

ЗАСНОВНИКИ

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

Головний редактор журналу – Слабкий Г.О.

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

Відповідальний редактор – Ситенко О.Р.

Літературний редактор – Ратаніна О.М.

Дизайн і верстка – Кривенко Є.М.

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

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Голова редакційної колегії Лехан В.М.

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

Грузева Т.С.
Децик О.З.
Ковальова О.М.
Котуза А.С.
Лисак В.П.

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

Фера О.В.
Чепелевська Л.А.
Черемухіна О.М.
Чопей І.В.
Шатило В.Й.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Голова редакційної ради Запорожан В.М. (Одеса)

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

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

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

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

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

Журнал включено до Переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук (наказ Міністерства освіти і науки України від 12.05.2015 р. № 528).

Видання індексується Google Scholar та «Україніка наукова».

Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України». Протокол № 3 від 02.03.2018 р.

Адреса редакції: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна

Тел./факс: +380 44 576-41-19; 576-41-09

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 21116-10916ПР від 24.12.2014 р.

Підписано до друку 5 березня 2018 р. Загальний наклад 100 прим. Зам. № 5128

Видавець:

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»

Адреса: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна

Видавник:

«СПД ФО «Коломцін В.Ю.»

Свідоцтво про державну реєстрацію В02 № 257914 від 09.12.2002 р.

Надруковано у МВЦ «Медінформ»

03179, м. Київ, вул. Котельникова, 95, тел./факс (044) 501-35-69

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

Усі статті рецензовані. Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей у публікаціях несуть автори.

Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції.

FOUNDERS

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

Chief Editor – Slabkiy G.O.

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

Executive Editor – Sytenko O.R.

Literary Editor – Ratanina O.M.

Design and layout – Kryvenko Ye.M.

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

EDITORIAL COLLEGIUM

Chairman of the Editorial Collegium Lekhan V.M.

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

Gruzieva T.S.
Detsyk O.Z.
Kovaliova O.M.
Kotuz A.S.
Lysak V.P.

Liubinet O.V.
Melnyk P.S.
Nahorna A.M.
Rogach I.M.
Saidakova N.O.

Fera O.V.
Chepelevska L.A.
Cheremukhina O.M.
Chopey I.V.
Shatylo V.Y.

EDITORIAL BOARD

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

Avramenko O.I. (Kyiv)
Boyar I. (Poland)
Gorbenko O.V. (Great Britain)
Dudina O.O. (Kyiv)
Dudnyk S.V. (Kyiv)

Zhylka N.Ya. (Kyiv)
Klymenko V.I. (Zaporizhzhya)
Kovalenko O.S. (Kyiv)
Kudrenko M.V. (Kyiv)
Lashkul Z.V. (Zaporizhzhya)

Lobas V.M. (Krasniy Lyman)
Maiorov O.Yu. (Kharkiv)
Matiukha L.F. (Kyiv)
Medvedovska N.V. (Kyiv)
Myronyuk I.S. (Uzhhorod)

Moiseenko R.O. (Kyiv)
Ovoc A. (Poland)
Ohniev V.A. (Kharkiv)
Ruden V.V. (Lviv)
Sytenko O.R. (Kyiv)

Stanchak J. (Slovakia)
Stepanenko A.V. (Kyiv)
Tolstanov O.K. (Kyiv)
Yarosh N.P. (Kyiv)
Yashchenko Yu.B. (Kyiv)

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

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

It is recommended for print by the Academic Council of the PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine".
Protocol № 3 of 02.03.2018.

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

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

Signed for publication on March 5, 2018. The total circulation is 100 copies. Order № 5128

Editor:

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

Publisher:

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

Printed in MEC "Medinform"

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

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

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

ЗМІСТ

Здоров'я населення: тенденції та прогнози

<i>Вороненко В.В., Якимець В.М., Печиборщ В.П., Печиборщ О.В., Якимець В.В., Волошин В.Д.</i> Рак щитовидної залози в динаміці тридцятирічного спостереження після аварії на Чорнобильській АЕС	7
<i>Дрогомирецька М.С., Мартиць Ю.М., Клітинська О.В., Бородач В.О., Іваськевич В.З.</i> Оцінка стоматологічного статусу осіб молодого віку з бруксизмом у Тернопільській області	18
<i>Дудник С.В.</i> Стан здоров'я та деякі аспекти організації надання медичної допомоги дитячому населенню України	26
<i>Фейса С.В.</i> Неврологічні та когнітивні розлади у пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки на фоні порушення вуглеводного обміну та супутнім гіпотиреозом: огляд літератури й власні дані	34
<i>Чемерис Н.М., Любінець О.В.</i> Медико-соціальні площини вживання алкогольвмісних напоїв серед студентської молоді	42
<hr/>	
Питання демографічного розвитку	
<i>Чепелевська Л.А.</i> Тенденції медико-демографічних показників України у XXI столітті	48
<hr/>	
Організація медичної допомоги	
<i>Кравченко В.В.</i> Державно-приватне партнерство як механізм удосконалення консультативно-діагностичної допомоги	53
<i>Кручаниця В.В., Миронюк І.С., Слабкий Г.О.</i> Організація замісної підтримуючої терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків у Закарпатській області	57
<i>Лобас М.В.</i> Деякі питання організації первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню Черкаської області	62

<i>Миронюк В.І.</i> Досвід і перспективи програм діагностики та лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні	68
<i>Олексюк О.Б.</i> Тенденції рівнів госпіталізації дітей першого року життя	79
<i>Рогач І.М., Смірнов М.М., Керецман А.О., Жорник В.В.</i> Характеристика використання ліжкового фонду для стаціонарного лікування дорослого населення з хворобами нервової системи в Закарпатській області	83
<i>Федосюк Р.М., Ковальова О.М., Слабкий Г.О.</i> Медико-соціальне обґрунтування системи безпеки пацієнтів і потенційних шляхів її імплементації у службі анестезіології та інтенсивної терапії України	90

Наука – практиці охорони здоров'я

<i>Гасюк Н.В., Левандовський Р.А., Клітинська О.В., Бородач В.О.</i> Особливості перебудови клітинного складу слизової оболонки порожнини рота у хворих на генералізований пародонтит	100
<i>Корчинська О.О., Криванич Н.В., Костур К.П., Жултакова С., Андрашчикова Ш., Шлоссерова А., Галдунова Г., Рібарова Л.</i> Проблема трофобластичних захворювань у сучасному акушерстві	106
<i>Корчинська О.О., Костур К.П., Криванич Н.В., Жултакова С., Андрашчикова Ш., Шлоссерова А., Галдунова Г., Рібарова Л.</i> Сучасні погляди на етіопатогенез прееклампсії	113
<i>Попович Я.М.</i> Стан венозного кровоплину при флеботромбозах гомілково-підколінного сегмента	119
<i>Романів О.П., Погоріляк К.М.</i> Соматичні симптоми депресії і тривоги в осіб із легеневою артеріальною гіпертензією, методи діагностики та терапії	126

Медичні кадри

Гребняк М.П., Федорченко Р.А., Таранов В.В.
**Формування професійних компетенцій
з профілактичної медицини
у студентів-фармацевтів 132**

*Колесник П.О., Харріс М.,
Матюха Л.Ф., Колесник А.П.*
**«АВС»-курси з проведення наукових досліджень
у галузі сімейної медицини. Результати оцінки
«А»-курсу навчання молодих вчених в Україні 137**

Історія медицини

Ціборовський О.М., Сорока В.М.
**Добродійні лікарні Києва
як форма соціальної допомоги
в галузі медичної справи ХІХ століття 142**

Ціборовський О.М., Сорока В.М.
**Становлення санітарно-протиепідемічної роботи
на Київщині у ХІХ столітті (1835–1886 рр.) 149**

Дискусії

Іваць А.Р., Романів О.П.
Омега-3 жирні кислоти: чи дієво? За і проти 158

CONTENT

Health of the population: tendencies and forecasts

Voronenko V.V., Yakymets V.M., Pechyborsh V.P., Pechyborsh O.V., Yakymets V.V., Voloshin V.D.
Thyroid cancer in the dynamics of thirty years of observation after the Chernobyl accident 7

Drohomyretska M.S., Martyts Y.M., Klitynska O.V., Borodatch V.O., Ivaskevych V.S.
Evaluation of the stomatological status of young persons with the brouxism in the Ternopil region 18

Dudnyk S.V.
State of health and some aspects of organization of medical care provision for children's population of Ukraine 26

Feysa S.V.
Neurological and cognitive disorders in patients with nonalcoholic fatty liver disease with disorders of carbohydrate metabolism and concomitant hypothyroidism: literature review and own data 34

Chemerys N.M., Lyubinets O.V.
Consumption of alcoholic drinks among university youth: medical and social perspectives 42

Issues of demographic development

Chepelevska L.A.
Trends in medical and demographic indicators of Ukraine in the XXI century 48

Organization of health care

Kravchenko V.V.
Public-private partnership as a mechanism of improving of consultation and diagnostic care 53

Kruchanytsia V.V., Myronyuk I.S., Slabkiy G.O.
Organization of substitution maintenance therapy for injecting drug users in the Transcarpathian region 57

Lobas M.V.
Some issues of organizing primary health care to rural population of Cherkassy region 62

Myronyuk V.I.
Experience and prospects of the programs of diagnostics and treatment of sexually transmitted infections in the groups at risk for HIV infection in Ukraine 68

Oleksiuk O.B.
Trends of the hospitalization rates of children of the first year of life 79

Rogach I.M., Smirnov M.M., Keretsman A.O., Zhornyk V.V.
Characteristics of the usage of a bed fund for inpatient treatment of adults with diseases of the nervous system in the Transcarpathian region 83

Fedosiuk R.M., Kovaleva O.M., Slabkiy G.O.
Medical-social substantiation of the system of patient safety and ways of its implementation in the anesthesiology and intensive care service of Ukraine 90

Science for health care practice

Hasiuk N.V., Levandovsky R.A., Klitynska O.V., Borodach V.O.
Features of the restructuring of the cellular composition of the mucous membrane of the mouth in patients with generalized periodontitis 100

Korchynska O.O., Kryvanych N.V., Kostur K.P., Zultakova S., Andrascikova S., Schlosserova A., Galdunova H., Rybarova L.
Problem of the trophoblastic diseases in modern obstetrics 106

Korchynska O.O., Kostur K.P., Kryvanych N.V., Zultakova S., Andrascikova S., Schlosserova A., Galdunova H., Rybarova L.
Modern views on etiopathogenesis of pre-eclampsia 113

Popovich Ya.M.
Venous blood condition with phlebothrombosis of popliteal-shin segment 119

Romaniv O.P., Pohoriliak K.M.
Somatic symptoms of depression and anxiety in patients with pulmonary arterial hypertension, diagnostic and reduction methods 126

Medical personnel

Grebnyak N.P., Fedorchenko R.A., Taranov V.V.
**Formation of professional competencies
in preventive medicine
among the students of pharmacy 132**

*Kolesnyk P.O., Harris M.,
Matyukha L.F., Kolesnyk A.P.*
**“ABC”-courses on research in the field
of family medicine. Results of the assessment
of “A”-course of early career scientists in Ukraine 137**

History of medicine

Tsiborovsky O.M., Soroka V.M.
**Charitable hospitals in Kyiv
as a form of social assistance in the field
of medicine of the XIX century 142**

Tsiborovsky O.M., Soroka V.M.
**The development of sanitary
and anti-epidemiological work in the Kiev region
in the XIX century (1835–1886) 149**

Discussions

Ivats A.P., Romaniv O.P.
**Omega-3 fatty acids:
is it effective? For and against 158**

УДК 616.43-006:614.87

В.В. Вороненко¹, В.М. Якимець², В.П. Печиборці³, О.В. Печиборці⁴, В.В. Якимець⁵, В.Д. Волошин³

Рак щитовидної залози в динаміці тридцятирічного спостереження після аварії на Чорнобильській АЕС

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

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

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

⁴Головний військово-медичний клінічний центр (Центральний клінічний госпіталь) Державної прикордонної служби України, м. Київ, Україна

⁵ТОВ «Органосін ЛТД», м. Київ, Україна

Мета – проаналізувати та узагальнити дані щодо поширеності раку щитовидної залози в динаміці 30-річного спостереження після аварії на ЧАЕС; спрогнозувати динаміку надлишкової захворюваності на дану патологію.

Матеріали та методи. Використано наукові публікації, чинні нормативно-правові документи з питань ролі і місця Збройних Сил у системі реагування на надзвичайні ситуації у світі та Україні зокрема. Вказані матеріали опрацьовано за допомогою аналітичного та історичного методів.

Результати. Усі наслідки Чорнобильської катастрофи, напевно, ніколи не стануть відомими. Проте через 31 рік після аварії зрозуміло, що вони багато значніші за ті, які пропонуються в офіційних оцінках.

Висновки. Загальний висновок полягає в тому, що урядам варто повністю визнати й урахувати у своїй енергетичній політиці безпрецедентний масштаб катастрофи та її довгострокові глобальні медичні наслідки.

Ключові слова: аварія на ЧАЕС, стан здоров'я, рак щитовидної залози.

Вступ

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

За останні 10 років 30 тис. із 400 тис. ліквідаторів аварії захворіли внаслідок опромінення. Вони працювали із забрудненими матеріалами, будуючи саркофаг, що тепер розпадається. Серед цих працівників 5 тис. залишилися непрацездатними.

За оцінками незалежних експертів, кількість смертей унаслідок Чорнобильської катастрофи склала 32 тис. На думку міжнародної спілки «Чорнобиль», це число сягнуло 40 тис. У листопаді 1995 р. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) підрахувала, що 5 млн осіб опромінені «значними викидами радіоактивних нуклідів». За даними ВООЗ, захворюваність на рак щитовидної залози на прилеглий до станції території зросла на 400 випадків у Білорусі, 220 – в Україні, 62 – у Російській Федерації.

Ця катастрофа не тільки викликала численні жертви, але й суттєво вплинула на якість життя населення України. Унаслідок аварії на ЧАЕС радіонуклідами забруднилася територія 12 областей України, що спричинило внутрішнє опромінення мешканців цих областей. Екологічні, медичні й психологічні наслідки

аварії, її вплив на соціальну, економічну та політичну сфери, а також систему охорони здоров'я засвідчили, що аварія на ЧАЕС є глобальною радіоекологічною катастрофою. Такого висновку дійшло світове співтовариство, включаючи МАГАТЕ, ВООЗ, Науковий комітет із дії атомної радіації ООН, Міжнародну комісію з радіаційного захисту, Європейську комісію та ін. [6]. В Україні загальна кількість постраждалих унаслідок аварії на ЧАЕС станом на 31.12.2011 р. становила 2 158 698 осіб [1, 11].

На жаль, медичні наслідки аварії на ЧАЕС ще не відомі. При цьому через 31 рік після аварії в суспільстві з'явилися тенденції до зняття проблеми цих медичних наслідків із порядку денного як в Україні (зменшення державних видатків на медичну допомогу, наукове супроводження медичних проблем), так і на міжнародному рівні (форум у Відні 5–7 вересня 2005 р.) [6].

Рак щитовидної залози не відноситься до числа частих форм злоякісних пухлин, на нього приходиться менше 1% від раків різної локалізації. Але в останні десятиліття збільшується кількість хворих на цю патологію, особливо в регіонах, постраждалих від Чорнобильської катастрофи. До аварії в цих регіонах виявлялося близько 20 випадків захворюваності на рак щитовидної залози за рік, а тепер – 70–80. Викликає занепокоєння і те, що в останні десятиліття це захворювання поступово «молодіє»: якщо раніше його вважали раком старшого віку, то сьогодні середній вік захворілих на цю недугу становить 45–50 років, а

найбільш уразливим контингентом є діти, батьки яких постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС.

За результатами досліджень, в динаміці цього захворювання є й позитивні моменти. В останні роки не виявлено зростання захворюваності на рак щитовидної залози в найбільш радіоактивно забруднених областях. Поряд із цим у жінок рак щитовидної залози зустрічається значно частіше. Це пов'язано з особливостями гормонального фону жіночого організму, причому в старечому віці ризик занедужати в жінок і чоловіків однаковий. Серед дітей на сьогодні випадки захворюваності на рак щитовидної залози вкрай рідкісні. На думку фахівців, зараз ця захворюваність вже не пов'язана з Чорнобильською катастрофою, а викликана скоріше зміною гормонального стану хворих, що частіше обумовлено супутніми захворюваннями, а також способом життя людей.

За підсумками досліджень, вітчизняні фахівці запропонували віднести до групи ризику учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС і постраждале населення, яке зазнало удару радіоактивного йоду, що, у свою чергу, вимагає проведення щорічних профілактичних обстежень на предмет ранньої діагностики захворювань щитовидної залози.

Мета роботи – проаналізувати та узагальнити дані щодо поширеності раку щитовидної залози в динаміці тридцятирічного спостереження після аварії на ЧАЕС; спрогнозувати динаміку надлишкової захворюваності на дану патологію.

Матеріали та методи

Використано наукові публікації, чинні нормативно-правові документи з питань ролі і місця Збройних Сил у системі реагування на надзвичайні ситуації у світі та Україні зокрема. Вказані матеріали опрацьовано за допомогою аналітичного та історичного методів.

Результати дослідження та їх обговорення

Станом на 31.12.2016 р., за інформацією ДЗ «Центру медичної статистики МОЗ України», статус потерпілих мали 1 898 617 громадян України, у т.ч. 1 70 624 ліквідатори наслідків Чорнобильської аварії. Серед контингенту потерпілих – 34 983 дитини, що народилися від батьків IV групи первинного обліку, та 476 199 дітей, що народилися від батьків I–III групи первинного обліку.

На радіоактивно забруднених територіях проживає 1 176 000 осіб, найбільша кількість проживає в Київській (4350 тис.), Рівненській (219 тис.) та Житомирській (199 тис.) областях. Евакуйовані із зони відчуження становлять: у Київській області – 14,8 тис., Одеській – 1,37 тис., Хмельницькій – 1,1 тис., Черкаській – 0,9 тис., Чернігівській – 1,3 тис.

Контингент потерпілих унаслідок аварії на ЧАЕС, який перебуває під наглядом закладів охорони здоров'я, підпорядкованих МОЗ України, у своїй структурі розподіляється на чотири групи первинного обліку: I група – 170 624 особи (9,06%), II група – 41 108 осіб (2,2%), III група – 1 175 703 особи (61,92%), IV група – 476 199 осіб (25,08%). Для порівняння з 1995 р., в якому зареєстрована найбільша кількість потерпілих, що перебувала під наглядом закладів охорони, – 2 744 226 осіб, у т.ч.: I групи первинного обліку – 252 548 осіб (9,2%), II групи – 70 965 осіб (2,6%), III групи – 2 60 956 осіб (75,1%), IV групи – 359 757 осіб (13,1%) [6] (табл. 1).

Загальна чисельність контингенту порівняно з 1995 р. скоротилася на 30,8%, поряд із цим зменшилася кількість контингенту I групи на 32,4%, II групи – на 42,1%, III групи – на 43,0%, водночас число контингенту IV групи зросло на 32,4% та з'явилася група обліку дітей, які народилися від IV групи обліку. Зазначені статистичні дані свідчать про те, що кількість контингенту, який перебуває на обліку в закладах охорони здоров'я, щорічно зменшується в середньому на 2%, переважно за рахунок II, III та I груп первинного обліку (табл. 2).

Таблиця 1

Динаміка кількісних показників чисельності чорнобильських контингентів 2016 р. порівняно з 1995 р.

Рік	Усього	I група	II група	III група	IV група	Діти
1995	2744226	252548	70965	2060956	359757	-
2016	1898617	170624	41108	1175703	476199	511182
Динаміка, абс.	-845609	-81924	-29857	-885253	+116442	
Динаміка, %	-30,8	-32,4	-42,1	-43,0	+32,4	

Таблиця 2

Контингент потерпілих унаслідок аварії на Чорнобильській АЕС [6]

Група первинного обліку	Рік									
	1987	1990	1995	2000	2005	2008	2009	2010	2011	2016
Усього (I, II, III, IV)	264587	347252	2744226	2608354	2342207	2274787	2238334	2195745	2158698	1898617
I група первинного обліку	83327	129697	252548	240800	227452	219856	218040	213746	209954	170624
II група первинного обліку	60990	56512	70965	56377	48386	47851	47454	46684	46124	41108
III група первинного обліку	118809	149329	2060956	1808800	1499660	1430590	1407220	1361704	1335057	1175703
IV група первинного обліку	1461	11714	359757	502377	566709	570930	556925	561412	551627	476199
Діти, що народилися від IV групи первинного обліку	-	-	-	-	-	5560	8695	12199	15936	511182

Показники поширеності та первинної захворюваності серед постраждалих унаслідок аварії на ЧАЕС мають стійку тенденцію до зменшення.

З таблиць 3 і 4 видно, що поширеність захворювань серед потерпілих від аварії на ЧАЕС у 2016 р. на 10 тис. відповідного контингенту зменшилася порівняно з 2013 р. на 7,3%, при цьому відносний показник зріс. Це пояснюється тим, що з часом кількість потерпілих від цієї аварії постійно зменшується.

Під час аналізування показника вперше виявленої захворюваності видно, що він і в абсолютних числах, і у відносних величинах має тенденцію до зменшення. Це також пояснюється віддаленістю від аварії в часі. Така сама тенденція спостерігається при аналізуванні показників первинного виходу на інвалідність і смертності.

Водночас зберігаються найбільші показники захворюваності потерпілих унаслідок аварії на ЧАЕС у Дніпропетровській, Донецькій та Харківській областях. Така тенденція зберігається і при тривалому спостереженні. Це пояснюється високою питоною вагою ліквідаторів серед постраждалих, які проживають у цих областях.

Що стосується первинної захворюваності, то найвищий рівень відмічається в постраждалих від аварії областях: Вінницька – 8,0; Київська – 6,2; Черкаська – 6,4; Рівненська – 5,7. Під час аналізування захворюваності

протягом трирічного спостереження бачимо, що тенденція максимальної розповсюдженості територіями переважно зберігається, за винятком Івано-Франківської області. В останній спостерігається різке зниження первинної захворюваності.

Первинний вихід на інвалідність у 2013 р. найвищий у Дніпропетровській (45,26), Харківській (82,24) та Донецькій областях (55,26). Така ж тенденція зберігається в динаміці трирічного спостереження, 2016 р.: Дніпропетровська – 45,26, Харківська – 47,57. Порівнювання динаміки в останніх областях є некоректним з огляду на останні події військово-політичного характеру в нашій державі.

Що стосується смертності серед постраждалих від Чорнобильської аварії, то в динаміці трирічного спостереження відмічається незначне її зростання (2013 р. – 201,37; 2016 р. – 206,46). Це обумовлено як розвитком хронічних захворювань, пов'язаних з аварією і з загальним постарінням даного контингенту населення.

Аналіз структури захворюваності постраждалих від аварії на ЧАЕС за класами хвороб свідчить, що домінують захворювання серцево-судинної системи. Така тенденція зберігається протягом усього періоду спостереження. Загальна захворюваність на дану патологію становить у 2011 р. 8441 на 10 тис. відповідного контингенту, первинна – 602,10; у 2016 р.: загальна – 9450,34, первинна – відповідно 591,34 на 10 тис. населення.

Таблиця 3
Кількість зареєстрованих випадків захворювань, інвалідів та померлих дорослих віком від 18 років, потерпілих унаслідок аварій на Чорнобильській АЕС на 10 тис. відповідного контингенту у 2013 р. (усі хвороби)

Адміністративна територія	Поширеність захворювань		Захворюваність		Первинна інвалідність		Смертність	
	абс.	показник	абс.	показник	абс.	показник	абс.	показник
Україна	4173050	25925,81	922540	5731,44	3 706	23,02	32413	201,37
АР Крим	20051	46738,93	1566	3650,35	11	25,64	76	177,16
<i>Область</i>								
Вінницька	218008	30200,87	57483	7963,18	103	14,27	1576	218,32
Волинська	201226	21163,19	56389	5930,50	182	19,14	1860	195,62
Дніпропетровська	87084	57886,20	3 824	2541,88	91	60,49	363	241,29
Донецька	108117	70288,00	5157	3352,62	85	55,26	329	213,89
Житомирська	438154	17351,88	107664	4263,74	401	15,88	5675	224,74
Закарпатська	14952	55916,23	1101	4117,43	12	44,88	61	228,12
Запорізька	19472	33688,58	1379	2385,81	11	19,03	86	148,79
Івано-Франківська	27279	37735,51	6209	8589,02	2	2,77	142	196,43
Київська	1323867	24395,39	350310	6455,29	1347	24,82	10998	202,66
Кіровоградська	33112	41415,88	2625	3283,30	31	38,77	180	225,14
Луганська	51150	49492,02	3285	3178,52	50	48,38	204	197,39
Львівська	26366	45830,00	3053	5306,80	45	78,22	95	165,13
Миколаївська	19088	39438,02	2233	4613,64	13	26,86	70	144,63
Одеська	19457	43266,62	1351	3004,23	16	35,58	74	164,55
Полтавська	63194	39617,58	4105	2573,51	99	62,07	260	163,00
Рівненська	523826	19772,69	152313	5749,31	419	15,82	4445	167,78
Сумська	46568	40536,21	2821	2455,61	87	75,73	242	210,65
Тернопільська	84135	23989,91	23198	6614,58	67	19,10	514	146,56
Харківська	114909	78388,02	7051	4810,01	121	82,54	308	210,11
Херсонська	13 437	35 388,46	1 060	2 791,68	6	15,80	51	134,32
Хмельницька	20704	32936,68	2371	3771,87	40	63,63	143	227,49
Черкаська	294215	34984,78	64114	7623,72	262	31,15	2206	262,31
Чернівецька	37067	22930,41	4520	2796,16	5	3,09	302	186,82
Чернігівська	198183	29727,30	37919	5687,82	141	21,15	1718	257,70
<i>Місто</i>								
Київ	166419	38116,17	19205	4398,66	58	13,28	427	97,80
Севастополь	3010	52347,83	234	4069,57	1	17,39	8	139,13

Таблиця 4
Кількість зареєстрованих випадків захворювань, інвалідів та померлих дорослих віком від 18 років, потерпілих унаслідок аварій на Чорнобильській АЕС на 10 тис. відповідного контингенту у 2016 р. (усі хвороби)

Адміністративна територія	Поширеність захворювань		Захворюваність		Первинна інвалідність		Смертність	
	абс.	показник	абс.	показник	абс.	показник	абс.	показник
Україна	3870273	26244,01	809151	5486,79	2348	15,92	30447	206,46
АР Крим	-	-	-	-	-	-	-	-
Область								
Вінницька	218127	32068,54	54483	8009,97	16	2,35	1441	211,85
Волинська	196312	22189,42	52914	5980,94	164	18,54	1736	196,22
Дніпропетровська	83669	60107,04	3429	2463,36	63	45,26	317	227,73
Донецька	41159	63350,78	1963	3021,39	4	6,16	160	246,27
Житомирська	424030	18155,62	95120	4072,74	254	10,88	5190	222,22
Закарпатська	15329	60231,83	775	3045,19	5	19,65	72	282,91
Запорізька	18908	35047,27	918	1701,58	5	9,27	117	216,87
Івано-Франківська	14651	49263,62	1346	4525,89	4	13,45	82	275,72
Київська	1273993	24830,54	319943	6235,79	769	14,99	10529	205,21
Кіровоградська	33275	44061,18	2331	3086,60	17	22,51	197	260,86
Луганська	17166	52223,91	792	2409,49	5	15,21	101	307,27
Львівська	27737	48815,56	2497	4394,58	24	42,24	94	165,43
Миколаївська	19143	42100,29	2242	4930,72	15	32,99	97	213,33
Одеська	18961	43005,22	1188	2694,49	1	2,27	96	217,74
Полтавська	65287	43031,24	4278	2819,67	42	27,68	274	180,60
Рівненська	523764	21489,16	139096	5706,88	438	17,97	4305	176,63
Сумська	42434	38710,09	2343	2137,38	58	52,91	243	221,67
Тернопільська	73909	22097,35	15995	4782,19	20	5,98	547	163,54
Харківська	117342	85870,47	6632	4853,27	65	47,57	338	247,35
Херсонська	15582	41585,27	1135	3029,09	9	24,02	50	133,44
Хмельницька	20510	35210,30	2148	3687,55	30	51,50	156	267,81
Черкаська	238332	33523,50	45088	6342,03	193	27,15	1986	279,35
Чернівецька	30459	19594,08	2441	1570,28	0	0,00	256	164,68
Чернігівська	183248	30090,97	31402	5156,49	95	15,60	1514	248,61
Місто								
Київ	156946	38551,25	18652	4581,56	52	12,77	549	134,85
Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-

Злоякісні новоутворення в структурі захворювань постраждалих від Чорнобильської катастрофи не посідають рейтингового місця, але при спостереженні в динаміці відмічається стабільне зростання даної патології, як уперше виявленої, так і поширеності злоякісних новоутворень. Поширеність злоякісних новоутворень серед даного контингенту має такий вигляд. 2011 р.: поширеність – 225,05; захворюваність – 42,74; смертність – 26,31; 2016 р.: поширеність – 549,02; захворюваність – 44,71; смертність – 29,19. Отже, спостерігається зростання захворюваності і смертності від злоякісних новоутворень протягом усього періоду спостереження.

На фоні загального зростання захворюваності і смертності від злоякісних захворювань підвищуються показники захворюваності і смертності від злоякісних новоутворень щитовидної залози (2011 р.: поширеність – 17,96; захворюваність – 0,98 на 10 тис. населення; смертність – 0,3 на 10 тис. населення; 2016 р.: поширеність – 23,96 на 10 тис. населення; захворюваність – 1,07 на 10 тис. населення; смертність – 0,12 на 10 тис. населення).

За територіальним принципом, захворюваність на рак щитовидної залози має такий вигляд: найвищий рівень реєструється в Дніпропетровській області – 2,6 на 10 тис. населення; Вінницька область – 1,62; Сумська – 1,82; Хмельницька – 1,72; Черкаська – 1,55; Київська – 1,42. А в таких областях, як Одеська, Чернівецька, Полтавська, Івано-Франківська, Донецька, Запорізька, захворюваність на рак щитовидної залози не відмічається зовсім. Для порівняння, захворюваність на дану патологію у 2011 р. за територіальним принципом має такий вигляд: Дніпропетровська – 2,53, Херсонська – 2,53, АР Крим – 2,25, Сумська – 1,67, Хмельницька – 1,53, Вінницька – 1,44, Київська – 1,33, Івано-Франківська – 1,32, Черкаська – 1,32 на 10 тис. населення відповідно, що перевищує показники цієї захворюваності серед населення України. Відсутня зазначена захворюваність у Донецькій, Закарпатській, Запорізькій, Кіровоградській, Луганській, Львівській, Миколаївській та Одеській областях.

З наведених даних видно, що спостерігається зростання захворюваності на рак щитовидної залози та первинний вихід на інвалідність серед досліджуваних контингентів і при цьому відмічається суттєве зниження смертності – 0,30 у 2011 р. проти 0,12 у 2016 р. на 10 тис. населення. Це можна пояснити тим, що з кожним роком рівень діагностики та лікування даної патології поліпшується і це суттєво впливає на показники здоров'я та смертності. Що стосується розподілу за територіальним принципом, то він суттєво не змінився.

Рак щитовидної залози викликається дією радіоактивного йоду – J^{131} , а за оцінками фахівців, більше половини J^{131} , викинутого унаслідок аварії, осіло за межами колишнього Радянського Союзу. Про можливе зростання захворюваності на рак щитовидної залози повідомлялося в Чехії й Великобританії, однак для оцінки захворюваності на цей рак в Західній Європі необхідні додаткові дослідження.

За даними досліджень вітчизняних та зарубіжних вчених, залежно від моделі ризику, яка використовується,

оцінки надлишкової кількості випадків раку щитовидної залози перебувають у діапазоні 18–66 тис. в одній тільки Білорусі. Звичайно, випадки захворюваності на рак щитовидної залози очікуються і в Україні, і в Росії. Нижня оцінка припускає постійний відносний ризик протягом 40 років після опромінення; верхня оцінка припускає постійний відносний ризик протягом усього життя. За свідченнями, нещодавно отриманими від тих, хто залишився живим після вибухів атомних бомб в Японії, другий із вищезгаданих прогнозів ризику може бути більш реалістичним.

Фахівці пояснюють зростання кількості захворювань на рак щитовидної залози в дітей проникненням J^{131} через верхні дихальні шляхи у період після катастрофи. У 13 тис. дітей опромінення щитовидної залози склало приблизно 200 рентген. Це удвічі більше, ніж звичайно працівник ядерної індустрії отримує щорічно. За даними прогнозів вітчизняних і зарубіжних фахівців, передбачається подальше збільшення захворюваності на рак щитовидної залози серед осіб, які були дітьми під час вибуху. Очевидно, що вся відповідальність за це покладена на радянських можновладців, які не організували вчасно попереджувальні заходи щодо інформування населення про небезпеку при покиданні приміщень. Це стало передумовою зростання після 1986 р. онкологічної захворюваності українських дітей.

Рак щитовидної залози є найбільш поширеною післячорнобильською хворобою як серед дітей, так і серед дорослих. Поряд із цим, кількість випадків цього захворювання не має стійкої тенденції до зменшення. Так званий «Чорнобильський СНІД»-синдром супроводжується стражданнями від ракових захворювань, уражуючи імунну систему, при цьому збільшуючи схильність до інших розладів в органах і системах організму, у т.ч. важкі захворювання серця та легенів.

Згідно з персоніфікованою базою даних Національного канцер реєстру, в перші 30 років після аварії рівень ураження чоловічого населення України злоякісними новоутвореннями зріс на 14,6%, жіночого – на 29,2%. В 1,5–2 рази перевищувала середньоукраїнський рівень захворюваності чоловічого населення радіаційно забруднених територій на рак нирки, сечового міхура, ободової та прямої кишки. У жіночого населення радіаційно забруднених територій у 2,5–3 рази перевищений середньоукраїнський рівень захворюваності на рак нирки, щитовидної та молочної залози. У більш молодому віці почали виникати злоякісні новоутворення шийки матки, передміхурової та щитовидної залози, лімфатичної та кровотворної систем [1].

Значне збільшення після 2001 р. захворюваності на рак щитовидної залози спостерігається серед людей, які були дітьми і підлітками під час аварії і проживали в найбільш радіоактивно забруднених районах постраждалих країн. Радіоактивний йод забруднив пасовиська, де паслася велика рогата худоба, концентрувався в молоці і потрапив до організму людей. Становище погіршив загальний дефіцит йоду в місцевому раціоні харчування, що призвело до ще більшого

накопичення радіоактивного йоду в щитовидній залозі. На щастя, лікування раку щитовидної залози достатньо ефективне, і загальний прогноз для молодих пацієнтів вважається сприятливим. Якщо це не давні випадки, одужання настає у 98% випадків, проте все життя такі люди мають приймати ліки, щоб компенсувати втрату функції щитовидної залози. Очікується, що підвищений рівень захворюваності на рак щитовидної залози внаслідок аварії на ЧАЕС реєструватиметься ще багато років, але кількісну довгострокову оцінку дати важко.

За даними вітчизняних дослідників проблеми раку щитовидної залози після аварії на ЧАЕС, з 1990 р. в Україні значно зросла така захворюваність серед дітей та підлітків. За статистичними даними, тільки у 1986–2001 рр. прооперовано 2371 особу віком 0–18 років на момент аварії. Серед них 1639 хворих були в дитячому віці (0–14 років) та 697 хворих – у підлітковому (15–18 років). Водночас, з 1987 р., коли дія J^{131} була відсутня, серед дітей, які народилися після аварії, зареєстровано лише 35 випадків цього захворювання. Оскільки пік цієї захворюваності ще попереду, а післядія «чорнобильського» J^{131} ще триватиме, виникає нагальна необхідність проведення своєчасної діагностики та лікування раку щитовидної залози шляхом довгострокових скринінгових обстежень осіб, які на момент Чорнобильської катастрофи перебували в дитячому або підлітковому віці та проживали на забруднених радіоїодом територіях, що дасть змогу зберегти повноцінне життя тисячам людей, постраждалих у результаті аварії на ЧАЕС [5].

Досвід вивчення впливу Чорнобильської катастрофи на здоров'я людини переконливо свідчить, що сьогодні він реалізувався передусім у значному підвищенні рівня захворюваності на рак щитовидної залози серед осіб, які під час Чорнобильської трагедії були дітьми та підлітками. Це зумовлено тим, що в перші дні після аварії на ЧАЕС в атмосферу була викинута величезна кількість радіоактивного йоду. Основну масу (близько 80%) становив J^{131} , іншу частину – короткоживучі радіонукліди $J^{132-135}$. Небезпека надходження радіонуклідів йоду в щитовидну залозу людини та тварин існувала протягом 2,5 міс. після аварії, тобто часу, що дорівнював десяти періодам напіврозпаду J^{131} .

Шляхи надходження радіонуклідів йоду в організм людини після аварії на ЧАЕС були різними. Якщо для населення м. Прип'яті та евакуйованих у перші дні після аварії з 30-кілометрової зони це був насамперед інгаляційний шлях, то для жителів віддалених територій України основним шляхом надходження J^{131} в організм був аліментарний.

Багато місцевих жителів у перші тижні після аварії на ЧАЕС споживали продукти, забруднені радіоактивним J^{131} . Йод накопичувався в щитовидній залозі, і це призвело до великих доз опромінення на цей орган, окрім дози на все тіло, отриманої за рахунок зовнішнього випромінювання і випромінювання інших радіонуклідів, що потрапили в організм. Для жителів м. Прип'яті ці дози були меншими завдяки вживанню препаратів, в складі яких є йод, в інших районах така профілактика не

проводилася. Слід зазначити, що для населення сіл 30-кілометрової зони, евакуйованих пізніше, рівень внутрішнього опромінення був до 4 разів вищий від зовнішнього [2, 3].

Згідно з моделюванням за даними щодо зовнішнього опромінення населення 30-кілометрової зони можна зробити висновок [4, 7, 12]:

Середня ефективна доза населення м. Прип'яті до евакуації становила 10,1 мЗв, Дози 4% обстежених, дані яких використовувалися в моделюванні, перевищили рівень у 25 мЗв, і лише 18 осіб отримали дози понад 50 мЗв.

Середня ефективна доза населення 30-кілометрової зони становила 15,9 мЗв, 9% отримали дозу понад 50 мЗв, 0,85% отримали дози більше 100 мЗв, лише для 1 особи доза була вища за 200 мЗв.

Як відомо, радіоактивний йод особливо небезпечний, оскільки він вибірково поглинається в організмі клітинами щитовидної залози. У зв'язку з цим серед можливих віддалених наслідків впливу радіоїоду на щитовидну залозу прогнозується поява додаткових випадків, таких її захворювань, як гіпотиреози, аутоімунні тиреоїдити, доброякісні та злоякісні новоутворення залози.

Дозиметрія щитовидної залози в населення регіонів України, які найбільше постраждали внаслідок аварії, – Київської, Чернігівської, Житомирської областей – проводилася з перших днів після неї і закінчилася на кінець травня 1986 р. За даними Наукового центру радіаційної медицини НАМН України, в цих регіонах проведений вимір індивідуальних доз опромінення щитовидної залози понад 70 тис. дітей та підлітків. Як і прогнозувалося, найуразливішими виявилися діти та підлітки, які були критичною групою населення при опроміненні ізотопами йоду.

Підсумовані результати спостережень фахівців за цей період дають підставу зробити висновок, що на даний момент гіпотиреози та аутоімунні тиреоїдити ще себе не проявили, їх частота не виходить за рамки відповідних показників у загальній популяції населення. На жаль, це не стосується злоякісних новоутворень щитовидної залози. В Інституті ендокринології та обміну речовин НАМН України створений реєстр, куди заносяться усі випадки раку щитовидної залози у хворих, які на момент аварії мали вік 0–18 років [2, 3].

Аналогічна динаміка зростання рівня захворюваності на рак щитовидної залози відмічається в підлітків України (15–18 років на момент аварії). Проте темп цього зростання дещо нижчий, ніж у дітей. Отримані дані переконливо свідчать про необхідність довгострокового проведення скринінгових обстежень осіб, які на момент Чорнобильської катастрофи були в дитячому або підлітковому віці та проживали на забруднених радіоактивним йодом територіях.

Слід зазначити, що ця вікова група ризику щодо захворюваності на рак щитовидної залози на сьогодні досягла віку 42–45 років, тобто вийшла за рамки організованих контингентів населення, які підлягали проходженню щорічних профілактичних медичних оглядів. Отже, вірогідність своєчасної діагностики захворювань щитовидної залози дуже мала.

На сьогодні остаточно доведено значне зростання захворюваності на рак щитовидної залози після Чорнобильської катастрофи серед осіб групи підвищеного ризику (0–18 років на час аварії), що визнано як головний медичний наслідок аварії на ЧАЕС провідними науковими установами світу.

Після аварії на ЧАЕС минув 31 рік, а діти й підлітки, які зазнали найбільш значного впливу радіоактивного йоду, перейшли до категорії дорослих, тому зараз слід приділяти особливу увагу інформації щодо раку щитовидної залози саме серед дорослих пацієнтів. У Державному реєстрі осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, зберігається інформація про 1 529 363 особи, які на момент аварії були дітьми [7, 12].

Аналіз даних клініко-морфологічного реєстру Інституту ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка НАМН України встановив, що за період 1986–2010 рр. в Україні з причини раку щитовидної залози прооперовано 6021 людину, яким на момент аварії було 0–18 років, з морфологічно підтвердженим діагнозом «рак щитовидної залози», серед яких 4461 (74,0%) особа перебували у дитячому віці (0–14 років на час аварії) і 1560 (26,0%) – у підлітковому (15–18 років на час аварії) [2–4, 9, 12].

Захворюваність на 100 тис. дітей 0–14 років на час аварії в цілому по Україні в 2006–2009 рр. становила 3,62, а у підлітків – 4,27, що перевищувало показники попередніх 2002–2005 рр. (2,41 і 3,50) відповідно у 1,5 і 1,2 разу, у 2016 р. в дітей віком 0–17 років цей показник становив 2,0.

Зв'язок зростання захворюваності на рак щитовидної залози з Чорнобильською катастрофою підтверджений ще й географічним розподілом випадків даної патології в дітей України. Понад 60% осіб, які захворіли на рак у дитячому віці, проживали на час аварії у найбільш забруднених північних регіонах країни, серед яких перші місця посіли Житомирська, Київська та Чернігівська області. Первинна захворюваність на рак щитовидної залози в цих областях після аварії у 10 разів перевищила даний показник на решті території України. На користь зв'язку між аварією на ЧАЕС та зростанням захворюваності на рак щитовидної залози свідчить також і наявність залежності рівня даної патології від дози опромінення залози: у більшості хворих, прооперованих через дане захворювання, доза була більшою за 100 сГр [2–4, 9].

Міністерство охорони здоров'я України (раніше – Міністерство України з надзвичайних ситуацій) та Національна академія медичних наук України розробили та затвердили спільний наказ від 29.01.2010 р. № 62/45/5 «Про вдосконалення ендокринологічної допомоги потерпілим внаслідок Чорнобильської катастрофи», яким передбачено обов'язкові огляди людей, що на момент Чорнобильської катастрофи були у дитячому та підлітковому віці (1968–1986 рр. народження), та людей, що зазнали опосередкованого опромінення щитоподібної залози під час внутрішньоутробного розвитку. Наказом визначено головний науково-методичний, консультативний та лікувальний заклад країни, в якому проходить координація наукових пошуків, пов'язаних із

проблемами патології ендокринної системи у людей 1968–1986 рр. народження – Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України [8, 10].

