щелепи

Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»,
м. Київ, Україна

lilusika13@gmail.com, antonova-rafi@ukr.net

Дмитриева Л.Э., Антонова-Рафи Ю.В.

**Реабилитация в челюстно-лицевой хирургии
и стоматологии после перелома нижней челюсти**
Национальный технический университет Украины
«Киевский политехнический институт
имени Игоря Сикорского», г. Киев, Украина

Dmitrieva L.E., Antonova-Rafi Y.V.

**Rehabilitation in maxillofacial surgery and dentistry
after fracture of the mandible**
National Technical University of Ukraine "Kyiv Polytechnic
Institute named after Igor Sikorsky", Kyiv, Ukraine

Актуальність

Перелом нижньої щелепи – на сьогодні дуже розповсюджений вид травм, які складають більш ніж 15% загальної кількості переломів кісток тіла. Травма щелепи призводять до порушення фізіологічної рівноваги м'язів, порушує дихальні, ковтальні, жувальні та мовленнєві функції. Внаслідок реакції гіпофізно-адреналової системи, перелом щелепи супроводжують зміни гемодинаміки, терморегуляції, та інших фізіологічних процесів, що в цілому призводить до погіршення загального стану хворого. Порушення функцій прийому їжі, мовлення і зміни зовнішнього дихання, що виникають через перелом щелепи спричиняють зниження працездатності, негативно впливають на загальний психічний стан хворого і якість його життя. Останніми роками спостерігається тенденція як до збільшення кількості пацієнтів з переломами кісток лицевого скелету, так і до ускладнення характеру травм за рахунок поєднання ушкоджень обличчя та інших ділянок тіла, що є наслідком транспортних, вуличних, професійних, спортивних і побутових травм [7]. Окрім амбулаторного або стаціонарного лікування хворі з переломами нижньої щелепи обов'язково проходять курс фізичної реабілітації, що спрямований на відновлення основних життєво необхідних функцій організму та покращення загального самопочуття. Процес фізичного відновлення потребує кваліфікованого та індивідуального підходу, тому проблематика фізичної реабілітації хворих після перелому нижньої щелепи є важливою і актуальною.

Мета дослідження – дослідити особливості виду травми, а саме перелому нижньої щелепи та розробити підходи до побудови процесу відновлення та реабілітації хворих.

Особливості лікування та реабілітації

Нижня щелепа – це непарна рухома кістка, підковоподібної форми, що складається з двох симетричних половин, в кожній з яких виділяють тіло і гілка [1].

Тіло нижньої щелепи має основу і альвеолярну частину. У товщі тіла, в нижньощелепному каналі, розташовуються нижньоальвеолярний нерв, артерія і вена. Починається нижньощелепний канал на внутрішній поверхні гілки і закінчується підборідним отвором, який розташований в області верхівок малих корінних зубів.

Гілка нижньої щелепи має зовнішню і внутрішню поверхні, передній і задній краї, що переходять у вінцевий і в міжщільний відростки, які розділені вирізкою. Передній край гілки переходить у вінцевий відросток, до якого кріпиться скроневий м'яз. Міжщільний відросток має основу, шийку, голівку і служить для утворення скронево-нижньощелепного суглоба [8].

До нижньої щелепи кріпляться м'язи, які піднімають і опускають її. М'язи, що піднімають нижню щелепу, це – жувальний м'яз (m.masseter), який прикріплюється до жувальної горбистості зовнішньої поверхні гілки нижньої щелепи; скроневий м'яз (m.temporalis); медійний крилоподібний м'яз (m.pterygoideus medialis) кріпиться на внутрішній поверхні кута нижньої щелепи до крилоподібної бугристості; і латеральний крилоподібний м'яз (m.pterygoideus lateralis) кріпиться до суглобової сумки і суглобового диска скронево-нижньощелепного суглоба.

М'язи, що опускають нижню щелепу, це – передне черевце двобрюшного м'яза (m.digastricus) що кріпиться до великого рогу під'язикової кістки; щелепно-під'язиковий м'яз (m.mylohyoideus) що кріпиться сухожилльним швом від внутрішньої поверхні підборіддя до тіла під'язикової кістки, підборіддя-під'язиковий м'яз (m.geniohyoideus) що кріпиться до тіла під'язикової кістки,

підборіддя-мовний м'яз (*m.genioglossus*), що кріпиться до язикової фасції на спинці язика і під'язиково-мовний м'яз (*m.hyoglossus*) що кріпиться до язикової фасції по краях язика і його спинки [6].

При переломі нижньої щелепи функція цих м'язів в великій мірі обумовлює характер зміщення уламків. Усі м'язи парні і прикріплюються в симетричних точках. М'язи, що опускають нижню щелепу, слабше м'язів, які піднімають її.

Нижня щелепа об'єднує м'язи, що піднімають і опускають в єдину систему. Синхронність в її роботі зникає, коли цілісність нижньощелепної дуги порушена і утворюються два неоднакових за розмірами уламки. Жувальні м'язи кожного боку (задня група) впливають на нерівні за величиною уламки розрізано. У той же час м'язи, що опускають нижню щелепу (передня група), практично не роз'єднані. Вони долають опір м'язів, прикріплених до великого уламка, і зміщують його кінець вниз. Зсув уламків є більш значним, чим більше площа прикріплення м'язів на кожному з уламків [6].

Розглянемо класифікацію переломів нижньої щелепи.

Переломи нижньої щелепи, які виникають внаслідок діючої сили на неушкоджену кістку, відносяться до травматичних. Такі що виникають в результаті пошкодження кістки патологічними процесами (пухлини, кісти, остеомієліт і т.д.) називаються патологічними.

Травматичні переломи, як правило, пов'язані з побутовою травмою (бійка, падіння з висоти та ін., часто в стані алкогольного сп'яніння) – 48,9%; транспортний травматизм – 20,5%; виробнича травма – 15,2%; спортивна травма – 10,3%; вогнепальні переломи – 5%; ятрогенні – 0,1% [9].

Переломи нижньої щелепи, які супроводжуються розривом м'яких тканин обличчя і/або слизової оболонки ротової порожнини, є відкритими, оскільки в разі зміщення уламків слизова оболонка альвеолярної частини розривається разом з окістям, при цьому щілина перелому сполучається з порожниною рота. Також, якщо перелом проходить через зубний ряд, то відбувається розрив періодонта, що призводить до вивиху або перелому кореня зуба, тим самим кісткова рана завжди сполучається з порожниною рота через періодонтальну щілину, тому переломи тіла нижньої щелепи в межах зубного ряду завжди відкриті і первинно-інфіковані. Тобто, завжди переломи нижньої щелепи в межах зубного ряду вважаються відкритими, переломи в області гілки і відростків вважаються закритими.

На нижній щелепі переломи можуть бути прямі і відображеними. Під прямим переломом розуміють його виникнення у місці прикладання сили. Непрямий, або відображений перелом виникає внаслідок відображення сили на ділянці найбільшого вигину, де нижньощелепна кістка буває зазвичай стоншена або ослаблена: це переломи основи шийки виросткового відростка, переломи на рівні ментального отвору, кута або ікла. При цьому прямий перелом нижньої щелепи частіше виникає в місці прикладання сили на вузькій ділянці, а непрямий – якщо сила прикладена на значній площі кісткової тканини [9].

За кількістю ліній перелому виділяють поодинокі, подвійні і множинні переломи, які можуть розташовуватися з одного боку щелепи – односторонні або з двох сторін – двосторонні.

Механізм виникнення переломів нижньої щелепи це – перегин, зрушення, стиск, відрив і вогнепальне поранення. Нижня щелепа при ударі відчуває високу напругу в області найбільш вигнутих і тонких ділянок. У цих «слабких» місцях вона ламається через перегин.

Залежно від напрямку щілини перелому, їх підрозділяють на поздовжній, поперечний, косий і зигзагоподібний. Крім того, перелом може бути крупно- і дрібно- уламковими.

Поздовжній перелом гілки нижньої щелепи виникає при ударі від низу до верху в область основи нижньої щелепи, спереду від кута, на вузькій ділянці в проекції вінцевого відростка. Ця ділянка зсувається щодо іншої ділянки цієї кістки, що має опору, тим самим відбувається перелом за механізмом зсуву [2].

При нанесенні удару знизу вгору по основі тіла нижньої щелепи в області кута на широкій площі гілка нижньої щелепи, піддається стисненню. Діюча і протидіюча сили спрямовані назустріч одна одній, таким чином, виникає перелом в поперечному напрямку за механізмом стиснення.

При ударі, спрямованому зверху вниз в область підборіддя і коли зуби міцно стиснуті, відбувається рефлекторне скорочення всіх жувальних м'язів. Потужний скроневий м'яз, який прикріплений до вінцевого відростку, може відірвати його від гілки щелепи, тобто виникне перелом за механізмом відриву.

Зсув уламків нижньої щелепи відбувається внаслідок:

- скорочення прикріплених до уламків жувальних м'язів;
- триваючої дії прикладеної сили;
- власної ваги уламка [2].

Переломи щелеп – досить поширена травма, її частота становить майже 15% усіх переломів кісток. Значно частіше (понад 85% випадків) спостерігаються переломи нижньої щелепи.

Переломи щелеп завжди супроводжуються крововиливами, інфільтрацією м'яких тканин і підвищенням тону жувальних м'язів. Імобілізаційний період лікування переломів часто ускладнюється через наявність функціональних порушень щелепно-лицьової ділянки і, внаслідок спотворення обличчя, психоемоційних розладів. Весь комплекс порушень проявляється зменшенням амплітуди рухів у скронево-нижньощелепних суглобах, зниженням сили й тону жувальних м'язів, болем у ділянці осифікації м'язів, сухожиль і суглобових капсул [3].

Після надання відповідної хірургічної допомоги ефективність лікування хворих із переломами нижньої щелепи значною мірою залежить від своєчасного і систематичного застосування адекватних не медикаментозних засобів фізичної реабілітації.

Використання засобів фізичної реабілітації сприяє значному прискоренню формування і структуризації

кісткової мозолі, відновленню обсягу рухів у скронево-нижньощелепних суглобах, збільшенню сили, швидкості й координації жувальних м'язів, допомагає покращити якість життя хворого.

У програми фізичної реабілітації осіб після перелому нижньої щелепи зазвичай включають такі засоби як лікувальна фізична культура (ЛФК), масаж, фізіотерапевтичні процедури, механотерапію.

Методики ЛФК, що застосовуються при переломах нижньої щелепи, в значній мірі залежать від методу фіксації уламків. В даний час застосовуються різні методи фіксації уламків нижньої щелепи, згруповані наступним чином:

1. Методи двощелепної фіксації за допомогою гнутих дротяних шин з зачіпними петлями, шин, пластмасових кап і апаратів.

2. Методи однощелепної фіксації за допомогою внутрішньо-кісткового остеосинтезу, пластмасових кап на кістку апаратах і ін. (Апарат Гудько, Єрмолаєва-Кулагова).

3. Методи комбінованої фіксації, які поєднують в собі методи попередніх груп. Остеосинтез з двощелепною фіксацією і міжщелепною витяжкою [4].

Основними принципи лікування переломів нижньої щелепи є:

1. Зіставлення уламків закритим (ручним) або відкритим (оперативним) методом.