Останнім часом значне поширення одержало ультразвукове дослідження щитовидної залози. Поряд з цим за його допомогою важко відрізнити рак від інших вузлових утворень, але в силу безпечності й великої пропускної здатності ультразвукове дослідження широко застосовується при профілактичних оглядах груп підвищеного ризику. Таке дослідження дає змогу виявити вузлові утворення, що не відчуються при пальпації, та виконати прицільну пункційну біопсію вузла.

Пункційна біопсія – найбільш точний спосіб диференціальної діагностики злоякісних вузлів щитовидної залози. Пункція пухлини або метастатичного вузла на шиї дає уяву лікарю-онкологу про гістологічну форму та структуру пухлини, а також ступеня її поширеності. При вузловому зобі для своєчасної діагностики злоякісних новоутворень щитовидної залози проводиться пункція вузлів, тим більше, що досить часто цей рак практично не проявляється клінічно. І найчастіше тільки після дослідження вмісту вузла можна виявити злоякісну пухлину, водночас можливе переродження будь-яких вузлів, а також утворення злоякісної пухлини без вузлового зоба.

Усі наслідки Чорнобильської катастрофи, напевно, ніколи не стануть відомими. Проте через 31 рік після аварії зрозуміло, що вони багато значніші за ті, які пропонуються в офіційних оцінках, що нинішньому та майбутнім урядам варто повністю визнати й урахувати в державній політиці безпрецедентний масштаб катастрофи та її довгострокові глобальні медико-соціальні наслідки.

Висновки

За вищенаведеними даними, в Україні після аварії на ЧАЕС значно зростає частота раку щитовидної залози в дітей і підлітків, особливо в найбільш постраждалих регіонах. Тому урядам країн, які потрапили під вплив Чорнобильської катастрофи, варто повністю визнати й урахувати у своїй енергетичній політиці безпрецедентний масштаб катастрофи та її довгострокові глобальні медичні наслідки.

Прогнози надлишкової захворюваності на рак щитовидної залози знаходяться в діапазоні 18–66 тис. випадків залежно від моделі прогнозу ризику.

У майбутньому вкрай необхідним є проведення широкомасштабних довготривалих епідеміологічних досліджень захворювань щитовидної залози в пацієнтів, які в дитячому віці контактували з іонізуючим випромінюванням.

Своєчасне лікування захворювань щитовидної залози та систематичне проходження профілактичних оглядів, особливо груп ризику, можуть суттєво поліпшити показники стану означеної онкологічної захворюваності.

Доведено, що йодний дефіцит не призводить до збільшення абсолютної захворюваності на рак щитовидної залози щитовидної залози, проте відомо, що в регіонах із нормальним йодним споживанням рідше зустрічаються

більш агресивні його форми. Важливим фактором профілактики раку щитовидної залози є недопущення дефіциту йоду та вживання йодованої солі, морської капусти та інших морепродуктів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням медичних проблем, викликаних катастрофою на ЧАЕС.

Література

1. *Болезни щитовидной железы* / под ред. Л. Бравермана. – Москва : Медицина, 2000. – 417 с.
2. *Бузунов В. А.* Актуальные проблемы эпидемиологии медицинских последствий в отдаленном периоде аварии на ЧАЭС / В. А. Бузунов // *Епідеміологія медичних наслідків аварії на Чорнобильській АЕС. 20 років потому : міжнародна науково-практична конференція, м. Київ, 9–10 жовтня 2007 р. : тези доп.* – Донецьк : Вебер (Донецька філія), 2007. – С. 35–36.
3. *Возіанов О. Ф.* Чорнобиль та медична наука / О. Ф. Возіанов // *Журнал АМН України.* – 2006. – Т. 12, № 1. – С. 5–15.
4. *Заболееваемость* злокачественными новообразованиями населения городов Украины с предприятиями ядерно-энергетического производства / Д. А. Базыка, А. Е. Присяжнюк, А. Е. Романенко [и др.] // *Радиация и риск.* – 2011. – Т. 20, № 3. – С. 58–68.
5. *Клинико-морфологическая* характеристика и тактика хирургического лечения папиллярного рака щитовидной железы у детей и подростков / И. В. Комиссаренко, С. И. Рыбаков, Т. И. Богданова [и др.] // *Международный журнал радиационной медицины.* – 2001. – Т. 3, № 1–2. – С. 212–216.
6. *Показники здоров'я та надання медичної допомоги потерпілим внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС за 2011 рік : статистичний довідник* / М. В. Голубчиков, Н. Г. Руденко, Г.С. Владзієвська ; ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України». – Київ, 2012.
7. *Рак щитоподібної залози* / А. Є. Присяжнюк, М. М. Фузик, А. Ю. Романенко [та ін.] // *Медичні наслідки Чорнобильської катастрофи: 1986–2011 : монографія ; за ред. А. М. Сердюка, В. Г. Бебешка, Д. А. Базики.* – Тернопіль : ТДМУ, 2011. – С. 190–207.
8. *Розміщення, чисельність, вікова структура населення радіоактивно забруднених територій України* / Н. В. Гунько, Т. В. Трескунова, Я. Ю. Засоба [та ін.] // *Епідеміологія медичних наслідків аварії на Чорнобильській АЕС. 20 років потому. Міжнародна науково-практична конференція, м. Київ, 9–10 жовтня 2007 р. : тези доповідей.* – Донецьк : Вебер (Донецька філія), 2007. – С. 67–68.
9. *Стан здоров'я учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС* / Н. А. Гудзенко, Ю. С. Войчулене, Л. І. Краснікова, В. А. Цуприков // *25 років Чорнобильської катастрофи. Безпека майбутнього : Національна доповідь України.* – Київ : КІМ, 2011. – С. 127–136. – ISBN 978-966-1547-62-8.
10. *Фузик М. М.* Територіально-часові особливості захворюваності на рак щитовидної залози у популяції, яка зазнала впливу радіоактивного йоду внаслідок аварії на ЧАЕС : автореф. дис. ... канд. біол. наук : 14.01.07 / Фузик Микола Миколайович ; ДУ «Науковий центр радіаційної медицини АМН України». – Київ, 2009. – 19 с.
11. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2011 рік* / за ред. Богатирьової ; ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». – Київ, 2012. – 440 с.
12. *Эпидемиология* рака щитовидной железы в Украине с учетом влияния последствий аварии на Чернобыльской АЭС / А. Е. Присяжнюк, Н. Н. Фузик, А. Е. Романенко [и др.] // *Рак щитовидной железы. Эпидемиологические, радиобиологические и иммуноэндокринологические аспекты с обоснованием иммунотерапии : монография* / под ред. Ю. А. Гриневича, А. А. Чумака. – Киев : Здоров'я, 2011. – С. 29–65.

Дата надходження рукопису до редакції: 07.02.2018 р.

Рак щитовидной железы в динамике тридцатилетнего наблюдения после аварии на Чернобыльской АЭС

*В.В. Вороненко¹, В.Н. Якимец²,
В.П. Печибориц³, А.В. Печибориц⁴,
В.В. Якимец⁵, В.Д. Волошин³*

¹ГУ «Научно-практический медицинский центр детской кардиологии и кардиохирургии МЗ Украины», г. Киев, Украина

²ГНУ «Центр инновационных медицинских технологий НАН Украины», г. Киев, Украина

³ГУ «Украинский научно-практический центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф МЗ Украины», г. Киев, Украина

⁴Главный военно-медицинский клинический центр (Центральный клинический госпиталь) Государственной пограничной службы Украины, г. Киев, Украина

⁵ООО «Органосин ЛТД», г. Киев, Украина

Цель – проанализировать и обобщить данные по распространенности рака щитовидной железы в динамике 30-летнего наблюдения после аварии на ЧАЭС; спрогнозировать динамику избыточной заболеваемости данной патологией.

Материалы и методы. Использованы научные публикации, действующие нормативно-правовые документы по вопросам роли и места Вооруженных Сил в системе реагирования на чрезвычайные ситуации в мире и Украине в частности. Указанные материалы проработаны с помощью аналитического и исторического методов.

Результаты. Все последствия Чернобыльской катастрофы почти никогда не станут известными. Однако спустя 31 год после аварии ясно, что они много значительнее, чем предлагается в официальных оценках.

Выводы. Общий вывод заключается в том, что правительствам следует полностью признать и учесть в своей энергетической политике беспрецедентный масштаб катастрофы и ее долгосрочные глобальные медицинские последствия.

Ключевые слова: авария на ЧАЭС, состояние здоровья, рак щитовидной железы.

Thyroid cancer in the dynamics of thirty years of observation after the Chernobyl accident

*V.V. Voronenko¹, V.M. Yakymets²,
V.P. Pechyborsh³, O.V. Pechyborsh⁴,
V.V. Yakymets⁵, V.D. Voloshin³*

¹SI “Scientific and Practical Medical Center for Pediatric Cardiology and Cardiac Surgery of the Ministry of Health of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

²SCI “Center for Innovative Medical Technologies of the National Academy of Sciences of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

³SI “Ukrainian scientific and practical center of emergency medical care and disaster medicine of the Ministry of Health of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

⁴Main Military Medical Clinical Center (Central Clinical Hospital) of the State Border Guard Service of Ukraine, Kyiv, Ukraine

⁵LLC “Organosin LTD”, Kyiv, Ukraine

Purpose – to analyze and summarize the data on the prevalence of thyroid cancer in the dynamics of the thirty-year observation after the Chernobyl accident, and to predict the dynamics of the excess morbidity of this pathology.

Materials and methods. The research uses scientific publications, current regulatory documents on the role and place of the Armed Forces in the system of emergency response in the world and Ukraine in particular. These materials are developed with the help of analytical and historical methods

Results. All the consequences of the Chernobyl disaster will almost certainly never become known. However, 31 years after the accident, it is clear that they are much more significant than proposed in official estimates.

Conclusions. Our common conclusion is that governments should fully recognize and take into account in their energy policies the unprecedented scale of the disaster and its long-term global.

Key words: Chernobyl accident, state of health, thyroid cancer.

Відомості про авторів

Вороненко Володимир Васильович – д.мед.н., проф., заслужений працівник охорони здоров'я, заступник директора ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України»; вул. Мельникова, 24, м. Київ, 04050, Україна.

Якимець Володимир Миколайович – д.мед.н., проф., заслужений лікар України, заступник директора ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України»; вул. Смірнова–Ласточкина, 22, м. Київ, 04053, Україна.

Печиборщ В'ячеслав Петрович – д.мед.н., доц., заслужений працівник охорони здоров'я, завідувач наукового відділу ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України»; вул. Братиславська, 3, м. Київ, 02166, Україна.

Печиборщ Олександр В'ячеславович – начальник нейрохірургічного відділення Головного Військово-медичного клінічного центру (Центрального клінічного госпіталю) Державної прикордонної служби України; вул. Ягідна, 58, м. Київ, 03083, Україна.

Якимець Володимир Володимирович – к.мед.н., регіональний менеджер ТОВ «Органосін ЛТД»; офісний центр «Флора парк», вул. Сікорського, 8, м. Київ, 04112, Україна.

Волошин Валерій Дмитрович – завідувач відділення ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України»; вул. Братиславська, 3, м. Київ, 02166, Україна.

УДК 616.31-002-06-053.81

М.С. Дрогомирецька¹, Ю.М. Мартиць², О.В. Клітинська³, В.О. Бородач³, В.З. Іваськевич³

Оцінка стоматологічного статусу осіб молодого віку з бруксизмом у Тернопільській області

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль, Україна

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

Мета – оцінити стан стоматологічного здоров'я осіб молодого віку в Тернопільській області, яким встановлено діагноз бруксизму.

Матеріали та методи. У Тернопільській обласній клінічній лікарні обстежено 377 осіб молодого віку (25–44 роки), які звернулись зі скаргами на частий головний біль і біль у вухах зранку, неприємні відчуття після сну в області щелеп та шиї, дискомфорт під час жування, зубний біль, порушення апетиту та сну. В усіх пацієнтів оцінено стоматологічний статус, наявність ортодонтичної патології та супраконтактів.

Результати. Усім пацієнтам встановлено діагноз бруксизму на основі даних об'єктивного обстеження електроміографії жувальних м'язів, а також даних анкетування за Славічеком та результатів оклюдограми. Показники поширеності та інтенсивності карієсу, наявності запалення ясен, стану гігієни не достовірно відрізняються від середніх показників по області, проте у всіх пацієнтів є ортодонтична патологія, та супраконтакти, що є основним чинником виникнення бруксизму (Ск=0,98; р=0,04).

Висновки. На основі проведеного суб'єктивного та об'єктивного дослідження всім обстеженим (377 осіб молодого віку) встановлено діагноз бруксизму; провідними скаргами були часті головні болі, що посилюються зранку після сну, неприємні відчуття в області щелеп та шиї, дискомфорт під час жування, зубний біль, порушення сну та апетиту.

Ключові слова: особи молодого віку, бруксизм, стоматологічний статус, прикус, електроміографія жувальних м'язів.

Вступ

Тернопільська область, площею 13 823 км², розташована на Подільській височині і займає при цьому східну частину Галичини та частину Південної Волині. Вся територія області за природними геохімічними особливостями поділяється на окремі частини: Тернопільське плато, Подільське та Кременецьке горбогір'я, Товтровий кряж, Придністровська долина. Клімат Тернопільщини є різко континентальним із теплим вологим літом та м'якою зимою. Станом на 1 лютого 2013 р. населення області становило 1 076 632 особи, у т.ч. міське – 475 285, сільське – 601 347. Більшість населення в області становлять жінки – 53,5%, а чоловіки – 46,5% (на кожні 1000 жінок припадає 866 чоловіків).

За даними багатьох авторів, бруксизм – це стоматологічна патологія, головний симптом якої – скрегіт зубами при стисненні щелеп енаслідок мимовільного скорочення жувальних м'язів [1–5, 12–16]. Бруксизм є частим проявом генералізованого процесу, який характеризується різноманітними соматичними порушеннями та викликаний психологічним стресом. Як правило, першим, хто діагностує дану патологію, є лікар-стоматолог. На локальному рівні бруксизм призводить до порушення природної оклюзії зубів, що значно утруднює відновлення правильного співвідношення зубних рядів [6–10, 17–23].

З аналізу джерел літератури встановлено, що поширеність бруксизму становить від 5 до 90% у

дорослого населення і від 10 до 50% у дітей. Зниження частоти спостерігається в осіб від 60 років [11, 24–28].

Значні розбіжності пояснюються не досконалою діагностикою, оскільки верифікація діагнозу основана на суб'єктивних даних анкетування станів під час сну, як перших симптомів захворювання [8–10, 13–15].

На появу даної патології впливає ціла низка причин, тому дане захворювання вивчається не тільки в межах стоматології, але і в психології, неврології, оториноларингології, гастроентерології [6, 12, 24].

З точки зору стоматологічної теорії виникненню бруксизму сприяють різноманітні відхилення в будові та функціях зубо-щелепної системи, зокрема патології прикусу, аномалії зубних рядів (адентія, надкомплектні зуби), неадекватно підібрані ортопедичні та ортодонтичні конструкції, артрит та артроз СНЩС та його дисфункції, посттравматичні зміни щелепно-лицевої ділянки [5, 7, 19].

Вираженість бруксизму залежить від стоматологічного та психічного статусу. Для визначення взаємообтяжувального впливу враженості бруксизму та стоматологічної патології визначено стан стоматологічного здоров'я.

На основі суб'єктивного та об'єктивного обстеження, лабораторних методів дослідження всім обстежуваним встановлено діагноз бруксизму.

Мета роботи – оцінити стан стоматологічного здоров'я осіб молодого віку у Тернопільській області, в яких встановлено діагноз бруксизму.

Матеріали та методи

У Тернопільській обласній клінічній лікарні обстежено 377 осіб молодого віку (25–44 роки), з них 1/3 становили чоловіки (38%), 2/3 – жінки (62%). Пацієнти звернулися зі скаргами на частий головний біль та біль у вухах зранку, неприємні відчуття після сну в області щелеп та шиї, дискомфорт під час жування, зубний біль, порушення апетиту та сну.

Усім обстеженим визначили поширеність та інтенсивність карієсу, стан гігієни, наявність запалення ясен (індекс РМА), наявність ортодонтичної патології та супраконтатів.

Результати дослідження та їх обговорення

При обстеженні 377 осіб молодого віку (25–44 роки) визначено поширеність та інтенсивність карієсу постійних зубів. Поширеність карієсу постійних зубів дорівнювала $87,53 \pm 2,2$, причому серед 144 чоловіків показник недостовірно вищий – $89,58 \pm 2,2$, а серед жінок дещо нижчий – $86,26 \pm 2,3$, але показники залишаються критичними для обох статей (табл. 1).

Інтенсивність карієсу постійних зубів індекс КПВ показала недостовірну відмінність між показником у чоловіків ($10,1 \pm 1,1$) та жінок ($8,9 \pm 1,1$) і в середньому становила $19,0 \pm 1,1$ (табл. 2).

Наявність запалення визначено за індексом РМА. Встановлено, що середні значення вказаного індексу у обстежуваних осіб були на рівні $28,6 \pm 1,90$, що відповідає

середньому ступеню гінгівіту, зокрема, у чоловіків показник коливався у межах $27,3 \pm 2,34$, у жінок – $29,9 \pm 4,9$ (табл. 3).

Таблиця 1

Поширеність карієсу серед обстежених (%)

Чоловіки (n=144)	Жінки (n=233)	Усього (n=377)
$89,58 \pm 2,1$	$86,26 \pm 2,3$	$87,53 \pm 2,2$

Таблиця 2

Інтенсивність карієсу серед обстежених (ум. од.)

Обстежені	Чоловіки (n=144)	Жінки (n=233)	Усього (n=377)
КПВ	$10,1 \pm 1,1$	$8,9 \pm 1,1$	$19,0 \pm 1,1$

Таблиця 3

Результати індексу РМА оглянутих осіб (%)

Вік обстежених	Чоловіки (n=144)	Жінки (n=233)	Середні значення (n=377)
25–44 роки	$27,3 \pm 2,34$	$29,9 \pm 4,9$	$28,6 \pm 1,90$

Визначення наявності запалення в яснах визначено за критеріями проби Шиллера–Писарева. Дані таблиці 4 вказали на превалювання позитивної та слабо позитивної проби, відповідно по $40,32\%$ та $39,26\%$ від числа всіх обстежених; негативною проба була у $20,42\%$.

Таблиця 4

Результати проби Шиллера–Писарева

Інтерпретація	Ск – кореляція	Чоловіки (n=144)		Жінки (n=233)		Усього (n=377)	
	Р – достовірність	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Негативна	–	29	20,1	48	20,6	77	20,42
Слабо позитивна	$S_k=0,87, p<0,05$	52	36,1	96	41,2	148	39,26
Позитивна	$S_k=0,87, p<0,05$	63	43,8	89	38,2	152	40,32

При визначенні стану гігієни ротової порожнини в обстежуваних встановлено, що доброю гігієна була у $22,28\%$ (84 особи), з яких $18,05\%$ – 26 чоловіків, $24,89\%$ – 58 жінок. Задовільною гігієна була у $39,87\%$ (139 осіб), серед яких $29,86\%$ – 43 чоловіки, $39,87\%$ – 139 жінок. Гігієна була оцінена як незадовільна у $31,57\%$ (119 обстежених), зокрема, у $41,67\%$ – 60 чоловіків, $25,32\%$ –

59 жінок. Поганою була гігієна у $9,28\%$ (35 обстежених), з яких $10,42\%$ – 15 чоловіків, $8,58\%$ – 20 жінок (табл. 5).

При визначенні виду прикусу в обстежених пацієнтів встановлено, що ортогнатичний прикус був у $11,4\%$ (42 обстежених), серед яких $11,1\%$ – 16 чоловіків, $11,15\%$ – 26 жінок (табл. 6).

Таблиця 5

Стан гігієни порожнини рота в обстежених осіб

Стан гігієни	Ск – кореляція	Чоловіки (n=144)		Жінки (n=233)		Усього (n=377)	
	Р – достовірність	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Добрий	$S_k=0,92, p<0,05$	26	18,05	58	24,89	84	22,28
Задовільний	$S_k=0,83, p<0,05$	43	29,86	96	41,21	139	39,87
Незадовільний		60	41,67	59	25,32	119	31,57
Поганий		15	10,42	20	8,58	35	9,28

Таблиця 6
Вид прикусу обстежених осіб

Вид прикусу	Ск – кореляція	Чоловіки (n=144)		Жінки (n=233)		Усього (n=377)	
	P – достовірність	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ортогнатичний	Ск=0,98, p=0,04	16	11,1	26	11,15	42	11,14
Глибокий	Ск=0,68, p=0,03	28	19,45	39	16,74	67	17,77
Дистальний	Ск=0,58, p=0,03	31	21,53	48	20,61	79	20,95
Прямий	Ск=0,68, p=0,03	9	6,25	18	7,73	27	7,16
Мезіальний	-	8	5,56	12	5,15	20	5,31
Відкритий	-	5	3,47	10	4,29	15	3,98
Перехресний	-	11	7,64	25	10,73	36	9,55

Глибокий прикус діагностовано у 17,77% (67 осіб), з них 19,45% – 28 чоловіків, 16,74% – 39 жінок; дистальний прикус – у 20,95% (79 осіб), з них 21,53% – 31 чоловік, 20,61% – 48 жінок; перехресний – у 9,55% (36 обстежених), зокрема у 7,64% – 11 чоловіків, 10,73% – 25 жінок. Поширеність прямого прикусу становила 7,16% (27 осіб), з них 6,25% – 9 чоловіків, 7,73% – 18 жінок; мезіального – 5,31% (20 обстежених), з них 5,56% – 8 чоловіків, 5,15% – 12 жінок; відкритого – 3,98% (15 осіб), з них 3,47% – 5 чоловіків, 4,29% – 10 жінок.

Отже, серед 377 обстежених осіб молодого віку перевагував дистальний прикус (у 20,95%) та глибокий прикус (у 17,77%). Ортогнатичний прикус діагностувався у 11,14% (42 пацієнти). Поширеність інших видів прикусу була в межах до 10%.

Електроміографічне дослідження стану жувальних м'язів обстежених

Широко використовуваний метод діагностики бруксизму базується на аналізі стану жувальних м'язів, при якому реєструють електроміографічні імпульси від жувальних м'язів при максимально стиснутих щелепах (МС) і протягом 20 хв. після максимального розслаблення жувальних м'язів (МР) фіксують кількість та амплітуди імпульсів. При числі імпульсів МР, амплітуда яких дорівнює або перевищує максимальну амплітуду понад 50 МС, діагностують бруксизм. Сутність методу полягає в тому, що здійснюють реєстрацію інтерференційної електроміограми (ЕМГ) від жувальних м'язів при максимальному вольовому стисненні щелеп на ватних валиках, при цьому інтерференційну ЕМГ реєструють з власне жувального та з скроневого м'язів, також додатково реєструють латентність М – відповіді з власне жувального м'язу та тривалість пізнього компонента.

За результатами ЕМГ, у 100% (377 осіб), з них 38% – 144 хлопців, 62% – 233 дівчат, встановлено діагноз бруксизму.

Таблиця 7
Результати електроміографії жувальних м'язів

Обстежуваний параметр	Норма	Показники в обстежених
Латентність М-відповіді власне жувального м'язу зліва; p=0,000347	3,56±0,65	1,13±0,17
<i>Середня амплітуда інтерференційної електроміограми</i>		
m. masseter dextra; p=0,00587	511,19±42,19	371,24±27,53
m. masseter sinistra; p=0,008765	508,78±43,84	372,28±27,78
m. temporalis dextra; p=0,0506891	358,61±26,47	305,75±23,01
m. temporalis sinistra; p=0,05272	393,99±28,61	304,47±24,82
<i>Середня частота інтерференційної електроміограми</i>		
m. masseter dextra; p=0,028644	340,39±15,01	294,35±18,09
m. masseter sinistra; p=0,010818	358,08±19,07	284,36±16,18
m. temporalis sinistra; p=0,022046	363,65±19,45	281,65±17,91
<i>Тривалість пізньої відповіді мигального рефлексу</i>		
праворуч (мс); p=0,034271	25,30±1,45	30,2±2,61
ліворуч (мс); p=0,022764	24,5±1,87	31,4±1,98

Анкетування за Славічеком

Функціональний аналіз за Славічеком включає суб'єктивну та об'єктивну оцінку стану жуваального апарату: загальносоматичний стан, дентальний статус, пародонтологічне обстеження, клінічне дослідження м'язів, нервових утворень, стан СНЩС, динаміку рухів нижньої щелепи, оклюзійні контакти (табл. 8).

Перелік перерахованих суб'єктивних симптомів включено до схеми обстеження – оклюзійного індексу (ОІ).

Оклюзійний індекс – це алгоритм опитування, що дає змогу визначити порушення функцій жуваального апарату за суб'єктивними відчуттями пацієнта.

Використана схема опитування визначає не лише наявність перерахованих симптомів, але й показує їх рівень у балах залежності від суб'єктивних відчуттів пацієнта. В подальшому отриману суму балів ділять на кількість симптомів і таким чином отримують оцінку проявів порушень (коефіцієнт від 1 до 3 балів).

Таблиця 8

Наявність суб'єктивних симптомів, включених до схеми визначення оклюзійного індексу

№	Параметри	Чоловіки (n=144)		Жінки (n=233)		Усього (n=377)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.	Чи є проблеми з жуванням	98	68,05	201	86,27	299	79,31
2.	Чи є проблеми з мовленням	5	3,47	19	8,15	24	6,37
3.	Чи присутній дискомфорт при максимальному змиканні зубів	115	79,86	211	90,56	326	86,47
4.	Чи спостерігається надмірна чутливість зубів	56	38,89	85	36,48	141	37,40
5.	Чи наявні больові відчуття при рухах нижньої щелепи	121	84,03	217	93,13	338	89,66
6.	Чи є шуми під час руху щелепи	18	12,5	35	15,02	53	14,06
7.	Чи спостерігаються больові відчуття у СНЩС	98	68,06	210	90,13	308	81,70
8.	Чи буває головний біль	135	93,75	215	92,27	350	92,84
9.	Чи бувають спазми в м'язах голови та шиї	85	59,03	198	84,98	283	75,07
10.	Чи є проблеми з поставою	35	24,31	69	29,61	104	27,59

З аналізу результатів проведеного анкетування відомо, що з 377 опитаних осіб провідною скаргою, як серед чоловічої, так і серед жіночої статі, є наявність головного болю (чоловіки – 135 осіб, 93,75%; жінки – 215 осіб, 92,27%). Значний відсоток обстежених скаржаться на наявність больових відчуттів при рухах нижньої щелепи (у 121 чоловіка – 84,03%, 217 жінок – 93,13%), а також на наявність дискомфорту при максимальному змиканні зубів (чоловіків – 115, 79,86%; жінок – 211; 90,56%). Скарги на больові відчуття у СНЩС висловлюють 98 чоловіків – 68,06%, 210 жінок – 90,13%, вказують на

проблеми з жуванням 98 чоловіків – 68,05%, 201 жінка – 86,27%. Наявність спазмованих скорочень м'язів голови та шиї відзначають 85 чоловіків – 59,03%, 198 жінок – 84,98%. Надмірна чутливість зубів у 56 обстежених чоловіків – 38,89%, 85 жінок – 36,48%, проблеми з поставою відзначаються у 35 чоловіків – 24,31%, 69 жінок – 29,61%. Крім того, обстежені пацієнти скаржаться на наявність шуму під час руху нижньої щелепи – 18 чоловіків – 12,5%, 35 жінок – 15,02%. Найменший відсоток займає наявність фонетичних розладів (проблеми з вимовою) 5 чоловіків – 3,47%, 19 жінок – 8,15% (табл. 9).

Таблиця 9

Визначення оклюзійного індексу

Проблеми з жуванням						
кількість балів	чоловіки (n=98)		жінки (n=201)		усього (n=299)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 бал	43	43,88	58	28,86	101	33,78
2 бали	39	39,80	87	43,28	126	42,14
3 бали	16	16,32	56	27,86	72	24,08
Проблеми з мовленням						
кількість балів	чоловіки (n=5)		жінки (n=19)		усього (n=24)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 бал	3	60,0	13	68,42	16	66,67
2 бали	1	20,0	4	21,05	5	20,83
3 бали	1	20,0	2	10,53	3	12,5

Продовження таблиці 9

Дискомфорт при максимальному змиканні зубів						
кількість балів	чоловіки (n=115)		жінки (n=211)		усього (n=326)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 бал	15	13,04	32	15,17	47	14,42
2 бали	32	27,83	54	25,59	86	26,38
3 бали	68	59,13	125	59,24	193	59,20
Надмірна чутливість зубів						
кількість балів	чоловіки (n=56)		жінки (n=85)		усього (n=141)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 бал	25	44,64	41	48,24	66	46,81
2 бали	18	32,14	23	27,06	41	29,08
3 бали	13	23,22	21	24,70	34	24,11
Больові відчуття при рухах нижньої щелепи						
кількість балів	чоловіки (n=121)		жінки (n=217)		усього (n=338)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 бал	16	13,22	28	12,90	44	13,02
2 бали	22	18,18	84	38,71	106	31,36
3 бали	83	68,60	105	48,39	188	55,62
Шум під час рухів нижньої щелепи						
кількість балів	чоловіки (n=18)		жінки (n=35)		усього (n=53)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 бал	11	61,11	17	48,58	28	52,84
2 бали	4	22,22	9	25,71	13	24,52
3 бали	3	16,67	9	25,71	12	22,64
Больові відчуття у СНЩС						
кількість балів	чоловіки (n=98)		жінки (n=210)		усього (n=308)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 бал	40	40,82	29	13,81	69	22,40
2 бали	27	27,55	76	36,19	103	33,44
3 бали	31	31,63	105	50,0	136	44,16
Наявність головного болю						
кількість балів	чоловіки (n=135)		жінки (n=215)		усього (n=350)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 бал	15	11,11	43	20,0	58	16,57
2 бали	36	26,67	52	24,19	88	25,14
3 бали	84	62,22	120	55,81	204	58,29
Спазми в м'язах голови та шиї						
кількість балів	чоловіки (n=85)		жінки (n=198)		усього (n=283)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 бал	37	43,53	73	36,87	110	38,87
2 бали	17	20,0	41	20,71	58	20,49
3 бали	31	36,47	84	42,42	115	40,64
Проблеми з поставою						
кількість балів	чоловіки (n=35)		жінки (n=69)		усього (n=104)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 бал	22	62,86	37	53,62	59	56,73
2 бали	8	22,86	21	30,44	29	27,89
3 бали	5	14,28	11	15,94	16	15,38

Діагностика наявності супраконтактів за даними оклюдограми та воскових шаблонів

Враховуючи те, що бруксизм призводить до стирання зубів, вивчено оклюзійне співвідношення зубних рядів. З цією метою використано оклюдограму, яка дає можливість оцінити наявність оклюзійних контактів, даючи їх відображення на восковій пластинці. Після цього об'єктивного дослідження визначено, що у 100% обстежуваних спостерігається наявність супраконтактів на жувальних поверхнях премоларів та молярів верхньої та нижньої щелеп.

Таблиця 10
Оклюдограма обстежених

Параметри ОКГ	Чоловіки (n=144)		Жінки (n=233)	
	абс.	%	абс.	%
50–60%	41	28,47	76	32,62
60–70%	56	38,90	98	42,06
70–80%	32	22,22	38	16,31
80–90%	15	10,41	21	9,01

За результатами оклюдограми, у всіх обстежених пацієнтів-«бруксистів» значення ОКГ становлять менше 100%, що свідчить про нерівномірне навантаження зубо-щелепного апарату та наявність супраконтактів. Даний показник найчастіше коливається в межах 60–70%, зокрема, у 56 чоловіків – 38,90%, 98 жінок – 42,06%. Значення ОКГ у межах 50–60% реєструється у 41 чоловіка – 28,47%, 76 жінок – 32,62%, а 70–80% наявне

у 32 чоловіків – 22,22%, 38 жінок – 16,31%. Найменше значення ОКГ (80–90%), що свідчить про незначну кількість супраконтактів, є у 15 чоловіків – 10,41%, 21 жінки – 9,01%.

Висновки

На основі проведеного суб'єктивного та об'єктивного дослідження всім обстеженим – 377 осіб молодого віку – встановлено діагноз бруксизм. Стосовно гендерних ознак спостерігається превалювання даної патології серед жіночої статі – 62% (чоловіки – 38%). Крім того, провідними скаргами, які турбують осіб із даною патологією, є частий головний біль, що посилюється зранку після сну, неприємні відчуття в області щелеп та шиї, дискомфорт під час жування, зубний біль, порушення сну та апетиту.

Також характерними є провідні зміни у стоматологічному статусі осіб з анамнезом, обтяженим даною патологією. Зокрема, наявні значні відхилення від норми серед показників поширеності та інтенсивності карієсу, індексів РМА, Федорова–Володкіної, зміни на оклюдограмі, електроміографії.

Перспективи подальших досліджень

Вивчення взаємообтяжуючого впливу незадовільного стану стоматологічного здоров'я на вираженість бруксизму в осіб молодого віку може слугувати основою етіопатогенетичного лікування та профілактики розвитку ускладнень бруксизму.

Література

1. Воляк Ю. М. Поширеність, етіологія і вплив зубо-щелепних аномалій на формування лицевого черепа / Ю. М. Воляк, З. Р. Ожоган // Галицький лікарський вісник. – 2014. – Т. 21, № 2. – С. 13–16.
2. Головка Н. В. Ортодонтія. Розвиток прикусу, діагностика зубо-щелепних аномалій, ортодонтичний діагноз / Н. В. Головка. – Полтава, 2005. – С. 30–42.
3. Головка Н. В. Профілактика зубощелепних аномалій / Н. В. Головка. – Вінниця : Нова Книга, 2005. – 252 с.
4. Дорошенко О. М. Дослідження функціонального стану жувальних м'язів у пацієнтів різних вікових груп із сагітальними аномаліями прикусу / О. М. Дорошенко, К. М. Лихота, М. В. Дорошенко // Зб. наук. праць співробіт. НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2015. – № 24 (2).
5. Дрогомирецька М. С. Розповсюдженість зубо-щелепних деформацій і захворювань тканин пародонта в дорослих у різні вікові періоди / М. С. Дрогомирецька, Б. М. Мірчук, О. В. Деньга // Український стоматологічний альманах. – 2010. – Т. 1, № 2. – С. 51–57.
6. Дрогомирецька М. С. Використання апарату T-scan III у ортодонтії / М. С. Дрогомирецька, І. М. Гергель, О. О. Єзерська // Вісник стоматології. – 2013. – № 1. – С. 180–181.
7. Дрогомирецька М. С. Втрата постійних зубів та розповсюдженість зубо-щелепних деформацій у дорослих / М. С. Дрогомирецька, Б. М. Мірчук, О. В. Деньга // Медичні перспективи. – 2010. – № 1. – С. 68–75.
8. Єзерська О. О. Сучасний метод діагностики функціонального стану СНЩС / О. О. Єзерська, М. С. Дрогомирецька, І. М. Гергель // Вісник стоматології. – 2013. – № 1. – С. 183–184.
9. Каськова Л. Ф. Поширеність зубощелепних аномалій у дітей з урахуванням шкідливих звичок та відношення до ортодонтичного лікування / Л. Ф. Каськова, К. В. Марченко, О. Е. Бережна // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. – 2015. – Т. 15, № 1 (49). – С. 17–20.
10. Клітинська О. В. Комплексне обґрунтування ранньої діагностики, профілактики та поетапного лікування карієсу дітей, які постійно проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду: дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.22 / О. В. Клітинська. – Ужгород, 2015. – 337 с.

11. *Клітинська О. В.* Епідеміологічний аналіз особливостей будови та функціонування щелепно-лицевого апарату у дітей Закарпаття, які постійно мешкають в умовах мікроелементозів / О. В. Клітинська // Молодий вчений. – 2014. – № 8 (11). – С. 112–114.
12. *Клітинський Ю. В.* Діагностика та комплексне патогенетичне лікування м'язово-суглобового больового дисфункційного синдрому / Ю. В. Клітинський // Наук. Вісн. Нац. мед. ун-ту ім. О.О. Богомольця. – 2006. – № 3. – С. 78–80.
13. *Костенко Є. Я.* Поширеність та структура зубо-щелепних аномалій у дітей Закарпатської області / Є. Я. Костенко, В. С. Мельник // Науковий вісник Ужгородського університету. – 2016. – № 1 (53). – С. 102–105.
14. *Лучинський М. А.* Частота зубощелепних аномалій та деформацій у дітей різних адаптивних типів Прикарпаття / М. А. Лучинський // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2013. – № 1 (55). – С. 31–34.
15. *Ляховська А. В.* Електроміографія жувальних м'язів у діагностиці дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу у підлітків / А. В. Ляховська // Вісник проблем біології і медицини. – 2015. – Вип. 2 (2). – С. 165–169. – Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbm_2015_2%282%29__40. – Назва з екрана.
16. *Макєєв В. Ф.* Частота зубощелепних аномалій та стан гігієни порожнини рота у школярів м. Львова / В. Ф. Макєєв, Б. М. Мірчук, О. Б. Завойко // Вісник стоматології. – 2007. – № 3. – С. 32–34.
17. *Потапчук А. М.* Поширеність та структура зубо-щелепних аномалій серед дітей шкільного віку Закарпатської області / А. М. Потапчук, О. Ю. Рівіс, К. В. Зомбор // Проблеми клінічної педіатрії. – 2013. – № 1 (19). – С. 58–63.
18. *Проффит У. Р.* Современная ортодонтия / У. Р. Проффит. – Москва : МЕДпресс-информ, 2008. – 559 с.
19. *Реброва О. Ю.* Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTIKA / О. Ю. Реброва. – Москва : Медиа Сфера, 2002. – 312 с.
20. *Рожко М. М.* Ортопедична стоматологія / М. М. Рожко, В. П. Неспрядько. – Київ : Книга плюс, 2003. – 552 с.
21. *Розповсюдженість зубо-щелепних аномалій та деформацій, а також дефектів зубів та зубних рядів серед дітей шкільного віку м. Києва / С. І. Дорошенко, Є. А. Кульгінський, Ю. В. Ієвлєєва [та ін.] // Вісник стоматології. – 2009. – № 2. – С. 76–81.*
22. *Савичук Н. О.* Современные подходы к изучению стоматологического здоровья / Н. О. Савичук // Дентальные технологии. – 2010. – № 2. – С. 7–10.
23. *Amir I.* Bruxism secondary to antipsychotic drug exposure: A positive response to pro-pranolol / I. Amir, H. Hermesh, A. Gavish // Clin. Neuropharmacol. – 2005. – № 20. – P. 86–89.
24. *An electromyographic investigation of masticatory muscles symmetry in normo-occlusion subjects / V. F. Ferrario, C. Sforza, A. Colombo [et al.] // J. Oral Rehabil. – 2000. – Vol. 27, 1. – P. 33–40.*
25. *Baba K.* Bruxism force detection by a piezoelectric film-based recording device in sleeping humans / K. Baba, G. Clark, T. Ohyama // Journal Oral Pain. – 2003. – № 17. – P. 58–64.
26. *Bader G.* Sleep bruxism: an overview of anoromandibular sleep movement disorder / G. Bader, G. Lavigne // Sleep Medicine Reviews. – 2000. – № 1 (1). – P. 27–43.
27. *Stegenda B.* Bruxism and temporomandibular disorders / B. Stegenda, F. Lobbezoo // Ned. Tijdschr Tandheelkd. – 2000. – № 107. – P. 285–288.
28. *Surface raw electromyography has a moderate discriminatory capacity for differentiating between healthy individuals and those with TMD: a diagnostic study / U. Santana-Mora, M. López-Ratón, M. J. Mora [et al.] // J. Electromyogr. Kinesiol. – 2014. – Vol. 24 (3). – P. 332–340.*

Дата надходження рукопису до редакції: 15.02.2018 р.

Оценка стоматологического статуса лиц молодого возраста с бруксизмом в Тернопольской области

*М.С. Дрогомирецька¹, Ю.Н. Мартыць²,
О.В. Клитинская³, В.А. Бородач³, В.З. Иваськевич³*

¹Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

²ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского», г. Тернополь, Украина

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

Цель – оценить стоматологический статус лиц молодого возраста в Тернопольской области, которым поставлен диагноз бруксизм.

Материалы и методы. В Тернопольской областной клинической больнице обследованы 377 лиц молодого возраста (25–44 года), которые обратились с жалобами на головную боль, боль в ушах по утрам, неприятные ощущения во время сна в области челюстей и шеи, дискомфорт во время жевания, зубные боли, нарушение аппетита и сна. У всех пациентов оценен стоматологический статус, наличие супраконтактов и ортодонтической патологии.

Результати. Всем пациентам подтвержден диагноз бруксизма на основании данных объективного обследования, электромиографии жевательных мышц, а также данных анкетирования по Славичеку и результатов окклюдодограммы. Показатели распространенности и интенсивности кариеса, наличие воспаления десен, состояния гигиены не достоверно отличались от средних показателей по области, но у всех обследованных была диагностирована ортодонтическая патология, супраконтакты, что и есть превалирующим фактором бруксизма ($C_k=0,98$; $p=0,04$).

Выводы. На основании проведенного субъективного и объективного исследований 377 лиц молодого возраста поставлен диагноз бруксизма: ведущими жалобами были частые головные боли, усиливающиеся по утрам после сна, неприятные ощущения в челюстях, дискомфорт во время жевания, зубная боль, нарушение сна и аппетита.

Ключевые слова: лица молодого возраста, бруксизм, стоматологический статус, прикус, электромиография жевательных мышц.

Evaluation of the stomatological status of young persons with the brouxism in the Ternopil region

*M.S. Drohomiretska¹, Y.M. Martyts²,
O.V. Klitynska³, V.O. Borodatch³, V.S. Ivaskevych³*
¹Shupyk National Medical Academy
of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine
²SU "Ternopil State Medical University
named after I.Ya. Gorbachevsky", Ternopil, Ukraine
³SU "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to establish a dental status in young people of the Ternopil region, who were diagnosed with bruxism.

Materials and methods. In the Ternopil Oblast Clinical Hospital, 377 young people (aged 25–44) were examined who complained of headache, ear pain in the morning, discomfort during sleep in the jaw and neck area, discomfort during chewing, dental pain, loss of appetite and sleep. All patients were evaluated dental status, the presence of supracontacts and orthodontic pathology.

Results. All patients confirmed the diagnosis of bruxism on the basis of data from the objective examination, electromyography of the masticatory muscles, the results of the questionnaire after Slavichkek, the occludogram quotations. The indices of the spreading and intensity of caries, the presence of gum disease, the state of hygiene did not significantly differ from the average in the area, but all examined had orthodontic pathology, supracontacts, which is the prevailing bruxism ($C_c=0.98$, $p=0.04$).

Conclusions. Based on the subjective and objective research conducted, 377 young people were diagnosed with bruxism: the leading complaints were frequent headaches, worsening in the morning after sleep, unpleasant sensations in the jaws, discomfort during chewing, toothache, sleep and appetite disorders.

Key words: young people, bruxism, dental status, bite, electromyography of masticatory muscles.

Відомості про авторів

Дрогомирецька Мирослава Стефанівна – д.мед.н., проф., завідувач кафедри ортодонції Інституту стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Стрітенська, 7/9, м. Київ, 02000, Україна.

Мартиць Юрій Миколайович – асистент кафедри дитячої стоматології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; вул. Руська, 53/32, м. Тернопіль, 46000, Україна.

Клітинська Оксана Василівна – д.мед.н., проф., завідувач кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; вул. Університетська, 16а, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Бородач Володимир Олексійович – доцент кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; вул. Університетська, 16а, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Іваськевич Вікторія Зіновіївна – асистент кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; вул. Університетська, 16а, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 614.2:616-082-053.2(477)

С.В. Дудник

Стан здоров'я та деякі аспекти організації надання медичної допомоги дитячому населенню України

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

Мета – вивчити, проаналізувати, визначити тенденції рівня первинної захворюваності дітей віком 0–17 років (за класами хвороб, окремими віковими дитячими групами та класами хвороб, віковими групами та регіонами), деякі аспекти організації надання медичної допомоги дитячому населенню України за період 2010–2016 рр.

Матеріали та методи. Дослідження та необхідні розрахунки проведено на підставі даних Державної служби статистики України та системи охорони здоров'я МОЗ України за період 2010–2016 рр. Використано такі методи: аналітичний, статистичний, порівняльний аналіз, системний підхід.

Результати та висновки. У ході дослідження визначено тенденції рівня первинної захворюваності дітей у віці 0–17 років включно та деякі аспекти організації надання медичного обслуговування дітей України. За результатами дослідження встановлено необхідність удосконалення організації медичного обслуговування дітей для зміцнення системи охорони здоров'я, підвищення рівня здоров'я дітей, посилення ролі профілактичної складової, запобігання дитячої смертності в Україні.

Ключові слова: стан здоров'я, рівень захворюваності, первинна захворюваність, тенденції захворюваності, організація медичної допомоги дітям.

Вступ

У цивілізованому суспільстві здоров'я дітей має найважливіше значення, досягнення поліпшення якого вимагає застосування загальнодержавного підходу і стратегій із системними змінами. Впродовж останнього десятиріччя в Європейському регіоні впроваджуються найефективніші заходи по зміцненню здоров'я дітей та їх благополуччя з урахуванням всіх етапів життя дитини, по досягненню і забезпечення для дитячого населення більшої соціальної справедливості та доступності медичної допомоги. Доведено, що здоров'я і захворюваність у дорослих визначаються станом здоров'я і досвідом на попередніх етапах життя, і систематичним чином відображає економічні, соціальні, пов'язані з навколишнім середовищем, біомедичні та інші вагомі чинники, які впливають на показники здоров'я. Все, що відбувається протягом ранніх років життя дитини, впливає на здоров'я підлітків та їх розвитку, а здоров'я і розвиток протягом підліткового періоду відображається, в свою чергу, на стані здоров'я дорослого життя і, в кінцевому підсумку, на здоров'я і розвиток наступного покоління. У той же час підлітковий період дає можливість виправити проблеми, що виникли протягом першого десятиліття. Зусилля, прикладені для руйнування або розриву негативних циклів між поколіннями, які обумовлені нерівностями за показниками здоров'я створюватимуть умови для таких же здорових майбутніх поколінь. Проведені дослідження останніх років довели отримання безумовного економічного і соціального ефектів, а також поліпшення показників здоров'я дітей при особливій увазі і інвестиціях у розвиток дітей і підлітків. Тому, з метою підвищення якості медичної допомоги, ВООЗ надає рекомендації та

пропонує встановлення глобальних стандартів на надання медичної допомоги здоровим вагітним жінкам і зменшення числа зайвих медичних втручань, а також надає підтримку країнам в області надання комплексної, заснованої на фактичних даних і ефективної за вартістю медичної допомоги матерям і дітям, яка починається до настання вагітності і триває під час вагітності, пологів та післяпологового періоду. Слід зауважити, що незважаючи на значний прогрес, досягнутий за останні десятиліття, зберігаються відмінності за показниками здоров'я дітей як між країнами Європейського регіону, так і всередині самих країн між їх регіонами, які треба ліквідувати. Домогтися рівномірного поліпшення показників здоров'я та розвитку дітей, знизити показники дитячої захворюваності та смертності можливе при добре організованій системі охорони здоров'я з високою якістю медичної допомоги на всіх рівнях, в тому числі на рівні спеціалізованої допомоги, для чого необхідно впровадження підтримуючих стратегій і програм із мобілізацією і підтримкою інших секторів, сучасних клінічних настанов, висококваліфікований медичний персонал, раціональне використання лікарських засобів тощо [1–11].

Мета роботи – вивчити, проаналізувати, визначити тенденції рівня первинної захворюваності дітей віком 0–17 років (за класами хвороб, окремими віковими дитячими групами та класами хвороб, віковими групами та регіонами), деякі аспекти організації надання медичної допомоги дитячому населенню України за період 2010–2016 рр.

Матеріали та методи

Дослідження та необхідні розрахунки проведено на підставі даних Державної служби статистики України та

системи охорони здоров'я МОЗ України за період 2010–2016 рр. Використано такі методи: аналітичний, статистичний, порівняльний аналіз, системний підхід.

Результати дослідження та їх обговорення

З метою поліпшення здоров'я майбутніх поколінь, ВООЗ закликає до забезпечення жінок та дітей висококваліфікованою медичною допомогою. Якісні послуги по охороні материнства сприяють врятуванню життя жінок та новонароджених дітей, для надання яких необхідно мати достатній рівень забезпеченості відповідного контингенту дипломованими спеціалістами, які мають бути мотивованими, керуватися ефективною політикою в сфері охорони материнства та дитинства та спиратися на основні засоби та матеріали, включаючи ліки, та відповідні нормативно-правові рамки [1, 3].

За результатами дослідження деяких аспектів в організації надання медичної допомоги жінкам та дітям, слід зазначити, що за останні п'ять років (2012–2016 рр.) в Україні відбувається зниження рівня забезпеченості жіночого населення лікарями акушерами-гінекологами,

а саме кількість акушерів-гінекологів в Україні на 10 тис. усіх жінок зменшилась на 7,3%, а кількість акушерів-гінекологів на 10 тис. жінок фертильного віку на 4,2%. Аналогічні тенденції до зниження спостерігаються із забезпеченістю дитячого населення лікарями-педіатрами, кількість яких у розрахунку на 10 тис. дітей віком 0–17 років включно знизилась на 18,4%, а у випадку розрахунку показника на 10 тис. дітей віком 0–14 років включно рівень забезпеченості знизився на 21,3% (табл. 1).

Протягом 2010–2016 рр. відбулись зміни і в кількості закладів охорони здоров'я, що надають акушерсько-гінекологічну медичну допомогу жіночому населенню країни: кількість жіночих консультацій і закладів, у складі яких перебувають жіночі консультації, акушерсько-гінекологічні відділення (кабінети) зменшилась на 23,5% в 2016 р. відносно 2010 р.; кількість пологових будинків в системі МОЗ України зменшилась на 12,6% відповідно, а кількість ліжок у них на 16,7%; кількість лікарських ліжок для вагітних і роділь у цілому в Україні зменшилась на 23,8%, а показник кількості лікарських ліжок для вагітних і роділь на 10 тис. жінок віком 15–49 років знизився на 12,7% (табл. 2).

Таблиця 1

Забезпеченість жінок та дітей лікарями окремих спеціальностей в Україні (акушерами-гінекологами та лікарями-педіатрами, на 10 тис. відповідного населення)

Рік	Кількість акушерів-гінекологів		Кількість педіатрів	
	на 10 тис. усіх жінок	на 10 тис. жінок віком 15–49 років	на 10 тис. дітей віком 0–17 років включно	на 10 тис. дітей віком 0–14 років включно
2012	5,5	12,0	17,9	21,6
2013	5,6	12,3	17,3	20,7
2014 ¹	5,1	11,3	15,2	17,9
2015 ¹	5,1	11,4	14,9	17,5
2016 ¹	5,1	11,5	14,6	17,0

Примітка (тут і далі): ¹ – без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції.

Таблиця 2

Заклади охорони здоров'я України для жінок (на підставі даних звітності системи охорони здоров'я МОЗ України)

Рік	Кількість жіночих консультацій і закладів, у складі яких перебувають жіночі консультації, акушерсько-гінекологічні відділення (кабінети)	Кількість пологових будинків (система МОЗ)	у них ліжок	Кількість лікарських ліжок для вагітних та роділь	
				усього	на 10 тис. жінок віком 15-49 років
2010	1610	87	13116	22838	19,7
2011	1652	88	12981	22291	19,5
2012	1614	86	12708	21969	19,5
2013	1440	88	12756	21762	19,6
2014 ¹	1225	74	10885	18515	17,8
2015 ¹	1259	74	10827	18306	17,8
2016 ¹	1232	76	10925	17393	17,2

За період 2010–2016 рр. відбулось і зменшення закладів охорони здоров'я України, що надають медичну

допомогу дітям: кількість дитячих поліклінік і закладів, у складі яких перебувають дитячі відділення (кабінети) в

2016 р. зменшилось більш ніж у 2 рази (на 57,8% відносно 2010 р.); кількість дитячих лікарняних закладів в системі МОЗ знизилась на 29,5% відповідно (табл. 3).

За результатами дослідження деяких загальних аспектів надання стаціонарної допомоги дитячому населенню України, звертає на себе увагу зменшення кількості госпіталізацій дітей на 16,8% у 2016 р. відносно 2010 р., при цьому питома вага дитячих (дітей віком 0–17 років включно) госпіталізацій у загальній структурі госпіталізації населення України залишається відносно постійною: у 2016 р. частка дитячих госпіталізацій склала 18,8%, в той час як у 2010 р. вона склала 18,6%, у 2011 р. – 18,3%, 2012 р. – 18,2%, у 2013 р. – 18,3%, у 2014 р. – 18,3%, у 2015 р. – 18,2%. Протягом 2010–2016 рр. показники рівня госпіталізації всього населення України із розрахунку на 100 осіб відповідного віку були нижчими за показники госпіталізації дітей віком 0–17 років, в середньому протягом спостереження щорічно більш ніж п'ята частина дітей отримує стаціонарну допомогу (табл. 4).

Таблиця 3

**Заклади охорони здоров'я України для дітей
(на підставі даних звітності
системи охорони здоров'я МОЗ України)**

Рік	Кількість дитячих поліклінік і закладів, у складі яких перебувають дитячі відділення (кабінети)	Кількість дитячих лікарняних закладів (система МОЗ)
2010	2495	132
2011	2178	130
2012	2037	127
2013	1381	126
2014¹	1082	92
2015¹	1070	93
2016¹	1054	93

Таблиця 4

**Стаціонарна допомога дитячому населенню в Україні
(за даними звітності системи охорони здоров'я МОЗ України)**

Рік	Кількість госпіталізованих (осіб)		На 100 осіб відповідного віку	
	усього	дітей віком 0-17 років включно	усього	дітей віком 0-17 років включно
2010	10453690	1941289	22,9	24,1
2011	10292916	1887884	22,6	23,6
2012	10159714	1844158	22,4	23,1
2013	10163244	1864546	22,4	23,3
2014¹	8556896	1563269	20,0	20,6
2015¹	8616769	1567127	20,2	20,6
2016¹	8594213	1615971	20,2	21,2

З урахуванням тих перетворень, що відбуваються в організації надання медичної допомоги дитячому населенню, з метою оцінки потреби в медичній допомозі і доцільності всіх вищезазначених перетворень, цілком логічно дослідити рівень первинної захворюваності дитячого населення України. Так, загальний рівень первинної захворюваності дітей віком 0–17 років в 2016 р. нижчий майже на 10% за показник 2010 р., при цьому слід зазначити, що починаючи з 2010 р. по 2015 р. включно відбувалось поступове зниження загального рівня первинної захворюваності дітей, тоді коли в 2016 р. відзначились тенденції до зростання вищезазначеного показника на 3,2% відносно 2015 р. За результатом аналізу рівня первинної захворюваності дитячого населення за класами хвороб, у 2016 р. спостерігається зниження рівня первинної захворюваності практично за всіма класами

хвороб відносно вихідного 2010 року спостереження (деякі інфекційні та паразитарні хвороби на 10%, хвороби крові на 22,1%, хвороби ендокринної системи на 30,9%, розлади психіки на 30,7%, хвороби нервової системи на 19,5%, хвороби ока на 13,4%, хвороби вуха на 10,5%, хвороби системи кровообігу на 27,1%, хвороби органів дихання на 7,4%, хвороби органів травлення на 14,1%, хвороби шкіри на 13,7%, хвороби кістково-м'язової системи на 18,1%, хвороби сечостатевої системи на 18,1%, вагітність та пологи на 45,2%, окремі стани, що виникають у перинатальному періоді на 13,3%, природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії на 0,9%, симптоми, ознаки і відхилення від норми на 9,5%, зовнішні причини захворюваності та смертності на 8,5%), за виключенням класу II, рівень первинної захворюваності на які серед дітей зріс на 1,2% (табл. 5).

Таблиця 5

Рівень первинної захворюваності дитячого населення (0–17 років) України (загальна, за класами хвороб) за даними звітності системи охорони здоров'я МОЗ України (на 100 тис. дітей віком 0–17 років включно)

Клас хвороб (відповідно до МКХ-10)	Рік						
	2010	2011	2012	2013	2014 ¹	2015 ¹	2016 ¹
Україна (усі захворювання), у тому числі:	146200	144295	138340	139270	128439	127482	131594
Клас I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	5138	5929	5607	5645	4741	4558	4520
Клас II. Новоутворення	337	344	361	365	343	344	341
Клас III. Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1661	1583	1499	1434	1344	1334	1294
Клас IV. Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	2187	2056	1943	1805	1635	1570	1511
Клас V. Розлади психіки та поведінки	583	571	533	525	428	428	404
Клас VI. Хвороби нервової системи	2211	2244	2126	2027	1901	1845	1780
Клас VII. Хвороби ока та придаткового апарату	4825	4850	4751	4745	4340	4318	4179
Клас VIII. Хвороби вуха та соскоподібного відростка	4256	4332	4257	4284	3960	3919	3808
Клас IX. Хвороби системи кровообігу	1076	1114	1040	989	873	844	785
Клас X. Хвороби органів дихання	97583	95253	90418	91981	85782	85552	90336
Клас XI. Хвороби органів травлення	5290	5121	5016	4941	4692	4589	4546
Клас XII. Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	7505	7389	7422	7391	6737	6547	6475
Клас XIII. Хвороби кістково-м'язової та сполучної тканини	3180	3113	3014	3071	2654	2605	2603
Клас XIV. Хвороби сечостатевої системи	3063	2971	2872	2823	2534	2546	2508
Клас XV. Вагітність, пологи та післяпологовий період	168	158	144	131	116	106	92
Клас XVI. Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	15137	14645	13732	13158	12257	12608	13129
Клас XVII. Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	588	628	615	623	569	575	563
Клас XVIII. Симптоми, ознаки і відхилення від норми, що виявлені при лабораторних та клінічних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	220	216	202	198	197	197	199
Клас XX. Зовнішні причини захворюваності та смертності	5471	5595	5720	5522	4900	4937	5006

В Україні загальний рівень первинної захворюваності (у перше зареєстрованих випадків на 100 тис. відповідного населення) протягом 2012–2016 рр. нижчий ніж показники за віковими групами дітей (група 0–14 років та 15–17 років), так загальний рівень первинної захворюваності в Україні в 2016 р. склав 64375,0, у віці 18 і старше – 49704 на 100 тис. відповідного населення, в той час коли рівень первинної захворюваності дітей віком 0–14 років склав 132331 на 100 тис. осіб відповідного віку, в групі 15–17 років – 127228.

Загальний рівень первинної захворюваності дитячих груп вищий у групі дітей віком 0–14 років (в 2016 р. склав 132331 на 100 тис. відповідного населення), тоді коли в групі дітей віком 15–17 років рівень первинної захворюваності склав 127228 на 100 тис. відповідного

населення. За період дослідження загальний рівень первинної захворюваності в групі дітей віком 0–14 років знизився на 6,7%, і зріс у групі дітей віком 15–17 років майже на 2%. В цілому, первинна захворюваність за всіма класами хвороб серед дітей у віці 0–14 років включно має тенденції до зниження відносно вихідного 2012 року спостереження, тоді коли первинна захворюваність серед дітей віком 15–17 років зросла за наступними класами хвороб: новоутворення на 15,2%, хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму майже на 16%, хвороби ока та придаткового апарату на 1,2%, хвороби вуха та соскоподібного відростка на 1,2%, хвороби органів дихання на 11,4%, хвороби органів травлення на 9,2%, симптоми, ознаки і відхилення від норми на 18,1% (табл. 6).

Таблиця 6

Рівень первинної захворюваності окремих дитячих вікових груп за класами хвороб в Україні за даними звітності системи охорони здоров'я МОЗ України (на 100 тис. осіб відповідного віку)

Клас хвороб (відповідно до МКХ-10)	Рік									
	діти віком 0-14 років включно					діти віком 15-17 років включно				
	2012	2013	2014 ¹	2015 ¹	2016 ¹	2012	2013	2014 ¹	2015 ¹	2016 ¹
Україна (усі захворювання), у тому числі:	141875	142079	130268	128583	132331	121796	125241	118710	121248	127228
Клас I. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	5927	5947	4966	4739	4670	4108	4137	3542	3530	3633
Клас II. Новоутворення	312	317	286	292	283	592	607	644	639	682
Клас III. Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1660	1565	1446	1424	1367	746	777	803	823	865
Клас IV. Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	1750	1608	1453	1397	1336	2842	2785	2602	2550	2543
Клас V. Розлади психіки та поведінки	526	524	430	424	402	570	532	415	450	415
Клас VI. Хвороби нервової системи	1847	1781	1668	1620	1551	3428	3254	3141	3119	3140
Клас VII. Хвороби ока та придаткового апарату	4661	4620	4206	4185	4000	5175	5373	5050	5072	5235
Клас VIII. Хвороби вуха та соскоподібного відростка	4421	4448	4078	3996	3855	3486	3467	3329	3482	3528
Клас IX. Хвороби системи кровообігу	861	824	722	692	648	1875	1815	1675	1703	1594
Клас X. Хвороби органів дихання	95597	96609	89414	88560	93145	66177	68865	66456	68519	73693
Клас XI. Хвороби органів травлення	4950	4823	4560	4411	4331	5325	5531	5398	5595	5816
Клас XII. Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	7203	7132	6488	6275	6163	8446	8686	8060	8088	8326
Клас XIII. Хвороби кістково-м'язової та сполучної тканини	2542	2593	2243	2221	2221	5221	5458	4842	4775	4867
Клас XIV. Хвороби сечостатевої системи	2274	2213	2005	2029	1997	5670	5872	5351	5475	5537
Клас XV. Вагітність, пологи та післяпологовий період	2	2	2	2	2	804	770	722	695	624

Продовження таблиці 6

Клас XVI. Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	13732	13158	12257	12608	13129	-	-	-	-	-
Клас XVII. Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	703	712	641	644	627	201	178	183	185	181
Клас XVIII. Симптоми, ознаки і відхилення від норми, що виявлені при лабораторних та клінічних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	216	208	208	207	206	133	145	140	144	157
Клас XX. Зовнішні причини захворюваності та смертності	5360	5149	4556	4615	4717	7408	7386	6726	6758	6714

Протягом 2012–2016 рр. щодо первинної захворюваності окремих дитячих вікових груп за регіонами України встановлено, що у групі дітей віком 0–14 років включно найвищі рівні первинної захворюваності спостерігаються у м. Київ (165607 на 100 тис. відповідного населення), Київській області (163216), Запорізькій (160407), Івано-Франківській (158856), Черкаській (155709), Житомирській (155297), Чернігівській (153254), Дніпровській (151954). Зростання показника первинної захворюваності у вищезазначеній віковій групі в 2016 р. відбулось у наступних 10 областях України: Волинській – на 0,5%, Дніпровській – на 8,8%, Житомирській – на 3,2%, Запорізькій – на 14,1%, Київській – на 0,3%, Кіровоградській – на 10,2%, Миколаївській – на 11,6%, Рівненській – на 2,3%, Сумській – на 10,9%, Тернопільській – на 3,2%.

В свою чергу, найвищі рівні первинної захворюваності серед дітей віком 15–17 років включно в 2016 р. зафіксовано у Київській області (184661 на 100 тис. відповідного віку), Івано-Франківській (172300), Харківській (165352), Дніпровській (158129), м. Київ

(154734), Рівненській області (154067). У 2016 р. зафіксовано зростання рівня первинної захворюваності у дитячій групі 15–17 років включно відносно 2012 року в переважній більшості областей (в 19 областях), що є негативною тенденцією для потенційного майбутнього потенціалу країни з урахуванням віку дітей даної вікової групи, а саме: у Дніпровській області на 20,3%, Житомирській – на 26,7%, Закарпатській – на 8,3%, Запорізькій – на 28,3%, Івано-Франківській – на 12,5%, Київській – на 25,6%, Кіровоградській – на 13,5%, Львівській – на 17,2%, Одеській – на 5,4%, Рівненській – на 18,6%, Сумській – на 17,6%, Тернопільській – на 25,3%, Харківській – на 13,9%, Херсонській – на 7,0%, Хмельницькій – на 8,7%, Черкаській – на 9,2%, Чернівецькій – на 18,9%, Чернігівській – на 0,9%, м. Київ – на 10,3%. Рівень первинної захворюваності дітей віком 15–17 років вищий за аналогічний показник вікової групи 0–14 років у Дніпровській області, Івано-Франківській, Київській, Рівненській, Сумській, Харківській, Чернівецькій (табл. 7).

Таблиця 7

Рівень первинної захворюваності окремих дитячих вікових груп за регіонами України за даними звітності системи охорони здоров'я МОЗ України (на 100 тис. осіб відповідного віку)

Адміністративна територія	Рік									
	діти віком 0–14 років включно					діти віком 15–17 років включно				
	2012	2013	2014 ¹	2015 ¹	2016 ¹	2012	2013	2014 ¹	2015 ¹	2016 ¹
Україна	141875	142079	130268	128583	132331	121796	125241	118710	121248	127228
АР Крим	121841	124234	-	-	-	105185	111690	-	-	-
Вінницька	151569	148349	145149	139891	141872	146961	134616	138449	134932	132161
Волинська	129693	130194	129520	127628	130310	91077	88280	93827	101594	101956
Дніпропетровська	139668	142891	145773	144879	151954	131478	135106	142820	146145	158129

Продовження таблиці 7

Донецька	139711	137449	-	-	-	120797	125914	-	-	-
Житомирська	150502	151132	145569	147698	155297	113289	116838	124892	134268	143567
Закарпатська	101288	100709	97980	100195	94826	80232	82191	82394	84210	86868
Запорізька	140628	142284	146718	148208	160407	106515	115191	121162	126720	136688
Івано-Франківська	160168	158861	159710	156228	158856	153165	160493	167587	165488	172300
Київська	162758	163513	160282	162472	163216	147034	157714	161546	178683	184661
Кіровоградська	135155	140275	139361	140153	148987	118695	128027	131822	129773	134778
Луганська	153084	151222	-	-	-	131084	137687	-	-	-
Львівська	145937	146394	146761	144319	143974	112594	116274	120263	125419	131908
Миколаївська	123675	128880	132094	131417	138012	95302	98069	110425	117235	127946
Одеська	135828	139614	136048	132126	131349	122785	130435	124128	123338	129453
Полтавська	131010	126508	132968	120777	128332	122548	110774	116123	113476	118928
Рівненська	134254	136273	136779	139309	137386	129917	132841	138080	147927	154067
Сумська	109929	114037	111095	113492	121928	110835	118228	121291	122206	130393
Тернопільська	134403	134030	137093	137691	138731	106573	109827	118076	126603	133576
Харківська	146536	145614	144825	139798	143950	145160	149483	155174	157176	165352
Херсонська	122506	125183	120116	119338	117857	98338	101240	98810	101548	105230
Хмельницька	141817	139669	138398	137335	139700	120302	127694	125870	127059	130755
Черкаська	167478	162532	161516	155114	155709	128584	127107	136748	135909	140441
Чернівецька	117037	114878	113842	113037	115464	108343	107743	108440	117873	128863
Чернігівська	155412	154884	152329	151188	153254	121460	120049	113611	115615	122236
м. Київ	182040	182390	174729	164234	165607	140257	146405	149547	145588	154734
м. Севастополь	169531	157334	-	-	-	113743	112646	-	-	-

Висновки

У ході дослідження було визначені сучасні тенденції первинної захворюваності дітей віком 0–17 років включно та деякі аспекти організації надання медичної допомоги дитячому населенню України. Встановлено необхідність удосконалення організації медичної допомоги дітям з метою укріплення системи охорони здоров'я, що має сприяти покращенню рівня дитячого здоров'я, посиленню ролі профілактичної складової, попередженню дитячої смертності в Україні.

Перспективи подальших досліджень

Потребують подальшого дослідження стан дитячого здоров'я, регіональні системи надання медичної допомоги дитячому населенню України та її державна політика відносно охорони здоров'я матері та дитини з подальшим обґрунтуванням та розробкою сучасної функціонально-організаційної системи попередження дитячої смертності.

Література

1. *Дорожная карта: Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды и запросы людей, в Европейском регионе ВОЗ. Рамочная основа для действий по организации согласованного/комплексного предоставления медицинских услуг (СКПМУ).* – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013.
2. *Здоровье-2020: Основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия.* – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012.
3. *Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг.* – Копенгаген : Всемирная организация здравоохранения, 2014.
4. *Комиссия по социальным детерминантам здоровья. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья.* – Женева : Всемирная организация здравоохранения; 2008.
5. *Compilation of WHO recommendations on maternal, newborn, child and adolescent health. Recommendations on maternal and perinatal health.* – Geneva : World Health Organization, 2013.
6. *Health-2020: Leadership for Health and Well-being in 21st century Europe; Health and Well-Being – A Common Purpose, a Shared Responsibility.* World Health Organization, 2012.

7. *Improving the lives of children and young people: Case studies from Europe. Volume 1. Early years.* – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2013.
8. *Improving the lives of children and young people: Case studies from Europe. Volume 2. Childhood.* – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe; 2013.
9. *Improving the lives of children and young people: Case studies from Europe. Volume 3. School.* – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2013.
10. *Ostergren M. M. Child and adolescent health and development in a European perspective – a new WHO strategy / M. M. Ostergren, V. Barnekow // Dan. Med. Bull. – 2007. – Vol. 54. – P. 150–152.*
11. *Poverty, social exclusion and health systems in the WHO European Region.* – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2010.

Дата надходження рукопису до редакції: 07.02.2018 р.

Состояние здоровья и некоторые аспекты организации предоставления медицинской помощи детскому населению Украины

С.В. Дудник

ГУ «Український інститут стратегічних досліджень
Міністерства здравоохранення України»,
г. Киев, Україна

Цель – изучить, проанализировать, определить тенденции уровня первичной заболеваемости детей в возрасте 0–17 лет (по классам болезней, по отдельным возрастным детским группам и классам болезней, по возрастным группам и регионам), некоторые аспекты организации оказания медицинской помощи детскому населению Украины за период 2010–2016 гг.

Материалы и методы. Исследования и необходимые расчеты проведены на основании данных Государственной службы статистики Украины и системы здравоохранения МЗ Украины за период 2010–2016 гг. Используются следующие методы: аналитический, статистический, сравнительный анализ, системный подход.

Результаты и выводы. В ходе исследования определены текущие тенденции уровня первичной заболеваемости детей в возрасте 0–17 лет включительно и некоторые аспекты организации оказания медицинского обслуживания детей Украины. По результатам исследования установлена необходимость усовершенствования организации медицинского обслуживания детей для укрепления системы здравоохранения, повышения уровня здоровья детей, усиления роли профилактической составляющей, предотвращения детской смертности в Украине.

Ключевые слова: состояние здоровья, уровень заболеваемости, первичная заболеваемость, тенденции заболеваемости, организация медицинской помощи детям.

State of health and some aspects of organization of medical care provision for children's population of Ukraine

S.V. Dudnyk

PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches
MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Purpose – to examine, analyze, determine the tendencies of the primary morbidity of children at the age of 0–17 years (by disease classes, by age groups of children and classes of diseases, by age groups of children and regions of country) and some aspects of the organization of medical care for the children of Ukraine for the period 2010–2016.

Materials and methods. Studies and necessary calculations were carried out based on the data of the State Statistics Service of Ukraine and the healthcare systems of the Ministry of Health of Ukraine for the period 2010–2016. The following methods were used: analytical, statistical, comparative analysis, system approach.

Results and conclusions. During the study were identified current tendencies of the level of the primary morbidity of children at the age of 0–17 years and some aspects of the organization of medical care for the children of Ukraine. According to the results of the study, the need of improving of organization of medical care for children for strengthening the health system, improving the level of children's health, strengthening the role of the preventive component, preventing of child mortality in Ukraine has been established.

Key words: state of health, level of morbidity, primary morbidity, tendencies of morbidity, organization of medical care for children.

Відомості про автора

Дудник Світлана Валеріївна – к.мед.н., вчений секретар ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 616-009.8:616.36-003.826:616.441-008.63(048)

С.В. Фейса

Неврологічні та когнітивні розлади у пацієнтів із неалкогольною жирною хворобою печінки на фоні порушення вуглеводного обміну та супутнім гіпотиреозом: огляд літератури й власні дані

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

Мета – дослідити частоту та вираженість неврологічних і психоемоційних порушень у пацієнтів із неалкогольною жирною хворобою печінки на фоні порушення вуглеводного обміну (цукровий діабет 2-го типу, предіабет) і супутнім гіпотиреозом.

Матеріали та методи. Обстежено 225 пацієнтів, використано клінічні, лабораторні, статистичні методи й тестування за допомогою психометричних тестів.

Результати. За умови супутнього гіпотиреозу, у тому числі субклінічного, у хворих із неалкогольною жирною хворобою печінки зростає частота неврологічних, емоційних та психологічних розладів. Досліджено, що енцефалопатія в таких пацієнтів має змішаний генез, причому пірамідна недостатність зумовлюється розладами вуглеводного обміну, а наявність мозочкових дисфункцій – гіпотиреозом. Неалкогольна жирова хвороба печінки сприяє поглибленню неврологічної симптоматики, погіршує печінковий метаболізм тиреоїдних гормонів, сприяє розладам глікоконєгенезу.

Висновки. У коморбідних хворих із супутнім гіпотиреозом слід проводити неврологічне обстеження із психометричним тестуванням щонайменше 1 раз у році для раннього виявлення неврологічних, емоційних та когнітивних розладів.

Ключові слова: субклінічний гіпотиреоз, неалкогольна жирова хвороба печінки, цукровий діабет, предіабет, енцефалопатія, полінейропатія, когнітивні розлади, психометричні тести.

Вступ

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) – найбільш поширене захворювання у гепатології, яке характеризується наявністю коморбідності та найчастіше виникає на фоні цукрового діабету 2 типу (ЦД-2) або порушення толерантності до глюкози (предіабету). Невід'ємною частиною клінічної картини ЦД-2 є порушення когнітивної сфери та емоційно-особистісних реакцій, що розцінюються як прояви діабетичної енцефалопатії (ДЕП) [2, 18]. Ранніми нейропсихологічними ознаками ДЕП є підвищена виснаженість рівня продуктивності психічних функцій, порушення короткочасної пам'яті, уваги, селективності психічних процесів, емоційної сфери (лабільність, сенситивність, ригідність) [2, 4, 18]. Перераховані симптоми перешкоджають адаптації хворого, негативно впливають на комплайєнс, погіршують виконання лікувальних рекомендацій щодо дієти, цукрознижуючих препаратів, інсулінотерапії, контролю глікемії, чим зумовлюється актуальність проблеми [4].

Наявність супутнього гіпотиреозу у хворих на НАЖХП погіршує клінічний перебіг захворювання та поглиблює неврологічні порушення [5], оскільки патогенетично пов'язується із дефіцитом тиреоїдних гормонів, що веде до порушення синтезу нейромедіаторів, гіперліпідемії, активації вільнорадикальних процесів, ендотеліальної дисфункції, порушення мікроциркуляції, дисбалансу прозапальних цитокінів та адипоцитокінів, порушення функцій гепатоцитів [8, 17]. За умови

виникнення гіпотиреозу, що є доволі частим захворюванням в умовах ендемічного щодо дефіциту йоду Закарпаття [14], неврологічні симптоми та розлади психоемоційної сфери в більшості випадків стають ядром клінічної картини [8, 12].

Відомо, що тироксин сприяє розвитку та дозріванню центральної нервової системи, а його дефіцит за умови розвитку гіпотиреозу пов'язаний із психоневрологічними розладами [8]. У таких пацієнтів спостерігається емоційна бідність, сповільнене мислення, погіршення пам'яті, сонливість, загальмованість, можуть виникати запаморочення. За даними [10], поширеність депресії при субклінічному гіпотиреозі (38–56%) значно більша за її поширеність у загальній популяції (6–20%). В той же час, серед хворих із депресією, гіпотиреоз, зокрема субклінічний, виявляється частіше, ніж у загальній популяції. Депресія при субклінічному гіпотиреозі патогенетично пов'язана із дефіцитом 5-гідрокситриптаміну в нейронах і відрізняється від депресії в еутиреоїдних осіб наявністю відчуття паніки та низькою ефективністю антидепресантів [6]. Дизартрія при гіпотиреозі зумовлена зменшенням рухливості губ та язика із-за їх інфільтрації мукополісахаридами [8]. набряк периферичних нервів та розвитку тунельних нейропатій, а також полінейропатій із болями, парестезіями, м'язовою слабкістю, судомою та ослабленням чи повним випаданням сухожилкових рефлексів, що посилюються в умовах холоду [1]. При важкому гіпотиреозі може виникати псевдодеменція

(має зворотній характер) [1, 8], що супроводжується когнітивними розладами – порушеннями функцій мозку раціонально пізнавати оточуюче середовище (гнозис, праксис, мова, пам'ять і інтелект).

Згідно з класифікацією Н. Ш. Яхно (2005), виділяють легкі, помірні та важкі когнітивні розлади (КР) [11]. Легкі КР виявляються у зниженні однієї або декількох когнітивних функцій у порівнянні з початково вищим рівнем (індивідуальною нормою), що не впливає на побутову, професійну і соціальну діяльність, в т.ч. на найбільш складні її форми. Помірні когнітивні порушення – це розлади однієї або декількох когнітивних функцій, які виходять за рамки середньостатистичної вікової норми, але не викликають дезадаптації, хоча можуть призводити до труднощів в складних і не звичних для пацієнта ситуаціях. Важкі КР – це розлади когнітивних функцій, які призводять до повної або часткової втрати незалежності і самостійності пацієнта, тобто викликають професійну, соціальну і/або побутову дезадаптацію [11]. Для клінічної діагностики КР та виявлення латентної ПЕ широко застосовується психометричне тестування хворих [3]. З цієї метою застосовують тести, що направлені на визначення швидкості пізнавальної діяльності, наприклад тест зв'язку чисел, символно – цифровий тест, тести для визначення швидкості і точності тонкої моторики (тест копіювання ліній – (лабіринт)), тести на визначення емоційної сфери (шкала депресії Бека) [3, 7, 13, 16].

Ознаками когнітивного здоров'я людини є реалістичність сприйняття, ясне мислення, здатність до проблемної концентрації, адекватність самооцінки, прогностична компетентність, а когнітивні розлади проявляються порушенням пам'яті, мови, рахунку, просторово-часової орієнтації, зниженням здатності до абстрактного мислення тощо [3].

Порушення нейро-психічного статусу хворих з патологією печінки визначається терміном «Печінкова енцефалопатія» (ПЕ) – потенційно оборотним розладом діяльності мозку з порушенням психомоторної, інтелектуальної, емоційної і поведінкової функцій внаслідок метаболічних порушень, що розвиваються внаслідок гострих або хронічних уражень печінки [17, 19]. За класифікацією Світового конгресу гастроентерологів (World Congress of Gastroenterology, 2002 р.), ПЕ ділиться на три типи: тип А (acute), що розвивається внаслідок печінкової недостатності, тип В (bypass), що виникає в результаті портосистемного обходу без гепатоцелюлярних захворювань (наприклад, внаслідок тромбозу судин портальної системи або нециротичного фіброзу печінки, тоді кров, що надходить із кишечника по системі воротної вени, лише частково проходить через печінковий дезінтоксикаційний фільтр) та тип С (cirrhosis), розвиток якого пов'язаний із портосистемними шунтами [16]. Деякі вчені [16, 22] виділяють тип D, чинником якого є порушення в біохімічному обміні сечовини. Патогенез перерахованих типів ПЕ зв'язаний з порушенням обміну аміаку, який підвищує чутливість мозку до інших токсичних факторів [22]. Потенційними нейротоксинами є: меркаптани, коротколанцюгові жирні кислоти, феноли, ароматичні амінокислоти та інші [17, 20]. Метаболіти

ароматичних амінокислот (β -феніл-етаноламін і октопамін) можуть бути несправжніми нейротрансмітерами, які конкурують з природними аналогами (адреналіном, норадреналіном, дофаміном) та призводять до пригнічення нервової системи [9, 21]. Крім того, досліджено пряму пошкоджуючу дію ендогенних нейротоксинів на астроглію, що супроводжується підвищенням проникності гематоенцефалічного бар'єру, зміною активності іонних каналів і нейротрансмісії, порушенням церебрального енергетичного обміну [16, 19, 21]. Астроцити – клітини нервової тканини, що містять глутамінсинтетазу. Високий вміст аміаку в астроцитах сприяє синтезу глутаміну з глутамату за допомогою вищезазначеного ферменту. Глутамін є осмотично-активною речовиною. Підвищення його вмісту в астроцитах призводить до набряку цих клітин, підвищення внутрішньочерепного тиску [21], погіршення бар'єрної функції астроцитів, в результаті чого нейрони стають доступними для патологічного впливу аміаку. Роль медіаторів у цьому процесі відіграють прозапальні цитокіни, дефекти в імунному стані, вільні радикали, порушення обміну цинку та марганцю [17].

Найчастіше у хворих з НАЖХП розвивається мінімальна, або субклінічна ПЕ (МПЕ) – початкова стадія енцефалопатії без неврологічних симптомів, що діагностується лише при психометричному тестуванні [16, 23]. МПЕ, не створюючи прямої загрози життю, погіршує його якість [9], зменшує спроможність виконувати звичайну роботу. Навіть кількість дорожньо-транспортних пригод у хворих із МПЕ вірогідно вища, тому що вони частіше переоцінюють свої водійські навички та можуть зазнавати нападів слабкості за кермом [16].

Із-за стертості клініки МПЕ є складною для діагностики і потребує застосування комплексу психометричних тестів для визначення наявності та кількісної оцінки преклінічних змін ментальної функції. Особлива увага приділяється орієнтації в поточних подіях, зміні почерку, можливості намалювати певну фігуру (наявності диспраксії), тесту з'єднання чисел [3, 16]. Деталізовані психометричні тести більш чутливі в оцінці дефекту психічної функції, ніж звичайна клінічна оцінка психічного статусу. Скарги на порушення сну, кошмари, денну сонливість у пацієнтів із захворюваннями печінки вказують на малі ознаки МПЕ [23].

Коморбідність НАЖХП та гіпотиреозу пов'язана із спільними ланками в патогенезі. Так, тиреоїдні гормони регулюють рівень базального метаболізму усіх клітин, включаючи гепатоцити [8], що віддзеркалюється на функціонуванні печінки, яка, в свою чергу, метаболізує тироксин та трийодтиронін. Тому порушення роботи печінки впливає на тиреоїдний обмін, що особливо важливо в умовах дефіциту йоду [14]. Під впливом тиреоїдних гормонів активується специфічний білковий синтез, а підтримання базального рівня неспецифічного синтезу білків контролюється інсуліноподібними факторами росту (ІФР-1 та ІФР-2), будова та функції яких схожі до інсуліну, а це сприяє можливості перехресно зв'язуватися з рецепторами, що лежить в основі їх змішаної біологічної активності [12, 22]. Зниження рівня

та сумарної активності ІФР при гіпотиреозі супроводжується порушенням транспорту та розладами окислення глюкози, а участь тиреоїдних гормонів у продукції ІФР – механізмом, що впливає на реалізацію інсулінової функції [8]. Тому дефіцит ІФР при гіпотиреозі є одним із чинників ураження периферичної нервової системи [1, 10, 12].

Порушення мікрогемодинаміки можуть бути внутрішньосудинними, позасудинними, пов'язаними із зміною самих судин, сприяють розвитку неврологічних порушень при гіпотиреозі [1, 12]. Крім того, гіпотиреоз характеризується ендотеліальною дисфункцією з погіршенням ендотелій-залежної вазодилатації в артеріолах, збільшенням системного судинного опору й вазоконстрикції в системних і ниркових судинах [8]. Тиреоїдні гормони, дія яких подібна до вазодилаторів, сприяють розслабленню скелетних м'язів [8, 12]. У патогенезі порушень мікрогемодинаміки, реологічних властивостей крові, проникності судин визначну роль відіграє атерогенна гіперліпідемія, в результаті чого спостерігається порушення транскапілярного обміну із виникненням дистрофічних змін у різних органах [15].

Не існує чіткого алгоритму діагностики та лікування неврологічних розладів на фоні НАЖХП із супутнім гіпотиреозом, що й зумовлює актуальність вивчення даного питання.

Мета роботи – дослідити частоту та вираженість неврологічних і психоемоційних порушень у пацієнтів із НАЖХП на фоні порушення вуглеводного обміну (цукровий діабет 2-го типу, предіабет) та супутнім гіпотиреозом.

Матеріали та методи

Обстежено 225 осіб, яких поділено на 7 груп, відповідно до стану щитоподібної залози (ЩЗ), наявності ознак НАЖХП та стану вуглеводного обміну. До групи 1 увійшло 32 хворих на НАЖХП, ЦД-2 та субклінічний гіпотиреоз (СГ) (НАЖХП+ЦД-2+СГ), до групи 2 – 40 пацієнтів із НАЖХП, порушенням толерантності до глюкози (предіабетом) та СГ (НАЖХП+ПД+СГ). Група 3 налічувала 30 хворих із НАЖХП, ЦД-2 та еутиреозом (НАЖХП+ЦД-2+еутиреоз), група 4 – 30 пацієнтів із НАЖХП, предіабетом та еутиреозом (НАЖХП+ПД+еутиреоз). До групи 5 увійшло 26 пацієнтів із НАЖХП та ЦД-2 або предіабетом у поєднанні з маніфестним гіпотиреозом (МГ) (НАЖХП+ЦД-2/ПД+МГ), до групи 6 – 42 хворих із СГ без порушень вуглеводного обміну та ознак НАЖХП, до групи 7 – 25 осіб із порушеннями вуглеводного обміну без НАЖХП та з еутиреозом. Контрольна група практично здорових налічувала 25 осіб без ознак НАЖХП, із нормальним вуглеводним обміном і еутиреозом.

ЦД-2 діагностувався згідно з «Уніфікованим клінічним протоколом первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Цукровий діабет 2 типу»» (наказ МОЗ України від 21.12.2012 № 1118). Предіабет встановлювався згідно з критеріями експертного комітету з діагностики та класифікації ЦД (2012): підвищення глюкози натще 5,6–6,9 ммоль/л; порушення толерантності до глюкози: глікемія натще $\leq 7,0$ ммоль/л, постпрандіальна глікемія через 2 години 7,8–11,0 ммоль/л, HbA1C 5,7–6,4%. Діагноз НАЖХП виставлявся згідно з «Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Неалкогольний стеатогепатит» (наказ МОЗ України від 06.11.2014 р. № 826).

Для оцінки функціонального стану щитоподібної залози (ЩЗ) проводилося визначення вільного тироксину (T_4) та ТТГ сироватки крові імунохемілюмінесцентним методом за допомогою автоматичної системи Roche Hitachi Cobas e411 (Швейцарія, Японія). Рівень ТТГ сироватки крові в межах 0,4–4,0 мМО/л вважався нормальним і інтерпретувався як еутиреоз. Рівень ТТГ більше 4 мМО/л вважався лабораторним критерієм гіпотиреозу. Значення показника ТТГ в межах 4,01–10,0 мМО/л інтерпретувалося як субклінічний гіпотиреоз (СГ). Підвищення ТТГ більше 10 мМО/л вказувало на явний (клінічний, маніфестний) гіпотиреоз.