2. Імобілізація зіставлених уламків в правильному положенні. Для цього використовуються: накладення різноманітних шин, апаратів спеціальної конструкції, оперативне закріплення сталевим дротом, металевими пластинами, шурупами, спицями і т.п. (остеосинтез).

3. Запобігання, зменшення тяжкості трофічних порушень тканин в ділянці іммобілізованих щелеп.

4. Ліквідація трофічних порушень, зумовлених іммобілізацією, відновлення функцій жування і мовлення, поліпшення якості життя хворого.

Реабілітація хворих здійснюється в три періоди. Основним методом фізичної реабілітації після перелому нижньої щелепи є лікувальна гімнастика у складі ЛФК.

Завданням лікувальної гімнастики у **перший період** є поліпшення загального стану хворого, стимуляція репаративних процесів в пошкоджених кістках і м'язях тканинах, профілактика ускладнень, пов'язаних з іммобілізацією (остеомиєліт, псевдосуглоб, контрактура). Перший період заняття починається на 2-3 день після накладення хворому постійної іммобілізації і триває до появи початкових ознак формування кісткової мозолі. Тривалість цього періоду при переломах нижньої щелепи – 3-4 тижні. Методика занять лікувальною гімнастикою передбачає індивідуальний підбір загально-зміцнюючих дихальних і спеціальних вправ на фоні відповідного рухового режиму, адекватного стану хворого. В перші 3-4 доби хворим з переломами нижньої щелепи рекомендується напівпостільний режим (палатний), а в подальшому – вільний руховий режим [7].

Загально-зміцнюючі і дихальні вправи призначають в дозуванні, що забезпечує посилення діяльності кардіореспіраторної системи, яке відповідає

функціональним можливостям організму хворого. Вихідні положення для виконання вправ – лежачи і сидячи в ліжку, при хорошому загальному стані хворого – більша частина вправ може виконуватись стоячи. При виконанні спеціальних вправ можна допускати зміщення зіставлених кісткових уламків, оскільки порушення іммобілізму є причиною розвитку ускладнень і подовження термінів лікування перелому. Тому при двощелепному шинуванні вправи для жувальної мускулатури в перший період занять не застосовують. Допускається лише обережна послідовність імпульсів до скорочення жувальних м'язів при зімкнутих зубних рядах. В цей час не рекомендують також загально-зміцнюючі вправи, пов'язані з різкими нахилами тулуба, поворотами голови, стрибками тощо, що пов'язано з небезпекою порушення фіксації фрагментів пошкодженої кістки.

Завдання лікувальної гімнастики в **другий період** реабілітації: запобігти розвитку тугорухливості скронево-нижньощелепного суглоба і підготувати хворого до виписки зі стаціонару.

З цією метою збільшується тривалість занять лікувальною гімнастикою за рахунок більшого числа загально-зміцнюючих спеціальних вправ. Функціональне навантаження для скронево-нижньощелепного суглоба посилюють, призначаючи хворому індивідуальні завдання, що складаються з декількох спеціальних вправ, що виконуються хворим самостійно 7-10 разів протягом дня. При двощелепному шинуванні механотерапію і пасивні рухи нижньої щелепи не застосовують, оскільки це може призвести до утворення псевдосуглоба [9].

Після завершення іммобілізації (тобто до моменту формування повноцінної кісткової тканини) переходять до **третього періоду** лікування переломів щелепи. Це завершальний етап відновного лікування, який передбачає повну медичну реабілітацію хворого і повернення його до трудової діяльності. Широкий вибір спеціальних вправ для жувальної мускулатури (активних, активно-пасивних і з опором, застосування механотерапії), які виконуються з максимальною амплітудою рухів (навіть на фоні помірного болю), дозволяє усунути наявні обмеження у функції скронево-нижньощелепного суглоба.

Контрактура скронево-нижньощелепного суглоба після хірургічного втручання вимагає раннього застосування ЛФК, оскільки вона має вирішальне значення для отримання стійкого функціонального результату.

Масаж і теплові процедури, що передують заняттям лікувальною гімнастикою, покращують ефективність відновного лікування. У лікувальному масажі застосовують прийоми поглажування, розтирання, розминання, вібрації. Курс масажу 15-20 процедур (щодня або через день) [5].

Руховий режим хворого залежить від характеру перелому, періоду лікування, супутньої патології. При відсутності соматичної патології: в стаціонарі – вільний режим, в амбулаторних умовах – щадний.

ЛФК призначають в формі: лікувальної гімнастики, індивідуальних самостійних занять за спеціальним завданням перед дзеркалом, дозована ходьба, малорухливі, рухливі спортивні ігри.

Призначаються також масаж (кріомасаж) і механотерапія.

Відтак, як можна побачити лікувальна фізкультура є одним з основних методів реабілітації хворих при травмах щелепно-лицевої ділянки. Своєчасне застосування ЛФК усуває несприятливий вплив гіпокінезії, попереджає розвиток ускладнень, пов'язаних з тривалою іммобілізацією щелеп (гіпотрофія і атрофія жувальної

мускулатури, рубцювання м'яких тканин обличчя, контрактура скронево-нижньощелепного суглоба і ін.).

Методики лікувальної гімнастики будуються з урахуванням періодів формування кісткової мозолі, особливостей іммобілізації і клінічного стану хворого.

Таким чином, можна розробити програму реабілітації пацієнтів після перелому нижньої щелепи (таблиця).

Таблиця. Програма фізичної реабілітації хворих після перелому нижньої щелепи

Період	Тривалість	Завдання	Методи фізичної реабілітації	Особливості застосування
Вступний або перший період іммобілізації	2 тижні	поліпшення загального стану хворого; поліпшення місцевого крово- і лімфообігу; стимуляція розсмоктування посттравматичної інфільтрації тканин і крововиливів в ділянці травмованої щелепи; стимуляція репаративних процесів формування первинної кісткової мозолі; профілактика гіпотрофії і атрофії м'язів, контрактур і тугорухливості в скронево-нижньощелепному суглобі; нормалізація носового дихання; профілактика ускладнень, пов'язаних з гіпокінезією.	ЛФК	Призначається на 2-3 день після накладення хворим постійної іммобілізації. Індивідуальний підбір загально-зміцнюючих, дихальних і спеціальних вправ на тлі рухового режиму, адекватного стану хворого. Широко застосовують вправи для м'язів мускулатури, м'язів язика, шиї, які сприяють поліпшенню місцевого кровообігу і зниження тону мускулатури, які виконуються сидячи перед дзеркалом
			Масаж	Вправи на послідовність імпульсів (ізометричні) в поєднанні з дихальними вправами і масажем комірцевої зони. Точковий самомасаж до 4-х разів на день, кріомасаж всього обличчя з акцентом на ділянку травматичного процесу, самомасаж внутрішньої зубощелепної поверхні язиком.
			Лікувальна гімнастика	Звукова дихальна гімнастика з вимовою «з», «г» і «ж»
			Фізіотерапія	Гідрокінезотерапія (полоскання дезінфікуючими розчинами) після кожного прийому рідкої їжі і в проміжках між прийомами
Основний період	з 3-го тижня	запобігти розвитку тугорухливості в скронево-нижньощелепному суглобі; підготувати хворого до виписки зі стаціонару; відновлення функції м'язів мускулатури; адаптувати хворого до побутових і трудових навантажень.	ЛФК	Вводяться активні вправи для жувальних м'язів в повільному темпі з неповною амплітудою, не допускаючи больових відчуттів. Призначають активні вправи для м'язів шиї і м'язів обличчя. Призначається УГГ, дозована ходьба, підйоми по сходах, перебування на свіжому повітрі
			Масаж	Кріомасаж, самомасаж внутрішньої зубощелепної поверхні язиком, масаж обличчя з використанням прийомів погладження, м'якої розминки і вібрації.

Відновний період (після зняття іммобілізації)	після зняття іммобілізації до повного відновлення порушених функцій	повна медична реабілітація хворого і повернення його до трудової діяльності	ЛФК	Широкий підбір спеціальних вправ для жувальної мускулатури (активних, активно-пасивних і з опором, застосування механотерапії), які виконуються з максимальною амплітудою рухів, навіть на тлі помірної болю, що дозволяє усунути наявні обмеження у функції скронево-нижньощелепного суглоба. Показані: активно-пасивні вправи з максимальною амплітудою для жувальних м'язів (відкривання рота, бічні рухи нижньої щелепи, висування її вперед), активні вправи для жувальних м'язів з опором.
			Механотерапія	Механотерапія за допомогою «коливальних ліжок» Лімборга, жомових апаратів з лопатками або ложками, апарату Матесіса, Оксмана, еспандера, губорозширювача.
			Масаж	В процедуру масажу включають більш активне розтирання, розминку і вібрацію

Отже, весь час реабілітації хворих з переломами верхньої і нижньої щелепи можна розділити на три періоди – це:

- вступний або перший період іммобілізації. Тривалість цього періоду зазвичай становить 2 тижні;
- основний – другий період іммобілізації (з початку 3-го тижня);
- відновний період (після зняття іммобілізації) – до повного відновлення порушених функцій.

На кожному з періодів процес реабілітації осіб після переломів нижньої щелепи різниться за використовуваними методами і засобами, найбільш часто використовуються ЛФК, масаж, механотерапія, фізіотерапія. Підбір методів і засобів фізичної реабілітації вимагає індивідуального підходу з урахуванням особливостей конкретного випадку та загального стану організму хворого.

Висновки

Отже, перелом нижньої щелепи – це порушення цілісності кістки в одному або декількох відділах. Найбільш частою причиною виникнення перелому

нижньої щелепи є травматичний фактор. У ряді випадків мова може йти про патологічний перелом через деструктивних процесів в кістковій тканині. При лікуванні пацієнтів з переломами нижньої щелепи визначаються такі цілі: зіставлення і надійна фіксація фрагментів нижньої щелепи; створення найбільш сприятливих умов для зрощення щелепи (режим, лікування і фізична реабілітація); профілактика ускладнень. Після іммобілізації пошкодженої щелепи хворим в обов'язковому порядку призначається індивідуально складена програма фізичної реабілітації, що призначається з 2 тижня після іммобілізації і до моменту повного відновлення втрачених функцій. Зазвичай програма реабілітації поділяється на три періоди: щадний, основний та відновний. Основою реабілітаційної програми є лікувальна фізкультура, що передбачає включення вправ спрямований на відновлення жувальної, мовленнєвої, дихальної функцій та покращення загального психічного та фізіологічного стану хворого. Правильно розроблена індивідуальна програма реабілітації хворого після перелому нижньої щелепи прискорює процес одужання та відновлення організму після травми та виключає можливість виникнення ускладнень.

Література

1. Анатомія людини: підручник. Луцьк: Волин. НУ імені Лесі Українки, 2010. 890 с.
2. Дацко, А.А. Реализация современных принципов лечения поврежденных челюстно-лицевой области. Стоматология. 2003 № 1. С. 17-21.
3. Золотарева Т.А. Медицинская реабилитация. Київ: КИМ, 2012. 496 с.