Для оцінки порушень нервової системи проаналізовано скарги, вивчено неврологічний статус із дослідженням сухожилкових рефлексів із рук та ніг, деталізацією тактильної та температурної чутливості. Порушення функцій ЦНС оцінювалися за нейропсихометричними тестами: шкала дослідження розумового стану (Mini-Mental State Examination (MMSE; B. Dubois, 1999)), шкала загальних порушень (Global Deterioration Scale, GDS), і тест зв'язку чисел (тест Рейтана). Статистична обробка результатів виконана програмою Statistica 10.0 із попереднім створенням бази даних в електронних таблицях Excel.

Результати дослідження та їх обговорення

Групи хворих достовірно не відрізнялися за віковим та статевим складом, а також були зіставними за антропометричними даними. У структурі уражень печінки, за даними УЗД та рівнем ферментів крові, переважав стеатоз (72,33%). ЦД-2 відмічався у 99 пацієнтів, предіабет – у 116 осіб. 72 хворих мали супутній до НАЖХП субклінічний гіпотиреоз (СГ), 26 – клінічно явний (маніфестний) гіпотиреоз (МГ), в 11 із них МГ на момент дослідження був компенсованим левотироксином натрію. За результатами даних опитування виділені основні скарги з боку нервової системи (табл. 1).

Таблиця 1

**Частота основних скарг із боку нервової системи
в обстежених пацієнтів залежно від комбінації супутніх захворювань (абс., %)**

Скарги з боку нервової системи	Група 1 (n=32)	Група 2 (n=40)	Група 3 (n=30)	Група 4 (n=30)	Група 5 (n=26)	Група 6 (n=42)	Група 7 (n=25)
Підвищена втомлюваність	15 (46,86%)	13 (32,5%)	13 (43,33%)	7 (23,3%)	10 (38,46%)	15 (35,7%)	12 (48%)
Дисомнія	14 (43,75%)	10 (25%)	8 (26,67%)	3 (10%)	13 (50%)	10 (23,81%)	6 (24%)
Головний біль	8 (25%)	2 (5%)	5 (16,67%)	3 (10%)	8 (30,8%)	7 (16,7%)	1 (4%)
Зниження пам'яті та уваги	18 (56,25%)	15 (37,5%)	13 (43,33%)	8 (26,67%)	13 (50%)	8 (19,05%)	3 (12%)
Запаморочення	2 (6,25%)	1 (2,5%)	0	0	4 (15,38%)	5 (11,9%)	0
Підвищена дратівливість	16 (50%)	17 (42,5%)	10 (33,3%)	8 (26,67%)	17 (65,4%)	8 (19,05%)	3 (12%)

Клінічні вияви ураження ЦНС були оцінені як самостійні ознаки енцефалопатії. У пацієнтів із НАЖХП (групи 1–5) найчастіше реєструвалися ознаки пірамідної недостатності різного ступеня вираженості (56,25% – у групі 1, 25% – у групі 2, 43,3% – у групі 3, 26,67% – у групі 4, 65,4% – у групі 5). Пірамідна недостатність виявлялася різною комбінацією таких клінічних ознак як: підвищення сухожилкових та періостальних рефлексів, анізо-рефлексією, зміною черевних рефлексів, появою патологічних рефлексів, недостатністю лицьового та під'язикового нервів. У пацієнтів 6 групи такі симптоми були зареєстровані лише у 9,5%, в той час як у групі 7 – у 48%, що свідчить про те, що генез даних порушень зумовлений, ймовірно, за все, гіперглікемією, а не гіпотиреозом.

Ознаки мозочкової дисфункції, що проявлялися такими симптомами як похитування різного ступеня в позі Ромберга, інтенційний тремор при виконанні пальце-носової та п'яtkово-колінної проб, ададохокінез, гіперметрія, проба Стюарта-Холмса та ністагм, спостерігалися в різних комбінаціях значно рідше. Однак даний симптомокомплекс зустрічався у 28,57% пацієнтів з субклінічним гіпотиреозом та нормальним вуглеводним обміном, що не мали ознак НАЖХП (група 6) та лише у 8% пацієнтів із порушенням вуглеводного обміну, еутиреозом та без ознак НАЖХП (група 7), що дозволяє припускати, що в генезі мозочкової дисфункції основну роль відіграє саме гіпотиреоз, а не гіперглікемія.

Враховуючи аналіз анамнестичних даних, медичної документації, динаміки неврологічного статусу, можна припустити, що енцефалопатія у цих пацієнтів мала змішаний генез, причому пірамідна недостатність зумовлювалася розладами вуглеводного обміну, а наявність мозочкових дисфункцій – гіпотиреозом. Зміни в печінці, зумовлені наявністю НАЖХП, сприяли поглибленню неврологічної симптоматики, оскільки погіршували печінковий метаболізм тиреоїдних гормонів та сприяли розладам глюконеогенезу.

Про ураження периферичного відділу нервової системи свідчила наявність синдрому полінейропатії різного ступеня вираженості. Слід відмітити, що у групах з цукровим діабетом (група 1, 3, 5, 7) скарги, які б вказували на ураження периферичної нервової системи, фіксувалися

рідше, ніж у тих хворих, де не було діагностовано ЦД-2 (групи 2, 4 з предіабетом та група 6 з нормальним вуглеводним обміном). В той же час, під час об'єктивного обстеження полінейропатії діагностувалися значно частіше саме за наявності ЦД-2. Полінейропатії верифікувалися за порушенням больової чутливості в дистальних відділах кінцівок у вигляді гіпер- або гіпоалгезії за периферичним типом, вегетосенсорними порушеннями (зміною температури шкіри в дистальних відділах кінцівок, порушенням потовиділення, трофіки шкіри), зниженням рефлексів на кінцівках. У групі 5 вказані симптоми були наявними більше на руках, в той же час у групі 7 також діагностовано нейропатії рук при нормі з боку ніг, що дозволяє зробити висновок про те, що неврологічна симптоматика гіпотиреоїдного генезу характеризується порушеннями переважно з боку верхніх кінцівок, тоді як нейропатії лише діабетичного генезу локалізуються переважно на нижніх кінцівках. У хворих із супутнім гіпотиреозом, в тому числі і субклінічним, скарги були переважно на заніміння, болі, печію рук, що можна пояснити двобічним тунельним синдромом карпального каналу (із-за інфільтрації мукополісахаридами), або первинним нейротоксичним ураженням рук, подібно до порфірійної полінейропатії або полінейропатії, індукованої свинцем. Невідповідність між суб'єктивною та об'єктивною оцінкою неврологічного статусу коморбідних пацієнтів дозволяє рекомендувати обов'язковий контроль у лікаря-невролога хоча б 1 раз у році.

Тестування хворих за шкалою MMSE (Mini-Mental State Examination) – короткою шкалою оцінки психічного статусу – дозволяє оцінити когнітивні функції обстежуваних осіб. Цей метод вважається достатньо надійним методом для первинного скринінгу когнітивних порушень, зокрема деменції. Результат тесту отримують шляхом сумачі балів по кожному з пунктів. Максимальний показник в цьому тесті 30 балів, що відповідає найбільш високим когнітивним здібностям. Чим менший результат тесту, тим більше виражений когнітивний дефіцит. До шкали MMSE входять субтести по оцінці орієнтації, сприйняття, уваги, пам'яті та мови, читання і письма. За результатами шкали MMSE у обстежених хворих різних клінічних груп виявлено когнітивні порушення різного ступеню вираженості (табл. 2).

Таблиця 2

Результати тестування з використанням методики MMSE залежно від комбінації супутніх захворювань

Ступінь порушення розумового стану	Група 1 (n=32)	Група 2 (n=40)	Група 3 (n=30)	Група 4 (n=30)	Група 5 (n=26)	Група 6 (n=42)	Група 7 (n=25)
Немає порушень, 28–30 балів	15 (46,86%)	28 (70%)	21 (70%)	27 (90%)	10 (38,46%)	31 (73,81%)	18 (72%)
Когнітивні порушення (переддементні), 24–27 балів	12 (37,5%)	10 (25%)	8 (26,67%)	3 (10%)	10 (38,46%)	10 (23,81%)	6 (24%)
Легка деменція, 20–23 бали	4 (12,5%)	2 (5%)	1 (3,33%)	0	3 (11,54%)	1 (2,38%)	1 (4%)
Помірна деменція, 11–19 балів	1 (3,125%)	0	0	0	3 (11,54%)	0	0
Тяжка деменція, 0–10 балів	0	0	0	0	0	0	0
Середня кількість балів у групі (M±m)	26±2,84	27,35±2,13	27,4±1,83	27,83±1,05	24,16±4,47	26,93±1,94	27,12±2,4
Мінімальне та максимальне значення показника в групі, Min-Max	19–30	22–30	22–30	24–29	12–28	20–28	20–30

Середня кількість балів у групі практично здорових осіб 28,8±0,53, мінімальне значення 28, максимальне – 30. Як видно з таблиці 1, ступінь порушення розумового стану зростає при приєднанні СГ до НАЖХП на фоні ЦД-2 або предіабету, що проявлялося зменшенням загальної кількості балів за MMSE при порушеннях вуглеводного обміну. Слід відмітити, що у хворих із гіпотиреоїдним генезом енцефалопатії страждали увага та пам'ять при майже не порушених орієнтації, сприйнятті та мові, читанні й письмі. В той же час, при переважно діабетичному генезі змін мозку спостерігалася зміна сприйняття та орієнтації в просторі й часі.

Тест зв'язку чисел (тест Рейтана) оцінює здатність до здійснення когнітивних рухів. Виконання тесту передбачає послідовне з'єднання чисел від 1 до 25 безперервною лінією без відриву руки за максимальною короткою час. Бальною оцінкою тесту є час, витрачений на його виконання. За критеріями West-Haven в модифікації М.Ю. Надінської [7], час виконання менше 30 с вказує на відсутність ПЕ (норму), від 31 до 45 с – на МПЕ, 46–60 с – 1-й ступінь ПЕ (легка), 61–80 с – 2-й ступінь ПЕ (середня), 81–120 с – 3-й ступінь ПЕ (тяжка) та більше 120 с – 4-й ступінь ПЕ (кома). Результати проведення тесту Рейтана в пацієнтів різних клінічних груп подані в таблиці 3.

Таблиця 3

Результати проведення тесту зв'язку чисел (тесту Рейтана) залежно від комбінації супутніх захворювань (абсолютна кількість хворих (% від кількості в групі))

Ступінь печінкової енцефалопатії	Група 1 (n=32)	Група 2 (n=40)	Група 3 (n=30)	Група 4 (n=30)	Група 5 (n=26)	Група 6 (n=42)	Група 7 (n=25)
Немає ПЕ, менше 30 с	1 (3,125%)	10 (25%)	3 (10%)	14 (46,67%)	10 (38,46%)	20 (47,62%)	8 (32%)
Мінімальна енцефалопатія (МЕП), 31–45 с	26 (81,25%)	26 (65%)	23 (76,67%)	16 (53,33%)	10 (38,46%)	21 (50%)	14 (56%)
1-й ступінь (легка) ПЕ, 46–60 с	4 (12,5%)	4 (10%)	3 (10%)	0	3 (11,54%)	1 (2,38%)	2 (8%)
2-й ступінь (середня) ПЕ, 61–80 с	1 (3,125%)	0	1 (3,33%)	0	3 (11,54%)	0	1 (4%)
3-й ступінь (тяжка) ПЕ, 81–120 с	0	0	0	0	0	0	0
4-й ступінь ПЕ (кома), більше 120 с	0	0	0	0	0	0	0

Подовження часу виконання цього тесту у пацієнтів групи 6, що за субклінічного гіпотиреозу не мали ознак НАЖХП та порушень вуглеводного обміну, вказувало на наявність у них МПЕ у 52,38% та ПЕ 1 ступеню у 7,1% пацієнтів, що дозволяє вважати гіпотиреоз чинником енцефалопатії та рекомендувати застосування тесту Рейтана для діагностики латентних енцефалопатій і іншого (непечінкового), у тому числі гіпотиреоїдного, генезу.

Висновки

Таким чином, наведені дані демонструють зміни неврологічного статусу, а також когнітивної та емоційної сфери, що виникають внаслідок порушення кровопостачання мозку в умовах дисметаболических порушень, оксидативного стресу, токсичного впливу аміаку та дефіциту тиреоїдних гормонів у хворих на НАЖХП на фоні порушень вуглеводного обміну (ЩД-2, предіабет) та супутнього гіпотиреозу.

Поглиблене неврологічне дослідження та використання нейропсихічних тестів є необхідними складовими частинами комплексного обстеження коморбідних хворих, оскільки часто такі пацієнти не вважають себе хворими, заперечують зміни зі сторони

неврологічної та психоемоційної сфери, хоча результати об'єктивного обстеження виявляють їх.

Використання психометричних тестів діагностує МПЕ у хворих не тільки з патологією печінки, але й за наявності гіпотиреозу. Виявлення порушень на початкових стадіях, за відсутності клінічних проявів, дає змогу обрати оптимальну лікувальну тактику.

Перспективи подальших досліджень

Враховуючи вплив супутнього гіпотиреозу, у тому числі субклінічного, на підвищення частоти виникнення неврологічних, когнітивних та психоемоційних розладів у пацієнтів з НАЖХП на фоні порушень вуглеводного обміну, перспективною є розробка оптимального алгоритму терапевтичного обстеження даного контингенту хворих із включенням дослідження неврологічного статусу та тестуванням за допомогою шкали MMSE та тесту зв'язку чисел (тесту Рейтана). Такий комплексний підхід забезпечить виявлення можливих нейропсихічних змін на доклінічній стадії, що дасть можливість призначити оптимальну терапію з метою профілактики виникнення грубих неврологічних порушень і розвитку деменції.

Література

1. Григорова И. А. Особенности формирования гипотиреоидных полинейропатий / И. А. Григорова, Е. Л. ТОВАЖНЯНСКАЯ // Укр. неврол. журнал. – 2008. – № 2. – С. 67–72.
2. Караченцев Ю. І. Діагностика діабетичної енцефалопатії за даними психометричних тестів у хворих на цукровий діабет 2-го типу з неалкогольною жировою хворобою печінки / Ю. І. Караченцев, О. М. Білецька, І. В. Чернявська // Межд. эндокр. журнал. – 2014. – № 1 (57). – С. 9–16.
3. Клинические шкалы и психодиагностические тесты диагностики сосудистых заболеваний головного мозга : метод. рекомендации / Министерство здравоохранения Украины, Нац. академия мед. наук; [авт. Т.С. Мищенко и др.]. – Харьков, 2008. – 36 с.
4. Маркин С. П. Неврологические проявления сахарного диабета / С. П. Маркин // Неврология/ревматология. – 2011. – № 1. – С. 75–79.
5. Михайлова Е. Б. Клинические и терапевтические особенности психических нарушений при субклинической форме гипотиреоза / Е. Б. Михайлова // Казанский медицинский журнал. – 2006. – Т. 87, № 5. – С. 349–354.
6. Молдабек Г. К. Влияние эмоционального фона на качество жизни у больных гипотиреозом / Г. К. Молдабек // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – 2011. – № 2 (6). – С. 93–97.
7. Надинская М. Ю. Тест связи чисел : руков. для врачей / М. Ю. Надинская. – Москва, 2000. – 11 с.
8. Паньків В. І. Синдром гіпотиреозу / В. І. Паньків // Міжн. эндокр. журн. – 2012. – № 5. – С. 136–148.
9. Перцева Т. Г. Особливості перебігу дисциркуляторної енцефалопатії у хворих з цукровим діабетом 2 типу : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.15 / Перцева Татьяна Григорьевна. – Харьков, 2008. – 20 с.
10. Пироева К. Э. Поражение нервной системы при эндокринных заболеваниях / К. Э. Пироева, М. Х. Тамкаева // Медицина. Болезни нервной системы. – 2004. – № 4. – С. 20–28.
11. Русин В. І. Визначення нейропсихічних порушень у хворих на цироз печінки із проявами печінкової енцефалопатії та методи їх корекції / В. І. Русин, Є. С. Сірчак, М. М. Івачевський // Науковий вісник Ужгородського університету. – 2011. – № 40. – С. 137–144.
12. Скрипник Н. В. Патогенетичні основи неврологічних порушень у хворих на гіпотиреоз та їх корекція / Н. В. Скрипник, В. А. Гриб, Н. І. Кубарич // Практ. лікар. – 2012. – № 4. – С. 55–60.
13. Ткаченко О. В. Ураження нервової системи при хронічних захворюваннях печінки: клінічна характеристика, окремі нейропсихологічні та гемодинамічні особливості / О. В. Ткаченко, Ю. Л. Корженевський // Український неврологічний журнал. – 2013. – № 1. – С. 29–34.

14. *Фейса С. В.* Лабораторний скринінг захворювань щитовидної залози серед населення різних районів Закарпаття / С. В. Фейса // Сімейна медицина. – 2016. – № 6 (68). – С. 133–137.
15. *Хворостінка В. М.* Вплив жирової дистрофії печінки в поєднанні з метаболічним синдромом на особливості перебігу ЦД / В. М. Хворостінка, А. В. Власенко // Міжнар. ендокрин. журн. – 2007. – № 5 (11). – С. 65–70.
16. *Ягмур В. Б.* Діагностика мінімальної печінкової енцефалопатії за допомогою нейропсихометричних тестів / В. Б. Ягмур, С. Л. Меланіч, Н. В. Недзвецька // Гастроентер. – 2015. – № 2 (56). – С. 33–37.
17. *Changing face of hepatic encephalopathy: Role of inflammation and oxidative stress / Amit S. Seyan, Robin D. Hughes [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2010. – № 16 (27). – P. 3347–3357.*
18. *Collins M. M.* Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes / M. M. Collins, P. Corcoran, I. J. Perry // Diabet. Med. – 2009. – Vol. 26, № 2. – P. 153–161.
19. *Current concepts in the assessment and treatment of Hepatic Encephalopathy / W. J. Cash, P. McConville, E. McDermott [et al.] // Q.J. Med. – 2010. – № 103. – P. 9–16.*
20. *Holecek M.* Evidence of a vicious cycle in glutamine synthesis and breakdown in pathogenesis of hepatic encephalopathy-therapeutic perspectives / M. Holecek // Metab. Brain. Dis. – 2014. – № 29. – P. 9–17.
21. *Idiopathic Noncirrhotic Portal Hypertension / N. L. Jeffrey, C. Juan Dominique, C. Valla, L. A. Janssen Harry // Hepatology. – 2011. – P. 1071–1081.*
22. *Jones E. A.* Neurology and the liver / E. A. Jones, K. Weissenborn // Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry. – 1997. – № 63. – P. 279–293.
23. *Zhan T.* The Diagnosis and Treatment of Minimal Hepatic Encephalopathy / T. Zhan, W. Stremmel // Dtsch. Arztebl. Int. – 2012. – № 109 (10). – P. 180–187.

Дата надходження рукопису до редакції: 01.02.2018 р.

Неврологические и когнитивные расстройства у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени на фоне нарушения углеводного обмена и сопутствующим гипотиреозом: обзор литературы и собственные данные

С.В. Фейса

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

Цель – исследовать частоту и выраженность неврологических и психоэмоциональных нарушений в пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени на фоне нарушения углеводного обмена (сахарный диабет 2 типа, преддиабет) и сопутствующим гипотиреозом.

Материалы и методы. Обследовано 225 пациентов, использованы клинические, лабораторные, статистические методы и тестирование с помощью психометрических тестов.

Результаты. При сопутствующем гипотиреозе, в том числе субклиническом, в больных неалкогольной жировой

болезнью печени возрастает частота неврологических, эмоциональных и психологических расстройств. Энцефалопатия в таких пациентов имеет смешанный генез, причём пирамидная недостаточность обусловлена расстройствами углеводного обмена, а наличие мозжечковых дисфункций – гипотиреозом. Неалкогольная жировая болезнь печени способствует углублению неврологической симптоматики, ухудшает печеночный метаболизм тиреоидных гормонов, способствует расстройствам глюконеогенеза.

Выводы. В коморбидных больных с сопутствующим гипотиреозом следует проводить неврологическое обследование с психометрическим тестированием хотя бы 1 раз в году для раннего выявления неврологических, эмоциональных и когнитивных расстройств.

Ключевые слова: Субклинический гипотиреоз, неалкогольная жировая болезнь печени, сахарный диабет, преддиабет, энцефалопатия, полинейропатия, когнитивные расстройства, психометрические тесты.

Neurological and cognitive disorders in patients with nonalcoholic fatty liver disease with disorders of carbohydrate metabolism and concomitant hypothyroidism: literature review and own data*S.V. Feysa*

SU "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to investigate the frequency and severity of neurological and psycho-emotional disturbances in patients with non-alcoholic fatty liver disease with disorders of carbohydrate metabolism (type 2 diabetes, pre-diabetes) and concomitant hypothyroidism.

Material and methods. There clinical, laboratory, statistical methods and psychometric tests were used to study 225 thematic patients.

Results. On condition of concomitant hypothyroidism, including subclinical, in patients with nonalcoholic fatty liver

disease the frequency of neurological, emotional and psychological disorders increases. It was investigated that encephalopathy in such patients has mixed genesis. The pyramidal insufficiency was caused by disorders of carbohydrate metabolism, and the presence of cerebellar dysfunctions was caused by hypothyroidism. Non-alcoholic fatty liver disease promotes deepening of neurological symptoms, worsens thyroid hormones metabolism in liver, promotes disorders of gluconeogenesis.

Conclusions. In comorbid patients with associated hypothyroidism, a neurological examination with a psychometric tests should be performed at least once a year for early detection of neurological, emotional and cognitive disorders.

Key words: subclinical hypothyroidism, non-alcoholic fatty liver disease, diabetes mellitus, prediabetes, encephalopathy, polyneuropathy, cognitive disorders, psychometric tests.

Відомості про автора

Фейса Сніжана Василівна – к.мед.н., доцент кафедри терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; вул. Собранецька, 148, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 616-058:613.81:616-053.71

Н.М. Чемерис^{1, 2}, О.В. Любінець²

Медико-соціальні площини вживання алкогольвмісних напоїв серед студентської молоді

¹ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна
²Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Мета – вивчити особливості формування та вживання алкогольвмісних напоїв студентською молоддю м. Львова.

Матеріали та методи. Дослідження проведено за матеріалами опитування 1422 студентів у структурі сприйняття, усвідомлення і ставлення студентів вищих навчальних закладів до проблеми вживання алкогольних напоїв у молодіжному оточенні. Застосовано два типи методів статистичного аналізу: представлення (опис) дослідження і пояснення одержаних фактів (встановлення зв'язків між типами відповідей на запитання анкети, оцінка характеру і спрямованості цих зв'язків і залежностей між даними). Отримані результати порівняно за методом ксі-квадрат.

Результати. Установлено, що 83,54±0,98% опитаної студентської молоді споживають алкогольвмісні напої, три четвертих із них обирають здебільшого алкогольні напої з незначним вмістом алкоголю. Основним мотивом вживання слабоалкогольних напоїв є гедоністичний. Більшість респондентів із числа опитаних, які вживають слабоалкогольні напої, не вважає допустимим виникнення алкогольної залежності при споживанні ними спиртного (56,85±1,44%), що свідчить про недостатній рівень проведення превентивних заходів.

Висновки. Отримані результатами дають змогу стверджувати, що студенти перших курсів вищих навчальних закладів залучені до проблеми споживання алкогольних напоїв.

Ключові слова: студенти, алкогольвмісні напої, опитування.

Вступ

На сучасному етапі розвитку новітнього демократичного суспільства вживання алкогольвмісних речовин молоддю є глобальною дилемою європейського суспільства. Частота випадків алкогольної інтоксикації серед молоді продовжує залишатись на дуже високому рівні у західних країнах і виросла до аналогічного рівня у країнах Східної Європи [12, 16]. На більш ранніх стадіях життя вживання алкоголю приводить до смерті і інвалідності. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), серед людей у віці 20–39 років приблизно 25% усіх випадків смерті пов'язані з алкоголем [2].

Найбільша актуальність цієї проблеми полягає у невідповідності стандартного ставлення до споживання слабоалкогольних напоїв серед молоді [14, 18]. Соціальне розшарування родин, неврівноваженість психоемоційного фону виховання, знецінення загальнолюдських принципів моралі ведуть до порушення соціальної адаптації молоді, що характеризується зловживанням однією або кількома психоактивними речовинами (ПАР). Залежність до вживання ПАР є однією з найважливіших медико-соціальних проблем не лише в Україні, але і в інших країнах [15]. Невпинне зростання в Україні кількості осіб, що зловживають психотропними і наркотичними речовинами, набуло характеру епідемії, що зумовило низку нових соціальних, економічних, медичних та юридичних проблем [6, 8]. Особливої уваги у вирішенні цієї проблеми потребує питання збереження здоров'я молодого покоління, зокрема студентського віку. Одним із пріоритетних завдань у формуванні здорового способу

життя є виховання негативного ставлення до споживання алкогольних напоїв [4, 9].

Аналіз наукових досліджень виділяє як феномен secular trends, відповідно до якого, з кожним десятиліттям посилюється тенденція до зниження віку початку алкоголізації та до збільшення ризику виникнення алкогольної залежності [5]. Скоріш за все, це наслідок змінених потреб до алкоголю і терпимого відношення до важкості алкогольної залежності [7, 17]. Необхідно зазначити, що secular trends спостерігається і у відношенні депресій та суїцидів серед молодих осіб. Однією з найбільш важливих форм алкогольної поведінки у молоді поступово стає типова й для інших країн манера “напиватися доп'яна” (binge drinking) [4]. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю в структурі інших форм залежності від ПАР залишаються однією з найважливіших медико-соціальних проблем. Епідемічний характер і популяційна масштабність алкоголізації населення, вітальний характер патологічного потягу, вираженість медико-біологічних та соціально-економічних наслідків дають підставу віднести алкогольну залежність до розряду соціальної патології, яка становить собою загрозу здоров'ю нації [10, 13, 14].

Суттєва роль у формуванні вживання молодими людьми алкогольних напоїв належить економіко-географічним умовам регіону проживання (географічні, соціально-економічні та ін.). Вивчення вживання алкогольних речовин студентами вищих навчальних закладів (ВНЗ) набуває великого значення, оскільки ця вікова категорія, з одного боку, сприйнятлива до різних навчальних впливів, з іншого боку, вже має базис для

прояву усвідомленої активності у формуванні життєвих стереотипів і ціннісних орієнтацій [3]. Фактично не розроблені профілактичні та психогігієнічні програми для цього контингенту молодих осіб, практично не проводиться первинна профілактична робота стосовно хімічних uzалежнь серед студентської молоді. А як відомо, в період навчання відбуваються первинні спроби споживання алкогольних напоїв [3, 11].

Таким чином, актуальність нашого дослідження визначається недостатньою вивченістю соціально-психологічних чинників ризику вживання алкоголю студентами. Практична актуальність зумовлена нагальною потребою розроблення та проведення превентивних програм із первинної профілактики наркозалежності у ВНЗ, а також необхідністю оцінки ефективності профілактичних програм, які вже проводяться в освітніх закладах.

Мета роботи – вивчити особливості формування та вживання алкогольовмісних напоїв студентською молоддю м. Львова.

Матеріали та методи

Дослідження проводилося за матеріалами опитування студентів у період з вересня по грудень 2016 р. (самостійно розроблена анкета) у структурі сприйняття, усвідомлення і ставлення студентів медичних ВНЗ м. Львова до проблеми вживання алкогольних напоїв у молодіжному оточенні. Участь в опитуванні взяли 1422 студенти перших курсів чотирьох університетів. Опитування, яке проводили анонімно з дотриманням принципів біоетики та деонтології, здійснювали у формі

багатофакторного анонічного анкетування. В анкеті було 48 запитань із великим вибором відповідей.

Статистична обробка отриманих результатів. У проведеному дослідженні застосовували два типи методів статистичного аналізу: представлення (опис) дослідження і пояснення одержаних фактів (встановлення зв'язків між типами відповідей на запитання анкети, оцінка характеру і спрямованості цих зв'язків та залежностей між даними). Усі первинні дані з придатних для обробки анкет ми вносили до відповідних статистичних таблиць, побудованих у програмі Microsoft Excel, і опрацьовували з використанням програм Microsoft Excel.

При порівнянні часток побудували таблиці 2x2 та порівнювали отримані результати за методом ксі-квадрат. Різницю вважали достовірною при $p \leq 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Опитування студентів показало, що $83,54 \pm 0,98\%$ з них споживають слабоалкогольні напої ($84,72 \pm 1,39\%$ чоловіків та $82,09 \pm 1,40\%$ жінок). Аналіз відповідей респондентів з числа опитаних, які відповіли на запитання щодо основних причин, які спонукають молодь до вживання алкогольовмісних речовин, показав таке: це передусім наслідування друзів – $32,39 \pm 3,21\%$ ¹, для задоволення – $22,07 \pm 2,84\%^*$, для впевненості і власного іміджу – $19,25 \pm 2,70\%^*$ (рис.). Велике значення мають саме друзі, що значною мірою впливає на ставлення молодої особи до вживання алкоголю, крім того, вони складають їм компанію, допомагають у придбанні, впливають на об'єм випитого.

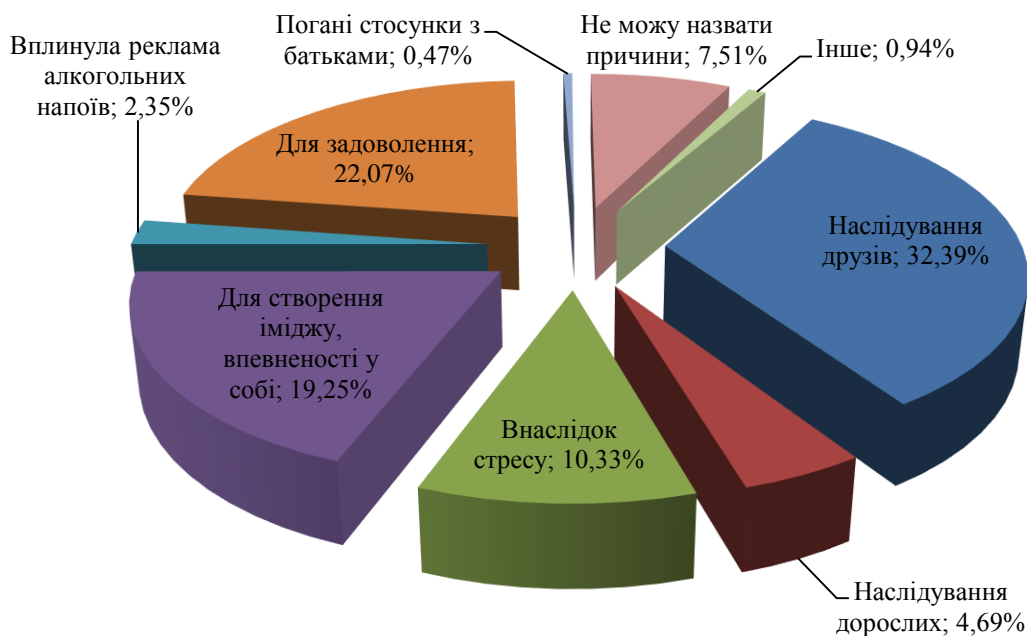


Рис. Основні причини, які спонукають молодь до вживання алкогольовмісних речовин (%)

¹ з числа респондентів, що дали відповідь

Як видно, у значної частини опитаних спостерігаються гедоністичні** мотиви, на що також вказують В. Болотова і Н. Ляшенко [1], нерадісно лише, що молодь реалізовує їх у такий деструктивний спосіб. (**Гедонізм – філософський напрям етики, який вважає радість від фізичного задоволення найвищим благом і умовою щастя у житті)

Мотив (для іміджу, впевненості у собі), який посідає третє місце, можна назвати пізнавальним, і це також закономірно, адже юні особи більш охочі до всього нового та невідомого. Четвертим є мотив гіперактивації, що часто пов'язане з проблемами у спілкуванні, недостатньою впевненістю у собі, стресом.

Обрання такої позиції, як «Наслідування друзів», свідчить про те, що респонденти не бажають зізнаватися навіть собі, що їх бажанню випити пляшку алкогольного напою сприяла їх компанія, а «Для іміджу та впевненості» вкотре підкреслює що особистості незрілі, без чіткої життєвої позиції та переконань, що легко підпадають під вплив оточуючого середовища.

На запитання «Як часто Ви споживаєте спиртні, у т.ч. слабоалкогольні напої?» студенти відповіли таким чином (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл відповідей респондентів щодо частоти вживання спиртних, у т.ч. слабоалкогольних напоїв

№ пор.	Частота споживання спиртних, у т.ч. слабоалкогольних напоїв	%*
1	Тільки у святкові дні	39,90±1,43
2	У святкові дні, не частіше 1 разу на місяць	21,23±1,19
3	2–3 рази на місяць	24,21±1,25
4	Кілька разів на тиждень	11,25±0,92
5	Щодня	3,41±0,53

На думку опитаних, здебільшого першим місцем споживання спиртного є власний дім (30,96±1,31%*) чи «у гостях» (30,15±1,30%*). У цілому молодь вживає алкоголь у молодіжних компаніях – «у гостях» (36,39±1,68%*) та в клубах, барах, на дискотеках – 29,91±1,60%*, що вкотре підкреслює домінуючий вплив референтних груп на визначальну життєву позицію юних індивідів. Власне, саме друзі значною мірою впливають на ставлення підлітка до вживання алкоголю, крім того вони складають йому компанію, допомагають у придбанні, впливають на об'єм випитого.

На сьогоднішній день 77,13±1,23%* молодих людей обирає здебільшого алкогольні напої із незначним вмістом алкоголю, а саме: вино – у 39,69±1,43%*, пиво – у 23,14±1,23%*, слабоалкогольні напої – 14,30±1,02%*. Міцні алкогольні напої обирають 15,86±1,07%* осіб. Незначна частка (2,51±0,46%*) респондентів не надає переваги окремому виду алкогольмісного напою – вживають все.

На запитання «Як часто Ви п'єте напої, які містять алкоголь?» студенти відповіли таким чином: 1 раз на місяць

або рідше – 46,81±1,46%*, від 2 до 4 разів на місяць – 35,32±1,39%*, від 2 до 3 разів на тиждень – 10,47±0,89%*, 4 рази на тиждень та частіше – 3,74±0,55%*. Таким чином, практично половина студентів не зловживає алкогольмісними напоями. Проте проблему збільшення вживання алкогольних напоїв посилює ще низка особливостей споживача: студентам особливо притаманне більш швидке звиканням до спиртних напоїв (це пояснюється анатомічно-фізіологічною будовою організму, який ще розвивається). У цей період стабільний потяг до алкоголю формується швидше, ніж у дорослої людини, приводячи до різкого розладу поведінки, сприяючи прояву їх агресивності та аддукції, а похмільний синдром формується через 1–3 роки після початку систематичного пияцтва.

Схильність до алкоголізації має свої особливості і тенденції. За результатами анкетування, простежується тенденція до ранньої первинної спроби вживання спиртного – 82,47±1,11%* до 16 років, при тому що до 12 років спробували спиртне практично половина з числа згаданих (40,85±1,43%*). Відомо, що чим раніше відбувається залучення до адитивних речовин, тим швидше формується залежність, тим складніший перебіг алкоголізму, як хвороби. На запитання, що спонукало молодих осіб до вживання спиртного респонденти, відповіли: «було цікаво» – 48,00±1,62%*, «хотілось отримати нові відчуття» – 25,26±1,41%*, «не хотілось виділятися з колективу» – 19,05±1,27%*.

Значний вплив у залученні підлітка до алкоголізації належить соціально-культурним традиціям. За результатами нашого дослідження, першим алкогольним напоєм споживання у молодих осіб було здебільшого вино, шампанське (48,45±1,47%*) та пиво (30,64±1,35%*). Вживання слабоалкогольних напоїв підлітками стимулюють такі чинники, як мода на слабоалкогольні напої, наявність у підлітка друзів, які вживають алкоголь, відсутність належного соціального контролю. Це підтверджують і відповіді на запитання «Якщо у Вас є вільні кошти, який напій Ви придбаєте?». Так, з числа студентів, які вживають такі напої, 20,07±1,17%* підтвердили, що знову б їх придбали, а з числа респондентів, які не вживають слабоалкогольне пиво, було лише 6,11±1,58%* осіб, які б його спробували.

За проведеним анкетуванням, ми намагалися виявити думку респондентів стосовно реакції батьків, якщо ті дізналися, що їх дитина вживає алкоголь. Ставлення батьків до алкоголю майже не впливає на вибір підлітка. За даними дослідження нами не встановлено зв'язку між вживанням слабоалкогольних напоїв та наявністю в родині підлітка родича, який цим зловживає. Співставлення отриманих даних не дає змоги констатувати, що визначальним у первинній спробі вживання спиртного є рідні, які зловживають алкоголем. Так, з числа опитаних у їхніх родин таких виявлено лише у 0,51±0,21%*, а 1,35±0,33%* респондентів не хотіли відповідати на дане запитання. Тому ця проблема однаково актуальна для сімей з різними типами сімейних стосунків.

Про зниження соціального контролю за споживанням алкогольних напоїв свідчить те, що у

13,42±0,97%* респондентів першим місцем вживання алкогольовмісних напоїв була вулиця (парк, пляж). Серед студентів, які зазначили, що «і далі вживають ці напої», у 11,11±1,10%* таким місцем є вулиця. Можливо, такі показники можна роз'яснити тим, що вони обирають найдешевший варіант – вулицю, де байдужість громади захищає їх від зайвих питань та докорів.

Під час опитування студентів перших курсів – Чи вважають вони, що вживання алкогольовмісних напоїв може призвести до залежності – встановлено, що з числа респондентів, які вживають такі напої, 43,15±1,44%*

вважають, що може виникнути залежність. На противагу їм, особи, які не вживають алкоголь, – 56,44±3,31%*, у більшості свідчать про можливість виникнення такої залежності ($p \leq 0,01$). Така ж тенденція ($p \leq 0,01$) виявлена і при аналізі відповідей студентів на запитання щодо шкідливості вживання алкогольовмісних напоїв (табл. 2).

При цьому переважна більшість респондентів із числа всіх опитаних не вважає можливим виникнення алкогольної залежності при споживанні ними спиртного (54,71±1,33%* осіб), що свідчить про недостатній рівень превентивних заходів.

Таблиця 2

Розподіл респондентів за їх ставленням до проблеми вживання алкогольовмісних напоїв

№	Група респондентів	Вживають алкогольовмісні напої		Не вживають алкогольовмісних напоїв		p
		Так	Ні	Так	Ні	
1.	Чи вважаєте Ви, що вживання Вами алкогольовмісних напоїв може призвести до залежності?	507 ос.	668 ос.	127 ос.	98 ос.	<0,01
		43,15±1,44%	56,85±1,44%	56,44±3,31%	43,56±3,31%	
2.	Чи є шкідливим вживання алкогольовмісних напоїв для Вашого здоров'я?	881 ос.	279 ос.	191 ос.	32 ос.	<0,01
		75,95±1,25%	24,05±1,25%	85,65±2,35%	14,35±2,35%	

Висновки

Отримані результати дають змогу стверджувати, що студенти перших курсів ВНЗ залучені до проблеми споживання алкогольних напоїв (83,54±0,98% із них споживають такі напої). Три четвертих студентської молоді м. Львова (77,13±1,23% респондентів) обирає здебільшого алкогольні напої з незначним вмістом алкоголю.

Основним мотивом вживання слабоалкогольних напоїв є гедоністичний. Виявлено зв'язок між установкою на те, що слабоалкогольні напої є прикметою свята (61,13±1,42%).

Більшість респондентів із числа всіх опитаних, які вживають слабоалкогольні напої, не вважає допустимим

виникнення алкогольної залежності при споживанні ними спиртного (56,85±1,44%), проте достовірно більш настороженими щодо залежності до алкоголю є особи, що їх не споживають (56,44±3,31%).

Доцільно впроваджувати методики раннього виявлення серед студентської молоді осіб, які належать до групи підвищеного ризику, що можуть призвести до початку вживання алкогольовмісних напоїв, та сприяти захисту їх прав у недопущенні соціального відторгнення.

Перспективи подальших досліджень полягають у продовженні вивчення порушеного в статті питання щодо медико-соціальних аспектів вживання алкоголю студентами медичного ВНЗ.

Література

1. *Болотова В. О.* Споживання підлітками слабоалкогольних напоїв: соціологічне дослідження / В. О. Болотова, Н. О. Ляшенко // *Право і Безпека.* – 2012. – № 4. – С. 313–318.
2. *ВОЗ.* Информационный бюллетень № 349, январь 2015 [Электронный документ]. – Режим доступа : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/ru/>. – Название с экрана.
3. *Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя.* – Женева : ВОЗ, 2014. – 48 с.
4. *Доклад по проблеме алкоголя в Европейском регионе ВОЗ. Исходный документ к основам политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ* [Электронный документ]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/Document/RC55/rbd01.pdf>. – Название с экрана.
5. *Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков»* [Электронный документ]. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/Document/RC55/rdoc06.pdf>. – Название с экрана.
6. *Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин – ЕСПАД (ESPAD) / Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка, 2011* [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.uisr.org.ua/projects>. – Назва з екрана.
7. *Животовська Л. В.* Особливості психосоціальної дезадаптації осіб з алкогольною залежністю / Л. В. Животовська, Г. Т. Сонник // *Таврический журнал психиатрии.* – 2010. – № 1 (14). – С. 23–28.
8. *Кручаниця В. В.* Детермінанти зловживання алкоголем населенням Закарпаття / В. В. Кручаниця // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* – 2016. – № 4 (70). – С. 18–22.
9. *Медико-соціальні аспекти вживання алкоголю населенням та стратегії протидії / Т. С. Грузева, В. А. Дуфинець, В. Б. Замкевич [та ін.] // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. В. В. Шафранського.* – Київ, 2016. – С. 118–127.
10. *Поширеність вживання алкоголю сільським населенням / О. В. Любінець, М. Г. Телішевська, Б. Л. Цісінський, Б. М. Самчук // Управління охороною здоров'я.* – Львів, 2008. – С. 45–46.
11. *Радченко О.* Ставлення молоді до вживання спиртних напоїв / О. Радченко, С. Радченко // *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : збірник наукових праць.* – 2008. – Т. 2. – С. 212–214.
12. *Рівень поширеності і тенденції вживання тютюну, алкогольних напоїв, наркотичних речовин серед учнівської молоді України: аналіт. звіт / Укр. ін-т соц. досліджень ім. О. Яременка.* – Київ, 2011. – 178 с.
13. *Слабкий Г. О.* Щодо тягаря проблем в Україні, пов'язаних зі споживанням алкоголю / Г. О. Слабкий, В. В. Кручаниця, А. Г. Круть // *Україна. Здоров'я нації.* – 2016. – № 1–2: Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Можливості превентивного та лікувального впливу на соціально значимі захворювання в закладах первинної медико-санітарної допомоги» (м. Ужгород, 12–13 квітня 2016 року). – С. 258–259.
14. *Сосин И. К.* О наркологической ситуации в Украине / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев // *Український вісник психоневрології.* – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 174.
15. *Engagement in risky behaviours by 15-19-year-olds from Polish urban and rural areas / K. Sygit, W. Kołtataj, A. Wojtyła [et al.] // Ann. Agric. Environ. Med.* – 2011. – № 18 (2). – P. 404–409.
16. *Framework for alcohol policy in the WHO European Region / WHO Regional Office for Europe.* Copenhagen, Denmark. – 2006. – 31 p.
17. *Predictors of risky alcohol consumption in schoolchildren and their implications for preventions for preventing alcohol-related harm [Electronic document] / M.A. Bellis, K. Hughesk, V. Morleo [et al.] // Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy.* – 2007. – Vol. 2 (15). – Access mode : <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-2-15>. – Title from screen.
18. *Wojtyła A.* Problem spożywania alkoholu wśród młodzieży w Polsce / Andrzej Wojtyła, Iwona Bojar, Przemysław Biliński // *Medycyna ogólna.* – 2010. – 16 (XLV), 4. – S. 570–580.

Дата надходження рукопису до редакції: 01.02.2018 р.

**Медико-соціальні плоскості
употреблення алкогольсодержащих напитков
среди студенческой молодежи***Н.М.Чемерис^{1, 2}, О.В.Любинец²*¹ГУ «Український інститут стратегічних досліджень
Міністерства здравоохранения України»,
г. Киев, Україна²Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, г. Львів, Україна

Цель – изучить особенности формирования и употребления алкогольсодержащих напитков студенческой молодежью г. Львова.

Материалы и методы. Исследование проведено по материалам опроса 1422 студентов в структуре восприятия, осознания и отношении студентов высших учебных заведений к проблеме употребления алкогольных напитков в молодежном окружении. Применены два типа методов статистического анализа: представление (описание) исследования и объяснения полученных фактов (установление связей между типами ответов на вопросы анкеты, оценка характера и направленности этих связей и зависимостей между данными). Полученные результаты сравнивались методом хи-квадрат.

Результаты. Установлено, что $83,54 \pm 0,98\%$ опрошенной студенческой молодежи употребляют алкогольсодержащие напитки, три четверти из них выбирают в основном алкогольные напитки с незначительным содержанием алкоголя. Основным мотивом приема таких напитков является гедонистический. Большинство респондентов из числа опрошенных, которые употребляют слабоалкогольные напитки, не считает допустимым возникновения алкогольной зависимости при потреблении ими спиртного ($56,85 \pm 1,44\%$), что свидетельствует о недостаточном уровне проведения превентивных мероприятий.

Выводы. Полученные результаты позволяют утверждать, что студенты первых курсов вузов являются привлеченными к проблеме употребления алкогольсодержащих напитков.

Ключевые слова: студенты, алкогольсодержащие напитки, опрос.

**Consumption of alcoholic drinks among
university youth: medical and social perspectives***N.M. Chemerys^{1, 2}, O.V. Lyubinetz²*¹PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches
MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine²Danylo Halytsky Lviv National Medical University,
Lviv, Ukraine

Purpose – to study the peculiarities of initiation of alcoholic drinks consumption and alcoholic beverages drinking by the student youth in Lviv.

Material and methods. The research was conducted as a survey on the structure of perception, awareness and attitude of university students to the problem of alcohol use among youth. 1422 participants were included. There were used two types of social research: descriptive (observational) study and explanatory research (identifying linkages between the types of answers to the questionnaire, assessing the nature and direction of these linkages and dependence between data). The findings were compared in a chi-square test.

Results. $83.54 \pm 0.98\%$ of the surveyed youth consume alcoholic beverages, three quarters of whom mostly choose low-alcohol drinks. The main motive for consuming low-alcohol beverages is hedonistic. The majority of respondents drinking low-alcohol beverages do not consider that their consumption will lead to alcohol addiction ($56.85 \pm 1.44\%$), which indicates the lack of preventive measures.

Conclusions. The obtained results suggest that first-year university students are involved in the problem of alcoholic drinks consumption.

Key words: students, alcoholic drinks, survey.

Відомості про авторів

Чемерис Наталія Михайлівна – пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; асистент кафедри організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна.

Любинець Олег Володимирович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна.

Тенденції медико-демографічних показників України у XXI столітті

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

Мета – вивчити динаміку медико-демографічних показників населення України у XXI столітті та виявити їх тенденції.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження були офіційні дані Державної служби статистики України про народжуваність, смертність населення, основні причини смертності. Використано демографічні методи, методи медичної та математичної статистики, комп'ютерні технології.

Результати. Проаналізовано медико-демографічну ситуацію в Україні протягом 2000–2016 рр. за коефіцієнтами народжуваності, смертності, причин смерті.

Висновки. Народжуваність населення України залишається на низькому рівні, у 2016 р. вона становила 10,3‰. Смертність населення залишається на високому, як для європейської країни, рівні – 13,7‰, незважаючи на позитивну динаміку загального коефіцієнта смертності за останні 2 роки. Втрати від основних причин смерті населення України занадто високі порівняно з розвинутими країнами світу.

Ключові слова: народжуваність, смертність, причини смерті.

Вступ

У сучасних умовах в Україні продовжує спостерігатися складна медико-демографічна ситуація. Чисельність населення впродовж останніх десятиліть неухильно скорочується. Це скорочення становить 11 млн осіб. Наприкінці 80-х років XX ст. чисельність населення складала 53 млн осіб, а в другому десятилітті XXI ст. – 42 млн осіб. Основною причиною скорочення чисельності населення України є від'ємний природний приріст, тобто перевищення числа померлих над кількістю народжених осіб. Це перевищення було максимальним у середині 90-х років XX сторіччя. Поступово зменшуючись, воно і в XXI ст. залишається на доволі високому, як для розвинутої країни, рівні. Перевищення числа померлих над кількістю народжених обумовлено зростанням смертності і зниженням народжуваності населення. Зниження, навіть падіння, народжуваності почалося на початку 90-х років минулого століття і продовжувалось до початку 2000-х. Далі був незначний період підвищення цього коефіцієнта, але в останні роки він знову зазнав тенденції до зниження, що обумовлено соціально-економічним, політичним та воєнним становищем у країні. З іншого боку, коефіцієнт смертності мав за всі ці роки тенденцію до збільшення. Основною причиною смертності населення України вже протягом багатьох десятиліть є хвороби системи кровообігу, новоутворення стало посідають другу позицію в структурі причин смерті, зовнішні дії – третю. Смертність за віковим складом померлих характеризується високим порівняно з розвинутими країнами світу рівнем смертності немовлят, перевищуючи його в 2–3 рази, та високим рівнем смертності населення працездатного віку [1–5].

Мета роботи – вивчити динаміку медико-демографічних показників населення України в XXI столітті та виявити їх тенденції.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження слугували офіційні дані державної служби статистики України про народжуваність, смертність населення, основні причини смертності за 2000–2016 рр. Використано демографічні методи, методи медичної та математичної статистики, комп'ютерні технології.

Результати дослідження та їх обговорення

Основні тенденції загальних показників народжуваності та смертності населення України за 2000–2016 рр. мають незначну позитивну динаміку. Народжуваність зросла з 7,8‰ у 2000 р. до 10,3‰ у 2016 р., смертність населення знизилась з 15,4‰ у 2000 р. до 13,7‰ у 2016 р. Але ці показники не досягли рівня більш позитивних даних початку 1990-х років (рис. 1).

Коефіцієнти народжуваності неухильно зростали у 2000–2009 рр., потім у 2010–2011 рр. дещо знижувалися, а у 2012–2014 рр. знову зростали, після чого у 2015–2016 рр. знижувалися.

Коефіцієнти смертності населення України зростали у 2000–2008 рр., потім у 2009–2013 рр. знижувалися, а у 2014–2016 рр. знову зростали, що обумовлено війною на Сході України.

Структура причин смертності населення в Україні, як і в інших розвинутих країнах, залишається незмінною протягом багатьох десятиліть. Перше місце в ній займають хвороби системи кровообігу. Слід зазначити, що на цю причину припадає до 60% усіх смертей в Україні. Протягом 2000–2016 рр. спостерігалися такі зміни в рівнях смертності від них: зростання у 2001–2008 рр., зниження у 2009 р., знову зростання у 2010 р., яке закінчилося у 2012–2013 рр., потім у 2014 р. знову зростання, але не таке значне, як у минулі роки, яке завершилося зниженням смертності у 2015–2016 рр. (рис. 2).

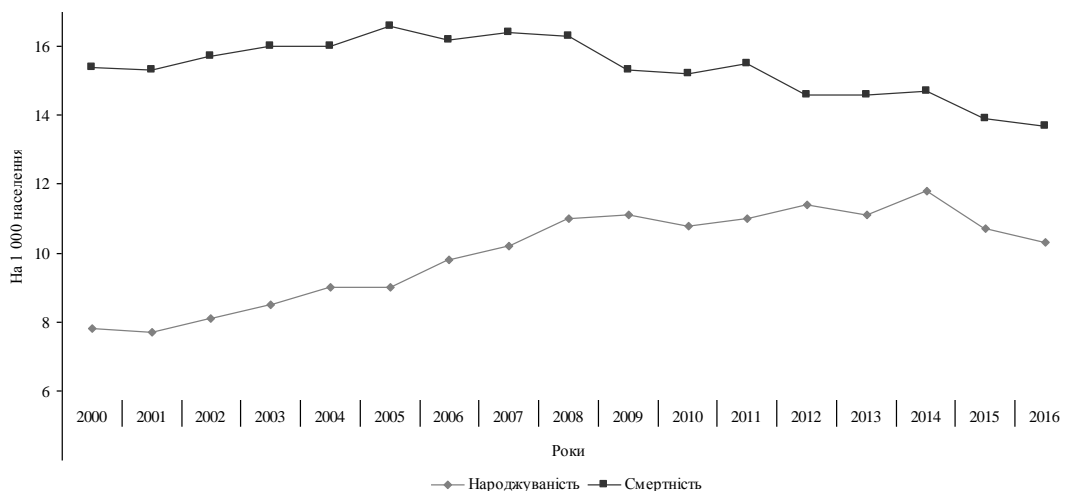


Рис. 1. Динаміка народжуваності та смертності населення України у 2000–2016 рр. на 1000 населення

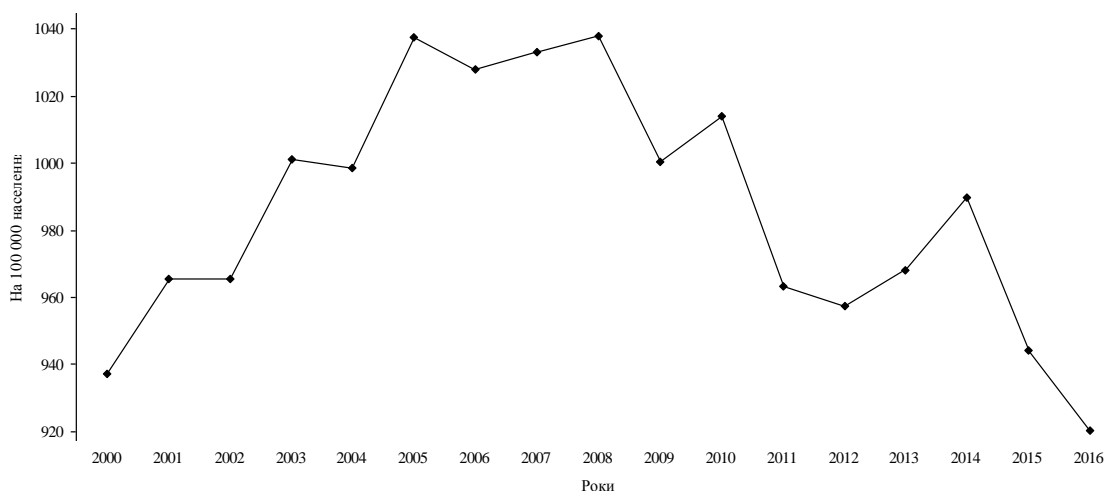


Рис. 2. Динаміка смертності населення України від хвороб системи кровообігу у 2000–2016 рр. на 100 000 населення

Смертність населення України від новоутворень за роки, що вивчались, майже не змінилась і становила 16% усіх смертей населення України (рис. 3).

Смертність від зовнішніх дій складає 5,3% від загальної смертності населення і за 2000–2016 рр. зменшилась на 50,9%. Зменшення почалось з 2002 р., з незначними підйомами у 2005 р., 2007 р. і спостерігалось до 2016 р. (рис. 4).

Смертність від хвороб органів травлення, яка посіла четверту позицію в структурі причин смерті і склала 3,8% від загальної смертності, характеризувалась зворотною тенденцією. Починаючи з 2002 р., вона стрімко зросла до 2008 р. (на 69,5%), потім стрімко знизилася, це тривало до 2011 р., потім незначно зросла у 2012–2013 рр. і знизилася до 2016 р. Однак рівень смертності від хвороб органів травлення в 2016 р. так і не досягнув рівня 2000 р. (рис. 5).

В Україні продовжує спостерігатись складна медико-демографічна ситуація. Сучасні параметри народжуваності

у два рази менші, ніж потрібно для заміщення поколінь: у середньому на одну жінку припадає 1,2 народжень при 2,15 необхідних для простого відтворення населення. Тенденції смертності населення країни характеризуються надсмертністю людей працездатного віку, переважно чоловіків, рівень смертності яких у 3 рази вищий, ніж жінок, і в 2–3 рази вищий, ніж аналогічний показник у розвинутих країнах світу.

З огляду на сучасну кризову медико-демографічну ситуацію в Україні саме збереження та поліпшення здоров'я населення є одним із найважливіших пріоритетів нації. Поліпшення здоров'я має бути кінцевою метою проведення соціально-економічних реформ. Необхідним є орієнтування усіх сфер на оздоровлення умов життя, зокрема умов праці, побуту, дієвості діяльності з метою створення суспільного середовища, сприятливого для вибору та засвоєння населенням моделі поведінки, орієнтованої на здоровий спосіб життя.

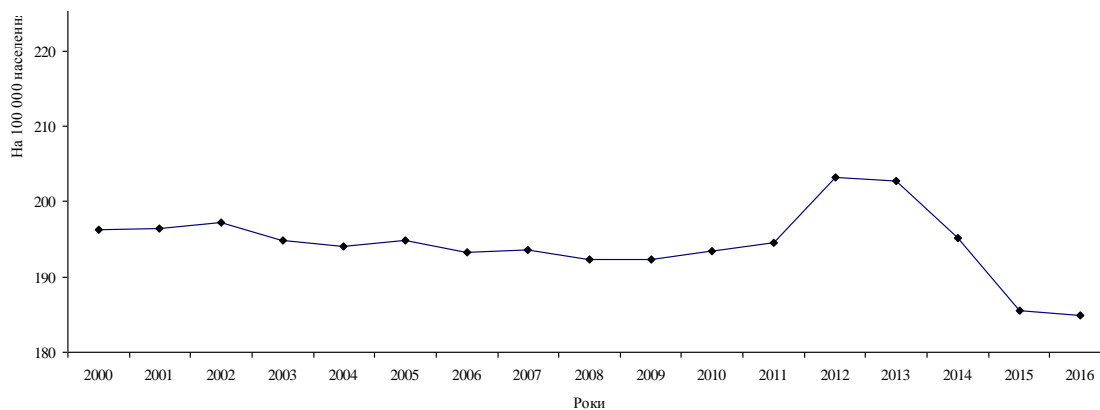


Рис. 3. Динаміка смертності населення України від новоутворень у 2000–2016 рр. на 100 000 населення

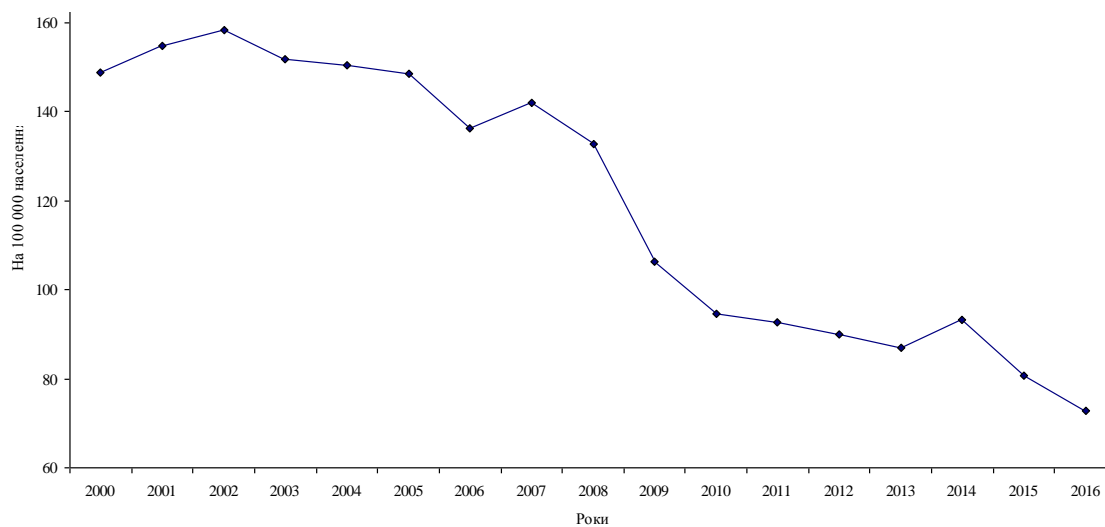


Рис. 4. Динаміка смертності населення України від зовнішніх дій у 2000–2016 рр. на 100 000 населення

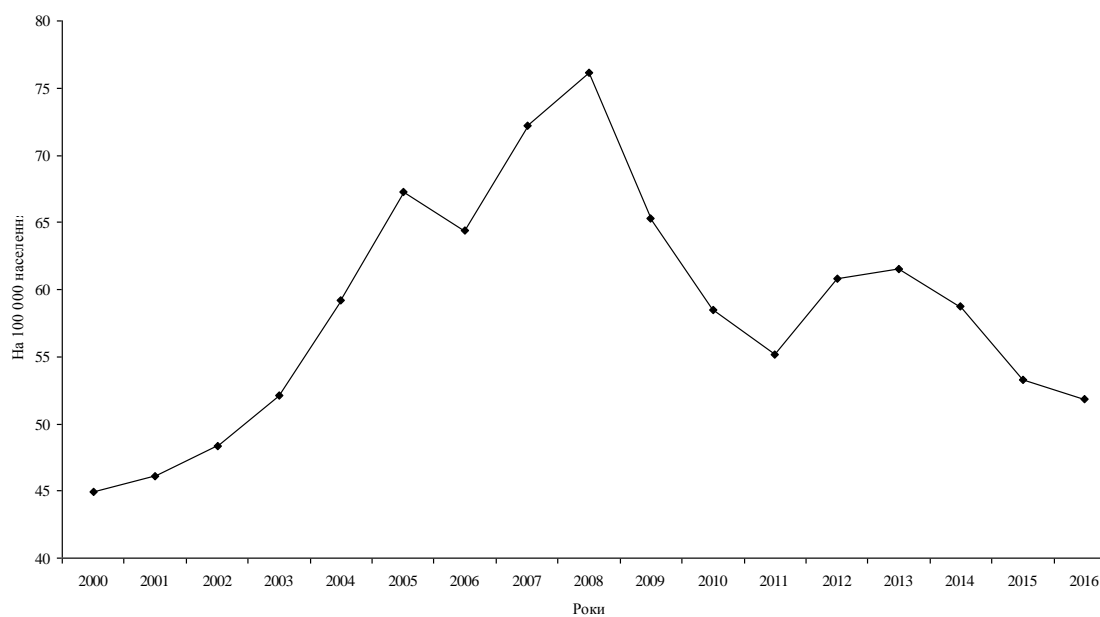


Рис. 5. Динаміка смертності населення України від хвороб органів травлення у 2000–2016 рр. на 100 000 населення

Висновки

В Україні продовжує спостерігатися складна медико-демографічна ситуація. Народжуваність населення України залишається на низькому рівні, у 2016 р. вона становила 10,3%. Смертність населення залишається на високому, як для європейської країни, рівні – 13,7%, незважаючи на позитивну динаміку загального коефіцієнта смертності за останні 2 роки.

В Україні 60% смертей зумовлені хворобами системи кровообігу, близько 16% серед причин смерті займають новоутворення (переважно злоякісні), 5,3% припадає на зовнішні причини. Негативна тенденція характерна для хвороб органів травлення (зростання на 69%). Втрати від основних причин смерті населення України залишаються занадто високими порівняно з розвинутими країнами світу.

Міжнародний досвід свідчить, що головну роль у поліпшенні стану здоров'я населення та збільшенні тривалості життя відіграє орієнтування державної політики на формування уміння в людей турбуватися про власне здоров'я та поліпшувати його якість, на досягнення високого рівня культури самозбереження. У сучасних українських умовах обмежені державні матеріальні й фінансові ресурси слід направляти на вирішення таких найактуальніших проблем, які потребують першочергових заходів державної демографічної політики.

Перспективи подальших досліджень

У подальших дослідженнях доцільно науково обґрунтувати заходи поліпшення медико-демографічної ситуації на різних рівнях управління країною.

Література

1. Аксьонова С. Ю. Трансформації народжуваності та людський розвиток: діалектика взаємозв'язку / С. Ю. Аксьонова // Населення України: демографічні складові людського розвитку / за ред. О. М. Гладуна. – Умань : Вид. «Сочінський», 2015. – С. 10–32.
2. Біляцький С. Д. Демографічна панорама сучасного світу. Нові демографічні контури / С. Д. Біляцький // Стратегія економічного розвитку України. – Київ, 2012. – Вип. 3 (10). – С. 43–54.
3. Порівняльний аналіз підходів до профілактики в Європі та Україні / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, О. П. Максименко [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3 (44). – С. 159–165.
4. Чепелевська Л. А. Медико-демографічна ситуація в Україні / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2013 рік. – Київ, 2017. – С. 11–35.
5. Шевчук П. С. Міжпоколінна диференціація смертності населення України / П. С. Шевчук // Населення України: демографічні складові людського розвитку / за ред. О. М. Гладуна. – Умань : Видавець «Сочінський», 2015. – С. 66–77.

Дата надходження рукопису до редакції: 28.12.2017 р.

Тенденции медико-демографических показателей Украины в XXI веке

Л.А. Чепелевская

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

Цель – изучить динамику медико-демографических показателей населения Украины в XXI веке и выявить их тенденции.

Материалы и методы. Материалами исследования были официальные данные Государственной службы статистики Украины о рождаемости, смертности населения, основных причинах смертности. Используются демографические методы, методы медицинской и математической статистики, компьютерные технологии.

Результаты. Проанализирована медико-демографическая ситуация в Украине в течение 2000–2016 гг. по коэффициентам рождаемости, смертности, причин смерти.

Выводы. Рождаемость населения Украины остается на низком уровне, в 2016 г. она составила 10,3‰. Смертность населения остается на высоком, как для европейской страны, уровне – 13,7‰, несмотря на положительную динамику общего коэффициента смертности за последние 2 года. Потери от основных причин смерти населения Украины слишком высокие по сравнению с развитыми странами мира.

Ключевые слова: рождаемость, смертность, причины смерти.

Trends in medical and demographic indicators of Ukraine in the XXI century

L.A. Chepelevska

PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches
MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Purpose – to study the dynamics of medical and demographic indicators of the Ukrainian population in the XXI century and to identify their trends.

Materials and methods. The materials of the study were official data of the State Statistics Service of Ukraine on fertility, mortality of the population, the main causes of mortality. Methods were demographic methods, methods of medical and mathematical statistics, computer technologies.

Results. The medical-demographic situation in Ukraine in 2000–2016 was analyzed in terms of fertility, mortality, and causes of death.

Conclusions. The birth rate of Ukraine remains low, in 2016 it was 10.3‰. Mortality remains high at the same level as for the European country – 13.7‰, despite the positive dynamics of the overall mortality rate over the past 2 years. The losses from the main causes of death of the population of Ukraine remain too high compared to the developed countries of the world.

Key words: fertility, mortality, causes of death.

Відомості про автора

Чепелевська Людмила Андріївна – д.мед.н., проф., с.н.с., завідувач відділу медико-демографічних досліджень ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 614.253.2:614.254.008.8

В.В. Кравченко

Державно-приватне партнерство як механізм удосконалення консультативно-діагностичної допомоги

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

Мета – обґрунтувати доцільність оптимізації системи консультативно-діагностичних центрів на підставі запровадження механізмів державно-приватного партнерства.

Матеріали та методи. Дослідження виконано із застосуванням методу системного підходу та аналізу.

Результати. Системний аналіз даних вітчизняної та зарубіжної літератури, матеріалів офіційної статистичної звітності, соціологічних опитувань пацієнтів та лікарів консультативно-діагностичних центрів, оцінок експертів і SWOT-аналізу, засвідчили, що перспективою розвитку комунальних консультативно-діагностичних центрів є формування їх нової організаційної моделі із господарським механізмом на принципах державно-приватного партнерства. Для переходу системи на принципи державно-приватного партнерства в Україні є інституційна база, представлена двома законами. Показано напрями розвитку державно-приватного партнерства в охороні здоров'я, перспективи та переваги від його впровадження. Визначено зовнішні та внутрішні умови для розвитку державно-приватного партнерства, необхідні практичні заходи для впровадження державно-приватного партнерства в систему консультативно-діагностичних центрів.

Висновки. Перспективою розвитку консультативно-діагностичної допомоги є формування її нової організаційної моделі з господарським механізмом на принципах державно-приватного партнерства.

Ключові слова: консультативно-діагностична допомога, державно-приватне партнерство.

Вступ

На даний час надзвичайно важливим результатом організації системи консультативно-діагностичних центрів (КДЦ) у великих містах України є створення умов для ранньої доклінічної діагностики поширених соціально вагомих захворювань, особливо тих, які призводять до ранньої інвалідизації населення, а також ефективного подолання дефіциту якісної спеціалізованої висококваліфікованої діагностичної допомоги населенню.

Одним із вагомих організаційно-технологічних аспектів подальшого підвищення доступності та ефективності медичної допомоги в закладах охорони здоров'я є модернізація їх діяльності за рахунок запровадження механізмів державно-приватного партнерства (ДПП). Залучення приватного капіталу до медичного сектора на сьогодні є загальносвітовою тенденцією [4, 6]. ДПП є ефективним інструментом вирішення ряду важливих соціально-економічних завдань. Механізми ДПП забезпечують юридичну і господарську самостійність закладам охорони здоров'я, їх економічну стійкість, якість наданої медичної допомоги та доступність високовартісних видів лікування [1].

На сьогодні стає очевидним, що модернізація державного сектора системи охорони здоров'я, особливо його фінансування і управління, може бути здійсненим лише за участі бізнесу та інтеграції інтересів держави, бізнесу і пацієнтів [2, 3].

Мета роботи – обґрунтувати доцільність оптимізації системи комунальних консультативно-

діагностичних центрів на підставі запровадження механізмів ДПП.

Матеріали та методи

Дослідження виконано із застосуванням методу системного підходу й аналізу. Інформаційною базою для його реалізації стали наукові праці фахівців з організації та управління охороною здоров'я, нормативні документи за проблемою, а також результати власних досліджень.

Результати дослідження та їх обговорення

З метою визначення ефективності роботи системи КДЦ у м. Києві здійснено комплексний аналіз їх діяльності та ресурсного забезпечення за період 2015–2017 рр. на підставі матеріалів офіційної статистичної звітності, результатів соціологічного опитування пацієнтів та лікарів КДЦ, оцінок експертів і SWOT-аналізу.

Проведене дослідження дало змогу критично оцінити стан досліджуваного об'єкта і зробити висновок про незадовільне фінансування та матеріально-технічне оснащення КДЦ, про невідповідність медичної допомоги у КДЦ сучасним потребам населення, неможливість діючої моделі КДЦ та її управлінського апарату забезпечити медичну, соціальну та економічну ефективність закладів.

Результати одержаної комплексної медико-соціальної характеристики стану організації медичної допомоги в діючих комунальних КДЦ засвідчили

необхідність пошуку шляхів їх розвитку та удосконалення діяльності.

Проведений системний аналіз даних вітчизняної та зарубіжної літератури показав, що перспективою розвитку комунальних КДЦ є формування її нової організаційної моделі із господарським механізмом на принципах комунально-приватного партнерства.

ДПП являє собою інституційні відносини між державою і суб'єктами підприємництва, у рамках якого держава і суб'єкти підприємництва діють спільно для надання послуг, мають однакове розуміння цілей і шляхів співпраці. ДПП є однією з найбільш перспективних форм взаємодії в економіці охорони здоров'я, що дає змогу ефективно використовувати ресурси [8].

Інституційна база України із загальних питань взаємодії між державою та суб'єктами підприємництва представлена такими законами:

1. Закон України від 01.07.2010 № 2404-VI «Про державно-приватне партнерство» [5].

2. Закон України від 24.11.2015 № 817-VIII «Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні» [7].

Для забезпечення ефективної взаємодії держави і бізнесу при вирішенні питань, спрямованих на сталий соціально-економічний розвиток системи охорони здоров'я населення, основною метою є формування державної політики та правове регулювання відносин у сфері формування ДПП, розробка і реалізація проектів ДПП в охороні здоров'я.

Завдання та індикативні показники розвитку даного напрямку:

- визначення пріоритетних напрямів використання механізмів ДПП у сфері надання консультативно-діагностичної допомоги населенню великих міст;

- створення умов для застосування механізмів ДПП при реалізації цільових програм оптимізації діяльності системи КДЦ великих міст;

- створити умов для підвищення інвестиційної привабливості проектів, які реалізуються на основі ДПП для інвесторів;

- забезпечення за рахунок впровадження ДПП у систему КДЦ;

- зниження показників смертності населення від керованих причин;

- збільшення показників задоволеності населення медичною допомогою.

Перспективою розвитку ДПП у системі консультативно-діагностичної допомоги є розробка сучасної моделі КДЦ із механізмами ДПП. Це буде сприяти:

- застосуванню інноваційних технологій організації лікувально-діагностичного процесу із залученням суб'єктів підприємництва до впровадження високотехнологічної медичної допомоги;

- розвитку інфраструктури надання медичної допомоги у КДЦ;

- створенню рівних умов для медичних відділень із різними формами власності, що, у свою чергу, надасть

додаткові можливості для населення щодо отримання якісної, висококваліфікованої та доступної медичної допомоги.

Для ефективної інтеграції інтересів держави і бізнесу у формі ДПП мають бути сформовані необхідні умови.

До зовнішніх умов слід віднести:

- запровадження обов'язкового медичного страхування (ОМС) як форми соціального захисту інтересів населення в охороні здоров'я, що дає змогу гарантувати громадянину безкоштовне надання певного обсягу медичних послуг при виникненні страхового випадку (порушенні стану здоров'я);

- створення рівних конкурентних можливостей (висунення єдиних вимог до медичних організацій незалежно від їх форми власності, відмова від адміністративного прикріплення, реалізація права вибору пацієнтом медичної організації);

- тарифна політика (включення усіх статей витрат до складу тарифу, одноканальне фінансування за рахунок коштів ОМС, економічно обґрунтована величина тарифу);
- розподіл ризиків між державою і підприємцем.

До внутрішніх умов можна віднести:

- ефективний менеджмент в управлінні ресурсами і витратами, моніторинг управлінського обліку в КДЦ;

- добір кваліфікованих кадрів, створення привабливого середовища для працівників (імідж організації, розмір заробітної плати, формування корпоративної культури, підвищення кваліфікації та навчання персоналу, застосування психологічних тренінгів і рольових ігор);

- наявність сучасного високотехнологічного обладнання та інформаційної інфраструктури;

- задоволення потреб пацієнтів на основі підвищення якості медичної допомоги та створення привабливого середовища (подовження часу роботи організації, реклама, надання супутніх послуг (аптека), розширення спектра діагностичних послуг).

Запровадження ДПП у систему комунальних КДЦ забезпечить такі переваги:

- успішне здійснення великого інфраструктурного проекту;

- ефективний розвиток системи комунальних КДЦ;

- підвищення якості медичних послуг населенню, наданих державно-приватними КДЦ;

- розвиток інноваційних форм фінансування;

- використання досвіду та професіоналізму приватного сектора при збереженні державного контролю над активами;

- стимулювання підприємницького мислення і впровадження передових методів управління в органах влади;

- розвиток співпраці та формування дієвих відносин між бізнесом і владою.

Водночас, для стимулювання розвитку ДПП необхідним є проведення ряду практичних заходів, зокрема:

- розробка стратегії запровадження ДПП із позицій системного підходу;

- створення інституційно-правової, економічної та організаційної бази;

- створення координуючого і регулюючого органу;
- підготовка фахівців, які мають професійні компетенції в цій сфері;

- формування сприятливої громадської думки щодо передачі бізнесу функцій володіння і користування об'єктами державної та муніципальної власності.

З огляду на вищевикладене, використання ДПП у системі КДЦ зможе забезпечити:

- стабілізацію економічного статусу КДЦ;
- розвиток високотехнологічної медичної допомоги;

- удосконалення нормативно-правової бази;
- цільову підготовку кадрів у структурах післядипломної освіти;

- стажування лікарів у провідних світових клініках, створення навчальних центрів із залученням зарубіжних фахівців.

Висновки

Перехід до використання ДПП у системі консультативно-діагностичної допомоги дасть змогу поліпшити ситуацію в системі за рахунок використання додаткових джерел інвестицій, оптимізації витрат і створення умов для технологічного прориву і стабільного розвитку КДЦ, що призведе до підвищення якості та доступності медичної допомоги.

Таким чином, перспективою для розвитку системи консультативно-діагностичної допомоги є ДПП і формування функціонально-організаційної моделі КДЦ на принципах ДПП, яка дасть змогу забезпечити ефективне адресне використання ресурсів, підвищення якості та доступності медичної допомоги.

Перспективи подальших досліджень полягають у використанні отриманого досвіду в розробці оптимізованої моделі КДЦ на принципах ДПП.

Література

1. *Гойда Н. Г.* Державно-приватне партнерство в діяльності лікарні: світовий досвід та перспективи впровадження в Україні / Н. Г. Гойда, Н. В. Курділь // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2012. – № 2/3. – С. 68–71
2. *Горожанкіна М. Є.* Державно-приватне партнерство: сучасна модель інтеграції інтересів / М. Є. Горожанкіна // Наук. вісник НЛТУ України. – 2011. – Вип. 21. – С. 176–183.
3. *Государственно-частное* партнерство как инновационная форма развития российского здравоохранения / М. Е. Добрусина, Г. Н. Завьялова, О. Н. Тулупова, С. М. Хлынин // Вестник Томского государственного университета. Экономика. – 2011. – № 1 (13). – С. 142–147.
4. *Запорожец С.* Проблемы реализации государственно-частного партнерства в Украине на уровне города / С. Запорожец // Правовой международный журнал «LegeasiViata». – 2015. – № 4/2. – С. 31–34.
5. *Красюк Н. Л.* Государственно-частное партнерство (ГЧП) как механизм взаимодействия властных структур и бизнеса в региональном развитии / Н. Л. Красюк, Е. В. Фирсова // Актуальные вопросы экономики, менеджмента и финансов в современных условиях. – Санкт-Петербург : Инновационный центр развития образования и науки, 2015. – С. 301–304.
6. *Основа* государственно-частного партнерства (теория, методология, практика) / В. Варнавский, А. Зельднер, В. Мочальников, С. Сильвестров. – Москва : Анкил, 2015. – 252 с.
7. *Про* внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні : Закон України від 24.11.2015 № 817-VIII // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 2016. – № 10. – Ст. 97.
8. *Про* державно-приватне партнерство із змінами, внесеними згідно із Законами ВВР N 5007-VI (5007-17) від 21.06.2012, 16.10.2012 : Закон України від 1 липня 2010 р. № 2404-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : – <http://zakon2.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 28.12.2017 р.

**Государственно-частное партнерство
как механизм совершенствования консультативно-
диагностической помощи**

В.В. Кравченко

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

Цель – обосновать целесообразность оптимизации системы коммунальных консультативно-диагностических центров на основании внедрения механизмов государственно-частного партнерства.

Материалы и методы. Исследование выполнено с применением метода системного подхода и анализа.

Результаты. Системный анализ данных отечественной и зарубежной литературы материалов официальной статистической отчетности, социологических опросов пациентов и врачей консультативно-диагностических центров, оценок экспертов и SWOT-анализа показали, что перспективой развития коммунальных консультативно-диагностических центров является формирование их новой организационной модели с хозяйственным механизмом на принципах государственно-частного партнерства. Для перехода системы на принципы государственно-частного партнерства в Украине является институциональная база, которая представлена двумя законами. Показаны направления развития государственно-частного партнерства в здравоохранении перспективы и преимущества от его применения. Определены внешние и внутренние условия для развития государственно-частного партнерства, необходимые практические меры для внедрения государственно-частного партнерства в систему консультативно-диагностической службы.

Выводы. Перспективой развития консультативно-диагностической помощи является формирование ее новой организационной модели с хозяйственным механизмом на принципах государственно-частного партнерства.

Ключевые слова: консультативно-диагностическая помощь, государственно-частное партнерство.

**Public-private partnership as a mechanism
of improving of consultation and diagnostic care**

V.V. Kravchenko

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Purpose – to substantiate the feasibility of optimization the system of public consulting and diagnostic centers on the basis of the introduction of public-private partnership mechanisms.

Materials and methods. The study was carried out using the method of the system approach and analysis. The information base for its implementation was the scientific works of specialists in the organization and management of health care, regulatory documents on the problem, as well as the results of our own research.

Results. The results of the complex medical and social analysis of the state of the organization of medical care in the existing communal consultation and diagnostic centers, showed unsatisfactory financing of consultation and diagnostic centers, the inability of the current model of the consultation and diagnostic centers to provide medical, social and economical efficiency. This makes it necessary to search for ways of developing and improving the consultative and diagnostic centers. System analysis of data from domestic and foreign literature has shown that the prospect of the development of communal consultation and diagnostic centers is the formation of their new organizational model with an economic mechanism based on public-private partnership principles. For the transition of the system to the principles of public-private partnership in Ukraine is the institutional base, which is represented by two laws. The article shows the directions of public-private partnership development in healthcare and the prospects and benefits from its application. The external and internal conditions for the development of public-private partnership, the necessary practical measures for the introduction of public-private partnership into the system of consulting and diagnostic services are determined.

Conclusions. The formation of a new organizational model with an economic mechanism based on PPP principles is the prospect of developing consultative and diagnostic care.

Key words: consultative and diagnostic care, public-private partnership.

Відомості про авторів

Кравченко Василь Віталійович – Заслужений лікар України, к.мед.н., докторант кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

УДК 616.89-008.441.3-082(477.87)

В.В. Кручаниця¹, І.С. Миронюк², Г.О. Слабкий²

Організація замісної підтримуючої терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків у Закарпатській області

¹ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна
²ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Мета – вивчити та проаналізувати дані щодо організації замісної підтримуючої терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків у Закарпатській області.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження слугували дані статистичної звітності за період 2008–2017 рр. Закарпатського наркологічного диспансеру. У роботі використано бібліосемантичний та статистичний методи і метод структурно-логічного аналізу.

Результати. За час реалізації програми замісної підтримуючої терапії в Закарпатській області в ній взяли участь 174 споживачі ін'єкційних наркотиків опіоїдної групи, з яких завершили програму, з різних причин, 139 осіб, а 35 осіб її продовжують.

Висновки. Споживачі ін'єкційних наркотиків опіоїдної групи Закарпатської області показали високий рівень прихильності до замісної підтримуючої терапії.

Ключові слова: споживачі ін'єкційних наркотиків, опіоїди, замісна підтримуюча терапія, програма, Закарпатська область.

Вступ

Замісна підтримуюча терапія (ЗПТ) – один із найбільш ефективних методів лікування опіоїдної залежності. За його допомогою можна зменшити значні витрати, спричинені опіоїдною залежністю, для самих індивідів, їхніх родин та для суспільства в цілому – головним чином, завдяки скороченню вживання героїну, зменшенню кількості пов'язаних із цим смертельних випадків і випадків поведіння, з високим ризиком інфікування ВІЛ, а також зниженню рівня злочинності. Замісна підтримуюча терапія – найбільш прийнятний для населення метод лікування пацієнтів з опіоїдною залежністю та профілактики інфікування ВІЛ серед СІН [5].

Метадон та бупренорфін (препарати, що використовуються для ЗПТ) включені в Примірний перелік основних лікарських засобів ВООЗ [2].

В Україні під диспансерним наглядом унаслідок вживання опіоїдів, станом на 01.01.2017 р. перебувало 42 247 осіб, з них 2 144 вперше виявлені в 2017 р. У цілому по країні рівень поширеності розладів психіки та поведінки через уживання опіоїдів становить 99,7 особи на 100 тис. населення з найбільшою поширеністю розладів у таких регіонах: м. Київ (208,1 особи на 100 тис. населення), Миколаївська область (205,8), Одеська (182,6), Кіровоградська (162,9), Запорізька (160), Дніпропетровська (143,3), Чернігівська (130,1). Своєю чергою, найменша поширеність розладів спостерігається в таких областях: Закарпатській (11,3), Львівській (38,5), Тернопільській (42,5), Харківській та Чернівецькій (по 44,6).

Кількість хворих на психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів відносно всіх осіб, які знаходяться під диспансерним наглядом, значно

відрізняється залежно від регіону та становить від 10 до 95% усіх наркозалежних [1].

На сьогоднішній день питання вживання та залежності від опіоїдів в Україні стоїть надзвичайно гостро і розглядається в площині громадського здоров'я через значний рівень поширеності ВІЛ/СНІД, туберкульозу, вірусних гепатитів В та С серед СІН, та зокрема споживачів опіоїдів.

Особи, що хворіють на опіоїдну залежність, потребують уваги не лише через власне медичну та соціальну значущість проблеми, але й тому, що практика споживання ін'єкційних наркотиків створює величезний ризик розповсюдження ВІЛ-інфекції, туберкульозу, вірусних гепатитів та інших захворювань у середовищі СІН, та, як наслідок, сприяє поширенню захворюваності серед загального населення [4].

Мета роботи – вивчити та проаналізувати дані щодо організації ЗПТ для СІН у Закарпатській області.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження слугували дані статистичної звітності за період 2008–2018 рр. (січень) Закарпатського наркологічного диспансеру. У роботі використано бібліосемантичний та статистичний методи, а також метод структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

З метою забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, зменшення потреби в пошуку нелегального наркотику, недопущення тяжких випадків отруєнь наркотиками серед хворих на наркоманію, підвищення

якості їхнього життя, базуючись на міжнародному та вітчизняному досвіді, та на виконання наказів МОЗ України і управління охорони здоров'я у 2008 р. в області впроваджена програма ЗПТ для СН.

Від початку реалізації програми ЗПТ прийнято 174 пацієнти, завершили ЗПТ (із різних причин) – 139 осіб, продовжують її – 35 осіб (табл. 1).

Таблиця 1
Кількість осіб, які прийняті та вибули з програми замісної підтримуючої терапії за 2008–2018 рр.

Рік початку ЗПТ	Прийняті в програму ЗПТ, усього	Вибули з програми ЗПТ осіб											Продовжують участь у програмі ЗПТ
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
2008	27	11	8	3	1	1			1				2
2009	36		10	7	7	1	3	1	1				6
2010	21			3	6	2	1	2	1	3			3
2011	13				8	3	1				1		
2012	16					4	3	3	1	1			4
2013	11						4	3	1				3
2014	18							6	7	1	1		3
2015	16								6	6			4
2016	11									2	2		7
2017	5										1	1	3
Усього	174	11	18	13	22	11	12	15	18	13	5	1	35

Одним із найважливіших індикаторів ефективності програми є показник утримання в лікуванні. Він розраховується як відсоток за певний період (найчастіше – 1 рік) [3]. Інші показники, що можуть свідчити про ефективність або неефективність програми:

- відсоток пацієнтів, які пройшли всі медичні обстеження;
- кількість пацієнтів, які працевлаштувались або відновили документи за певний термін;
- кількість нових випадків ВІЛ і гепатитів (сероконверсій) серед клієнтів програми;
- кількість ВІЛ-інфікованих, які отримують антиретровірусну терапію (АРТ) тощо.

Із 35 пацієнтів, які продовжують участь у програмі ЗПТ, даний показник утримання в програмі ЗПТ понад 1 рік становить 32 особи (91,4%).

За іншими показниками, рекомендованими для оцінки ефективності програми ЗПТ: усі учасники

програми ЗПТ проходять медичне обстеження перед її початком та в плановому порядку – не менше ніж 1 раз на рік. Зокрема, скринінг на туберкульоз, ВІЛ, вірусний гепатит С. Нових випадків ВІЛ та гепатитів серед пацієнтів програми за весь період реалізації програми ЗПТ не виявлено.