4. Михалюк Є.Л. Фізична реабілітація та спортивна медицина в стоматології. Запоріжжя: ЗДМУ, 2012. 179 с.
5. Михалюк Є.Л., Малахова С.М., Черепок О.О., Смирнова О.Л. Фізична реабілітація та спортивна медицина в стоматології. Запоріжжя: ЗДМУ, 2011. 160 с.
6. Основи реабілітації, фізіотерапії, лікувальної фізичної культури і масажу. Чернівці: Прут, 2006. 208 с.
7. Рудницька В. Фізична реабілітація при переломах нижньої щелепи: постановка проблеми. Здоровий спосіб життя. Львів, 2006. Вип. 11. С. 61-64.
8. Сидоренко П. І. Анатомія та фізіологія людини. Київ: Медицина, 2012. 199 с.
9. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія. Київ: ЛОГОС, 2011. 669 с.

References

1. Anatomiya lyudyny: pidruchnyk. [Human anatomy] Luts'k: Volyn. NU imeni Lesi Ukrayinky, 2010. 890 s [In ukrainian].
2. Datsko, A.A. Realyzatsyya sovremennykh pryntsypov lechenyya povrezhdenyy chelyustno-lytsevoy oblasti. Stomatolohyya [Implementation of modern principles of treatment of injuries of the maxillofacial region]. 2003 № 1. S. 17-21. [In ukrainian].
3. Zolotareva T.A. Medytsynskaya reabylytatsyya [Medical rehabilitation] Kyiv: KYM, 2012. 496 s. [In ukrainian]
4. Mykhalyuk YE.L. Fizychna reabilitatsiya ta sportyvna medytsyna v stomatolohiyi [Physical rehabilitation and sports medicine in dentistry] Zaporizhzhya: ZDMU, 2012. 179 s. [In ukrainian].
5. Mykhalyuk YE.L., Malakhova S.M., Cherepok O.O., Smyrnova O.L. Fizychna reabilitatsiya ta sportyvna medytsyna v stomatolohiyi [Physical rehabilitation and sports medicine in dentistry]. Zaporizhzhya: ZDMU, 2011. 160 s. [In ukrainian].
6. Osnovy reabilitatsiyi, fizioterapiyi, likuval'noyi fizychoyi kul'tury i masazhu [Basics of rehabilitation, physiotherapy, therapeutic physical training and massage] Chernivtsi: Prut, 2006. 208 s. [In ukrainian].
7. Rudnyts'ka V. Fizychna reabilitatsiya pry perelomakh nyzhn'oyi shchelepy: postanovka problemy [Physical rehabilitation for mandibular fractures: problem statement]. Zdorovyyu sposib zhyttya. L'viv, 2006. Vyp. 11. S. 61-64. [In ukrainian].
8. Sydorenko P. I. Anatomiya ta fiziolohiya lyudyny [Anatomy and physiology of man]. Kyiv: Medytsyna, 2012. 199 s. [In ukrainian].
9. Khirurhichna stomatolohiya ta shchelepno-lytseva khirurhiya [Surgical dentistry and maxillofacial surgery]. Kyiv: LOHOS, 2011. 669 s. [In ukrainian].

Дата надходження рукопису до редакції: 17.11.2020 р.

Переломи нижньої щелепи є дуже поширеними травмами, тому сучасними авторами широко розробляються новітні підходи до оперативного лікування цих видів травм а також і підходів до післяопераційного відновлення пацієнтів. Фізична реабілітація та терапія осіб після оперативного лікування переломів нижньої щелепи відіграє надважливе значення у процесі відновлення пацієнтів, оскільки допомагає відновити втрачені функції і сприяє найшвидшому одужанню. З метою відновного процесу розробляються спеціальні індивідуальні реабілітаційні програми, які залежать від характеру травми, стану хворого та методів, що використовувались у процесі лікування. Останніми роками спостерігається тенденція як до збільшення кількості пацієнтів з переломами кісток лицевого скелету, так і до ускладнення характеру травм за рахунок поєднання ушкоджень обличчя та інших ділянок тіла, що є наслідком транспортних, вуличних, професійних, спортивних і побутових травм. У статті досліджуються підходи до лікування та реабілітації пацієнтів після перелому нижньої щелепи. Зокрема відзначаються особливості та види переломів нижньої щелепи в щелепно-лицевій хірургії і стоматології, розглядаються причини їх виникнення, методи діагностування та лікування. Відзначається, що дуже важливим етапом лікування та відновлення організму після переломів нижньої щелепи є фізична реабілітація хворих. Програми фізичної реабілітації розробляються індивідуально в залежності від характеру перелому, та особливостей організму хворого, як правило до програми фізичної реабілітації включають засоби ЛФК, масажу, механо- та фізіотерапії. Зауважується що професійно розроблена індивідуальна програма реабілітації позитивно впливає та стан хворого та прискорює процес одужання та відновлення працездатності, тому питання що досліджуються у статті є актуальними.

Ключові слова: щелепно-лицева хірургія, перелом нижньої щелепи, фізична реабілітація, відновне лікування, лікувальна фізична культура, механотерапія, фізіотерапія, масаж.

Переломы нижней челюсти являются очень распространенными травмами, поэтому современными авторами широко разрабатываются новейшие подходы к оперативному лечению этих виде травм а также и подходов к послеоперационного восстановления пациентов. Физическая реабилитация и терапия лиц после оперативного лечения переломов нижней челюсти играет важнейшая роль в процессе восстановления пациентов, поскольку помогает восстановить утраченные функции и способствует быстрейшему выздоровлению. С целью восстановительного

процесса разрабатываются специальные индивидуальные реабилитационные программы, которые зависят от характера травмы, состояния больного и методов, которые использовались в процессе лечения. В последние годы наблюдается тенденция как к увеличению количества пациентов с переломами костей лицевого скелета, так и к усложнению характера травм за счет сочетания повреждений лица и других участков тела, является следствием транспортных, уличных, профессиональных, спортивных и бытовых травм. В статье исследуются подходы к лечению и реабилитации пациентов после перелома нижней челюсти. В частности отмечаются особенности и виды переломов нижней челюсти в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, рассматриваются причины их возникновения, методы диагностики и лечения. Отмечается, что очень важным этапом лечения и восстановления организма после переломов нижней челюсти является физическая реабилитация больных. Программы физической реабилитации разрабатываются индивидуально в зависимости от характера перелома, и особенностей организма больного, как правило в программу физической реабилитации включают средства ЛФК, массажа, механо- и физиотерапии. Отмечается профессионально разработана индивидуальная программа реабилитации положительно влияет и состояние больного и ускоряет процесс выздоровления и восстановления трудоспособности, поэтому вопрос исследуемых в статье актуальны.

Ключевые слова: челюстно-лицевая хирургия, перелом нижней челюсти, физическая реабилитация, восстановительное лечение, лечебная физическая культура, механотерапия, физиотерапия, массаж.

Fractures of the mandible are very common injuries, so modern authors are widely developing the latest approaches to surgical treatment of these types of injuries, as well as approaches to postoperative recovery of patients. Physical rehabilitation and therapy of persons after surgical treatment of mandibular fractures is of paramount importance in the process of recovery of patients, as it helps to restore lost functions and promotes the fastest recovery. In order to restore the process, special individual rehabilitation programs are developed, which depend on the nature of the injury, the patient's condition and the methods used in the treatment process. In recent years, there has been a tendency to increase the number of patients with fractures of the facial skeleton, and to complicate the nature of injuries due to a combination of injuries to the face and other parts of the body as a result of transport, street, occupational, sports and domestic injuries. The article investigates approaches to the treatment and rehabilitation of patients after mandibular fracture. In particular, the features and types of mandibular fractures in maxillofacial surgery and dentistry are noted, the causes of their occurrence, methods of diagnosis and treatment are considered. It is noted that a very important stage of treatment and recovery of the body after fractures of the mandible is the physical rehabilitation of patients. Physical rehabilitation programs are developed individually depending on the nature of the fracture, and the characteristics of the patient's body, usually the physical rehabilitation program includes exercise therapy, massage, mechano- and physiotherapy. It is noted that a professionally developed individual rehabilitation program has a positive effect on the patient's condition and accelerates the process of recovery and recovery, so the issues explored in the article are relevant

Key words: maxillofacial surgery, mandibular fracture, physical rehabilitation, rehabilitation treatment, therapeutic physical culture, mechanotherapy, physiotherapy, massage.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest.

Відомості про авторів

Дмитрієва Лілія Ельденізівна – студент кафедри Біобезпеки і здоров'я людини, Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського».
lilusika13@gmail.com.

Антонова-Рафі Юлія Валеріївна – кандидат технічних наук, доцент кафедри Біобезпеки і здоров'я людини, Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського».
antonova-rafi@ukr.net.

DOI 10.24144/2077-6594.4.0.2020.220394

УДК 616.379-008.64:616.37-002.2:613.2/.9:574.2(477.87)

Сірчак Є.С., Фабрі З.Й., Барані В.Є.

Фактори, що впливають на формування хронічного панкреатиту у хворих на цукровий діабет 2 типу в Закарпатській області

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб, м. Ужгород, Україна

sirchakliza777@gmail.com

Сірчак Є.С., Фабрі З.Й., Барані В.Є.

Факторы, что влияют на формирование хронического панкреатита у больных сахарным диабетом 2 типа в Закарпатской области
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», медицинский факультет, кафедра пропедевтики внутренних болезней

Sirchak Ye.S., Fabry Z.Yo., Barani V.Ye.

Factors affecting the formation of chronic pancreatitis in patients with type 2 diabetes mellitus in the Transcarpathian region
SHEI "Uzhhorod National University",
Department of Propedeutics of Internal Diseases

Наукове дослідження є фрагментом держбюджетної теми кафедри хірургічних хвороб та кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб медичного факультету ДВНЗ «УжНУ» № 851 «Механізми формування ускладнень при захворюваннях печінки та підшлункової залози, методи їх лікування та профілактики» (номер державної реєстрації 0115U001103), а також наукової теми кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб «Поліморбідна патологія при захворюваннях органів травлення, особливості патогенезу, можливості корекції (номер державної реєстрації 0118U004365).

Вступ

Хронічний панкреатит (ХП) – одне з поширених гастроентерологічних захворювань, яке становить близько 8–10% у структурі усіх захворювань органів травлення [1]. Захворювання підшлункової залози (ПЗ), у тому числі хронічний ХП, за темпами розповсюдження, відсотком хворих, що тимчасово, а той і постійно втратили працездатність можна віднести до вагомих медико-соціальних проблем сучасності [2,3]. Нерідко це захворювання діагностують пізно (алкогольної природи – до 30 місяців, іншої етіології – до 60 місяців від початку розвитку захворювання) [1,4]. Несвоєчасну діагностику ХП, можна пояснити тим, що іноді він має маски інших гастроентерологічних захворювань, особливо на фоні поліморбідної патології, куди можна віднести й цукровий (ЦД), коли одночасно страждають дві кардинально різні функції одного й того ж органу [5–7].

Слід зазначити, що переважна більшість хворих на ХП (приблизно 25% пацієнтів) через 10 років після встановлення діагнозу ХП змушені залишити свою професійну діяльність або стають інвалідами [1]. Отже,

дослідження факторів, що впливають на формування ХП, особливо на фоні коморбідності є актуальним завданням сучасної медицини для розробки ефективних заходів їх профілактики та прогресування.

Мета дослідження – визначити фактори, що впливають на формування ХП у хворих на ЦД 2 типу в Закарпатській області.

Матеріали та методи

Під нашим спостереженням знаходилося 64 хворих на ХП та ЦД 2 типу, які перебували на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному та гастроентерологічному відділеннях КНП «ЗОКЛ ім. А. Новака» ЗОД, та хворі, які знаходились на амбулаторно-диспансерному спостереженні у дільничного сімейного лікаря по місцю проживання. Серед обстежених пацієнтів чоловіків було 34 (53,1%), жінок – 30 (46,9%). Середній вік становив 49,7±5,3 років. У контрольну групу увійшло 20 практично здорових осіб (11 чоловіків (55,0%), 9 жінок (45,0%). Середній вік складав 45,2±5,1 років.

Усі дослідження виконувались за згодою обстежених, а методика їх проведення відповідала Гельсінській декларації прав людини 1975 р. та її перегляду 1983 р., Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину та законодавству України.

Усім обстеженим пацієнтам проведено загальноклінічні, антропометричні, інструментальні та лабораторні методи дослідження. Для верифікації діагнозу звертали увагу на характер скарг, анамнез захворювання. Усім пацієнтам виконано ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини (ОЧП) за загальноприйнятою методикою. У сироватці крові проведено стандартні загальні та біохімічні дослідження

з акцентом на показники вуглеводного обміну (глюкози, інсуліну, глікозильованого гемоглобіну (HbA1c, %), тесту на порушення толерантності до глюкози).

При антропометричному дослідженні визначали зріст, вагу, обвід талії, а також розраховували індекс маси тіла (ІМТ). Згідно з рекомендаціями ВООЗ, хворих розподілили залежно від показника ІМС, при якому ІМС 16,0 і менше відповідав вираженому дефіциту маси тіла; 16,0–18,5 – недостатній масі тіла; 18,5–24,9 – нормальній масі; 25,0–29,9 – надмірній масі; 30,0–34,9 – ожирінню I ступеня; 35,0–39,9 – ожирінню II ступеня; 40,0 і більше – ожирінню III ступеня [8].

Хворим також проведено визначення рівня 1,25(ОН)2D3 (1,25-дигідроксивітаміну D3, кальцитріолу) у сироватці крові за допомогою імуноферментного аналізу, використовуючи тест-систему Eugoimmun (Німеччина).

Діагноз ХП виставляли відповідно до марсельсько-римських критеріїв (1989 р.) з доповненнями Я.С. Циммермана (1995 р.) та уточненнями МКХ-10. Для вивчення зовнішньосекреторної функції (ЗСН) ПЗ проводилось копрологічне дослідження, визначався рівень амілази сироватки крові, фекальної еластази-1, а також використовували ¹³C-змішаний тригліцеридний (¹³C-ЗТДТ) та ¹³C-амілазний дихальні тести (¹³C-АДТ).

Надання медичної допомоги обстеженим хворим на ЦД 2 типу проводили згідно з клінічними протоколами МОЗ України та локальних протоколів. Діагноз ЦД 2 типу встановлено згідно з рекомендаціями IDF (2005 р.), а також із урахуванням критеріїв уніфікованого клінічного протоколу (наказ МОЗ України від 21.12.2012 № 1118) [9,10]. Ступінь важкості ЦД 2 типу оцінювали за рівнем HbA1c (норма – до 6,0%).

Для вирішення поставленої мети нами охарактеризовано місце проживання, а також рівень освіти та місце роботи (професія) пацієнтів. При характеристиці трудової діяльності обстежених хворих ЦД розподілили наступним чином: пацієнти, які не мали постійне місце роботи (сезонні робітники), працівники, фахівці і професіонали (працівники освіти, медичної служби, тощо), держслужбовці, відповідно до Національного класифікатора України «Класифікатор професій – 2016».

Аналіз і обробка результатів обстеження хворих здійснювалася за допомогою комп'ютерної програми STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc, USA) з використанням параметричних та непараметричних методів оцінки отриманих результатів.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед обстежених на ХП та ЦД 2 типу переважали жителі міста, а саме у 59,4% хворих, тоді як жителі села склали 40,6% обстежених – $p < 0,05$ (рис.).

При аналізі рівня освіти встановлено, що серед обстежених хворих на ХП та ЦД 2 типу майже з однаковою частотою визначається особи, що здобули вищу освіту та середньо-спеціальну освітою (40,6% та у 42,2% відповідно) (табл. 1).

Звертає увагу високий відсоток пацієнтів з ХП та ЦД 2 типу, які не мають постійне місце роботи (34,4%),

при чому, це були частіше хворі із вищою освітою. З анамнезу встановлено, що вони часто перебувають на сезонних роботах в країнах Євро Союзу. Скоріше за все, нерегулярне харчування, вживання їжі швидкого приготування, а також шкідливі звички (тютюнопаління, вживання надмірної кількості кави, а в деяких випадках – алкоголю), може відіграти значну роль у формуванні ХП у даних хворих на ЦД 2 типу (табл. 2).

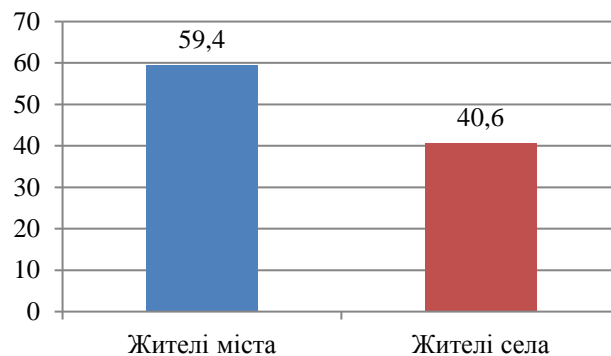


Рис. Розподіл хворих залежно від місця проживання, %

Таблиця 1. Розподіл обстежених пацієнтів на ХП та ЦД 2 типу залежно від рівня освіти, %

Показник	%
Без освіти	17,2
Середня-спеціальна	42,2
Вища освіта	40,6

Таблиця 2. Розподіл обстежених пацієнтів на ХП та ЦД 2 типу залежно від типу роботи, %

Показник	%
Сезонні робітники	34,4
Працівники	17,2
Фахівці, професіонали	18,8
Держслужбовці	29,6

Отже, результати наших досліджень вказують на те, що такі фактори, як рівень освіти, місце роботи, а також географічні особливості проживання можуть впливати на формування ХП та ЦД 2 типу. Поганий соціально-економічний стан та беззахисність працівників, що перебувають на сезонних роботах із поєднанням шкідливих факторів (особливо вживання алкоголю) сприяє формуванню ХП та ЦД 2 типу. У хворих, професійна діяльність яких пов'язана із надмірним нервовим перенавантаженням також визначається часте поєднання ХП та ЦД 2 типу.

Результати аналізу показників ІМТ вказують на високу частоту осіб із ожирінням різної ступені вираженості серед хворих на ХП та ЦД 2 типу, а саме з ожиріння I та II ст. що встановлено у 31,2% та у 22,0% обстежених відповідно. Також у 28,1% обстежених діагностовано надмірна вага тіла (табл. 3).

Таблиця 3. Розподіл обстежених хворих на ХП та ЦД 2 типу залежно від ІМТ

Показник	%
Нормальна вага (ІМС: 18,5–24,9)	15,6
Надмірна вага (ІМС: 25,0–29,9)	28,1
Ожиріння I ступеня (ІМС: 30,0–34,9)	31,2
Ожиріння II ступеня (ІМС: 35,0–39,9)	22,0

Проведено аналіз щодо порушення ІМТ у обстежених хворих на ХП та ЦД 2 типу залежно від місця проживання (табл. 4). Звертає увагу, що серед жителів сільської місцевості Закарпатської області переважали пацієнти на ХП та ЦД 2 типу з надмірною вагою (38,5%) та нормальною вагою (23,1%) – $p < 0,05$. Серед обстежених хворих, що проживають у містах Закарпатської області, переважали пацієнти з ожирінням I ст. (42,1% – $p < 0,01$) та ожирінням II ст. і надмірною вагою тіла (21,1%).

Таблиця 4. Розподіл обстежених хворих на ХП та ЦД 2 типу залежно від порушення ІМТ та місця проживання

Розподіл обстежених хворих (n=64)		
Залежно від показника ІМТ	Залежно від місця проживання, %	
	Жителі міста (n = 38)	Жителі села (n = 26)
Нормальна вага	10,5	23,1*
Надмірна вага	21,1	38,5*
Ожиріння I ступеня	42,1**	15,3
Ожиріння II ступеня	21,1	23,1
Ожиріння III ступеня	5,2	-

Примітка: різниця між показниками достовірна – $p < 0,05$; $p < 0,01$.

Тільки серед мешканців міст визначено ожиріння III ст. Як показує проведений детальний аналіз щодо професійної діяльності, більш високий відсоток хворих з ожирінням різної ступені вираженості серед жителів міст пов'язано із видами роботи, що супроводжуються гіподинамією (держслужбовці, фахівці, професіонали).

Отже, результати наших досліджень вказують на те, що такі фактори, як рівень освіти, місце роботи, а також географічні особливості проживання можуть впливати на формування ХП та ЦД 2 типу. Поганий соціально-економічний стан та беззахисність працівників, що перебувають на сезонних роботах із поєднанням шкідливих факторів (особливо вживання алкоголю) сприяє формуванню ХП та ЦД 2 типу. У хворих, професійна діяльність яких пов'язана із надмірним нервовим перенавантаженням також визначається часте поєднання ХП та ЦД 2 типу. Види професійної діяльності, що супроводжуються гіподинамією, особливо серед мешканців міст Закарпатської області сприяє формуванню порушення вгодваності, а саме – ожиріння різного ступеня вираженості.

Висновки

1. У хворих ХП при ЦД 2 типу частіше виникає у обстежених, що не мають постійного місця роботи, але при цьому мають вищу освіту.

2. ХП при ЦД 2 типу частіше встановлено у обстежених, що проживають у містах Закарпатської області, які при цьому мають надмірну вагу та ожиріння різного ступеня вираженості.

Перспективи подальших досліджень

Потребуються подальші епідеміологічні дослідження для виявлення більш чітких зв'язків між факторами, що можуть впливати на формування ХП у хворих на ЦД 2 типу.

References

- Hristich TM, Hontsariuk DO. Etiological factors which from the chronical pancreatitis. Zdobutki klinichnoji I eksperimentalnoji medicine. 2018; 3: 20-27. (in Ukrainian) DOI 10.11603/1811-2471.2018.v0.i3.9221.
- Larin AS, Tkach SM. Phatogenetocheskaja rol kiscehnogo disbioza v razvitii ozhirenia, insulinorezistentnosti I sacharnogo diabeta 2 tipa. Health of Ukraine. Thematic number. Gastroenterology. Hepatology. Coloproctology. 2016; 2 (40): 20-21. (in Russian).
- Zhuravlyova LV, Shekhovtsova YuO. The Diabetes Mellitus Type 2 and Chronic Pancreatitis: One Gland – Two Problems. Drugs of Ukraine. 2014. 9 (185); 11-14. (in Ukrainian).
- Singh VK, Haupt ME, Geller DE, Hall JA, Quintana Diez PM Less common etiologies of exocrine pancreatic insufficiency. World J Gastroenterol. 2017; № 23(39): 7059-7076.
- Raksha NG, Halenova TI, Vovk TB, Sukhodolia SA, Beregova TV, Ostapchenko LI. Proteolytic imbalance as a key factor of the development of chronic pancreatitis with and without type 1 diabetes mellitus. Visnik problem biologii i medicine. 2019; 3 (152): 186-191. (in Ukrainian) DOI 10.29254/2077-4214-2019-3-152-186-191.
- Johnston PC, Thompson J, Mckee A, Hamill C, Wallace I Diabetes and Chronic Pancreatitis: Considerations in the Holistic Management of an Often Neglected Disease / Journal of Diabetes Research. 2019; Article ID 2487804 <https://doi.org/10.1155/2019/2487804>
- Babinec LS, Nazarchuk NV, Bočjuk Nye et al. Trophological status of patients with chronic pancreatitis of bolliary genesis. Achievements of Clinical and Experimental Medicine. 2015; 1. 142-143. (in Ukrainian).