Серед усіх пацієнтів програми ЗПТ 8,6% становлять ВІЛ-інфіковані пацієнти, в яких ЗПТ дає змогу проводити АРТ. У 87,4% діагностовано гепатит С.

Серед обстежених 31,4% (11 особам) встановлено групу інвалідності за загальним захворюванням. Рівень зайнятості пацієнтів ЗПТ коливається у межах 54–62%.

З усіх учасників ЗПТ (174 особи) 18,4% (32 особи) склали жінки, 81,6% (142 особи) – чоловіки. Середній вік жінок – 32,7 року; середній вік чоловіків – 32,6 року. Середній стаж вживання опіоїдів на момент прийому до програми ЗПТ у жінок дорівнював 9,5 року, у чоловіків – 12,5 року (табл. 2).

Таблиця 2
Розподіл учасників замісної підтримуючої терапії за статтю, середніми віком і стажем вживання опіоїдів

Рік початку ЗПТ	Жінки			Чоловіки			Усього	Середній стаж споживання опіоїдів на момент прийому у програму ЗПТ	Середній вік
	к-ть	середній стаж	середній вік	к-ть	середній стаж	середній вік			
2008	6	7,7	33,0	21	9,2	30,0	27	8,9	30,7
2009	9	9,2	32,3	27	9,7	29,5	36	9,6	30,2
2010	1	4,0	31,0	20	13,4	33,3	21	13,0	33,2
2011	2	17,5	35,0	11	11,5	30,9	13	12,4	31,5

Продовження таблиці 2

2012	2	8,0	32,0	14	11,5	31,1	16	11,1	31,2
2013	4	11,8	37,8	7	9,4	29,4	11	10,3	32,5
2014	3	12,3	33,0	15	15,1	33,8	18	14,6	33,7
2015	4	7,8	29,3	12	16,1	37,6	16	14,0	35,5
2016				11	18,8	40,5	11	18,8	40,5
2017	1	5,0	26,0	4	18,3	37,3	5	15,6	35,0
Усього	32	9,5	32,7	142	12,5	32,6	174	11,9	32,6

За період реалізації програми ЗПТ, станом на 01.03.2018 р., з програми ЗПТ вибули 139 осіб, із них 41,01% завершили курс програми ЗПТ, 17,27% припинили її за власним бажанням, 15,83% виписані у зв'язку із порушенням правил участі у ЗПТ, 13,67% вибули у зв'язку

з переадресацією до іншого лікувально-профілактичного закладу, 6,47% – у зв'язку з ув'язненням, 2,16% – у зв'язку зі смертю, 2,15% – у зв'язку зі зміною проживання, 1,44% – у зв'язку з медичними протипоказаннями (табл. 3).

Таблиця 3

Кількість осіб, які вибули з програми замісної підтримуючої терапії (за причинами припинення)

Рік припинення участі у програмі ЗПТ	Причина припинення	Абс.	%
2008	адміністративна виписка з ініціативи персоналу	6	4,32
	за медичними показаннями	1	0,72
	завершення курсу ЗПТ	3	2,16
	позбавлення пацієнта волі	1	0,72
2009	адміністративна виписка з ініціативи персоналу	8	5,76
	за медичними показаннями	1	0,72
	завершення курсу ЗПТ	9	6,47
2010	адміністративна виписка з ініціативи персоналу	1	0,72
	завершення курсу ЗПТ	10	7,19
	переадресація до іншого ЛПЗ	1	0,72
	позбавлення пацієнта волі	1	0,72
2011	адміністративна виписка з ініціативи персоналу	1	0,72
	завершення курсу ЗПТ	14	10,07
	переадресація до іншого ЛПЗ	4	2,88
	позбавлення пацієнта волі	2	1,44
	смерть	1	0,72
2012	адміністративна виписка з ініціативи персоналу	2	1,44
	за власним бажанням	4	2,88
	завершення курсу ЗПТ	2	1,44
	переадресація до іншого ЛПЗ	2	1,44
	позбавлення пацієнта волі	1	0,72
2013	адміністративна виписка з ініціативи персоналу	1	0,72
	за власним бажанням	3	2,16
	завершення курсу ЗПТ	3	2,16
	зміна місця проживання (якщо пацієнт не переадресований до іншого ЛПЗ)	2	1,44
	переадресація до іншого ЛПЗ	1	0,72
	позбавлення пацієнта волі	1	0,72
	смерть	1	0,72

Продовження таблиці 3

2014	за власним бажанням	6	4,32
	завершення курсу ЗПТ	3	2,16
	переадресація до іншого ЛПЗ	5	3,60
	позбавлення пацієнта волі	1	0,72
2015	за власним бажанням	4	2,88
	завершення курсу ЗПТ	9	6,47
	переадресація до іншого ЛПЗ	4	2,88
	смерть	1	0,72
2016	адміністративна виписка з ініціативи персоналу	1	0,72
	за власним бажанням	7	5,04
	завершення курсу ЗПТ	2	1,44
	переадресація до іншого ЛПЗ	2	1,44
	позбавлення пацієнта волі	1	0,72
2017	завершення курсу ЗПТ	5	3,6
2018 (станом на 01.02.2018)	зміна місця проживання (якщо пацієнт не переадресований до іншого ЛПЗ)	1	0,72
Усього		139	100,00

Висновки

За час реалізації в Закарпатській області програми ЗПТ у ній взяли участь 174 споживачі ін'єкційних наркотиків опіоїдної групи, з яких 139 осіб завершили програму ЗПТ із різних причин, а 35 осіб її продовжують.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням доступності ЗПТ для ін'єкційних наркотиків в області за місцем їх проживання.

Література

1. *Наркологічні проблеми здоров'я населення* / Т. С. Грузєва, Д. Д. Дячук, О. Л. Зюков [та ін.] // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ : МВЦ «Медінформ», 2017. – С. 136–139.
2. *Примерный перечень основных лекарственных средств* [Электронный ресурс] / ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС. – Женева : ВОЗ, 2007. – Режим доступа : http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EssMedsList_15th-ru.pdf. – Название с экрана.
3. *Про затвердження методичних рекомендацій «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні із синдромом залежності від опіоїдів»* : наказ МОЗ України від 10.11.2008 № 645 – Режим доступу : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ8828.html. – Назва з екрана.
4. *Психічні та поведінкові розлади (синдром залежності) внаслідок вживання опіоїдів* : клінічна настанова [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/klinichni-nastanovy/item/116-psykhichni-ta-posedinkovi-rozlady-syndrom-zalezhnosti-vnaslidok-vzhivannia-opioidiv>. – Назва з екрана.
5. *Совместная позиция – заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа* [Электронный ресурс] / ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС. – Женева : ВОЗ, 2004. – Режим доступа : http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_Russian.pdf. – Название с экрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.02.2018 р.

Организация заместительной поддерживающей терапии для потребителей инъекционных наркотиков в Закарпатской области

В.В. Кручаниця¹, И.С. Миронюк², Г.А. Слабкий²

¹ГУ «Украинский институт стратегических исследований Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина

²ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород, Украина

Цель – изучить и проанализировать данные по организации заместительной поддерживающей терапии для потребителей инъекционных наркотиков в Закарпатской области.

Материалы и методы. Материалами исследования служили данные статистической отчетности за период 2008–2017 гг. Закарпатского наркологического диспансера. В работе использованы библиосемантический и статистический методы и метод структурно-логического анализа.

Результаты. За время реализации программы заместительной поддерживающей терапии в Закарпатской области в ней приняли участие 174 потребителя наркотиков опиоидной группы, из которых завершили программу, по разным причинам, 139 лиц, а 35 лиц ее продолжают.

Выводы. Потребители инъекционных наркотиков опиоидной группы Закарпатской области показали высокий уровень приверженности заместительной поддерживающей терапии.

Ключевые слова: потребители инъекционных наркотиков, опиоиды, заместительная поддерживающая терапия, программа, Закарпатская область.

Organization of substitution maintenance therapy for injecting drug users in the Transcarpathian region

V.V. Kruchanytsia¹, I.S. Myronyuk², G.O. Slabkiy²

¹PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

²SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to study and analyze the data as for organization of substitution maintenance therapy for injecting drug users in Transcarpathian region.

Materials and methods. The data of statistical reporting for the period 2008–2017 of Transcarpathian narcologic dispensary were used as the materials of research. Bibliosemantic and statistical methods and the method of structural-and-logical analysis were applied in the course of study.

Results. 174 users of injecting drugs of opioid group took part in SMT program during its implementation in Transcarpathian region with 139 persons who for different reasons have completed SMT program and 35 persons continuing supportive maintenance therapy.

Conclusions. The users of injecting drugs of opioid group in Transcarpathian region demonstrated a high level of commitment to substitution maintenance therapy.

Key words: users of injecting drugs, opioids, substitution maintenance therapy, program, Transcarpathian region.

Відомості про авторів

Кручаниця Василь Васильович – пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Миронюк Іван Святославович – д.мед.н., декан факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, 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.

Деякі питання організації первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню Черкаської області

Управління охорони здоров'я Черкаської облдержадміністрації, м. Черкаси, Україна

Мета – вивчити та проаналізувати мережу закладів охорони здоров'я і показники діяльності первинної медико-санітарної допомоги Черкаської області.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності Черкаської області за період 2014–2016 рр. Використано статистичний метод дослідження.

Результати. Розвиток первинної медико-санітарної допомоги є пріоритетним. В області функціонує 13 центрів первинної медико-санітарної допомоги та 156 сімейних амбулаторій. Укомплектованість штатних посад лікарів загальної практики – сімейних лікарів у 7 районах становить менше 60%. Показано низький рівень оснащення сімейних амбулаторій медичним обладнанням і санітарним автотранспортом. Частка дорослого сільського населення, що обслуговується за сімейним принципом в області, становить 87,9%, а дитячого – 61,7%. Середня кількість населення, прикріпленого до одного сімейного лікаря, становить 2804 особи. Кількість звернень дорослого сільського населення до сімейного лікаря (на одну дорослу людину) в середньому по області становить 2,1, а дитячого – 3 рази.

Висновки. При пріоритетному розвитку мережі закладів охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги сільському населенню відмічається низький рівень її ресурсного забезпечення та показників діяльності.

Ключові слова: Черкаська область, сільське населення, первинна медико-санітарна допомога, показники.

Вступ

У ході реформування системи охорони здоров'я України розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини є пріоритетним напрямом [4, 6, 7]. Основні підходи до розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини були відпрацьовані в пілотних регіонах із реформування охорони здоров'я [1–3, 5, 8, 9] і продовжують удосконалюватися в сучасних умовах.

Мета роботи – вивчити та проаналізувати мережу закладів охорони здоров'я та показники діяльності ПМСД Черкаської області.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності Черкаської області за період 2014–2016 рр. При виконанні роботи використано статистичний метод дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення

Розвиток ПМСД у Черкаській області є пріоритетним у процесі реформування системи надання медичної допомоги населення. Так, за 2014–2016 рр. в області створено 12 центрів ПМСД з їх загальною кількістю 13. Загальна кількість лікарських амбулаторій збільшилася на 19 і склала 156, при цьому кількість лікарських амбулаторій у складі центрів ПМСД збільшилася на 99 і становила 107 амбулаторій.

Наступним кроком дослідження було вивчення рівня забезпечення штатними посадами сільського

населення Черкаської області лікарів загальної практики – сімейних лікарів та рівень укомплектованості вказаних штатних посад за період 2014–2016 рр. (табл. 1).

Аналіз наведених у табл. 1 даних вказує на те, що за період дослідження забезпеченість сільського населення області штатними посадами лікарів загальної практики – сімейних лікарів збільшилася в усіх районах області, крім Драбівського, Золотоніського, Канівського, Смілянського, Черкаського, на території яких даний показник знизився. При цьому в розрізі адміністративних районів показник забезпеченості сільського населення області штатними посадами лікарів загальної практики – сімейних лікарів має достовірні відмінності. Так, граничні показники забезпеченості коливаються в 3,1 разу: від 2,1 у Лисянському до 6,6 в Кам'янському районі.

Граничні показники укомплектованості штатних посад лікарів загальної практики – сімейних лікарів у межах адміністративних територій коливаються у 2,4 разу: від 41,1% у Драбівському до 100,0% Монастирищенському районі. При цьому укомплектованість штатних посад лікарів загальної практики – сімейних лікарів у Драбівському, Лисянському, Тальнівському, Уманському, Черкаському, Чернобаївському та Чигиринському районах становить менше 60%.

У 22 сімейних амбулаторіях штатні посади лікарів загальної практики – сімейних лікарів не укомплектовані фізичними особами та в 48 ФАПх штатні посади медичних працівників не укомплектовані основним працівником.

Наступним кроком дослідження було вивчення рівня оснащення сімейних амбулаторій медичним обладнанням згідно з табелем оснащення та діючим автотранспортом відповідно до потреби (табл. 2).

Таблиця 1

Забезпечення штатними посадами сільського населення Черкаської області лікарів загальної практики – сімейних лікарів та рівень укомплектованості штатних посад, 2014–2016 рр.

Адміністративний район	Забезпечення на 10 тис. населення			Укомплектованість, %		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Городищенський	5,8	6,4	6,2	73,8	77,6	76,9
Драбівський	4,5	4,2	3,1	52,0	45,8	41,1
Жашківський	4,5	4,0	4,7	74,7	69,0	71,6
Звенигородський	4,4	4,3	4,5	71,4	59,4	60,6
Золотоніський	4,2	4,2	3,0	75,9	76,9	62,2
Кам'янський	4,6	5,8	6,6	76,5	83,1	91,1
Канівський	5,3	4,9	4,8	76,8	62,9	59,2
Катеринопільський	4,5	4,5	5,4	73,3	78,6	82,5
Корсунь-Шевченківський	4,3	4,9	5,2	60,8	69,4	67,2
Лисянський	2,1	2,1	2,1	48,8	42,6	46,5
Маньківський	5,0	5,8	6,2	69,1	81,0	84,0
Монастирищенський	4,1	4,4	5,6	87,0	85,3	100
Смілянський	4,3	4,3	4,1	77,8	77,8	72,2
Тальнівський	2,6	3,2	4,7	40,4	43,6	54,7
Уманський	3,7	4,4	4,2	59,8	62,8	55,8
Христинівський	4,5	5,4	6,5	81,0	77,6	78,0
Черкаський	4,7	4,7	4,6	52,2	56,5	52,3
Чигиринський	4,4	4,5	4,5	75,0	57,1	51,6
Чорнобаївський	4,1	5,3	4,9	61,8	67,7	59,7
Шполянський	5,5	5,5	6,3	78,0	75,6	75,5

Таблиця 2

Оснащення сімейних амбулаторій медичним обладнанням відповідно до табеля оснащення та діючим автотранспортом відповідно до потреби, 2016 р. (%)

Адміністративний район	Медичне обладнання	Діючий автотранспорт
Городищенський	54,4	20,6
Драбівський	70,0	36,8
Жашківський	50,0	40,0
Звенигородський	70,0	34,6
Золотоніський	50,8	42,9
Кам'янський	55,0	17,6
Канівський	35,7	29,4
Катеринопільський	30,0	25,0
Корсунь-Шевченківський	50,0	32,1
Лисянський	36,7	50,0
Маньківський	50,0	31,6
Монастирищенський	70,0	31,2
Смілянський	64,3	40,0
Тальнівський	55,0	22,2
Уманський	30,0	31,7
Христинівський	62,5	23,8
Черкаський	61,8	22,6
Чигиринський	57,5	55,0
Чорнобаївський	51,8	55,0
Шполянський	34,4	48,5

Аналіз наведених у табл. 2 даних вказує на низький рівень оснащення сімейних амбулаторій медичним обладнанням із коливаннями від 30,0% у Катеринопільському та Уманському до 70,0% у Драбівському, Звенигородському та Монастирищенському районах. Гранічна різниця показника становить 2,3 разу.

Забезпеченість сімейних амбулаторій діючим автотранспортом від потреби в межах адміністративних територій коливається від 17,6% у Кам'янському до 55,0%

у Чигиринському та Чернобаївському районах. При цьому даний показник зареєстровано на рівні 50% та вище тільки в 3 (15,0%) районах.

Далі вивчалися дані щодо частки сільського населення, яке обслуговується за сімейним принципом, та середньої кількості населення, що прикріплено до одного лікаря загальної практики – сімейного лікаря, фізичної особи. Дані показники вивчалися в розрізі адміністративних районів області за 2016 р. (табл. 3).

Таблиця 3

Сільське населення, що обслуговується за сімейним принципом, 2016 р.

Адміністративний район	Частка дорослого населення, що обслуговується за сімейним принципом, %	Частка дитячого населення, що обслуговується за сімейним принципом, %	Середня кількість населення, що прикріплено до одного сімейного лікаря (фіз. особу)
Городищенський	79,2	68,2	5672
Драбівський	97,4	54,2	2943
Жашківський	93,3	91,6	4226
Звенигородський	100	8,0	4598
Золотоніський	100	100	4270
Кам'янський	79,9	36,3	3712
Канівський	100	81,1	4673
Катеринопільський	76,2	76,1	3673
Корсунь-Шевченківський	100	50,3	3269
Лисянський	51,7	25,1	7412
Маньківський	89,0	25,2	1560
Монастирищенський	55,3	51,1	1286
Смілянський	99,2	35,9	2555
Тальнівський	100	86,3	4210
Уманський	93,4	86,1	2470
Христинівський	90,5	48,9	1730
Черкаський	87,7	72,1	2609
Чигиринський	80,9	75,4	2328
Чернобаївський	64,2	35,9	2489
Шполянський	83,5	63,4	1737
Усього	87,9	61,7	2804

Аналіз наведених у табл. 3 даних вказує на те, що частка дорослого сільського населення, що обслуговується за сімейним принципом, в області становить 87,9% з коливаннями в межах адміністративних районів від 51,7% у Лисянському до 100% у Звенигородському, Золотоніському, Корсунь-Шевченківському та Тальнівському районах. Середній показник по області становить 87,9%.

Частка дитячого сільського населення, що обслуговується за сімейним принципом, в області становить 61,7% з коливаннями в межах адміністративних районів від 8,0% у Звенигородському до 91,6% у

Жашківському районі. Різниця показника становить 11,5 разу. Середній показник по області становить 61,7%.

Середня кількість населення, що прикріплено до одного сімейного лікаря (фіз. особу), в розрізі адміністративних територій коливається від 1286 осіб у Монастирищенському до 7412 осіб у Лисянському районі при нормативі 1200 осіб. Середній показник по області становить 2804 особи.

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу за 2016 р. показників звернень населення до лікарів загальної практики – сімейних лікарів (табл. 4).

Таблиця 4

Показники звернень населення до лікарів загальної практики – сімейних лікарів, 2016 р.

Адміністративний район	Кількість звернень дорослого населення до сімейного лікаря (на одну дорослу людину)	Частка звернень дорослого населення до сімейного лікаря з профілактичною метою, %	Кількість звернень дитячого населення до сімейного лікаря (на одну дитину)	Частка звернень дитячого населення до сімейного лікаря з профілактичною метою, %
Городищенський	1,0	9,3	1,5	41,4
Драбівський	2,4	9,8	2,4	29,6
Жашківський	2,0	6,3	3,1	51,6
Звенигородський	1,8	45,3	0,01	61,8
Золотоніський	1,4	8,4	2,2	45,2
Кам'янський	2,0	20,2	2,2	24,8
Канівський	3,5	12,1	2,9	27,1
Катеринопільський	1,4	7,8	2,2	11,6
Корсунь-Шевченківський	3,3	8,1	7,6	28,0
Лисянський	1,1	20,0	1,3	26,2
Маньківський	2,6	13,3	2,4	34,7
Монастирищенський	2,4	16,4	4,4	31,3
Смілянський	2,1	18,5	2,3	33,4
Тальнівський	1,8	25,2	3,1	60,3
Уманський	2,4	7,1	3,9	49,9
Христинівський	3,5	7,3	3,7	45,0
Черкаський	2,0	3,3	5,1	29,6
Чигиринський	1,9	0,8	2,3	31,9
Чорнобаївський	1,5	15,8	1,6	45,2
Шполянський	2,5	5,4	4,0	37,5
Усього	2,1	11,6	3,0	36,5

Аналіз наведених у табл. 4 даних вказує, що кількість звернень дорослого сільського населення до сімейного лікаря (на одну дорослу людину) в середньому по області становить 2,1 на рік із коливаннями в розрізі адміністративних територій від 1,0 у Городищенському до 3,5 у Канівському та Христинівському районах. Різниця показника становить 3,5 разу.

Частка звернень дорослого населення до сімейного лікаря з профілактичною метою по області становить 11,6% із коливаннями в розрізі адміністративних територій від 0,8% у Чигиринському до 45,3% у Звенигородському районі. Різниця показника становить 56,6 разу.

Кількість звернень дитячого населення до сімейного лікаря (на одну дитину) по області становить 3,0 разу з коливаннями в розрізі адміністративних територій від 0,01 у Звенигородському до 7,6 разу в Корсунь-Шевченківському районі. Різниця показника становить 760 разів.

Частка звернень дитячого населення до сімейного лікаря з профілактичною метою по області становить 36,5% із коливаннями в розрізі адміністративних територій від 11,6% у Катеринопільському до 61,8% у Звенигородському районі. Різниця показника становить 5,3 разу.

Висновки

При пріоритетному розвитку мережі закладів охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги сільському населенню відмічається низький рівень її ресурсного забезпечення та показників її діяльності.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Черкаської області.

Література

1. *Методичні рекомендації щодо встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я* / А. В. Купліванчук, В. М. Лехан, М. В. Шевченко [та ін.]. – Київ, 2012. – 13 с.
2. *Модернізація первинної медичної допомоги населенню України у руслі світових тенденцій* / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Л. В. Крячкова [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2–3 (22–23). – С. 63–69.
3. *Оцінка ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги (методичні рекомендації)* / Г. О. Слабкий, Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, О. О. Дудіна. – Київ : МОЗ, УІСД, НМАПО імені П.Л. Шупика, 2011. – 47 с.
4. *Первинна медико-санітарна допомога / сімейна медицина : монографія / за ред. В. М. Князевича ; З. М. Митник, Г. О. Слабкий [та ін.] ; Міністерство охорони здоров'я України. – Київ, 2010. – 404 с.*
5. *Порядок організації надання медичної допомоги та забезпечення маршрутів пацієнта лікарем загальної практики-сімейним лікарем при різних клінічних станах та захворюваннях (методичні рекомендації)* / Л. Ф. Матюха, В. М. Лехан, Н. Г. Гойда [та ін.]. – Київ : МОЗ, ДУ “УІСД”, 2011. – 43 с.
6. *Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, перспективи* / В. В. Лазоришинець, Р. В. Салютін, Г. О. Слабкий [та ін.]. – Київ, 2014. – 207 с.
7. *Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні протягом 2007–2011 рр.* / за ред. Г. О. Слабкого. – Київ : МОЗ; УІСД, 2012. – 34 с.
8. *Слабкий Г. О.* Модель надання первинної медичної допомоги міському населенню в період реформування охорони здоров'я / Г. О. Слабкий // *Управління закладом охорони здоров'я.* – 2012. – № 5. – С. 25–36.
9. *Слабкий Г. О.* Нові підходи до організації первинної медико-санітарної допомоги / Г. О. Слабкий // *Практика управління медичним закладом.* – 2011. – № 7. – С. 16–22.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.01.2018 р.

Некоторые вопросы организации первичной медико-санитарной помощи сельскому населению Черкасской области

М.В. Лобас

Управление здравоохранения Черкасской
облгосадминистрации, г. Черкассы, Украина

Цель – изучить и проанализировать сеть учреждений здравоохранения и показатели деятельности первичной медико-санитарной помощи Черкасской области.

Материалы и методы. Материалами исследования служили данные отраслевой статистической отчетности Черкасской области за период 2014–2016 гг. В работе использован статистический метод исследования.

Результаты. Развитие первичной медико-санитарной помощи является приоритетным. В области функционирует 13 центров первичной медико-санитарной помощи и 156 семейных амбулаторий. Укомплектованность штатных должностей врачей

общей практики – семейных врачей в 7 районах составляет меньше 60%. Показан низкий уровень оснащенности семейных амбулаторий медицинским оборудованием и санитарным автотранспортом. Часть взрослого сельского населения, которое обслуживается по семейному принципу в области, составляет 87,9%, а детского – 61,7%. Среднее количество населения, прикрепленного к одному семейному врачу, составляет 2804 лица. Количество обращений взрослого сельского населения к семейному врачу (на одного взрослого человека) в среднем по области составляет 2,1, а детского – 3 раза.

Выводы. При приоритетном развитии сети заведений здравоохранения первичного уровня предоставления медицинской помощи сельскому населению отмечается низкий уровень ее ресурсного обеспечения и показателей деятельности.

Ключевые слова: Черкасская область, сельское население, первичная медико-санитарная помощь, показания.

Some issues of organizing primary health care to rural population of Cherkassy region

M.V. Lobas

Department of Health Care of Cherkassy Regional State Administration, Cherkassy, Ukraine

Purpose – to study and analyze the network of health care institutions and the activity of primary health care in Cherkassy region.

Materials and methods. The data of branch statistical reporting of Cherkassy region over the period 2014–2016 were used as the materials of research. The statistical method was applied in the course of research.

Results. The development of primary health care is a priority. 13 primary health care centers and 156 family ambulatories function in the region. Employment of full-time

posts of general practitioners-family doctors in seven areas is less than 60%. The low level of providing the family ambulatories with medical equipment and medical vehicles is defined. The proportion rural population that is served by the family principle in the region composes 87.9% for adults and 61.7% for children. The average number of people attached to one family doctor is 2804. Average number of rural population visits to family doctor (for one adult person) in the region equals to 2.1 for adults and 3 for children.

Conclusions. With the priority of the development of the network of primary health care establishments providing medical care to rural population the low level of it resourcing and activity indices is demonstrated.

Key words: Cherkassy region, rural population, primary health care, indices.

Відомості про автора

Лобас Михайло Віталійович – начальник Управління охорони здоров'я Черкаської облдержадміністрації; бул. Шевченка, 185, м. Черкаси, 18000, Україна.

Досвід і перспективи програм діагностики та лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні

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

Представлено актуальність функціонування програм діагностики та лікування ІПСШ серед представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні. Проаналізовано світовий досвід оцінки ефективності таких програм та досвід України роботи в даному напрямі. Висвітлено результати оцінки сучасного стану роботи таких програм у країні та визначено основні проблеми ефективного функціонування аналогічних програм у майбутньому. Аргументовано необхідність широкого залучення дерматовенерологічної служби до надання послуг у програмах діагностики та лікування ІПСШ серед представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ з метою суттєвого впливу на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Ключові слова: програми діагностики і лікування ІПСШ, групи підвищеного ризику, ВІЛ/СНІД.

Актуальність

Основним шляхом передачі ВІЛ в Україні з 1995 до 2007 року включно був парентеральний, переважно при введенні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. У 2008 році вперше відбулася зміна шляхів передачі – частка статевих шляхів передачі стала вище парентерального [1]. У 2009–2011 роках продовжувалося зростання частки осіб, які були інфіковані ВІЛ статевим шляхом та зменшення частки парентерального шляху передачі вірусу, тобто внаслідок введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом [2].

Роль представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ у розвитку епідемії ВІЛ в Україні

В Україні констатується концентрована стадія епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу [22], яка, за визначенням ВООЗ та ЮНЕЙДС, характеризується стрімким поширенням ВІЛ-інфекції в групах підвищеного ризику інфікування ВІЛ [13]. Дані групи продовжують залишатись основним джерелом поширення ВІЛ-інфекції серед загального населення.

Групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ – це групи населення, яким з урахуванням особливостей їх поведінки та поведінки їх оточення загрожує підвищений ризик контакту з джерелом ВІЛ [25]. Перелік груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні на національному рівні досить широкий. Зокрема, в діючій Загальнодержавній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки, в розділі «Основні завдання програми» до груп ризику віднесено «представників груп ризику» (споживачів ін'єкційних наркотиків; осіб, які утримуються в установах виконання покарань; звільнених від відбування покарань; осіб, які займаються проституцією; мігрантів; безпритульних та бездомних громадян, передусім дітей, в тому числі із сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах,

тощо) [26]. В той же час в завданнях і заходах з виконання даної Загальнодержавної програми згадуються лише окремі з перерахованих уразливих груп населення: споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН), жінки секс-бізнесу (ЖСБ), чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками (ЧСЧ) та ув'язнені [26].

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні залишається сконцентрованою в даних групах найвищого ризику, включаючи, передусім, СІН. Результати спостережень свідчать, що нова хвиля інфікування ВІЛ статевим шляхом тісно пов'язана з небезпечною сексуальною поведінкою СІН та їхніх статевих партнерів [20]. Ще одна група, яка має підвищений ризик інфікування ВІЛ, – це чоловіки, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ). З 2005 по 2011 роки в країні щорічно офіційно реєструється все більша кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед представників цієї групи: 20, 35, 48, 65, 94, 90, 143 [2]. Спираючись на результати епідагляду за ВІЛ другого покоління в даній групі населення, можна припустити, що на сьогодні існує суттєве недо врахування випадків інфікування ВІЛ, пов'язаних з сексуальними стосунками серед чоловіків [21].

Україна не реєструє випадків ВІЛ-інфекції серед працівників комерційного сексу (ПКС). Однак, дані дозорного епідагляду вказують на широку і зростаючу епідемію серед цієї популяції [19].

Офіційних даних щодо захворюваності або поширеності ІПСШ в середовищі представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні немає. В той же час дослідження вітчизняних науковців дають підстави стверджувати, що поширеність ІПСШ серед основних груп підвищеного ризику значно переважає показники серед загального населення. Так, якщо серед загального населення ІПСШ у 2010 році виявлені у 0,41% населення (189 908 випадків) при кількості населення України 46 млн., то серед груп підвищеного ризику – у 2,86% представників (5 448 випадків) при фактичній чисельності груп 247 077 (дані МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2010 р.) [12]. Найбільш

поширеними із ППСШ в групах підвищеного ризику в Україні є трихоманоз та сифіліс [1].

Роль ППСШ у підвищенні імовірності передачі ВІЛ статевим шляхом

В умовах переважання статевого шляху передачі ВІЛ, епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та ППСШ є нерозривно зв'язаними між собою і потенціюють одна одну. Чисельними дослідженнями доведено, що різні ППСШ сприяють інфікуванню вірусом імунодефіциту людини [30, 34, 38, 42]. Наявність запальних або виразкових явищ, які виникають при наявності ППСШ, підвищує ризик інфікування ВІЛ під час статевого контакту без використання презервативу між інфікованим та неінфікованим партнером. Зокрема, передачі ВІЛ сприяють сифіліс, генітальний герпес, гонорея, хламідіоз, трихоманоз, кандидоз, мікоплазмоз та інші венеричні інфекції. Ерозії та виразки, запалення, ушкодження тканин, зумовлені ППСШ, знижують рівень захисту організму від зараження ВІЛ. Окрім того, вони спричиняють масову міграцію в слизові оболонки макрофагів і лімфоцитів, які, з одного боку, є джерелом ВІЛ, а з іншого – клітинами-мішенями в разі зараження цим вірусом [10]. Імовірність інфікування зростає при наявності ерозивно-виразкових проявів на статевих органах. Так, генітальний герпес може бути причиною зростання частки нових випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом популяції [31, 47], а терапія інфекцій, викликаних вірусом простого герпесу типу 2 скорочує рівень передачі ВІЛ статевим шляхом. По оцінкам спеціалістів виразкові ураження статевих органів або їх наявність в анамнезі підвищує ризик передачі ВІЛ при одноразовому статевому контакті без засобів захисту у 50–300 разів [37].

Пацієнти, які звертаються в лікувально-профілактичні заклади за медичною допомогою з приводу ППСШ, можуть одночасно мати і первинну ВІЛ-інфекцію з високою концентрацією вірусу. Ці пацієнти особливо небезпечні як джерела статевого інфікування ВІЛ. Так, за результатами дослідження в Малаві виявлено, що у ВІЛ-позитивних чоловіків з гонококовим уретритом концентрація ВІЛ в спермі була у 6 разів вище, ніж у ВІЛ-позитивних чоловіків без явищ уретриту. Після лікування гонококової інфекції концентрація ВІЛ в спермі знизилася до показників ВІЛ-позитивних чоловіків без уретриту [41]. Як показало дослідження проведене в США, в якому прийняло участь 52 ВІЛ-інфікованих чоловіків з первинним та вторинним сифілісом, 58% із яких отримували антиретровірусну терапію, сифілісу притаманне значне підвищення вірусного навантаження ВІЛ та значне зниження рівню лімфоцитів CD4+. Після лікування сифілісу стан імунної системи пацієнтів відновився до рівня, який був до зараження сифілісом та рівень концентрації вірусу в крові різко знизився [45]. Отже, лікування сифілісу у ВІЛ-інфікованих пацієнтів значно знижує імовірність передачі ВІЛ за рахунок значного зниження вірусного навантаження ВІЛ у крові.

Програми діагностики та лікування ППСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ: світовий досвід

ВООЗ вважає, що попередження та лікування інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом, дозволяє знизити ризик передачі ВІЛ статевим шляхом, особливо серед представників груп населення, які з більшим ступенем імовірності мають багато чисельних статевих партнерів, наприклад робітники секс-індустрії та їх клієнти [4].

На думку іноземних науковців, покращення системи надання послуг з діагностики та лікування пацієнтам з ППСШ є одним з науково підтверджених способів зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед населення в цілому [33, 39, 40]. Цієї ж думки притримуються і вітчизняні вчені [7, 9, 11]. В той же час, концентрація уваги на окремих групах населення, які характеризуються більш високою імовірністю передачі ВІЛ/ППСШ, дозволяє досягти більшої економічної ефективності впровадження програм діагностики і лікування ППСШ як методу профілактики статевого інфікування ВІЛ [32]. Математичні моделі підкреслюють важливість надання послуг лікування ППСШ саме тим категоріям осіб, які найбільш імовірно передають інфекцію. Це дасть максимальну ефективність впливу на рівні загального населення [35].

Доцільність впровадження програм надання послуг з діагностики та лікування ППСШ представникам груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ зумовлено і більш високою поширеністю ППСШ в даних групах в порівнянні з загальним населенням. Так, дослідження поширеності ППСШ серед 1245 СІН (чоловіків і жінок) показали, що більше однієї третини чоловіків СІН та більше половини жінок СІН повідомили принаймні про одне ППСШ в своєму житті [43]. Когортне дослідження поширеності ППСШ в середовищі СІН (травень 1996 по листопад 2003 року, 1560 осіб) у Ванкувері (Британська Колумбія) показало, що поширеність ППСШ склала 8,2% для чоловіків і 15,9% для жінок. Різниця поширеності ППСШ між чоловіками СІН та жінками СІН пов'язана з практиками надання сексуальних послуг за плату: поширеність ППСШ склала 8,0% для споживачів ін'єкційних наркотиків, які не повідомляють про участь у секс-бізнесі і 19,8% для СІН, які повідомили про участь у секс-бізнесі [46]. Високі рівні захворюваності на ППСШ реєструються в світі і в середовищі ЧСЧ. Так, в США у 2010 році було проведено дослідження поширеності гонореї та уrogenітального хламідіозу серед ЧСЧ в групі міст на різних сайтах (18 462 ЧСЧ обстежено на наявність гонореї та 17 915 на хламідіоз). Середній показник поширеності по сайтах гонореї склав 15,5% (діапазон по сайтах: 9,4–25,8%), по хламідіозу – 13,0% (діапазон по сайтах: 7,5–19,2%) [44].

Впровадження програм діагностики та лікування ППСШ уже показало себе як ефективний інструмент впливу на епідемію ВІЛ-інфекції. Так, як показало рандомізоване контрольоване дослідження, проведене

в Об'єднаній Республіці Танзанія, покращення ведення хворих з клінічно вираженими ІПСШ з використанням синдромного підходу в закладах первинної медичної допомоги знизило захворюваність на ВІЛ на 38% [39]. Доведена ефективність програм в зниженні показників захворюваності на ІПСШ серед РКС в Сенегалі, ПАР, Уганді та інших країнах Африки [29].

Досвід впровадження програм надання послуг діагностики та лікування ІПСШ є і в країнах бувшого СРСР. Так, компоненти діагностики та лікування ІПСШ у представників окремих груп підвищеного ризику реалізовувались в РФ («Проект лечения и ведения ИППП и ВИЧ/СПИД в Рязанской области») – вдалось знизити захворюваність на 17,1% [24], Киргизстані («Проект ЗдравПлюс» при підтримці USAID, 2004) [3], Грузії («Проект профілактики ИППП» при підтримці USAID, 2002–2007 роки).

Але, всі вище перераховані програми в країнах Східної Європи та Центральної Азії носять тимчасовий характер і охоплюють лише окремі, вибрані групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ. В той же час, ВОЗ рекомендує розширити послуги з профілактики ІПСШ та надання медичної допомоги з приводу ІПСШ представникам груп підвищеного ризику [4]. Вони повинні включати наступний комплекс заходів охорони громадського здоров'я:

- пропаганду більш безпечної щодо інфікування ВІЛ/ІПСШ статевої поведінки;
- сприяння ранньому зверненню за медичною допомогою;
- комплексний підхід до ведення пацієнтів (кейс-менеджмент), який включає:
 - виявлення синдрому інфекції, що передається переважно статевим шляхом;
 - призначення відповідної антибактеріальної терапії синдрому;
 - консультування з питань попередження або зниження ризику ІПСШ;
 - сприяння правильному і систематичному застосуванню презервативів;
 - інформування про ІПСШ статевих партнерів.
- включення програм профілактики, діагностики та лікування ІПСШ в усі програми первинної медико-санітарної допомоги та програми в галузі репродуктивного здоров'я та протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Успішна реалізація економічно ефективних інтегрованих програм боротьби з ІПСШ та ВІЛ-інфекцією документально підтверджено в низці країн. Допомога в основному надається одними і тими ж провайдерами медичних послуг [4].

Досвід України у впровадженні програм діагностики та лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ

Системне впровадження програм надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ в Україні розпочато у 2008 році. Впровадження даних програм відбувається на виконання заходів Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, догляду та

підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки» в частині розширення доступу представників груп ризику щодо інфікування ВІЛ до діагностики і лікування ІПСШ [26]. Діагностика та лікування ІПСШ у представників уразливих груп є складовою заявки 6 раунду Глобального Фонду (ГФ) та компонентом Програми «Підтримка з метою запобігання ВІЛ/СНІД, лікування та догляду для найуразливіших верств населення в Україні», що реалізується на всій території України за підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», який є одним з основних реципієнтів Гранту ГФ в співпраці з МОЗ України, Державною службою України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, ДУ «Український центр профілактики та боротьби із СНІДом МОЗ України», науковими установами України (Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, ДУ «Науково-дослідний інститут дерматології та венерології АМН України»), Бюро ВООЗ в Україні, ЮНЕЙДС та іншими партнерами на національному рівні.

У загальному (схематично) система структурної взаємодії партнерських організацій національного та регіонального рівнів у період реалізацією Україною 6 раунду гранту Глобального Фонду представлено на рисунку 1.

Як представлено на рис. 1, загалом на національному рівні у вказаний період було сформовано три вертикалі управління програмами діагностики та лікування ІПСШ серед представників уразливих груп населення як методу профілактики поширення ВІЛ. Так, основним реципієнтом коштів гранту ГФ за даним напрямком виступила неурядова організація національного рівня МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Реалізацію заходів, які направлені на виконання програмних індикаторів даного розділу Гранту ГФ покладено на партнерські регіональні неурядові організації (НУО), які виступили субреципієнтами гранту. Зі сторони держави основними виконавцями програми стали Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, яка через ДУ «Український центр профілактики та боротьби із СНІДом МОЗ України» залучила до виконання заходів програми регіональні центри профілактики та боротьби із СНІДом (РЦС), окремі заклади охорони здоров'я загальної мережі (ЗОЗ) та шкірно-венерологічні диспансери (кабінети) (ШВД). Договори щодо співпраці, комунікація та обмін інформацією в основному реалізовувалися на регіональному рівні в межах територіальних кластерів.

У межах територіального кластеру на регіональному рівні в процесі надання послуг безпосередньо представникам груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ співпрацюють НУО, які забезпечують вихід на представників цільової групи клієнтів програми та психосоціальний супровід пацієнтів в процесі отримання ними послуг з діагностики та лікування ІПСШ та заклади охорони здоров'я (шкірно-венерологічні

диспансери (кабінети), регіональні центри профілактики та боротьби із СНІДом, лікувально-профілактичні заклади загальної медичної мережі), які власне і надають послуги діагностики і лікування ППСШ представникам цільових груп населення.

Так, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» було укладено угоди з НУО по всій Україні про проведення діяльності у сфері діагностики та лікування ППСШ. Кожна НУО обов'язково має угоду з ЗОЗ

та безпосередньо з відповідальним лікарем, що безпосередньо надає послуги клієнтам програм [6].

Кожний з партнерів реалізації програм в Україні виконували свої функції для максимально ефективної взаємодії. Більшість національних і міжнародних агенцій виконують дорадчі завдання і загальну координуючу роль. Функції основних партнерів на національному рівні представлено на рисунку 2.