8. WHO: Global Database on Body Mass Index. Available from: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.

9. Hobzej MK, Guljchij MV, Stepanenko AV et al. Type 2 Diabetes Mellitus. Unified clinical protocol for primary and secondary (specialized) medical care. Kijiv; 2012. 118 p. (in Ukrainian). <http://ukrgastro.com.ua/klinichni-protokoli-ta-nastanovi>.

10. Hobzej MK, Matyuha LF, Netjazhenko VZ et al. Type 2 Diabetes Mellitus. Adapted clinical guideline based on evidence. Kijiv; 2012. 343 p. (in Ukrainian). <http://ukrgastro.com.ua/klinichni-protokoli-ta-nastanovi>.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.11.2020 р.

Хронічний панкреатит (ХП) – одне з поширених гастроентерологічних захворювань, яке становить близько 8–10% у структурі усіх захворювань органів травлення. Слід зазначити, що переважна більшість хворих на ХП (приблизно 25% пацієнтів) через 10 років після встановлення діагнозу ХП змушені залишити свою професійну діяльність або стають інвалідами.

Мета – визначити фактори, що впливають на формування ХП у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу в Закарпатській області.

Матеріали та методи. Обстежено 64 хворих на ХП та ЦД 2 типу. Усім обстеженим пацієнтам проведено загальноклінічні дослідження.

Результати. Серед обстежених на ХП та ЦД 2 типу переважали жителі міста (59,4% хворих), тоді як жителі села склали 40,6% – $p < 0,05$. Встановлено, що серед обстежених хворих на ХП та ЦД 2 типу майже з однаковою частотою визначається особи, що здобули вищу освіту та середньо-спеціальну освіту (40,6% та у 42,2% відповідно). Виявлено високий відсоток пацієнтів з ХП та ЦД 2 типу, які не мають постійне місце роботи (34,4%). Серед жителів сільської місцевості Закарпатської області переважали пацієнти на ХП та ЦД 2 типу з надмірною вагою (38,5%) та нормальною вагою (23,1%) – $p < 0,05$, а серед хворих, що проживають у містах Закарпатської області, переважали пацієнти з ожирінням I ст. (42,1% – $p < 0,01$) та ожирінням II ст. і надмірною вагою тіла (21,1%).

Висновки. У хворих ХП при ЦД 2 типу частіше виникає у обстежених, що не мають постійного місця роботи, але при цьому мають вищу освіту. ХП при ЦД 2 типу частіше встановлено у обстежених, що проживають у містах Закарпатської області, які при цьому мають надмірну вагу та ожиріння різної ступені вираженості.

Ключові слова: хронічний панкреатит, цукровий діабет, зовнішні фактори.

Хронический панкреатит (ХП) – одно из распространенных гастроэнтерологических заболеваний, которое составляет около 8–10% в структуре всех заболеваний органов пищеварения. Следует отметить, что подавляющее большинство больных ХП (примерно 25% пациентов) через 10 лет после установления диагноза ХП вынуждены оставить свою профессиональную деятельность или становятся инвалидами.

Цель – определить факторы, влияющие на формирование ХП у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа в Закарпатской области.

Материалы и методы. Обследовано 64 больных ХП и СД 2 типа. Всем обследованным пациентам проведено общеклинические исследования.

Результаты. Среди обследованных ХП и СД 2 типа преобладали жители города (59,4% больных), тогда как жители сельской местности составляли 40,6% – $p < 0,05$. Установлено, что среди обследованных больных ХП и СД 2 типа почти с одинаковой частотой определяются лица с высшим образованием и среднее специальное образование (40,6% и 42,2% соответственно). Выявлен высокий процент пациентов с ХП и СД 2 типа, не имеющих постоянное место работы (34,4%). Среди жителей сельской местности Закарпатской области преобладали пациенты с ХП и СД 2 типа с избыточным (38,5%) и нормальным весом (23,1% – $p < 0,05$), а среди больных, проживающих в городах Закарпатской области, преобладали пациенты с ожирением I ст. (42,1% – $p < 0,01$) и ожирением II ст. и избыточной массой тела (21,1%).

Выводы. У больных ХП при СД 2 типа чаще возникает у обследованных, не имеющих постоянного места работы, но при этом имеющих высшее образование. ХП при СД 2 типа чаще установлен у обследованных, проживающих в городах Закарпатской области, которые при этом имеют избыточный вес и ожирение различной степени выраженности.

Ключевые слова: хронический панкреатит, сахарный диабет, внешние факторы.

Chronic pancreatitis (CP) is one of the most common gastrointestinal diseases, accounting for about 8–10% of all digestive diseases. It should be noted that the vast majority of patients with CP (approximately 25% of patients) 10 years after the diagnosis of CP are forced to leave their professional activities or become disabled.

The aim of the study was to determine the factors influencing the formation of CP in patients with diabetes mellitus (DM) type 2 in the Transcarpathian region.

Materials and methods. 64 patients with CP and DM type 2 were examined. Patients with CP were divided into 2 groups: the first group included 62 patients with type 1 diabetes, and the second group consisted of 64 patients with type 2 diabetes. All examined patients underwent general clinical studies.

Results. Among those examined for CP and DM type 2, urban residents predominated (59.4% of patients), while rural residents accounted for 40.6% – $p < 0.05$. It was established that patients with CP and DM type 2, persons with higher education and secondary special education are determined with almost the same frequency (40.6% and 42.2%, respectively). A high percentage of patients with CP and DM type 2 were found? who don't have a permanent job (34.4%). Among residents of rural areas of Transcarpathian region was preveled patients with CP and DM type 2 with overweight (38.5%) and normal weight (23.1%) – $p < 0.05$, and among patients living in cities of Transcarpathian region was dominated patients with obese of the I degree (42.1% – $p < 0.01$), obesity II degree and overweight (21.1%).

Conclusions. At patients with CP and DM type 2 more often occurs in subjects who don't have a permanent job, but have higher education. CP in DM type 2 is more often found in subjects living in the cities of the Transcarpathian region, who are overweight and obese of varying severity.

Key words: chronic pancreatitis, diabetes mellitus, external factors.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest.

Відомості про авторів

Сірчак Єлизавета Степанівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000 пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна.
+380 (50) 976-17-94, sirchakliza777@gmail.com.

Фабрі Золтан Йосипович – доктор медичних наук, професор, професор кафедри біохімії, фармакології та фізичних методів лікування медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000 пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна.
+380 (50) 620-26-31.

Барані Василь Євгенович – аспірант кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000 пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна.
+380 (95) 403-87-66.

Ендотоксикоз як чинник функціональної недостатності підшлункової залози при поєднанні хронічного панкреатиту і цукрового діабету 2 типу

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

lilyababinets@gmail.com

Бабінець Л.С., Земляк А.С.

Эндотоксикоз как фактор функциональной недостаточности поджелудочной железы при сочетании хронического панкреатита и сахарного диабета 2 типа

Тернопольский национальный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины

Babinets L.S., Zemlyak O.S.

Endotoxycosis as a factor of pancreas functional failure in the combination of chronic pancreatitis and diabetes type 2

Ternopil National Medical University by I.Ya. Gorbachevsky, Ministry of Health of Ukraine

Вступ

Прогресування хронічного панкреатиту (ХП), особливо у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу (ЦД), відбувається за умов оксидативного стресу і хронічного запалення як за рахунок специфічних чинників, так і неспецифічних, які визначають постійну наявність різною мірою вираженого ендотоксикозу [1,10]. При ХП активація процесів вільнорадикального або перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) призводить до системної мембранопатії з розвитком синдрому регенераторно-пластичної недостатності на рівні цілісного організму, що визначає поліорганність патології з переважним ураженням бар'єрних систем і детоксикуючих органів [1,2]. Альдегіди, продукти ПОЛ здатні активувати мононуклеари, в тому числі зірчасті клітини підшлункової залози (ПЗ) і купферовські клітини печінки, які продукують колаген, викликати перехресне зчеплення цитокератинів з формуванням тілець Малорі і стимулювати хемотаксис нейтрофілів. При ХП і ЦД частина вільних жирних кислот, що поступають з кишечника або утворюються в печінці, транспортуються до мітохондрій, де відбувається β-окиснення і наступне окиснення в циклі Кребса. В процесі регенерації відновлених форм коферментів НАД і ФАД електрони переносяться на мітохондріальний дихальний ланцюг, де проходить фосфорилування АДФ з утворенням АТФ. Відомо, що навіть при нормальній функції дихального ланцюга частина електронів реагує з киснем, що призводить до синтезу реактивних форм кисню (РФК) – супероксид-аніон-радикали, перекис водню, синглетний кисень, гідроксил-радикал, нітроксил-радикал та ін. [4, 10]. Утворення РФК посилюється під впливом чинників, що порушують дихальний ланцюг – це такі ендогенні і екзогенні речовини, як TNF-α, середньомолекулярні пептиди (СМП), оксид азоту, циркулюючі імунні

комплекси (ЦК), залізо, мідь, етанол, церулоплазмін (ЦП), лікарські препарати та ін. Давно доведено, що довготривалий або надмірний прийом етанолу, який є одним з етіологічних чинників ХП, призводить до синтезу цитохрому P450 2E1, основного фермента мікосомальної системи окиснення етанолу, і підвищеного утворення РФК [3]. Роз'єднування окиснення і фосфорилування призводить до утворення надлишку РФК, які, своєю чергою, стають причиною пошкодження ДНК мітохондрій, що посилює порушення функції дихального ланцюга. РФК володіють прямою цитотоксичністю, активуючи Fas-опосередкований апоптоз клітин ПЗ. РФК також ініціюють ПОЛ, посилюючи ендотоксикоз, що призводить до утворення токсичних сполук, у тому числі малонового альдегіду (МА), 4-гідроксинафтал F-ізопростанів та ін., які можуть як безпосередньо викликати загибель клітин ПЗ і гепатоцитів, так і індукувати цитотоксичні імунні реакції внаслідок ковалентного зв'язування з клітинними білками, а також формування цитокератинів (тілець Малорі), фіброгенез і хемотаксис поліморфноядерних нейтрофілів. Крім цього, РФК сприяють секреції цитокінів (TNF-α, TGF-β, IL-8) мононуклеарними фагоцитами, які потенціюють вказані патологічні процеси [10]. Встановлено, що підвищення ПОЛ при ХП сприяє змінам морфо-функціональних властивостей еритроцитів: зменшується їх здатність до деформації та стійкість до ПОЛ, змінюється катехоламіндепонуюча функція, що поглиблює гіпоксію. Таким чином, хибне коло ПОЛ та ендотоксикозу замикається. Доведено, що при ХП і ЦД відмічається збільшення рівня ЦК, які при певних умовах можуть фіксуватися в судинах і викликати запальну реакцію. При хронічних процесах вони довго циркулюють в крові, підтримуючи умови для ураження тканин-мішеней [8]. Встановлено, що в малих концентраціях ЦК здатні викликати проліферацію В-лімфоцитів, а у великих –

пригнічувати її. Є повідомлення, що під впливом великих концентрацій ЦІК відбувається підвищення активності Т-супресорів, особливо тих, до складу яких входять IgG, а також пригнічення активності натуральних кілерів [5,10]. Відомим прозапальним компонентом є й церулоплазмін (ЦП), який є, з одного боку, активним антиоксидантом, а з другого – виступає маркером активного запалення та ендотоксикозу.

Всі наведені чинники, на нашу думку, можуть сприяти підтримці запального хронічного процесу в ПЗ, а також торпідним деструктивним змінам в тканинах і органах хворого з ХП у поєднанні з ЦД, поглиблюючи функціональну недостатність ПЗ, що робить актуальним подальше вивчення даного питання [6,9]. Це важливо враховувати у комплексному лікуванні таких коморбідних пацієнтів, що сприяло б покращенню якості їхнього життя, зупинило б подальше прогресування ХП і ЦД через раціональну корекцію порушення функціональної спроможності підшлункової залози [7,8].

Метою дослідження було дослідити стан параметрів ендотоксикозу у пацієнтів на хронічний панкреатит в залежності від наявності поєднання з цукровим діабетом 2 типу, а також їх вплив на функціональну здатність підшлункової залози.

Матеріали та методи

Обстежили 87 амбулаторних пацієнтів з ХП із супутнім ЦД2 та без нього, які перебували на обліку у Центрі первинної медико-санітарної допомоги м. Тернополя. Середній вік становив $(49,33 \pm 11,54)$ років. Тривалість ХП в усій когорті пацієнтів коливалась у межах 1–30 років, середня тривалість становила $(10,05 \pm 0,83)$ роки. Тривалість коморбідності ХП і ЦД2 коливалась від 0 до 25 років, середня тривалість становила $(8,93 \pm 0,60)$ років, у 76% хворих захворювання тривало до 10 років, у решти 24% – понад 10 років, у 24% – до 5 років. Діагноз ХП встановлювали за клініко-статистичною класифікацією, запропованою ДУ «НДІ гастроентерології НАМН України» 2003 р., а також за Наказом МОЗ України від 10.09.2014 р. № 638 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному панкреатиті». Діагноз ЦД2 верифікували за Наказом МОЗ України від № 1118 від 21.12.2012 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу».

Основну групу склали 62 хворих на ХП у фазі терапевтичного загострення у поєднанні із ЦД2 у стані суб- або повної компенсації, групу порівняння – 25 хворих на ізольований ХП, причому групи дослідження були співставними між собою за віком, статтю, тривалістю і комплексом лікування основного захворювання на попередніх етапах. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб, що були репрезентативні групам дослідження за віком, статтю і соціальним статусом.

Стан ПОЛ як маркера оксидативного стресу оцінювали за вмістом МА, визначення якого ґрунтується

на тому, що при високій температурі в кислому середовищі МА реагує з тиобарбітуровою кислотою, утворюючи забарвлений триметиновий комплекс. Оцінка ендогенної інтоксикації (ЕІ) проводилась за рівнями СМП1 і СМП2 за методом Габрієляна: вивчали оптичну густину сироватки крові при довжинах хвиль 254 і 280 нм, визначаючи таким чином вміст відповідно тих СМП, в складі яких є ароматичні амінокислоти, і тих, які їх не містять. Рівень ЦІК визначали методом селективної преципітації у 3,75% етиленгліколі із наступним фотометруванням. Індекс ЕІ (ІЕІ) визначали за методом Тогайбаєва, в основі якого лежить уявлення про еритроцити як про універсальний адсорбент. Визначення вмісту ЦП проводили, враховуючи його виключну здатність окислювати п-фенілендіаміндігідрохлорид з утворенням сполуки фіолетового кольору.

Результати дослідження та їх обговорення

У таблиці подано отримані дані вивчення параметрів ендотоксикозу при ХП у залежності від наявності коморбідного ЦД 2 типу. Аналіз отриманих результатів дозволив довести наявність при ХП активного перебігу ЕІ і ПОЛ, яке було достовірно більш значним при коморбідності ХП з ЦД2: еритроцитарний ІЕІ був вищим на 19,2%, вміст СМП1 – на 29,5%, СМП2 – на 35,4%, МА – 10,9%, ЦІК – 23,9% ($p < 0,05$). Визначення вмісту ЦІК є економічно доступним маркером не тільки ЕІ, але й посилення захисної реакції імунної системи шляхом збільшення кількості комплексів антиген-антитіло, які накопичуються і пошкоджують ПЗ та інші органи.

Тому отримані дані довели той факт, що формування ендокринної недостатності ПЗ при ХП у формі ЦД відбувається на тлі посилення ЕІ, ПОЛ та імунних порушень. Зростання вмісту пулу СМП, МА і ЦІК в організмі при коморбідності ЦД2 доводить наявність поглиблення порушення гомеостазу за рахунок посилення катаболічних процесів і зростання їхньої токсичної дії. Крім того, зростання вмісту ЦІК підтверджує наявність активного запального процесу при ХП у фазі терапевтичного загострення. Цей показник був достовірно вищим при ХП із супутнім ЦД2.

Нами було проаналізовано залежність екскреторної (за рівнем фекальної α -еластази) і екскреторної (за вмістом НbА1с, %) функцій ПЗ у хворих на ХП і ХП у коморбідності з ЦД2 (дані на рис. 1–2) від ІЕІ, %. Вважали ІЕІ одним з показових інтегративних маркерів ендотоксикозу, тому за його взаємозв'язками з параметрами функціональної спроможності ПЗ можна судити про роль ЕІ на перебіг ХП у поєднанні з ЦД2.

Дані рис. 1–2 свідчать про достовірний вплив ІЕІ на рівень ЗСН ПЗ за вмістом фекальної α -еластази, що був більш значним при поєднаному перебігу ХП і ЦД2 у порівнянні із таким при ХП: про це свідчать встановлені помірний і середньої сили обернені кореляції між ІЕІ і фекальною α -еластазою у пацієнтів із ХП і коморбідністю ХП і ЦД2 (відповідно $r = -0,471$ і $r = -0,517$, $p < 0,05$).

Таблиця. Порівняльний аналіз параметрів ендотоксикозу та ПОЛ при ХП в залежності від наявності супутнього ЦД2

Параметр ЕІ	Група контролю (n=30)	Пацієнти з ХП (n=25)	Пацієнти з ХП і ЦД2 (n=62)	p ₁	p ₂	p ₃
ІЕІ, %	27,25±1,22	49,23±2,65	58,69±1,46	<0,05	<0,05	<0,05
СМП1	334,11±2,64	438,71±21,10	568,44±18,29	<0,05	<0,05	<0,05
СМП2	147,53±1,23	206,26±10,86	279,25±7,37	<0,05	<0,05	<0,05
МА, мкмоль/л	2,81±0,095	5,31±0,14	5,89±0,11	<0,05	<0,05	<0,05
ЦК, ум. од.	64,19±1,65	104,29±1,34	129,38±1,41	<0,05	<0,05	<0,05
ЦП, мг/л	245,60±2,61	305,47±8,91	341,70±9,45	<0,05	<0,05	<0,05

Примітки: p₁ – достовірність різниці параметрів пацієнтів з ХП стосовно такої групи контролю;
p₂ – достовірність різниці параметрів пацієнтів з ХП і ЦД2 стосовно такої групи контролю;
p₃ – достовірність різниці параметрів пацієнтів з ХП і ЦД2 стосовно такої групи ізольованого ХП.

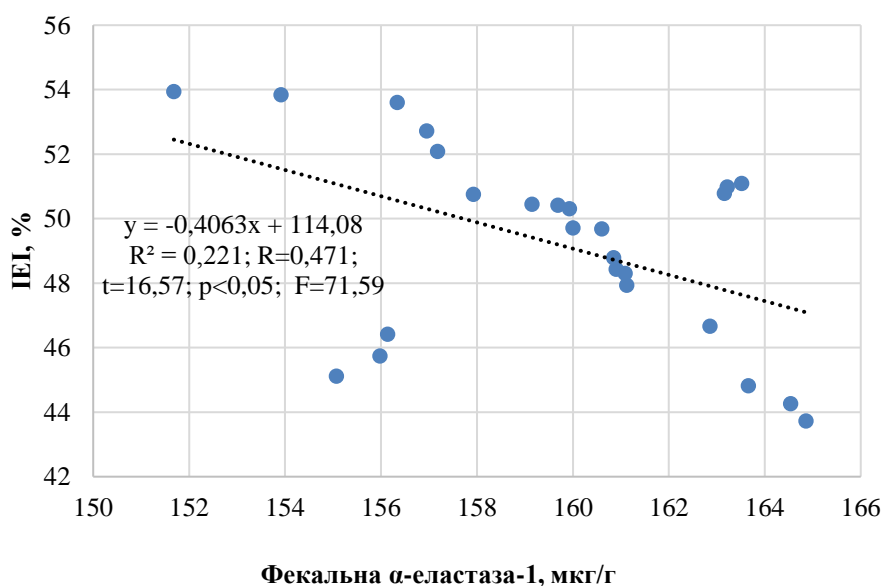


Рис. 1. Залежність рівня фекальної α -еластази від ІЕІ, % пацієнтів з ХП

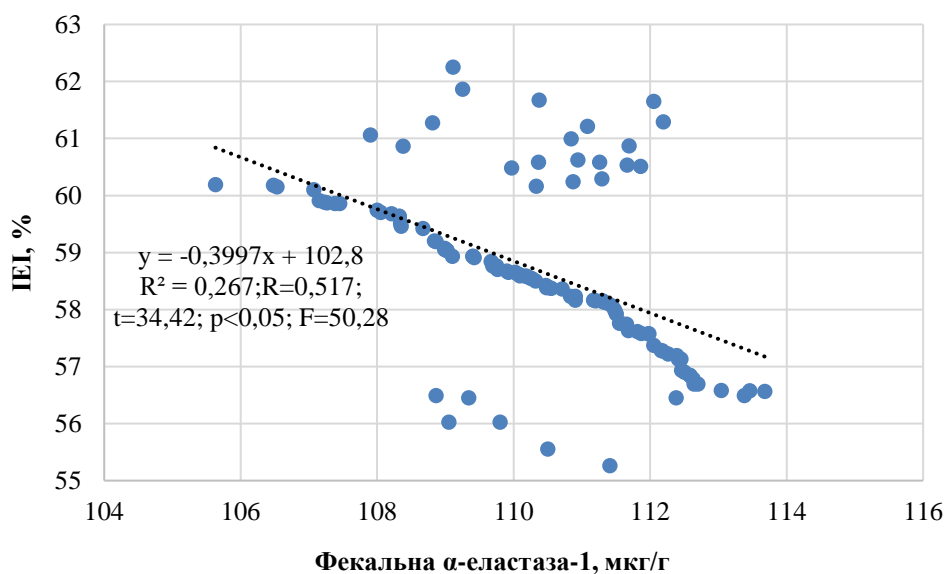


Рис. 2. Залежність рівня фекальної α -еластази від ІЕІ, % пацієнтів з ХП у поєднанні з ЦД2

За даними проведеного кореляційного аналізу (рис. 3–4), було також доведено збільшення сили достовірних прямих помірної і середньої сили кореляцій між рівнями HbA1c та IЕІ у хворих на ізольований ХП

і ХП у поєднанні із ЦД2 (відповідно $r=0,337$ і $r=0,552$, $p<0,05$), що довело глибший рівень інкреторної недостатності ПЗ при супутньому ЦД2, яка поглиблювалась при посиленні ендотоксикозу за рівнем IЕІ.