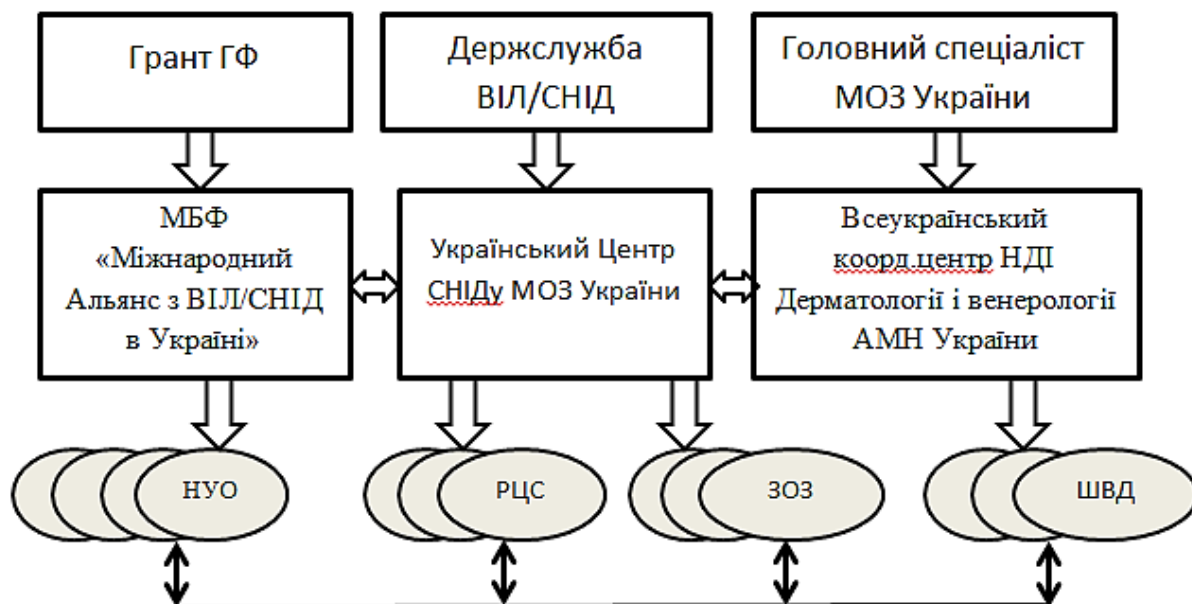


Рис. 1. Структурна взаємодія партнерських організацій на національному та регіональному рівні в реалізації програм діагностики і лікування ППСШ у представників груп підвищеного ризику

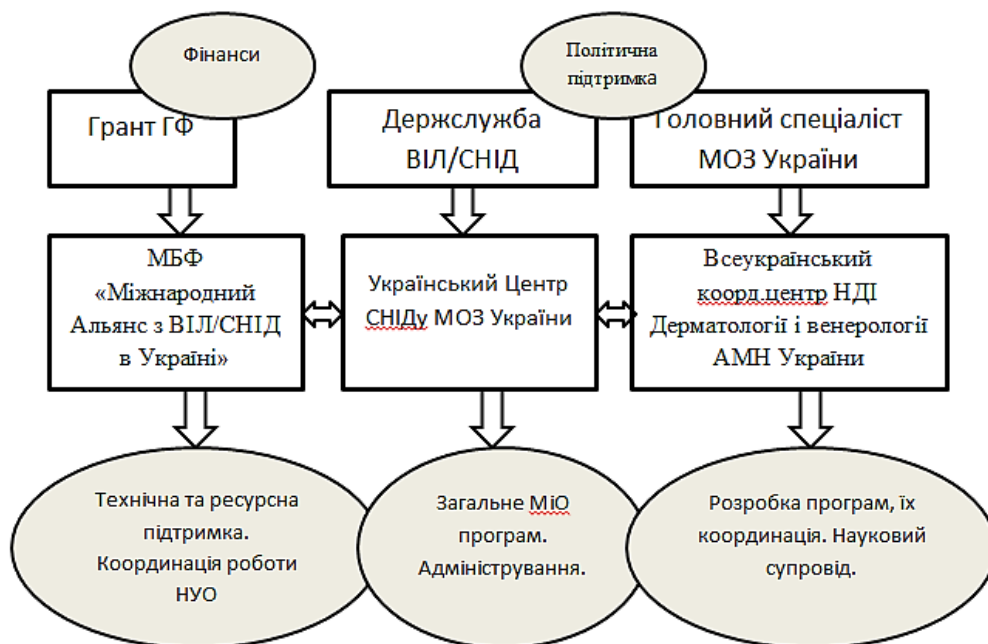


Рис. 2. Функціональна (основні функції) взаємодія партнерських організацій на національному рівні в реалізації програм діагностики та лікування ППСШ у представників груп підвищеного ризику

На рисунку 2 відображено лише основні функції кожного з національних партнерів. Так, зокрема МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» проводить таку діяльність за даним напрямом [6]:

1. Профілактика розповсюдження ІПСШ у представників уразливих груп;
2. Закупівля та постачання швидких тестів для проведення скринінг-тестування на ІПСШ представників уразливих груп;
3. Закупівля та постачання препаратів для проведення курсів лікування ІПСШ у представників уразливих груп;
4. Проведення скринінг-тестування (сифіліс, хламідіоз, гонорея) та консультування на ІПСШ представників уразливих груп;
5. Методологічний супровід проведення діагностики та лікування ІПСШ у представників уразливих груп;
6. Організація взаємодії між НУО та лікувальними установами, створення системи цільової переадресації;
7. Організація проведення лікування та консультування на ІПСШ представників уразливих груп у медичних закладах;
8. Проведення навчання медичних працівників та представників НУО з питань діагностики та лікування ІПСШ у представників уразливих груп і специфічності роботи з ними;
9. Впровадження світового досвіду в сфері проведення діагностики та лікування ІПСШ у представників уразливих груп в практику української дерматовенерологічної служби.

Отже, неурядовий сектор забезпечив за кошти гранту основну фінансову підтримку роботи програм в Україні. Зокрема, забезпечення діагностикумами, препаратами для лікування ІПСШ, фінансова підтримка роботи неурядових партнерських організацій, формування комунікації забезпечувалося за кошти зовнішньої фінансової підтримки програми.

Аналогічно, більш широкими є функції і, наприклад, «Всеукраїнського координаційного центру з питань проведення скринінг-тестування та лікування ІПСШ у представників уразливих до ВІЛ груп населення» на базі Інституту дерматології та венерології АМН України [5]:

1. Методологічний супровід процесу діагностики з застосуванням швидких тестів серед представників вразливих до ВІЛ груп населення в Україні;
2. Методологічний супровід процесу лікування ІПСШ серед представників вразливих до ВІЛ груп населення в Україні;
3. Дослідження поширеності ІПСШ серед уразливих груп в Україні;
4. Моніторинг результатів скринінг-тестування та лікування ІПСШ за розробленими методиками;
5. Розробка та впровадження навчальних програм з питань скринінг-тестування та лікування ІПСШ у представників уразливих до ВІЛ груп населення.

Державний сектор взяв на себе в основному компонент політичної підтримки роботи програм як на національному, так і регіональному рівні та нормативно-правове забезпечення їх роботи. Функцію загального моніторингу та оцінки (МіО) ефективності програми також взяли на себе державні структури.

На регіональному рівні партнерські організації задіяні вже в процесі безпосереднього надання медичних (діагностика, лікування ІПСШ) та немедичних послуг (консультування, психосоціальний супровід клієнта) в системі кейс-менеджменту випадку ІПСШ у клієнта. В процесі структурної взаємодії партнерів в програмах діагностики і лікування ІПСШ на регіональному рівні задіяні щонайменше три учасники: ЗОЗ (шкірно-венерологічний диспансер, регіональний центр СНІДу, ЗОЗ загальнолікувальної мережі), НУО (неурядова організація, яка має безпосередній вихід на представників груп підвищеного ризику) та безпосередньо представники цільової групи програми (клієнти-представники груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ) (рис. 3).

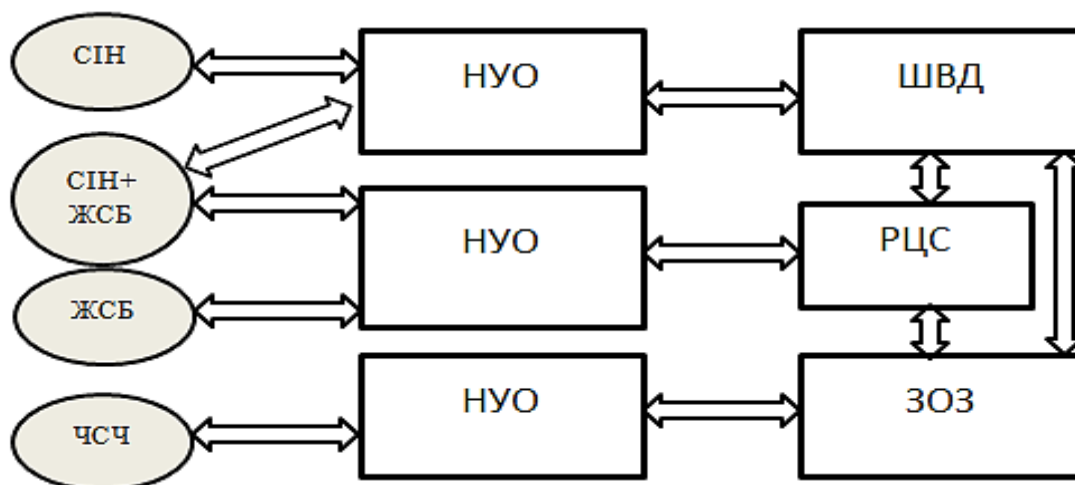


Рис. 3. Структурна взаємодія партнерів на регіональному рівні в реалізації програм діагностики та лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику

Як представлено на рис. 3, неурядові організації (НУО) виступають посередниками між представниками груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ (СІН, ЖСБ, ЧСЧ) та лікувально-профілактичними закладами (ШВД, регіональні центри СНІДу, заклади загальної медичної мережі), які безпосередньо надають медичні послуги клієнтам програм. Така структурна взаємодія обумовлена розподілом функцій, які виконує кожний з учасників програми (в конкретному випадку – кейс-менеджменту випадку ПСШ у клієнта програми). Функції партнерів на регіональному рівні доповнюють одна одну з метою отримання максимального ефекту впровадження програми. Так, НУО в основному в рамках виконання програми забезпечують:

- вихід на представників цільової групи і залучення їх до програми;
- вироблення прихильності у клієнтів програми до отримання послуг діагностики та лікування;
- перенаправлення та супровід в партнерські ЗОЗ;
- психосоціальний супровід у період участі в програмі;

Партнерські заклади охорони здоров'я виконують свої функції:

- медичне консультування;
- діагностика та лікування виявлених ПСШ
- профілактика повторного зараження (консультування щодо питань безпечної сексуальної поведінки, вакцинація від вірусного гепатиту В, інше).

Це лише основні функції партнерів програм діагностики та лікування ПСШ у представників груп підвищеного ризику на регіональному рівні. Більш докладно функціонально обов'язки визначено в угодах про проведення сумісної діяльності у сфері діагностики та лікування ПСШ між ЗОЗ та партнерськими НУО, які укладаються для виконання програм в обов'язковому порядку [6].

Основні цільові групи Програми в Україні є стандартними для усіх регіонів країни: ЖСБ (жінки секс-бізнесу), СІН (споживачі ін'єкційних наркотиків), ЧСЧ (чоловіки, які мають секс з чоловіками). Хоча, згідно Рекомендацій ВООЗ/ЮНЕЙДС щодо організації епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією як дієвого інструменту протидії розвитку епідемії, є необхідність визначення регіональних груп підвищеного ризику, які можуть відігравати значну роль в поширенні ВІЛ-інфекції на окремих територіях країни [36]. На це звертається увага і в Глобальній стратегії профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, і боротьби з ними на 2006–2015 роки, ВООЗ. Так, групи населення, поведінкові особливості та уразливість яких необхідно вивчати для розробки заходів та програм протидії поширення ПСШ/ВІЛ, визначаються залежно від країни та окремих регіонів. До переліку груп населення, які на основі дослідження можуть потребувати впровадження цільових програм діагностики та лікування ПСШ, на думку ВООЗ [4], відносяться:

- робітники секс-бізнесу (жінки, чоловіки, транссексуали) та їх клієнти, у яких можуть бути і постійні статеві партнери;

- мобільні групи населення (водії-дальнобітники, моряки, трудові мігранти), у яких ризик ПСШ підвищений за рахунок мобільності та небезпечних статевих зв'язків;

- чоловіки, які практикують сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ), які мають кілька статевих партнерів та практикують анальні сексуальні стосунки без презервативу;
- чоловіки бісексуальної орієнтації;
- споживачі наркотиків, особливо ті, що надають сексуальні послуги за гроші або в обмін на наркотики;
- ув'язнені, особливо неповнолітні;
- біженці внутрішні та із інших країн;
- безпритульні, «діти вулиці»;
- жертви зґвалтування та тендерного насилля;
- військовослужбовці та представники інших воєнізованих формувань.

Формування переліку цільових груп впровадження програм діагностики та лікування ПСШ як методу профілактики поширення ВІЛ в регіоні проводиться на основі вивчення особливостей розвитку епідемії поширення ВІЛ, регіональної оцінки пріоритетних груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ/ПСШ і т.д.

Наприклад, окремі дослідження показали важливість впливу на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області України групи трудових мігрантів та їх найближчого оточення [15–18] та необхідності впровадження для представників даної групи населення регіону спеціалізованих програм діагностики та лікування ПСШ [14].

В результаті проведеної у вказаний період роботи на початок 2012 року в Україні надавали послуги з діагностики та лікування ПСШ представникам груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ на основі мультидисциплінарного підходу більше 95 НПО у співробітництві з 104 закладами охорони здоров'я [6, 8].

За даними Українського центру профілактики та боротьби із СНІДом з 2008 року станом на 01.01.2012 року в програмах діагностовано 30 771 випадок ПСШ у представників цільової групи та завершено курс лікування 29 992 випадків ПСШ [8].

Хоча отримані результати щодо наданих послуг діагностики та лікування ПСШ в Україні досить суттєві, зробити висновки щодо високого охоплення послугами програм представників груп підвищеного ризику на основі доступних даних важко. За оприлюдненими даними МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» [27] протягом 2010 року (останні опублікована інформація) було зареєстровано 53 454 візити представників груп підвищеного ризику в мобільні амбулаторії НУО (основний діючий механізм залучення представників груп ризику до програм ПСШ). Якщо навіть припустити, що кожний зареєстрований візит був здійснений первинним клієнтом програми, то загальне охоплення послугами програм у 2010 році склало лише 21,6% (фактична чисельність груп підвищеного ризику у 2010 році 247 077 (дані МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2010 р.) [12]).

Перспективи програм діагностики і лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні

Аналіз стану роботи програм діагностики та лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ протягом останнього періоду (2015–2016 роки) показав, що саме період 6 раунду Глобального Фонду та роботи Програми «Підтримка з метою запобігання ВІЛ/СНІД, лікування та догляду для найуразливіших верств населення в Україні» (2008–2012 рр.) був найбільш ефективний та результативний період їх впровадження в Україні. З 2012 року в Україні реалізовувався 10 раунд Глобального Фонду, а на сьогодні (2015–2017 рр.) в Україні працює лише окрема програма за підтримки Глобального Фонду: «Інвестиції заради впливу на епідемію туберкульозу та ВІЛ-інфекції». В рамках цієї програми зберігся у скороченому варіанті лише один компонент програм діагностики і лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ: компонент експрес діагностики окремих ІПСШ (сифіліс, гонорея та уrogenітальний хламідіоз) у окремих цільових груп населення (ЖСБ та ЧСЧ) [28].

І хоча досягнення в компоненті охоплення швидким тестуванням на ІПСШ представників окремих цільових груп програми досить значні: протягом 2016 року асистованим швидким тестуванням на сифіліс, гонорею, уrogenітальних хламідіоз та гепатит В охоплено 31 329 ЖСБ та 10 484 ЧСЧ [28], є ризику, що загальна ефективність програми буде значно нижче, ніж програма 2008–2012 років. В першу чергу це обумовлено значним скороченням зовнішнього фінансування даного компоненту напрямку профілактики інфікування ВІЛ серед уразливих груп населення. Так, на сьогодні не фінансується із коштів ГФ закупівля препаратів для лікування ІПСШ у представників цільових груп програми, відсутня фінансова підтримка роботи довірених лікарів, немає фінансування активної пере адресації і супроводу клієнтів у профільні ЗОЗ. Дещо змінилася і структурна взаємодія партнерських організацій на національному та регіональному рівні в реалізації програм діагностики та лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику (рис. 4).

Науковий супровід програм після завершення фінансової підтримки практично втрачений. Збережено співпрацю між партнерськими організаціями на національному рівні, в той же час на регіональному рівні співпраця збереглася лише в компоненті перенаправлення клієнтів, у яких виявлено позитивний результат тесту на окремі ІПСШ в спеціалізовані ЗОЗ для отримання необхідної медичної допомоги. У зв'язку з втратою системи зворотного інформування партнерських НУО щодо наданих послуг клієнтам програми оцінка ефективності заходів програми є ускладненою.

В будь-якому випадку, досягнути максимального охоплення цільовими послугами діагностики та лікування ІПСШ представників груп підвищеного ризику у форматі виключно програм грантів ГФ не можливо. Для цього необхідно широко задіяти усі ресурси як громадського сектору, так і галузі охорони здоров'я [4]. Для України це

в першу чергу заклади охорони здоров'я, в структурі яких працюють лікарі-дерматовенерологи.

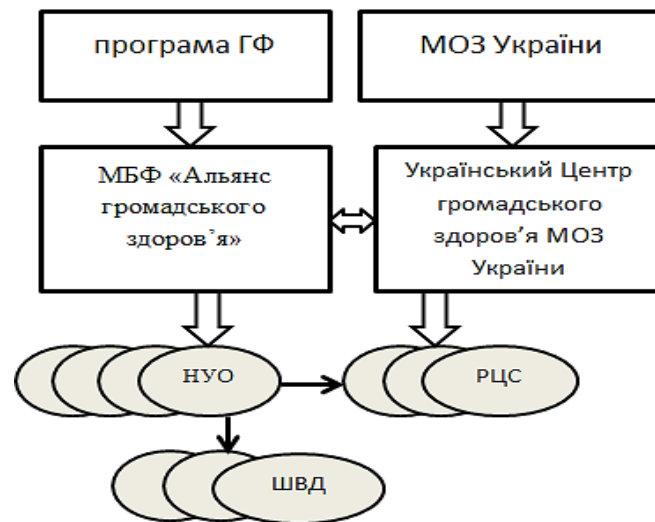


Рис. 4. Структурна взаємодія партнерських організацій на національному та регіональному рівні на сучасному етапі

Основні перешкоди для максимально ефективного функціонування програм діагностики та лікування ІПСШ для представників груп підвищеного ризику в Україні

Перелік основних перешкод, що обмежують доступ представникам груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ представлено по результатам роботи Місії «Оцінка наявності й доступності послуг з діагностики і лікування інфекцій, які передаються статевим шляхом, для груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні» ще у 2009 році [23]. Актуальними для фахівців-дерматовенерологів як партнерів впровадження програм на національному та регіональних рівнях були і залишаються на сьогодні наступні виявлені перешкоди:

1. Недостатньо налагоджене партнерство між НУО, які працюють з групами підвищеного ризику, і медичними службами, залученими до протидії ІПСШ;
2. Застаріла нормативна база щодо діагностики та лікування ІПСШ в Україні, яка не враховує специфічні потреби груп підвищеного ризику:
 - 2.1. Лікування представників груп підвищеного ризику, в яких діагностовано ІПСШ, затримується внаслідок наявних діагностичних практик (не впроваджено синдромний підхід ведення випадку ІПСШ);
 - 2.2. Використання складних схем лікування ІПСШ, яким надається перевага над науково обґрунтованими однодозовими режимами, може відштовхувати представників груп підвищеного ризику від користування медичними послугами;
3. Висока вартість послуг з лікування ІПСШ для груп підвищеного ризику;
4. Дискримінаційне ставлення фахівців шкірно-венерологічної служби до представників груп підвищеного ризику;

5. Недостатність досвіду впровадження заходів, які можуть підвищити доступ груп підвищеного ризику до послуг з діагностики і лікування ППСШ, а саме – синдромного ведення випадку, превентивного лікування.

На сьогоднішній день, до проблем необхідно додати і зниження доступу представників цільових груп програми до ефективного медикаментозного забезпечення лікування, спеціальних профілактичних заходів та інших високоякісних компонентів програми.

Висновки

1.Актуальність впровадження та максимального розширення програм діагностики та лікування ППСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні зумовлено:

1.1.Постійним наростанням значення статевого шляху в структурі нових випадків інфікування ВІЛ серед населення країни.

1.2.Концентрацією ВІЛ в групах населення підвищеного ризику з переходом в середовище загального населення статевим шляхом.

1.3.Роллю ППСШ як фактору, що підвищує імовірність зараження ВІЛ статевим шляхом в десятки та сотні раз.

1.4.Світовим досвідом ефективного впровадження даних програм з доведеним позитивним впливом на рівень поширення ВІЛ серед населення.

2.Програми діагностики та лікування ППСШ активно впроваджуються в Україні, але є необхідність:

2.1.Розробки, практичної реалізації окремих компонентів, які підвищують ефективність даних програм, зокрема: мультидисциплінарне ведення випадку клієнта з ППСШ на засадах кейс-менеджменту, впровадження ефективної системи мотиваційного консультування клієнта з метою зміни сексуальної поведінки в сторону більш безпечної, впровадження синдромного підходу лікування ППСШ у окремих випадках ведення клієнту – представника уразливих груп населення.

2.2.Максимальне розширення діючих програм з широким залученням фахівців-дерматовенерологів до надання послуг діагностики та лікування ППСШ у представників уразливих груп населення.

2.3.Впровадження диференційованого регіонального підходу до визначення основних груп населення, для яких необхідне впровадження програм діагностики і лікування ППСШ як механізму протидії поширення ВІЛ статевим шляхом серед населення регіону.

3.Впровадження фінансової підтримки діючих та нових програм діагностики та лікування ППСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ з боку держави.

Література

1. *ВІЛ-інфекція в Україні* : інформаційний бюлетень № 36. – Київ : МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, 2011. – 22 с.
2. *ВІЛ-інфекція в Україні*: інформаційний бюлетень № 37. – Київ : МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, 2012. – 82 с.
3. *Внедрение* проектов повышения качества медицинского обслуживания на уровне первичного звена здравоохранения / USAID. Проект ЗдравПлюс. – Ташкент, 2007. – 150с.
4. *ВОЗ*. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006–2015 гг. – Женева, 2007. – 70 с.
5. *Всеукраїнський координаційний Центр з питань проведення скринінг-тестування та лікування ППСШ у представників уразливих до ВІЛ груп населення* [Електронний ресурс] / ДУ «Інститут дерматології та венерології АМН України». – Режим доступу : <http://idvamnu.com.ua/vseukra%D1%97nskij-koordinacijnij-centr>. – Назва з екрана.
6. *Діагностика і лікування у представників уразливих груп* [Електронний ресурс] // МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – Режим доступу : <http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-bin/index.cgi?url=ua/ipp/index.htm>. – Назва з екрана.
7. *Іванов С. В.* Сучасні клініко-правові аспекти обстеження та лікування пацієнтів з ППСШ при розробленні методів моніторингу й оцінки поширеності ВІЛ/СНІДу в Україні / С. В. Іванов, М. М. Шупенько, І. С. Миронюк // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2009. – № 4 (35). – С. 69–75.
8. *ППСШ* [Електронний ресурс] / ДУ «Український центр профілактики та боротьби із СНІДом». – Режим доступу : <http://ukraids.gov.ua/index.php/uk/diyalnist-centru/profilaktyka/ipssh>. – Назва з екрана.
9. *Калюжна Л. Д.* Асоціації інфекцій, що передаються статевим шляхом, у ВІЛ-інфікованих / Л. Д. Калюжна, Л. В. Гречанська // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2004. – № 1. – С. 78–80.
10. *Мавров Г. І.* Інфекції, що передаються статевим шляхом, – один із чинників поширення вірусу імунодефіциту людини [Електронний ресурс] / Г. І. Мавров // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2009. – №1. – Режим доступу : <http://immuno.health-ua.com/article/274.html>. – Назва з екрана.

11. *Мавров Г. І.* Особливості діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, в осіб із груп ризику, уразливих щодо інфікування вірусом імунодефіциту людини [Електронний ресурс] / Г. І. Мавров, Г. М. Бондаренко, Ю. В. Щербакові // *Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія.* – 2011. – № 1. – Режим доступу : <http://immuno.health-ua.com/article/543.html>. – Назва з екрана.
12. *Мавров Г. І.* Особливості надання дерматовенерологічної допомоги представникам груп ризику, уразливим щодо зараження ВІЛ / Г. І. Мавров, Ю. В. Щербакова // *Дерматологія та венерологія.* – 2012. – № 1 (55). – С. 9–18.
13. *Методические рекомендации по второму поколению эпидемиологического надзора за ВИЧ / ЮНЕЙДС/ВОЗ* Рабочая группа по глобальному епінадзору за ВИЧ/СПИДом и СПИ. – 2000. – 53 с.
14. *Миронюк І. С.* Актуальність впровадження програм діагностики та лікування ІПСШ в середовищі трудових мігрантів як методу профілактики інфікування ВІЛ / І. С. Миронюк // *Актуальні проблеми клініки, профілактики ВІЛ-інфекції і захворювань з парентеральним шляхом передачі* : матеріали наук.-практ. конференції з міжнар. участю. – Харків, 2011. – С. 80–82.
15. *Миронюк І. С.* Особливості розвитку епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області / І. С. Миронюк, В. В. Брич., Н. А. Гудюк // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* – 2009. – № 2. – С. 37–41.
16. *Миронюк І. С.* Результати вивчення ролі трудової міграції у поширенні ВІЛ-інфекції в Закарпатті / І. С. Миронюк, В. Й. Шатило // *Україна. Здоров'я нації.* – 2011. – № 1 (17). – С. 58–62.
17. *Миронюк І. С.* Роль близького оточення трудових мігрантів у розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Закарпатті / І. С. Миронюк, В. Й. Шатило // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* – 2011. – № 1. – С. 35–38.
18. *Миронюк І. С.* Трудові мігранти – група підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Закарпатській області / І. С. Миронюк // *Теоретичні засади оптимізації системи епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами в Україні та світі на сучасному етапі* : тези доповідей наук.-практ. конференції (читання, присвячені пам'яті академіка Л.В.Громашевського, 115-й річниці заснування Інституту). – Київ, 2011. – С. 33–35.
19. *Моніторинг поведінки жінок, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: аналітичний звіт за результатами опитування ЖКС у 2009 році.* – Київ : МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2010. – 74 с.
20. *Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед статевих партнерів споживачів ін'єкційних наркотиків: аналітичний звіт за результатами дослідження 2009 року / Н. Погоріла, Ю. Таран, С. Кім [та ін.].* – Київ : МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2010. – 60 с.
21. *Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління: аналітичний звіт за результатами зв'язного дослідження 2009 року / Є. С. Большов, М. Г. Касянчук, О. В. Трофименко [та ін.].* – Київ : МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2011. – 88 с.
22. *Определение стадии эпидемии ВИЧ-инфекции в Украине / Ю. В. Круглов, В. А. Марциновская, И. В. Нгуен [и др.] // Профілактична медицина (епідеміологія, мікробіологія, вірусологія, паразитологія, інфекційні хвороби.* – 2010. – № 3 (11). – С. 14–18.
23. *Оцінка наявності й доступності послуг з діагностики і лікування інфекцій, які передаються статевим шляхом, для груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні: звіт Місії / Д. Річенс, М. Беціу // Бюро ВООЗ в Україні, ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ».* – Київ : ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», 2009. – 43 с.
24. *Перспективы внедрения принципов общественного здравоохранения в профилактику и лечение инфекций, передаваемых половым путем, в странах Восточной Европы и Центральной Азии: отчет о совещании ВОЗ (Берлин, Германия 11–13 октября 2001 года / ВОЗ, 2002.* – 27 с.
25. *Про внесення змін до Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення: Закон України" // Відомості Верховної Ради України (ВВР).* – 2011. – № 30. – С. 274.
26. *Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки : Закон України № 1026-VI від 19.02.2009 р.* – Київ, 2010. – 28 с.
27. *Річний звіт 2010.* – Київ : МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2011. – 154 с.
28. *Річний звіт 2016.* – Київ : МБФ «Міжнар. Альянс громадського здоров'я», 2017. – 126 с.
29. *Флемінг Д. Т.* Влияние других заболеваний, передаваемых половым путем, на половую передачу ВИЧ-инфекции: от эпидемиологической синергии к политике и практике здравоохранения [Электронный ресурс] / Д. Т. Флемінг, Дж. Н. Вассерхайт // *Инфекции Передаваемые Половым Путем.* – 1999. – № 5. – Режим доступа : <http://www.ozppr.ru/archive/1999-05/01.html>. – Название с экрана.

30. Aral S. O. Sexually transmitted diseases: magnitude, determinants and consequences / S. O. Aral // Int.J.STD AIDS. – 2001. – Vol. 12, № 4. – P. 211–215.
31. Consultation on STD interventions for preventing HIV: what is the evidence?. – Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, 2000. – 60 p.
32. Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review / A. Creese [et al.] // Lancet. – 2002. – Vol. 359. – P. 1635–1642.
33. Cost-effectiveness of improved treatment services for sexually transmitted diseases in preventing HIV-1 infection in Mwanza Region, Tanzania / L. Gilson [et al.] // Lancet. – 1997. – Vol. 350. – P. 1805–1809.
34. Dehne K. L. Sexually transmitted infections among adolescents. The need for adequate health services / K. L. Dehne, G. Riedner. – Geneva : WHO, 2005. – 78 p.
35. Fleming D. T. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection / D. T. Fleming, J. N. Wasserheit // Sex Transm Infect. – 1999. – Vol. 75 (1). – P. 3–17.
36. Guidelines on Surveillance Among Populations Most at Risk for HIV. – WHO/UNAIDS, 2011. – 57 p.
37. Hayes R. J. The cofactor effect of genital ulcers in the per-exposure risk of HIV transmission in sub-Saharan Africa / R. J. Hayes, K. F. Schulz, F. A. Plummer // Journal of Tropical Medicine and Hygiene. – 1995. – Vol. 98. – P. 1–8.
38. HIV seroincidence among patients at clinics for sexually transmitted diseases in nine cities in the United States / H. Wienstock, M. Dale, G. A. Gwinn M. Satten [et al.] // J. Acquir. Immune Defic. Syndr. – 2002. – Vol. 29, № 5. – P. 478–483.
39. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial / H. Grosskurth [et al.] // Lancet. – 1995. – Vol. 346. – P. 530–536.
40. Manhart L. E. Randomized controlled trials of individual-level, population-level, and multilevel interventions for preventing sexually transmitted infections: what has worked? / L. E. Manhart, K. K. Holmes // Journal of Infectious Diseases. – 2005. – Vol. 191 (Suppl. 1). – S7–S24.
41. Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1 / M. S. Cohen [et al.] // Lancet. – 1997. – Vol. 349. – P. 1868–1873.
42. Rottingen J. A. A systematic review of the epidemiologic interactions between classic sexually transmitted diseases and HIV – How much really is known? / J. A. Rottingen, D. W. Cameron, G. P. Garnett // Sexually Transmitted Diseases. – 2001. – Vol. 28 (10) – P. 579–597.
43. Sexually transmissible diseases in injecting drug users / M. W. Ross, J. Gold, A. Wodak, M. E. Miller // Genitourin Med. – 1991. – Vol. 67 (1). – P. 32–36.
44. STDS in men who have sex with men. 2010 sexually transmitted diseases surveillance [Electronic resource] / CDC. – Access mode : <http://www.cdc.gov/std/stats10/msm.htm#foot13>. – Title from screen.
45. Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV-infected patients with new syphilis infections / K. Buchacz [et al.] // AIDS. – 2004. – Vol. 18. – P. 2075–2079.
46. The prevalence and incidence of sexually transmitted infections in a prospective cohort of injection drug users in Vancouver, British Columbia / L. M. Kuyper, C. Collins, T. Kerr [et al.] // Can J Infect Dis Med Microbiol. – 2005. – Vol. 16 (4). – P. 225–229.
47. Wald A. Risk of human immunodeficiency virus infection in herpes simplex virus type 2 – seropositive persons: a meta-analysis / A. Wald, K. Link // Journal of Infectious Diseases. – 2002 – Vol. 185. – P. 45–52.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.01.2018 р.

Опыт и перспективы программ диагностики и лечения ИППП у представителей групп повышенного риска инфицирования ВИЧ в Украине

В.И. Миронюк

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

Представлена актуальность функционирования программ диагностики и лечения ИППП среди представителей групп повышенного риска инфицирования ВИЧ в Украине. Проанализирован мировой опыт оценки эффективности таких программ и опыт работы в данном направлении в Украине. Представлены результаты оценки современного состояния работы таких программ в стране и определены основные проблемы эффективного функционирования аналогичных программ в будущем.

Аргументирована необходимость широкого привлечения дерматовенерологической службы к предоставлению услуг в программах диагностики и лечения ИППП среди представителей групп повышенного риска инфицирования ВИЧ с целью существенного влияния на развитие эпидемии ВИЧ-инфекции/СПИДа.

Ключевые слова: программы диагностики и лечения ИППП, группы повышенного риска, ВИЧ/СПИД.

Experience and prospects of the programs of diagnostics and treatment of sexually transmitted infections in the groups at risk for HIV infection in Ukraine

V.I. Myronyuk

SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

The urgency of functioning for the programs of genitally transmitted infections diagnostics and treatment among the groups at risk for HIV infection in Ukraine is presented in the work. The world experience of effectiveness evaluation of the programs of this kind and the experience of Ukraine as for the work in this direction are analyzed.

The results of the assessment of the present state of such programs in the country are considered in the paper and the main problems of the effective functioning of similar programs in future are defined. The necessity of wide involvement of dermatovenerologists to the provision of services in the frames of programs of GTI diagnostics and treatment among the groups at risk for HIV infection in order to significantly impact on the development of HIV-infection/AIDS.

Key words: programs of genitally transmitted infections diagnostics and treatment, groups at risk, HIV/AIDS.

Відомості про автора

Миронюк Вікторія Іванівна – аспірант кафедри громадського здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська область, 88000, Україна.

УДК 614.2:616-089-053.2:311.172

О.Б. Олексюк

Тенденції рівнів госпіталізації дітей першого року життя

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

Мета – провести поглиблений аналіз даних звітів закладів охорони здоров'я Львівської області про діяльність (фф. №20) щодо рівнів госпіталізації та лікарняної летальності дітей першого року життя за 2007–2016 рр.

Метод: статистичний.

Результати. Протягом 2007–2016 рр. рівні госпіталізації дітей першого року життя Львівської області значуще не змінилися (приріст показників госпіталізації становив $-2,0\%$, при $p > 0,05$). У структурі госпіталізованої захворюваності переважали класи хвороб органів дихання ($43,3\%$ у 2016 р.) та окремі стани, які виникають у перинатальному періоді ($22,0\%$). Аналіз рівнів госпіталізації за класами хвороб за два п'ятирічні періоди виявив значуще ($p < 0,05$) зростання у 2012–2016 рр., порівняно з 2007–2011 рр., показників із приводу: хвороб ока та його додаткового апарату (на $43,9\%$); травм та отруєнь (на $15,4\%$), деяких інфекційних та паразитарних хвороб (на $10,9\%$), а значуще зниження – у зв'язку із хворобами крові й кровотворних органів (на $37,6\%$).

Висновки. Середні рівні госпіталізації дітей першого року життя у 2012–2016 рр. значуще не відрізнялись від рівнів 2007–2011 рр. ($558,7 \pm 4,53\%$ проти $557,5 \pm 8,12\%$, $p > 0,05$), а середні рівні лікарняної значуще ($p < 0,05$) знизились з $1,69 \pm 0,15\%$ до $1,32 \pm 0,09\%$ за два порівняльні п'ятирічні періоди.

Ключові слова: госпіталізація, діти, діти першого року життя.

Вступ

У період реформування системи охорони здоров'я України важливим завданням є визначення потреб у стаціонарному лікуванні дітей окремих вікових груп при певних видах патології. Розрахунок потреби в госпіталізації дітей передбачає обчислення фактичних обсягів наданої їм стаціонарної допомоги з урахуванням динаміки рівнів госпіталізації за останні роки [1–3].

Мета роботи – проаналізувати рівні та структуру госпіталізації дітей першого року життя, які проживають у Львівській області, за доступними офіційними даними МОЗ України протягом 2007–2016 рр.

Матеріали та методи

Відносні та середні показники госпіталізації дітей першого року життя та усіх дітей (віком 0–17 років) області обчислено на основі даних «Звітів лікувально-профілактичного закладу за рік» (фф. №20).

Статистичний аналіз матеріалів проведено з використанням комп'ютерної програми Statistica 8.0. Значущість різниці між середніми показниками виміряно за допомогою U-тесту, а відносними величинами – тесту Фішера із Metropolis алгоритмом.

Результати дослідження та їх обговорення

За період 2007–2016 рр. рівні госпіталізації дітей першого року життя Львівської області значуще не змінилися (приріст показників госпіталізації становив $-2,0\%$, при $p > 0,05$) (рис.).

Порівняння середніх загальних рівнів госпіталізації дітей першого року життя за два п'ятирічні періоди наведено в таблиці.

Водночас, у 2007–2016 рр. рівні госпіталізації усіх дітей Львівської області зросли на $22,2\%$ (з 182,9 до 223,5 на 1000 дітей).

У дітей першого року життя найвищі рівні госпіталізації у 2016 р. були зареєстровані з приводу: хвороб органів дихання (247,6 випадку госпіталізації на 1000 дітей даної вікової групи, або $43,3\%$ усіх зареєстрованих випадків госпіталізації) та окремих станів, які виникають у перинатальному періоді ($126,0\%$, або $22,0\%$). Ці два провідні класи хвороб становили більшість ($65,3\%$) усіх випадків госпіталізації дітей першого року у 2016 р. На третьому місці у структурі госпіталізації знаходилися деякі інфекційні та паразитарні хвороби ($44,9\%$, або $7,8\%$), на четвертому – природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії ($42,9\%$, або $7,5\%$).

Структура госпіталізації за класами хвороб не змінювалася протягом досліджуваного періоду. Так, питома вага двох провідних класів – хвороб органів дихання та окремих станів, які виникають у перинатальному періоді, у 2012–2016 рр. становила в середньому $44,0 \pm 0,58\%$ та $21,1 \pm 0,48\%$ проти $45,4 \pm 0,95\%$ та $21,2 \pm 0,76\%$ у 2007–2011 рр. ($p > 0,05$).

За два порівнювані п'ятирічні періоди середні показники госпіталізації дітей першого року життя зросли у 6 із 18 класів хвороб за МКХ-10, однак тільки для трьох класів хвороб різниці в рівнях була значущою ($p < 0,05$), (табл.).

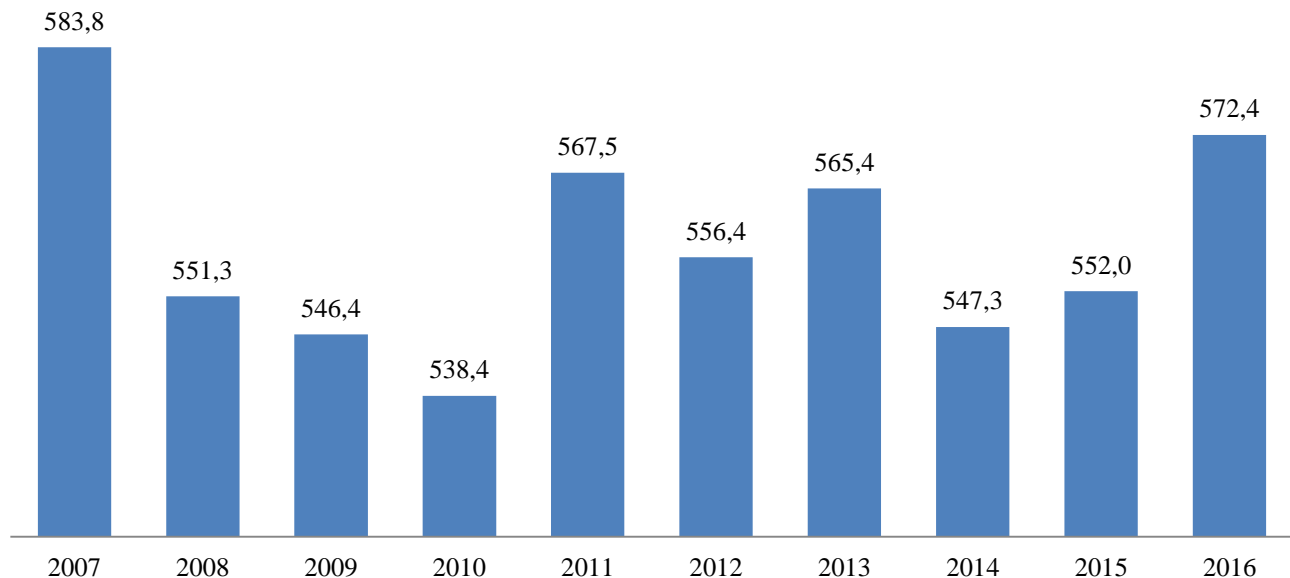


Рис. Рівні госпіталізації дітей першого року життя Львівської області у 2007–2016 рр. (на 1000 дітей до одного року)

Таблиця
Середні рівні госпіталізації дітей першого року життя
у 2007–2011 та 2012–2016 рр. за класами хвороб (на 1000 дітей даного віку)

Клас за МКХ-10	Середні показники (M±m) за:		Значущість різниці (p)	Приріст (%)
	2007–2011 рр.	2012–2016 рр.		
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	38,7±0,93	42,9±0,71	< 0,01	10,9
Новоутворення	4,7±0,74	3,8±0,36	> 0,05	-18,7
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	3,3±0,32	2,0±0,19	< 0,05	-37,6
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	2,3±0,10	1,8±0,19	> 0,05	-22,1
Розлади психіки та поведінки	0,04±0,04	0,0	> 0,05	-100,0
Хвороби нервової системи	11,0±0,51	10,6±0,43	> 0,05	-3,7
Хвороби ока та його придаткового апарату	16,4±1,02	23,6±0,78	< 0,01	43,9
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	8,9±0,45	8,4±0,36	> 0,05	-5,8
Хвороби системи кровообігу	1,0±0,14	0,8±0,20	> 0,05	-18,6
Хвороби органів дихання	252,9±5,90	246,1±4,03	> 0,05	-2,7
Хвороби органів травлення	27,5±0,41	25,8±0,73	> 0,05	-6,0
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	11,9±0,46	10,2±0,71	> 0,05	-14,4
Хвороби кістково-м'язової системи	0,9±0,15	0,7±0,12	> 0,05	-27,1
Хвороби сечостатевої системи	11,4±0,46	11,6±0,46	> 0,05	1,8
Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	118,4±5,31	118,0±2,83	> 0,05	-0,4
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	38,9±0,36	41,7±0,77	< 0,01	7,2
Симптоми, ознаки та відхилення від норми	0,13±0,05	0,14±0,04	> 0,05	10,5
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	9,3±0,38	10,7±0,51	< 0,05	15,4
Усі хвороби	557,5±8,12	558,7±4,53	> 0,05	0,2

Значуще зростання рівнів госпіталізації відмічалось з приводу: хвороб ока та його придаткового апарату (на 43,9%, з $16,4 \pm 1,02\%$ до $23,6 \pm 0,78\%$, $p < 0,01$); травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників (на 15,4%, з $9,3 \pm 0,38\%$ до $10,7 \pm 0,51\%$, $p < 0,05$), а також деяких інфекційних та паразитарних хвороб (на 10,9%, з $38,7 \pm 0,93\%$ до $42,9 \pm 0,71\%$, $p < 0,01$).

Звертає на себе увагу те, що в класі «Деякі інфекційні та паразитарні хвороби» рівень госпіталізації з приводу кишкових інфекцій за порівнювані п'ятирічні періоди зріс на 11,9% (з $28,62 \pm 0,85\%$ до $32,02 \pm 1,41\%$, $p = 0,07$).

Значуще зниження середніх рівнів госпіталізації за класами хвороб за порівнювані п'ятирічні періоди було зареєстровано тільки у зв'язку із хворобами крові й кровотворних органів (на 37,6%, з $3,3 \pm 0,32\%$ до $2,0 \pm 0,19\%$, $p < 0,05$), (табл. 1).

Щодо провідних класів госпіталізації дітей до року, то зниження рівнів госпіталізації з приводу хвороб органів дихання (на 2,7%) та окремих станів, що виникають у перинатальному періоді (на 0,4%), було незначущим ($p > 0,05$), (табл.).

Слід зазначити, що в класі хвороб органів дихання статистично значуще знизилася частота госпіталізації дітей першого року життя у зв'язку із пневмоніями (з $18,4 \pm 1,03\%$ у 2007–2011 рр. до $11,6 \pm 0,39\%$ у 2012–2016 рр., $p < 0,01$).

За період 2007–2016 рр. показники лікарняної летальності дітей першого року життя знизились на 52,7% (з 2,15% у 2007 р. до 1,02% у 2016 р.). Порівняння середніх показників рівнів летальності за два п'ятирічні періоди також показало їх значуще ($p < 0,05$) зниження з $1,69 \pm 0,15\%$ у 2007–2011 рр. до $1,32 \pm 0,09\%$ у 2012–2016 рр.

Рівні госпіталізації дітей першого року життя значуще перевищували загальний рівень госпіталізації усього дитячого населення області від 2,5 до 3,2 разу.

У 2016 р. діти першого року життя у Львівській області найчастіше госпіталізувались у дитячі міські лікарні (31,1% усіх вибулих зі стаціонару) та центральні районні лікарні (20,8%). У дитячих обласних лікарнях стаціонарно лікувалося 16,8%, у Львівській обласній клінічній лікарні – 6,2%, інших обласних закладах охорони здоров'я – 7,7%, міських та центральних міських лікарнях – 7,3%, районних лікарнях – 6,4%, пологових будинках – 3,1%, інфекційних лікарнях – 0,5% дітей, вибулих зі стаціонарів за рік.