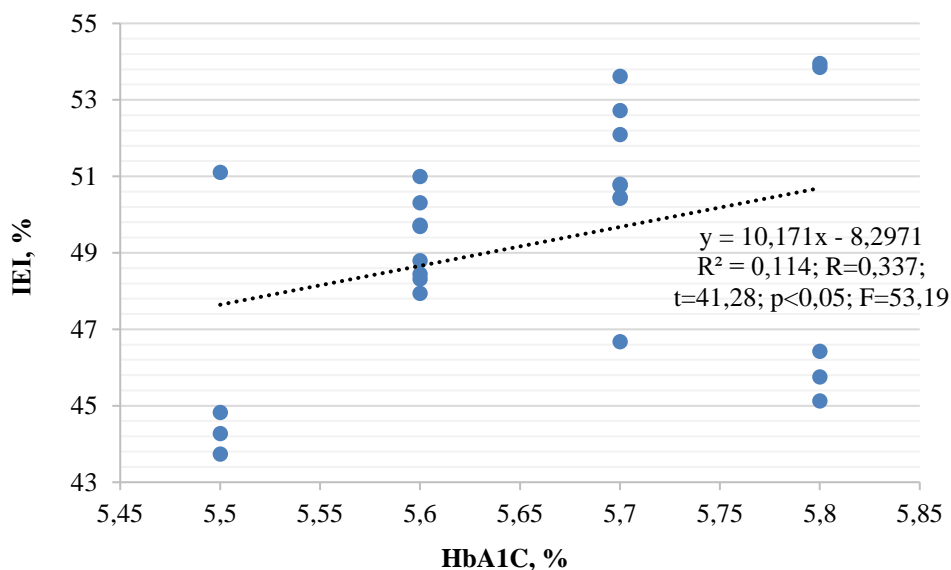


Рис. 3. Залежність вмісту HbA1c, % від рівня IЕІ пацієнтів з ХП

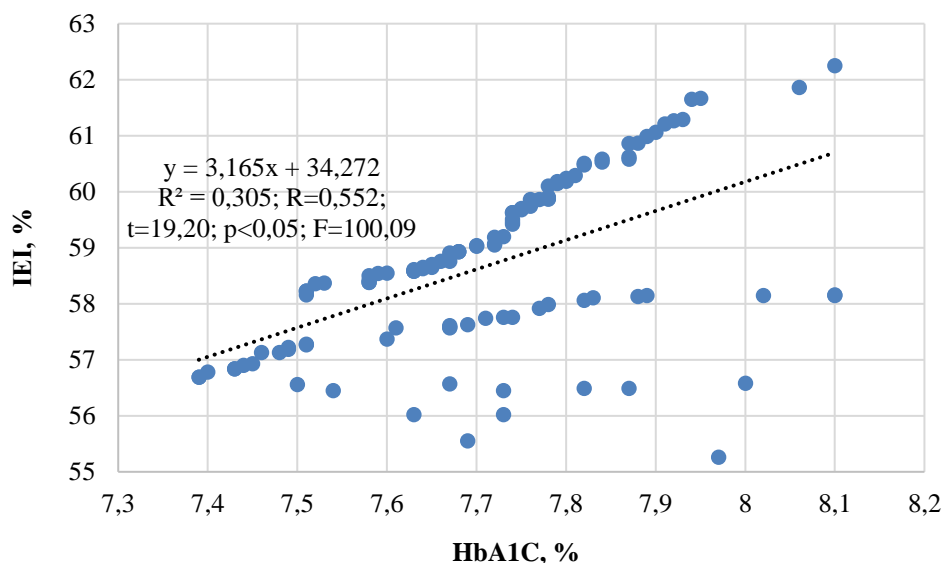


Рис. 4. Залежність вмісту HbA1c, % від рівня IЕІ пацієнтів з ХП у поєднанні з ЦД2

Було встановлено також активацію ЦП – на 11,9% ($p<0,05$), що можна пояснити наявністю певних резервів антиоксидантної системи захисту навіть у таких коморбідних пацієнтів. Статистично значиме зростання ЦП при ХП стосовно групи контролю і особливо при супутньому ЦД2 стосовно групи ізольованого ХП можна пояснити також активністю запалення і ендотоксикозу

у фазі м'якого терапевтичного загострення ХП, яке за протоколом можна вести в амбулаторних умовах.

Таким чином, отримані дані довели наявність запалення, ендотоксикозу і ПОЛ при довготривалому перебігу ХП і коморбідності ХП і ЦД2, що є причиною і наслідком поглиблення екзокринної та ендокринної недостатності ПЗ за даними проведеного кореляційного аналізу.

Висновки

1. Доведено наявність при ХП активного перебігу ендотоксикозу і перекисного окиснення ліпідів, яке було достовірно більш значним при коморбідності ХП з ЦД 2 типу: еритроцитарний індекс інтоксикації був вищим на 19,2%, вміст середніх молекул СМП1 – на 29,5%, СМП2 – на 35,4%, малонового альдегіда – 10,9%, циркулюючих імунних комплексів – 23,9%, церулоплазмину – на 11,9% ($p < 0,05$);

2. Доведено глибший рівень екскреторної та інкреторної недостатності ПЗ при супутньому ЦД2, які поглиблювались при посиленні ендотоксикозу за рівнем еритроцитарного індексу інтоксикації на основі

збільшення сили достовірних помірних і середньої сили обернених кореляції між ним і фекальною α -еластазою у пацієнтів із коморбідністю ХП і ЦД2 стосовно таких при ізольованому ХП (відповідно $r = -0,517$ і $r = -0,471$, $p < 0,05$) і достовірних прямих помірної і середньої сили кореляцій між рівнями HbA1c та еритроцитарного індексу інтоксикації – відповідно $r = 0,552$ і $r = 0,337$, $p < 0,05$.

У перспективі подальших досліджень плануємо вивчити прояви трофологічної недостатності пацієнтів з ХП і ЦД 2 типу і запропонувати методи адекватної корекції встановлених патогенетичних і клінічних порушень.

References

- Babinets L.S., Halabitska I.M. The effect of endothoxicosis on the formation of the pancreas exocrine insufficiency in patients with primary osteoarthritis // Health of Society. – 2019. – Health of Society. – №8(3). – P.102-105.
- Babinets, L.S., Shaihen, O.R., Homyn, H.O., Halabitska, I.M. Specific aspects of clinical course in case of combination of chronic pancreatitis and concomitant viral hepatitis C // Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland : 1960). – 2019. – №72(4). – P.595-599.
- De-Las-Heras-Castano G. The study of chronic pancreatitis epidemiology – the big challenge. Rev Esp Enferm Dig. 2014 Apr;106(4):237-8.
- DiMagno MJ, DiMagno EP. Chronic pancreatitis. Curr Opin Gastroenterol. 2012 Sep;28(5):523-31. doi: 10.1097/MOG.0b013e3283567dea.
- Kothari D, Ketwaroo G, Freedman SD, Sheth SG. The Impact of risk factors of chronic pancreatitis on secretin pancreatic function testing: results of a 20-year study. Pancreas. 2017 Aug;46(7):887-890. doi: 10.1097/MPA.0000000000000871.
- Levy P, Dominguez-Munoz E, Imrie C, Lohr M, Maisonneuve P. Epidemiology of chronic pancreatitis: burden of the disease and consequences. United European Gastroenterol J. 2014 Oct;2(5):345-54. doi: 10.1177/2050640614548208.
- Lew D, Afghani E, Pandol S. Chronic pancreatitis: current status and challenges for prevention and treatment. Dig Dis Sci. 2017 Jul;62(7):1702-1712. doi: 10.1007/s10620-017-4602-2.
- Lohr JM, Oliver MR, Frulloni L. Synopsis of recent guidelines on pancreatic exocrine insufficiency. United European Gastroenterol J. 2013 Apr;1(2):79-83. doi: 10.1177/2050640613476500.
- Yang D, Forsmark CE. Chronic pancreatitis. Curr Opin Gastroenterol. 2017 Sep;33(5):396-403. doi: 10.1097/MOG.0000000000000377.
- Yu JH, Kim H. Oxidative stress and inflammatory signaling in cerulein pancreatitis. World J Gastroenterol. 2014 Dec 14;20(46):17324-9. doi: 10.3748/wjg.v20.i46.17324.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.10.2020 р.

Прогресування хронічного панкреатиту (ХП), особливо у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу (ЦД), відбувається за умов оксидативного стресу і хронічного запалення як за рахунок специфічних чинників, так і неспецифічних, які визначають постійну наявність різною мірою вираженого ендотоксикозу.

Метою дослідження було дослідити стан параметрів ендотоксикозу у пацієнтів на хронічний панкреатит в залежності від наявності поєднання з цукровим діабетом 2 типу, а також їх вплив на функціональну здатність підшлункової залози.

Матеріали та методи. Обстежили 87 амбулаторних пацієнтів з ХП із супутнім ЦД 2 типу і без нього. Основну групу склали 62 хворих на ХП у фазі терапевтичного загострення у поєднанні із ЦД2 у стані суб- або повної компенсації, групу порівняння – 25 хворих на ізольований ХП, контрольну групу склали 30 практично здорових осіб. Визначали вмісти у крові малонового альдегіду за реакцією з тіобарбітуровою кислотою, рівні середньомолекулярних пептидів СМП1 і СМП2 за методом Габрієляна, циркулюючих імунних комплексів – шляхом преципітації у 3,75% етиленгліколі із наступним фотометруванням, еритроцитарний індекс інтоксикації – за методом Тогайбаєва, церулоплазмину – за здатністю окислювати п-фенілендіаміндігідроклорид.

Результати. Встановили наявність при ХП активного перебігу ендотоксикозу і перекисного окиснення ліпідів, яке було достовірно більш значним при коморбідності ХП з ЦД 2 типу: еритроцитарний індекс інтоксикації був вищим

на 19,2%, вміст середніх молекул СМП1 – на 29,5%, СМП2 – на 35,4%, малонового альдегіда – 10,9%, циркулюючих імунних комплексів – 23,9%, церулоплазміну – на 11,9% ($p < 0,05$)

Висновки. Доведено глибший рівень екскреторної та інкреторної недостатності ПЗ при супутньому ЦД2, які поглиблювались при посиленні ендотоксикозу за рівнем еритроцитарного індексу інтоксикації на основі збільшення сили достовірних помірних і середньої сили обернених кореляції між ним і фекальною α -еластазою у пацієнтів із коморбідністю ХП і ЦД2 стосовно таких при ізольованому ХП (відповідно $r = -0,517$ і $r = -0,471$, $p < 0,05$) і достовірних прямих помірної і середньої сили кореляцій між рівнями HbA1c та еритроцитарного індексу інтоксикації – відповідно $r = 0,552$ і $r = 0,337$, $p < 0,05$.

Ключові слова: хронічний панкреатит, цукровий діабет 2 типу, ендотоксикоз, середньомолекулярні пептиди, еритроцитарний індекс інтоксикації, функціональна недостатність підшлункової залози.

Progression of chronic pancreatitis (CP), especially in combination with type 2 diabetes mellitus (DM), occurs under conditions of oxidative stress and chronic inflammation due to both specific and nonspecific factors that determine the constant presence of varying degrees of endotoxemia.

Целью исследования было изучить состояние параметров эндотоксикоза у пациентов с хроническим панкреатитом в зависимости от наличия сочетания с сахарным диабетом 2 типа, а также их влияние на функциональную способность поджелудочной железы.

Материалы и методы. Обследовали 87 амбулаторных пациентов с ХП с сопутствующим СД 2 типа и без него. Основную группу составили 62 больных ХП в фазе терапевтического обострения в сочетании с СД2 в состоянии суб- или полной компенсации, группу сравнения – 25 больных с изолированным ХП, контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Определяли содержание в крови малонового альдегида по реакции с тиобарбитуровой кислотой, уровни среднемолекулярных пептидов СМП1 и СМП2 по методу Габриэляна, циркулирующих иммунных комплексов – путем преципитации в 3,75% этиленгликоле с последующим фотометрированием, эритроцитарного индекса интоксикации – по методу Тогайбаева, церулоплазмина – по способности окислять *p*-фенилендиаминдигидрохлорид.

Результаты. Установили наличие при ХП активного течения эндотоксикоза и перекисного окисления липидов, которое было достоверно более значительным при коморбидности ХП с СД 2 типа: эритроцитарный индекс интоксикации был выше на 19,2%, содержание средних молекул СМП1 – на 29,5%, СМП2 – на 35,4%, малонового альдегида – на 10,9%, циркулирующих иммунных комплексов – 23,9%, церулоплазмина – на 11,9% ($p < 0,05$)

Выводы. Доказали наличие более глубокого уровня экскреторной и инкреторной недостаточности ПЖ при сочетании ХП с СД2, которые увеличивались при усилении эндотоксикоза по уровню эритроцитарного индекса интоксикации на основе увеличения силы достоверных умеренных и средней силы обратных корреляций между ним и фекальной α -еластазой у пациентов с коморбидностью ХП и СД2 относительно таковых при изолированном ХП (соответственно $r = -0,517$ и $r = -0,471$, $p < 0,05$) и достоверных прямых умеренной и средней силы корреляций между уровнями HbA1c и эритроцитарным индексом интоксикации – соответственно $r = 0,552$ и $r = 0,337$, $p < 0,05$.

Ключевые слова: хронический панкреатит, сахарный диабет 2 типа, ендотоксикоз, среднемолекулярные пептиды, эритроцитарный индекс интоксикации, функциональная недостаточность поджелудочной железы.

The progression of chronic pancreatitis (CP), especially in combination with type 2 diabetes mellitus (DM), occurs under conditions of oxidative stress and chronic inflammation due to both specific and nonspecific factors that determine the constant presence of varying degrees of endotoxemia.

The aim of the study was to investigate the status of endotoxemia parameters in patients with chronic pancreatitis depending on the presence of a combination with type 2 diabetes mellitus, as well as their impact on the functional capacity of the pancreas.

Materials and methods. 87 outpatients with CP with concomitant type 2 diabetes and without it were examined. The main group consisted of 62 patients with CP in the phase of therapeutic exacerbation in combination with diabetes mellitus in a state of sub- or full compensation, the comparison group – 25 patients with isolated CP, the control group consisted of 30 healthy individuals. The content of malonic aldehyde in the blood was determined by reaction with thiobarbituric acid, the levels of medium-molecular peptides SMP1 and SMP2 – by the method of Gabrielyan, circulating immune complexes – by precipitation in 3.75% ethylene glycol with followed photometry.

Results. The presence of active endotoxemia and lipid peroxidation in CP was established, which was significantly more significant in the comorbidity of CP with type 2 diabetes: erythrocyte intoxication index was higher by 19.2%, the content of medium molecules MMP1 – by 29.5%, MMP2 – by 35.4%, malonic aldehyde – 10.9%, circulating immune complexes – 23.9%, ceruloplasmin – by 11.9% ($p < 0,05$)

Conclusions. A deeper level of excretory and incretory insufficiency of the pancreas in concomitant diabetes mellitus 2, which deepened with increasing endotoxemia by the level of erythrocyte intoxication index based on an increase in the strength of significant moderate and moderate inverse correlations between it and fecal co-morbidity such in isolated CP (respectively $r = -0.517$ and $r = -0.471$, $p < 0.05$) and significant direct moderate and medium strength correlations between levels of HbA1c and erythrocyte intoxication index – respectively $r = 0.552$ and $r = 0.337$, $p < 0,05$.

Key words: chronic pancreatitis, type 2 diabetes mellitus, endotoxycosis, medium molecular weight peptides, erythrocyte intoxication index, functional insufficiency of the pancreas.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflicts of interest.

Відомості про авторів

Бабінець Лілія Степанівна – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики-сімейної медицини Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; м. Тернопіль, Україна.
+380 (67) 352-07-43, lilyababinets@gmail.com.

Земляк Олександр Степанович – аспірант кафедри первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики-сімейної медицини Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України». +380 (50) 413-56-09.

Примітка. У статтях та матеріалах конференції збережено орфографію, пунктуацію та стилістику авторів.

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.1993 р. №326 «Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики», рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.1998 р. №297 «Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду», у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (тепер – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України») (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного зіставлення.

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи).

Довідки та замовлення за телефонами: (44) 576-41-19, 576-41-48.

**В.о. директора ДУ «Український інститут
стратегічних досліджень МОЗ України»**

П. С. Мельник

ДО ВІДОМА АВТОРІВ

Редакція журналу «Україна. Здоров'я нації» запрошує Вас до активної співпраці!

Тематична спрямованість журналу: здоров'я населення та його перспективи; проблеми демографічного розвитку; організація медичної допомоги; боротьба із соціально небезпечними хворобами; правове забезпечення охорони здоров'я; права та захист пацієнта і лікаря; управління охороною здоров'я; розвиток національної системи охорони здоров'я; сільська медицина; розвиток приватного сектору; розвиток стандартизації медичної допомоги; економіка охорони здоров'я; соціальні проблеми охорони здоров'я; доказова медицина; медичні кадри; проблеми медичної освіти; формування здорового способу життя; проблеми екології та охорони здоров'я; міжнародний досвід розвитку охорони здоров'я; історія медицини; фармація: на шляху до міжнародних стандартів; наукова дискусія; ювілей науково-дослідної установи; офіційна інформація; корпоративна інформація.

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

Правила подання матеріалу для опублікування

До друку приймаються наукові статті українською, російською та англійською мовами, які містять такі необхідні елементи:

Шифр УДК

Далі (**українською, російською та англійською мовами**):

Автор(-и) (ім'я (ПІБ), місце роботи, місто, e-mail),

Назва публікації

Вступ

Постановка проблеми у загальному вигляді, аналіз останніх (за останні 10 років) досліджень та публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, визначення невирішених раніше частин загальної проблеми.

Мета дослідження

Містить 2–3 речення, в яких сформульовано яку проблему або гіпотезу вирішує автор і з якою метою.

Об'єкт і методи дослідження

Включає в себе докладний виклад об'єкту, обсягів, терміну, методик дослідження.

Даний розділ повинен містити максимальну інформацію – це необхідно для подальшого можливого відтворення результатів іншими дослідниками, порівняння результатів аналогічних досліджень та можливого включення даних статті в мета-аналіз. Вказується дотримання етичних принципів при проведенні дослідження.

Наприкінці виділяється підрозділ «Обробка даних», в якому вказується, якими методами обробки даних користувався автор.

Результати дослідження та їх обговорення

Їх слід представляти в логічній послідовності без літературних посилань. Дані наводяться чітко, у вигляді коротких описів з графіками, таблицями та рисунками.

Слід виділити нові і важливі аспекти результатів проведеного дослідження, проаналізувати можливі механізми або тлумачення цих даних, по можливості зіставити їх з даними інших дослідників.

Не слід повторювати відомості, що вже були вказані в розділі «Вступ». В обговорення можна включити обґрунтовані рекомендації для практики і можливе застосування отриманих результатів у майбутніх дослідженнях.

Перспективи подальших досліджень

2–3 речення в яких вказується напрям дослідження, яких планує провести автор за темою статті.

Висновки

Навести підсумок виконаної роботи: що отримано, про що це може свідчити або що може означати, чому служить і які розкриває можливості. Відобразити перспективи використання результатів.

Література

Список літератури оформляється без скорочень мовою оригіналу і з транслітерацією. Автори подаються в порядку згадування, транслітерацією, згідно з вимогами Ванкуверського стилю. Посилання в тексті вказуються цифрами у квадратних дужках. Список має включати не менше 5 джерел за останні 10 років.

Список використаних джерел відповідно до ДСТУ можна оформити відповідно до вимог ДАК України автоматично:

Для активного включення статей наукового фахового видання в обіг наукової інформації та коректного індексування публікацій наукометричними системами необхідно після наведення списку використаних джерел в кожній публікації наводити блок REFERENCES, який повторює список джерел з латинським алфавітом, та наводить список кирилических джерел у транслітерованому вигляді. Цитування у блоці References повинні бути оформлені за Ванкуверським стилем.

Анотація (українською, російською та англійською мовами)

Обсяг не більше 250 слів (не більше 1 500 знаків) – приблизно 0,5 сторінки, повинна включати такі пункти:

- Мета наукового дослідження
- Матеріали та методи дослідження
- Результати дослідження
- Висновки (які основні результати дослідницької наукової роботи)
- Ключові слова: не менше 3 та не більше 8.

На останній сторінці тексту повинні бути вказані дані про авторів: прізвище, ім'я та по батькові автора, науковий ступінь, наукове звання, місце роботи та посада, поштову адресу, номер телефону (службовий), електронна адреса, ORCID ID. Вказуються дані про конфлікт інтересів авторів.

Текст друкується через 1,5 інтервали, без переносів, розмір шрифту 14 у Times New Roman в редакторі Microsoft WORD. Відступ абзацу – 1,25 см знаком табуляції. Поля: зліва і справа 2,5 см, зверху і знизу 2,0 см. Електронні варіанти статей надсилаються на електронну пошту – g.slabkiy@ukr.net, а друковані варіанти (підписані всіма авторами) з офіційним направленням – на адресу: 02099, м. Київ, провулок Волго-Донський, 3. Обов'язкове направлення як електронного так і друкованого варіантів статей.

Статті рецензуються провідними фахівцями за профілем статті та проходять перевірку за ліцензованою програмою «Антиплагіат».

Оплату за публікацію статті здійснювати після отримання підтвердження про її прийняття до друку.

Редакційна рада