На жаль, обмеженість даних, що стосуються стаціонарного лікування дітей першого року життя, які

приведені у «Звіті лікувально-профілактичного закладу за рік» (фф. №20), не дають змоги обчислити та проаналізувати інші показники, які характеризують госпіталізацію дітей першого року життя та ресурсне забезпечення наданої їм стаціонарної допомоги.

Висновки

Протягом 2007–2016 рр. рівні госпіталізації дітей першого року життя Львівської області значуще ($p > 0,05$) не змінилися і становили 583,8‰ у 2007 р. проти 572,4‰ у 2016 р. Порівняння середніх загальних рівнів госпіталізації дітей першого року життя за два п'ятирічні періоди значущої різниці також не виявило ($557,5 \pm 8,12\%$ у 2007–2011 рр. проти $558,7 \pm 4,53\%$ у 2012–2016 рр., $p > 0,05$).

У структурі госпіталізації дітей першого року життя провідними класами захворювань були: хвороби органів дихання та окремі стани, які виникають у перинатальному періоді. Структура госпіталізації за класами хвороб не змінювалася протягом досліджуваного періоду. Так, питома вага хвороб органів дихання та окремих станів, які виникають у перинатальному періоді, у 2012–2016 рр. становила в середньому $44,0 \pm 0,58\%$ та $21,1 \pm 0,48\%$ проти $45,4 \pm 0,95\%$ та $21,2 \pm 0,76\%$ у 2007–2011 рр. ($p > 0,05$).

Значуще ($p < 0,05$) зростання середніх показників госпіталізації дітей першого року життя за два порівнювальні періоди реєструвалося в класах: «Хвороби ока та його придаткового апарату» (на 43,9%), «Деякі інфекційні та паразитарні хвороби» (на 10,9%), «Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників» (на 15,4%); а значуще ($p < 0,05$) зниження – тільки у зв'язку із хворобами крові й кровотворних органів (на 37,6%).

Показники лікарняної летальності дітей першого року життя значуще ($p < 0,05$) знизилися з $1,69 \pm 0,15\%$ у 2007–2011 рр. до $1,32 \pm 0,09\%$ у 2012–2016 рр.

Протягом 2016 р. 31,1% дітей першого року життя лікувались в стаціонарах дитячих міських, 27,2% – у центральних районних і районних, 16,8% – у дитячих обласних лікарнях, 6,2% – у Львівській обласній клінічній лікарні, 7,7% – в інших обласних закладах охорони здоров'я, 7,3% – у міських та центральних міських лікарнях, 3,1% – у пологових будинках, 0,5% – в інфекційних лікарнях.

Перспективи досліджень спрямовані на подальше вивчення даної проблеми.

Література

1. Про затвердження «Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі»: наказ МОЗ України № 420 від 15.07.2011 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110715_420.html. – Назва з екрана.
2. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. Шафранського В. В.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 452 с.

3. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ : МВЦ «Медінформ», 2017. – 519 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 29.01.2018 р.

Тенденции уровней госпитализации детей первого года жизни

О.Б. Олексюк

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина

Цель – провести углубленный анализ данных отчетов учреждений здравоохранения Львовской области (Украина) об их деятельности (фф. №20), касающихся уровней госпитализации и больничной летальности детей первого года жизни за 2007–2016 гг.

Метод: статистический.

Результаты. В течение 2007–2016 гг. уровни госпитализации детей первого года жизни Львовской области значимо не изменились (прирост показателей госпитализации составил -2,0%, при $p>0,05$). В структуре госпитализированной заболеваемости преобладали классы болезней органов дыхания (43,3% в 2016 г.) и отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (22,0%). Анализ уровней госпитализации по классам болезней по двум пятилетним периодам показал значимое ($p<0,05$) возрастание в 2012–2016 гг., по сравнению с 2007–2011 гг., показателей по поводу: болезней глаза и его придаточного аппарата (на 43,9%); травм и отравлений (на 15,4%), некоторых инфекционных и паразитарных болезней (на 10,9%), а значимое снижение – в связи с болезнями крови и кроветворных органов (на 37,6%).

Выводы. Средние уровни госпитализации детей первого года жизни в 2012–2016 гг. значимо не отличались от уровней 2007–2011 гг. ($558,7\pm 4,53\%$ против $557,5\pm 8,12\%$, $p>0,05$), а средние уровни больничной летальности снизились с $1,69\pm 0,15\%$ до $1,32\pm 0,09\%$ в течение двух сравниваемых пятилетних периодов.

Ключевые слова: госпитализация, дети, дети первого года жизни.

Trends of the hospitalization rates of children of the first year of life

O.B. Oleksiuk

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Purpose – to carry out in-depth analysis of the data of the reports of health care institutions of Lviv region (Ukraine) on their activities regarding the rates of hospitalization and hospital mortality of children of the first year of life during 2007–2016.

Method: statistical.

Results. During 2007–2016 hospitalization rates of children of the first year of life in Lviv region didn't change significantly (the increase of hospitalization rates was -2.0%, at $p>0.05$). In the hospitalization structure prevailed the chapters "Diseases of the respiratory system" (43.3% of all diseases in 2016) and "Certain conditions originating in the perinatal period" (22.0%). The analysis of hospitalization rates by chapters over two five-year periods revealed a significant increase ($p<0.05$) in 2012–2016, compared with 2007–2011, of hospitalization rates of chapters "Diseases of eye and adnexa" (for 43.9%); "Injuries and poisonings" (by 15.4%), "Certain infectious and parasitic diseases" (by 10.9%), and a significant decrease – of chapter "Diseases of the blood and blood-forming organs" (by 37.6%).

Conclusions. The average hospitalization rates of children of the first year of life in 2012–2016 didn't significantly differ from the levels of 2007–2011 ($558.7\pm 4.53\%$ versus $557.5\pm 8.12\%$, $p>0.05$), and the mean levels of the hospital mortality rate had significantly ($p<0,05$) decreased from $1,69\pm 0,15\%$ to $1,32\pm 0,09\%$ over two comparative five-year periods.

Key words: hospitalization, health care resources, children.

Відомості про автора

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

УДК 614.21:616.8-089(477.87)

І.М. Рогач, М.М. Смірнов, А.О. Керецман, В.В. Жорник

Характеристика використання ліжкового фонду для стаціонарного лікування дорослого населення з хворобами нервової системи в Закарпатській області

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

Мета – вивчити та проаналізувати використання ліжкового фонду для стаціонарного лікування дорослого населення з хворобами нервової системи в Закарпатській області.

Матеріали та методи. Проаналізовано звіти закладів охорони здоров'я (форма №20), які надають стаціонарну нейрохірургічну та/або неврологічну допомогу дорослому населенню Закарпатської області, а також статистичні щорічники Закарпаття за 2012–2016 рр.

Результати. Отримано та проаналізовано показники використання ліжкового фонду неврологічного та нейрохірургічного профілів.

Висновки. Рекомендовано розрахувати нормативні кількості спеціалізованих ліжок у районах та поліпшити підготовку сімейних лікарів у відношенні цереброваскулярної патології.

Ключові слова: ліжковий фонд, неврологічна допомога, нейрохірургічна допомога, доросле населення.

Вступ

Висока ефективність використання ліжкового фонду лікарняно-профілактичними закладами системи охорони здоров'я є надважливим питанням її реформування у зв'язку із підвищенням якості,

доступності та вартості стаціонарної медичної допомоги. Незважаючи на зменшення кількості лікарняних ліжок, що проводиться в Україні в останні роки, забезпеченість населення ними залишається однією з найвищих серед країн Європи та СНД (табл. 1).

Таблиця 1
Забезпеченість ліжками на 100 тис. населення [8, 9]

Країна	2012		2013		2014	
	усього	у лікарнях нехронічного профілю	усього	у лікарнях нехронічного профілю	усього	у лікарнях нехронічного профілю
Азербайджан	465	349	469	350	487	358
Великобританія	281	231	276	228	274	228
Вірменія	405	330	406	330	415	340
Естонія	553	385	501	367	501	367
Ізраїль	310	233	309	234	308	233
Ірландія	255	237	258	240	260	244
Ісландія	325	271	321	267	318	267
Іспанія	299	238	297	236	297	238
Молдова	623	493	583	471	566	455
Німеччина	818	612	828	621	823	618
Норвегія	397	355	386	345	384	343
Польща	663	496	661	495	663	496
Росія	840	661	818	641	н.в.	н.в.
Словаччина	591	503	580	492	579	492
Угорщина	700	431	704	432	698	430
Узбекистан	419	349	399	334	381	320
Україна	891	721	880	715	784	644
Франція	653	440	648	436	641	428
Чехія	666	453	646	431	646	426

Чисельність стаціонарів більше ніж удвічі перевищує аналогічний показник країн Європи, що призводить до розпорошення ресурсів та низької якості [3]. Наразі стаціонари в Україні фінансуються краще, і вся медична система працює так, щоб ліжка не простоювали. Лікарняна система включає багато невеликих сільських лікарень [6]. Частка малопотужних лікарень, до 50 ліжок, у загальній кількості всіх лікарень становить ще 12%. Як відомо, в Україні рівень (21,9%) і тривалість (13,3 дня) госпіталізації істотно перевищують середньоєвропейські показники (19,2% та 10,4 дня) та показники в країнах ЄС (18,0% та 9,2 дня) [2]. Від 30% до 50% пацієнтів госпіталізується необґрунтовано [2].

З іншого боку, в Україні виражений потік пацієнтів, яких направляють вверх по лікарняній ієрархії. Наявність даного потоку забезпечена такими факторами. В розпорядженні центральних лікарень – порівняно більші бюджети, вища кваліфікація лікарів, краще забезпечення препаратами та обладнанням [6]. В свою чергу, первинна медико-санітарна допомога розвинута недостатньо, особливо в селах, незважаючи на постійне наголосшення на проблемах організації та розвитку сільської медицини. Тим більше наразі в умовах децентралізації місцеві громади, відповідно до Указу президента України №545/2016 від 7 грудня 2016 р. «Про першочергові заходи щодо розвитку місцевого самоврядування в Україні на 2017 рік», мають можливість власноруч розподіляти кошти з урахуванням локальних потреб.

Також, у порівнянні зі своїми колегами за кордоном, лікарі загальної практики значно менше займаються діагностикою та лікуванням. Тому лікарі місцевої мережі охорони здоров'я (працівники швидкої допомоги, поліклінік тощо) виконують лише мінімальну функцію – особливо у зв'язку з тим, що багато пацієнтів, минаючи їх, поступають безпосередньо в стаціонари лікарень [6].

Існують різні варіанти вирішення даної проблеми, однак необхідними напрямками є не тільки перепрофілювання існуючих ліжкових фондів, але й зміна мотивації лікарів та керівників лікарняних закладів, а також порядку планування штатів лікарів: не за кількістю ліжок, а за обсягом виконаної роботи, та створення механізму фінансування стаціонарних лікувально-профілактичних закладів за випадком перебування пацієнта у стаціонарі [1].

Одним із перших кроків у цьому напрямі було затвердження наказу Міністерства охорони здоров'я України від 02.09.2016 № 928 «Про втрату чинності наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2000 № 33 «Про примірні штатні нормативи закладів охорони здоров'я». Даний наказ надає власникам і керівникам закладів охорони здоров'я значно більшої автономії в прийнятті рішень щодо формування та затвердження штатних розписів цих закладів, зважаючи на їх функції та обсяги медичної допомоги населенню.

Наступним було прийняття Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» (документ 2002-19, прийняття від 06.04.2017). Згідно з цим законом медичні заклади можуть

господарювати самостійно після ухвалення господарської автономізації щодо них місцевими радами. Як наслідок, медична установа може залучати нові джерела фінансування. Проте за таких умов постають нові вимоги до керівників. Вони повинні набратися досвіду роботи в ринкових умовах і поглибити знання з менеджменту та маркетингу, що дасть змогу якісно покращити управління.

Скільки необхідно ліжок? Відповідь на це запитання залежить від різних факторів. Деякі з них змінити досить важко, як, наприклад, структуру захворюваності та соціальну структуру населення. Інші ж змінюються відносно легко, до прикладу, ефективність діагностики та лікування, надання альтернатив стаціонарного лікування.

Стратегії оптимізації ліжкового фонду повинні включати відповідні заходи, націлені на зниження кількості випадків необґрунтованої госпіталізації, підвищення ефективності стаціонарного лікування, зменшення строків госпіталізації, сприяння швидшій виписці. Остаточне рішення щодо скорочення ліжкового фонду має прийматися лише після проведення аналізу його використання, задоволення потреб населення в реабілітаційній та паліативній, а також у медико-соціальній допомозі [1], із наступним визначенням ефективності за вдосконаленою методикою Скоморохової Т. В., шляхом застосування визначених коефіцієнтів необґрунтованої госпіталізації та зменшення тривалості лікування [4, 7].

Мета роботи – вивчити рівень забезпечення дорослого населення Закарпатської області спеціалізованими стаціонарними ліжками нейрохірургічного і неврологічного профілів та стан їх використання в лікарняно-профілактичних закладах, що перебувають у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України.

Матеріали та методи

Використано такі методи: статистичний – аналіз звітів закладів охорони здоров'я (форма № 20), які надавали стаціонарну нейрохірургічну та/або неврологічну допомогу дорослому населенню Закарпатської області у 2012–2016 рр., а також статистичних щорічників Закарпаття 2012–2016 рр. Державної служби статистики України; бібліосемантичний; системного підходу й аналізу.

Статистична обробка матеріалів дослідження проведена з використанням методів біостатистичного аналізу, реалізованих у пакетах програм Excel 2016 (Microsoft) і STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc.).

Результати дослідження та їх обговорення

Відповідно до поставленої мети вивчено рівень забезпечення дорослого населення Закарпатської області спеціалізованими стаціонарними неврологічними та нейрохірургічними ліжками у 2012–2016 рр. Отримані результати наведено в табл. 2–4, які містять показники по Закарпаттю в цілому та окремо по районах. Також окремо виділено Ужгородську центральну міську клінічну лікарню та заклади обласного підпорядкування

(Закарпатську обласну клінічну лікарню ім. А. Новака й Обласний клінічний центр нейрохірургії та неврології, що було створено у 2006 р. [5]).

Наведені дані (табл. 2) свідчать, що в Закарпатті у 2012 р. при загальній кількості спеціалізованих неврологічних ліжок для дорослих у 555 шт., рівень забезпечення становив 4,44 ліжка на 10 тис. населення з коливанням у розрізі районів області від 2,89 в Ужгородському районі до 6,93 у Мукачівському. Різниця рівня забезпечення між районами у 2012 р. становила 4,04, відповідно 2,4 разу. За п'ять років, до 2016 р. включно, в області відмічалась тенденція до скорочення забезпечення ліжковим фондом з 4,44 до 4,27, тобто майже на 3%. Подібна динаміка відмічалась в 6 районах, забезпечення неврологічними ліжками залишилось на вихідному рівні у 2 районах, а у 4 районах, навпаки, відмічалось збільшення

даного показника. Особливу увагу на себе звертає Ужгородський район, в якому забезпечення неврологічними ліжками на 10 тис. населення збільшилось в 1,5 разу з 2,89 до 4,21. Різниця між районами Закарпатської області у 2016 р. становила 3,28, відповідно 1,94 разу, тобто відносно 2012 р. вона зменшилась на 19,2%. У м. Ужгород та закладах обласного підпорядкування досліджуваній показник зменшився відповідно до тенденції області.

Забезпечення спеціалізованими нейрохірургічними ліжками в закладах обласного підпорядкування було стабільним протягом всіх п'яти років – 0,31 на 10 тис. населення. Серед районів лише Берегівський мав у своїй структурі такі ліжка, і забезпеченість ними дорівнювала 1,35. Та у 2015 р. вони були перепрофільовані.

Таблиця 2

Забезпеченість неврологічними ліжками та середнє число їх роботи в Закарпатській області

Адміністративна одиниця	Забезпеченість ліжками на 10 тис. населення, шт.					Середнє число днів роботи ліжка, днів				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Берегівський район	5,78	5,78	5,97	6,21	6,27	365,13	365,17	361,16	353,16	335,81
Велико-березнянський район	6,77	6,74	6,72	6,72	6,77	330,72	337,11	329,39	313,39	333,44
Виноградівський район	3,93	3,74	3,72	3,72	3,72	351,85	346,56	374,02	378,44	370,47
Воловецький район	5,71	5,71	5,71	5,74	5,76	336,43	345,43	385,07	355,79	343,57
Іршавський район	3,52	3,51	3,50	3,50	3,49	349,69	347,11	363,57	343,80	346,74
Мукачівський район	6,93	6,93	6,92	6,63	6,34	258,96	245,40	266,19	299,49	338,48
Перечинський район	4,75	4,70	4,69	4,36	4,39	341,40	350,80	358,93	344,57	349,36
Рахівський район	6,00	5,97	4,86	4,85	4,86	320,53	333,40	359,40	348,56	353,60
Свалявський район	4,09	4,07	4,07	4,07	4,03	367,95	334,09	331,41	296,50	309,68
Тячівський район	4,61	4,88	4,86	4,86	4,67	314,01	320,59	320,08	342,42	331,41
Ужгородський район	2,89	2,86	2,84	2,83	4,21	311,50	263,55	234,35	262,65	370,13
Хустський район	3,65	4,06	3,64	3,64	3,66	352,74	341,26	335,49	337,11	353,74
м. Ужгород	5,05	4,81	4,82	4,84	4,82	396,16	386,93	372,13	367,49	374,69

Наступним етапом дослідження було вивчення та проведення аналізу стану використання спеціалізованого неврологічного та нейрохірургічного ліжкового фонду для надання допомоги дорослому населенню.

Отримані дані (табл. 2) свідчать, що у 2012 р. в цілому по Закарпатській області спеціалізоване неврологічне ліжко для надання стаціонарної допомоги дорослому населенню працювало 335,29 доби із коливаннями в розрізі районів від 258,96 доби у Мукачівському до 396,16 доби в м. Ужгород, що свідчить про переваженість стаціонару. Різниця становила 137,18 доби, відповідно 1,29 разу. З 2012 р. по 2016 р. в Закарпатті відмічалась тенденція до збільшення середнього числа днів роботи ліжка на рік (349,08 доби). Найбільший приріст відмічено в Мукачівському районі з 258,96 доби до 338,48 доби (1,31 разу). У Свалявському районі, навпаки, в 2016 р. неврологічне ліжко стало

«працювати» на 15,86% менше, ніж у 2012 р. Різниця середнього числа днів роботи ліжка на рік між районами Закарпаття у 2016 р. складала 65,01 доби, відповідно 1,21 разу (порівняно з 2012 р. вона зменшилась на 7,6%). У закладах обласного підпорядкування показник залишився майже без змін, а в м. Ужгород дещо знизився.

Середнє число днів роботи нейрохірургічного ліжка в закладах обласного підпорядкування не перевищувало 312,08 доби, що відповідає вимогам Національної служби охорони здоров'я Великобританії (82%, або 300 діб) [10] та свідчить про раціональне управління ліжковими фондами.

У середньому по Закарпатській області у 2012 р. хворі перебували на спеціалізованих неврологічних ліжках (табл. 3) 10,54 дня з коливаннями в розрізі районів від 7,61 у Виноградівському районі до 14,69 в Ужгородському. Різниця між даними районами становила 7,08, відповідно 1,93 разу. За період п'яти років загалом

по області середнє перебування хворого на ліжку зменшилося до 9,78 ліжко-дня, тобто на 7,2%. У більшості районів даний показник також мав тенденцію до зниження, особливо в Ужгородському районі (з 14,69 до 11,10, на 24,4%). Різниця показника між районами у 2016 р. становила 5,37, відповідно 1,74 разу, тобто зменшилась на 9,8%. У м. Ужгород та закладах обласного

підпорядкування середнє перебування хворих на неврологічних ліжках зменшилося на 9,9% та 14,2% відповідно.

На спеціалізованих нейрохірургічних ліжках у 2012 р. у Закарпатській області хворі в середньому перебували 12,11 ліжко-дня, до 2016 р. показник знизився незначно – до 11,98.

Таблиця 3

Середнє перебування хворого на ліжку та його обіг в Закарпатській області

Адміністративна одиниця	Середнє перебування хворого на ліжку, днів					Обіг ліжка, пацієнтів				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
<i>неврологічні ліжка</i>										
Берегівський район	12,06	11,65	11,31	12,26	11,91	30,28	31,35	31,92	28,81	28,19
Велико-березнянський район	12,69	11,20	11,47	11,55	11,76	26,06	30,11	28,72	27,14	28,36
Виноградівський район	7,61	7,22	7,24	7,28	7,20	46,21	48,01	51,67	52,01	51,42
Воловецький район	12,94	13,02	12,91	12,31	11,73	26,00	26,54	29,82	28,89	29,29
Іршавський район	8,61	8,32	8,40	8,24	8,98	40,60	41,70	43,29	41,71	38,60
Мукачівський район	9,21	9,20	9,11	9,12	9,10	28,11	26,67	29,22	32,83	37,20
Перечинський район	11,32	10,64	10,75	10,86	10,70	30,17	32,97	33,40	31,71	32,64
Рахівський район	12,10	11,75	12,29	12,38	12,57	26,50	28,38	29,24	28,16	28,12
Свалявський район	10,31	9,51	10,17	9,02	9,33	35,68	35,14	32,59	32,86	33,20
Тячівський район	13,33	12,65	12,04	11,66	11,08	23,55	25,34	26,59	29,38	29,91
Ужгородський район	14,69	13,00	12,65	13,40	11,10	21,20	20,28	18,53	19,60	33,35
Хустський район	9,62	9,78	8,70	9,02	8,74	36,66	34,91	38,54	37,36	40,46
м. Ужгород	11,75	10,86	10,62	10,46	10,58	33,72	35,63	35,05	35,15	35,41
Заклади обласного підпорядкування	9,49	8,72	8,44	8,59	8,14	37,71	40,15	42,46	42,75	44,20
Разом по Закарпаттю	10,54	10,08	9,86	9,89	9,78	31,81	32,73	34,12	34,36	35,70
<i>нейрохірургічні ліжка</i>										
Берегівський район	10,66	10,46	12,90	н.в.	н.в.	37,07	26,29	10,79	н.в.	н.в.
Заклади обласного підпорядкування	12,50	12,48	12,78	12,15	11,98	24,97	23,88	22,92	22,41	25,37
Разом по Закарпаттю	12,11	12,14	12,79	12,15	11,98	26,82	24,25	24,86	22,41	25,37

За досліджуваний період 2012–2016 рр. в Закарпатській області спеціалізовані неврологічні ліжка стали «обслуговувати» більшу кількість пацієнтів на рік (табл. 3). Так, у 2012 р. обіг ліжка становив 31,81 у середньому по Закарпаттю з коливаннями в розрізі районів від 21,20 в Ужгородському районі до 46,21 у Виноградівському. Різниця становила 25,01, відповідно 2,18 разу. У 2016 р. загалом по області даний показник збільшився до 35,70, тобто в 1,12 разу. Лише в 3 районах (Берегівський, Іршавський, Свалявський) обіг ліжка зменшився, проте в більшості районів Закарпатської області спостерігалось його збільшення щороку, крім Ужгородського району, в якому показник стрімко зріс в 1,7 разу у 2016 р., порівняно з 2015 р. (відповідно 33,35 та 19,60). Різниця обігу ліжка між районами у 2016 р. складала 23,30, відповідно 1,83 разу, тобто зменшилась на

16,1% у порівнянні з 2012 р. В закладах обласного підпорядкування за п'ять років обіг спеціалізованого неврологічного ліжка збільшився відповідно до тенденції районних закладів в 1,17 разу з 37,71 до 44,20.

Обіг спеціалізованих нейрохірургічних ліжок у закладах обласного підпорядкування за досліджуваний період незначно знизився у 2013–2015 рр., але у 2016 р. становив 25,37 та перевершив значення вихідного 2012 р.

Рівень госпіталізації на 1000 населення (табл. 4) Закарпатської області у 2012 р. на неврологічні ліжка складав 14,13‰ із коливаннями в розрізі районів від 6,14‰ в Ужгородському районі до 18,18‰ у Виноградівському. Різниця становила 16,66‰, відповідно 2,96 разу. У 2012–2016 рр. рівень госпіталізації загалом по області зріс до 15,23‰. У районах картина була неоднорідною, значно виділився Ужгородський район, в

якому показник у 2016 р. зріс в 2,53 разу, порівняно з 2015 р. (10,04% і 5,54% відповідно). Різниця в рівнях госпіталізації між районами у 2016 р. складала 10,23%, відповідно 1,77 разу, тобто зменшилася на 40,2%. У м. Ужгород та закладах обласного підпорядкування

рівень госпіталізації на неврологічні ліжка протягом п'яти років залишався відносно сталим, як і рівень госпіталізації на спеціалізовані нейрохірургічні ліжка. У Берегівському районі даний показник знижувався аналогічно середньому числу днів роботи ліжка та його обігу.

Таблиця 4

Госпітальна летальність і рівень госпіталізації в Закарпатській області

Адміністративна одиниця	Госпітальна летальність, %					Рівень госпіталізації на 1000 населення, %				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
<i>неврологічні ліжка</i>										
Берегівський район	4,29	5,63	3,62	5,77	5,76	17,50	18,12	19,07	17,90	17,66
Велико-березнянський район	0,20	3,35	1,83	1,37	1,70	17,63	20,30	19,29	18,23	19,20
Виноградівський район	1,78	1,61	1,88	1,91	2,67	18,18	17,94	19,23	19,34	19,11
Воловецький район	0,26	0,00	0,23	0,24	0,00	14,86	15,16	17,04	16,58	16,88
Іршавський район	1,13	1,30	1,58	1,57	1,33	14,30	14,64	15,15	14,59	13,47
Мукачівський район	4,48	4,11	4,17	4,57	3,81	19,49	18,49	20,21	21,78	23,59
Перечинський район	1,53	2,24	1,39	1,12	0,66	14,32	15,50	15,66	13,83	14,31
Рахівський район	0,87	0,76	0,59	1,07	0,84	15,91	16,95	27,47	13,67	13,66
Свалявський район	1,22	1,00	2,43	0,93	1,05	14,59	14,31	13,25	13,39	13,36
Тячівський район	1,00	0,83	0,57	0,95	1,09	10,87	12,36	12,93	14,28	13,98
Ужгородський район	0,95	0,74	0,81	0,26	0,40	6,14	5,80	5,26	5,54	14,04
Хустський район	1,48	2,26	1,25	0,31	0,97	13,38	14,17	14,02	13,59	14,80
м. Ужгород	3,52	3,65	3,91	4,01	3,97	17,02	17,13	16,91	17,02	17,08
Заклади обласного підпорядкування	0,80	0,53	1,47	0,96	0,89	1,69	1,79	1,89	1,91	1,62
Разом по Закарпаттю	1,92	2,01	2,01	1,98	2,04	14,13	14,59	14,82	15,40	15,23
<i>нейрохірургічні ліжка</i>										
Берегівський район	1,92	1,63	5,48	н.в.	н.в.	5,00	3,55	1,45	н.в.	н.в.
Заклади обласного підпорядкування	2,99	4,52	2,67	3,94	3,75	0,78	0,74	0,71	0,70	0,79
Разом по Закарпаттю	2,76	4,04	2,88	3,94	3,75	0,99	0,89	0,77	0,70	0,79

Загальна госпітальна летальність (табл. 4) серед пацієнтів, що перебували на неврологічних ліжках, у 2012 р. в Закарпатті дорівнювала 1,92% із коливаннями з-поміж районів від 0,2% у Великоберезнянському районі до 4,48% у Мукачівському. За період до 2016 р. по області показник дещо збільшився до 2,04%. У Великоберезнянському районі, в якому загальна летальність була найнижчою у 2012 р., у 2013 р. вона зросла до 3,35%, але у 2014–2016 рр. не перевищувала 2%. Протягом досліджуваного періоду серед пацієнтів, що перебували на спеціалізованих неврологічних ліжках, найнижча летальність була у Воловецькому районі (не перевищувала 0,26%), а найвища – у Берегівському. В м. Ужгород летальність не перевищувала 4% протягом п'яти років, а в закладах обласного підпорядкування лише у 2014 р. показник майже досягнув 1,5%, інші роки – не більше 1%.

Госпітальна летальність серед пацієнтів, що перебували на спеціалізованих нейрохірургічних ліжках в

закладах обласного підпорядкування, у 2012 р. становила 2,99%, 2013 р. – 4,52%, а у 2014–2016 рр. показник не перевищував 4%. У Берегівському районі відмічалось стрімке підвищення загальної летальності у 2014 р. до 5,5%.

Також проведено кореляційний аналіз (Пірсона) показників використання ліжкового фонду. Сильна кореляція відзначалася між рівнем госпіталізації та забезпеченням ліжками населення, як неврологічними ($r=0,82$, $p<0,05$), так і нейрохірургічними ($r=0,89$, $p<0,05$). Помірну кореляційну залежність відмічено між забезпеченням спеціалізованими неврологічними ліжками та середнім числом днів перебування пацієнта в стаціонарі ($r=0,38$, $p<0,05$), обігом ліжка ($r=-0,45$, $p<0,05$), загальною летальністю ($r=0,41$, $p<0,05$) та між рівнем госпіталізації й загальною летальністю ($r=0,44$, $p<0,05$). Дана залежність була відсутня у нейрохірургічних ліжок. Проте виявлена помірна кореляція між рівнем госпіталізації та середнім числом днів роботи ліжка на рік ($r=0,67$, $p<0,05$).

Висновки

На основі отриманих результатів щодо спеціалізованих неврологічних та нейрохірургічних ліжкових фондів у Закарпатській області у 2012–2016 рр. можна зробити такі висновки:

1. Рекомендовано розрахувати нормативні кількості спеціалізованих неврологічних та нейрохірургічних ліжок у районах за удосконаленою методикою.

2. Віднайдена кореляційна залежність вказує, що при скороченні забезпечення неврологічними ліжками зменшиться рівень госпіталізації, загальна летальність і середнє число днів перебування пацієнта в стаціонарі та

збільшиться обіг ліжка, тобто поліпшиться ефективність використання ліжкового фонду.

3. Ліжка неврологічного профілю значно перевантажені. Дану проблему потрібно вирішувати через посилену підготовку первинної ланки, зокрема сімейних лікарів, у відношенні цереброваскулярної патології та проведення якісного відбору на догоспітальному етапі.

4. Нейрохірургічну допомогу потрібно надавати в спеціалізованих висококваліфікованих центрах, щоб добитись високого рівня діагностики на місцях та оптимізувати «маршрут пацієнта».

Перспективи подальших досліджень полягають у продовженні вивчення порушеного у статті питання.

Література

1. *Коечный фонд: сокращение или перепрофилирование?* / И.И. Новик, А.И. Русенчик, А.И. Седых, Т.В. Ясюля // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2014. – № 1. – С. 63–67.
2. *Лехан В. М.* Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2008. – Т.2, №2. – С. 44–52.
3. *Лехан В. М.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1. – С. 5–23.
4. *Парій В. Д.* Обґрунтування методики розрахунку ліжкового фонду для надання вторинної стаціонарної допомоги / В. Д. Парій, В. М. Борис, С. М. Грищук // ScienceRise. Medical Science. – 2016. – № 5 (1). – С. 9–14.
5. *Рогач І. М.* Розвиток та організація нейрохірургічної служби Закарпатської області / І. М. Рогач, М. М. Смірнов, Р. Ю. Погоріляк // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (1). – С. 177–180.
6. *Салманов А. Г.* Модели системы здравоохранения в разных странах / А. Г. Салманов // Практика управління медичним закладом. – 2017. – № 10. – С. 38–40.
7. *Скоморохова Т. В.* Эффективность использования коечного фонда в многопрофильном стационаре, функционирующем на рынке добровольного медицинского страхования / Т. В. Скоморохова // Экономика здравоохранения. – 2003. – № 10. – С. 23–26.
8. *Число больничных коек на 100 000 населения* – Европейский портал информации здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа : https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/hfa_476-5050-hospital-beds-per-100-000. – Название с экрана.
9. *Число коек в больницах нехронического профиля на 100 000 населения* – Европейский портал информации здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа : https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/hfa_478-5060-acute-care-hospital-beds-per-100-000/. – Название с экрана.
10. *Keegan A. D.* Hospital bed occupancy: More than queuing for a bed / A. D. Keegan // Med. J. Aust. – 2010. – Vol. 193, № 5. – P. 291–293.

Дата надходження рукопису до редакції: 07.02.2018 р.

**Характеристика использования коечного фонда
для стационарного лечения взрослого населения
с заболеваниями нервной системы
в Закарпатской области**

*И.М. Рогач, Н.Н. Смирнов,
А.А. Керецман, В.В. Жорник*

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

Цель – изучить и проанализировать использование коечного фонда для стационарного лечения взрослого населения с заболеваниями нервной системы в Закарпатской области.

Материалы и методы. Проанализированы отчеты учреждений здравоохранения (форма № 20), которые оказывают стационарную нейрохирургическую и/или неврологическую помощь взрослому населению Закарпатской области, а также статистические ежегодники Закарпатя за 2012–2016 гг.

Результаты. Получены и проанализированы показатели использования коечного фонда неврологического и нейрохирургического профилей.

Выводы. Рекомендуется рассчитать нормативные количества специализированных коек в районах и улучшить подготовку семейных врачей в отношении цереброваскулярной патологии.

Ключевые слова: коечный фонд, неврологическая помощь, нейрохирургическая помощь, взрослое население.

**Characteristics of the usage of a bed fund
for inpatient treatment of adults with diseases
of the nervous system in the Transcarpathian region**

*I.M. Rogach, M.M. Smirnov,
A.O. Keretsman, V.V. Zhornyk*

SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to study and analyze the usage of a bed fund for inpatient treatment of adults with diseases of the nervous system in the Transcarpathian region.

Materials and methods. We analyzed reports of the health care institutions (form No.20), which provide inpatient neurosurgical and/or neurological care to the adults in the Transcarpathian region, and the statistical yearbooks of Transcarpathian region for 2012–2016.

Results. The indicators of the usage of neurological and neurosurgical bed funds were obtained and analyzed.

Conclusions. It is recommended to calculate the normative numbers of specialized beds in the districts and to improve an education of family doctors in view of the cerebrovascular pathology.

Key words: bed fund, neurological help, neurosurgical help, adult population.

Відомості про авторів

Рогач Іван Михайлович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини та гігієни ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна

Смирнов Микита Миколайович – аспірант кафедри соціальної медицини та гігієни ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Керецман Анжеліка Олексіївна – асистент кафедри соціальної медицини та гігієни ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Жорник Віталіна Василівна – студентка медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Медико-соціальне обґрунтування системи безпеки пацієнтів і потенційних шляхів її імплементації у службі анестезіології та інтенсивної терапії України

¹Київська міська клінічна лікарня № 3, м. Київ, Україна

²ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

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

Мета – обґрунтувати і розробити систему безпеки пацієнтів у службі анестезіології та інтенсивної терапії України; запропонувати потенційні шляхи її імплементації на національному, регіональному та локальному рівнях.

Матеріали та методи. Проведено критичний аналіз міжнародної рекомендаційної бази у сфері безпеки пацієнтів, вивчення закордонного досвіду та оцінка ситуації у вітчизняній системі охорони здоров'я.

Результати. Основною парадигмою системи безпеки пацієнтів у службі анестезіології та інтенсивної терапії України визнано сучасну концепцію про безпеку пацієнтів як про замкнений цикл, центральним об'єктом – пацієнта, ключовими елементами – принципи, знання та інструменти, структурними компонентами – заклади охорони здоров'я, навчальні медичні заклади, академію медичних наук, громадські професійні медичні й немедичні організації, логістичними принципами – інтеграцію, безперервність, наступність та зворотний зв'язок, а основними модулями – інфекційну, хірургічну, фармацевтичну та інфраструктурну безпеку, а також інцидент-моніторинг, навчання, науку та преміювання. Впровадження системи в державі може відбутися через реалізацію «Стратегічного плану дій з безпеки пацієнтів для служби анестезіології та інтенсивної терапії України».

Висновки. Обґрунтовано та розроблено систему безпеки пацієнтів у службі анестезіології та інтенсивної терапії України.

Ключові слова: система безпеки пацієнтів, національний план дій, інцидент-звітність, імплементація, служба анестезіології та інтенсивної терапії.

Вступ

Безпека пацієнта (БП) – це нова дисципліна у медицині, що сформувалась на межі ХХ–ХХІ століть у відповідь на вкрай неприйнятну статистику медичних помилок і несприятливих подій в охороні здоров'я [22]. З'ясувалось, що системи охорони здоров'я, навіть у розвинених країнах, є не такими безпечними для пацієнтів, як це вважалось раніше. Відкриття так званої «епідемії лікарських помилок», як однієї з основних причин захворюваності та смертності, є тому яскравим прикладом [23]. Дослідження, проведені у розвинених країнах світу в останні роки, свідчать про те, що, незважаючи на цільове залучення величезної кількості фінансових та людських ресурсів, рівень БП в їх системах охорони здоров'я суттєво не підвищився [19]. Частота інцидентів з БП залишилася, по суті, на тому ж самому рівні, що доводить незначну ефективність існуючих рішень та інструментів у даній сфері [13, 27, 28].

За 15 останніх років у світі започатковані і впроваджені численні програми та ініціативи з БП, які, однак, не знайшли свого втілення в Україні. Проведений у листопаді 2012 р. у м. Києві за ініціативи Ради Європи Перший національний конгрес з БП з його нереалізованим драфтом Національного плану дій з БП так і залишився єдиною вартою уваги вітчизняною подією у цій сфері.

Комплексно і системно дана проблема у нас також не вивчається. За виключенням наших власних робіт [4–10, 12], нами знайдені лише поодинокі публікації інших авторів, що стосуються окремих аспектів питання БП в Україні [2, 3].

Мета роботи – обґрунтувати і розробити систему БП у службі анестезіології та інтенсивної терапії (АІТ) України та запропонувати потенційні шляхи її імплементації на національному, регіональному та локальному рівнях.

Матеріали та методи

Для досягнення мети застосовано покрокову методологію, згідно з якою поетапно:

I. Сформульовано ключові принципи побудови системи БП у службі АІТ України.

II. Обрано сучасну безпекову парадигму [7], довкола якої вирішено вибудувати основні структурні компоненти і модулі системи БП у службі АІТ України.

III. Підсумовано результати раніше проведених досліджень щодо стратегічних завдань [12] і основних пріоритетів [10] служби АІТ України у сфері БП, що лягли в основу розробленого нами «Стратегічного плану дій з БП для служби АІТ України» [13], а також основних характеристик системи інцидент-звітництва як

основоположного інструменту детекції інцидентів з БП у медичній практиці [5].

IV. Визначено основні складові та загальну конфігурацію системи БП у службі АІТ України з її внутрішніми горизонтальними і вертикальними зв'язками.

V. Обрано концептуальну модель імплементації системи на національному рівні [9] та розроблено механізми впровадження окремих її положень на регіональному (управління або департамент охорони здоров'я) та локальному (лікарня) рівнях.

Результати дослідження та їх обговорення

I. Ключовими принципами побудови системи БП у службі АІТ України визначено:

- 1) пацієнто-центричність або скерованість на інтереси пацієнта;
- 2) залучення як державних, так і недержавних організацій;
- 3) участь самих пацієнтів та їх родин;
- 4) логістична інтеграція, безперервність, наступність та зворотній зв'язок.

II. Основною парадигмою системи БП у службі АІТ України обрано сучасну концепцію про БП як замкнутий цикл, що складається з трьох ланок [7] (рис. 1).



Рис. 1. Система безпеки пацієнтів як замкнутий цикл

1) підтримання «дієздатності» уже існуючих, раніше закладених бар'єрів (базовий менеджмент вихідних, як давно відомих, так і недавно ідентифікованих, пацієнт-залежних і пацієнт-незалежних ризиків);

2) ідентифікація слабких місць і «пробов» в уже існуючих бар'єрах (моніторинг, реєстрація й аналіз медичних помилок і несприятливих подій, що трапляються у процесі надання медичної допомоги, та активний пошук латентних загроз БП);

3) побудова нових бар'єрів (здобування та засвоєння уроків з нових інцидентів шляхом аналізу їх кореневих причин та реагування на них шляхом розробки та впровадження рішень щодо мінімізації ризиків їх повторення у майбутньому).

III. За результатами наших попередніх досліджень щодо стратегічних завдань і основних пріоритетів служби АІТ України у сфері БП, що базувались на 1) критичному аналізі міжнародної і вітчизняної настановно-рекомендаційної бази з БП, 2) вивченні передового закордонного досвіду із впровадження ініціатив з БП та систем інцидент-звітування у повсякденну медичну практику, 3) оцінці ситуації з БП у вітчизняній системі охорони здоров'я, встановлено наступне [10, 12].

III-A. Існує велика кількість настанов, рекомендацій та ініціатив у сфері БП, контент-аналіз яких дозволив розділити їх на 4 групи: глобальні (ВООЗ); європейські (ЄС, Рада Європи, Європейська комісія); міжнародні професійні («анестезіологічні» та «інтенсивістські»); вітчизняні.

1. Глобальні ініціативи ВООЗ у сфері БП:

- 2002 р. – резолюція 55-ї Асамблеї ВООЗ №55.18 з БП (заклик до країн-членів ВООЗ привернути пильну увагу до проблеми БП);

- 2004 р. – створення Всесвітнього Альянсу за Безпеку Пацієнтів (the World Alliance for Patient Safety – WAPS) з метою консолідації міжнародних зусиль у сфері БП;

- 2005 р. і дотепер – розробка і впровадження глобальної програми ВООЗ з БП, що охоплює 13 напрямків діяльності [33], зокрема:

✓ 2005–2006 рр. – поширення Першої глобальної ініціативи ВООЗ з БП «Чистота підвищує безпеку медичної допомоги» («Clean Care is Safer Care»), мета якої – попередження нозокоміальних інфекцій через впровадження правил гігієни рук «Рятує життя: мий руки» («Save Lives: Clean Your Hands») [32];

✓ 2007–2008 рр. – поширення Другої глобальної ініціативи ВООЗ з БП «Безпечна хірургія рятує життя» («Safe Surgery Saves Lives»), мета якої – підвищення рівня БП під час операцій та анестезій через впровадження «Чек-листа ВООЗ з безпеки хірургічного втручання» («WHO Surgical Safety Checklist») [34, 35].

2. Європейські ініціативи у сфері БП:

- 2005 р. – перша конференція з БП «Patient safety – making it happen – the European perspective» або, українською, «Безпека пацієнта – як цьому здійснитися – європейська перспектива» під егідою ЄС та Єврокомісії (першочергові завдання у сфері БП для Європейського Союзу);

- 2005–2007 рр. – проект «SIMPATIE» або «Safety improvement for patients in Europe» або, українською, «Поліпшення безпеки пацієнтів у Європі» під егідою Єврокомісії та Ради Європи (термінологія у сфері БП, індикатори БП та інструменти підвищення рівня БП);

- 2008 р. – проект «EUNetPaS» або «European Union Network for Patient Safety» або, українською, «Мережа Європейського Союзу з безпеки пацієнтів» (єдина платформа для співпраці та обміну інформацією у сфері БП усіх 27 членів ЄС);

- 2006 р. – «Rec(2006)7» або «Рекомендації Комітету міністрів Ради Європи урядам держав-членів про управління безпекою пацієнтів та запобігання інцидентам

у сфері охорони здоров'я» (10 основних груп рекомендацій щодо розробки національних програм з БП) [17];

- 2011 р. – «План дій Ради Європи для України 2011–2014» (Проект 1.4.1. «Розробка Національного плану дій з БП») [15].

3. Міжнародні професійні («анестезіологічні» та «інтенсивістські») ініціативи у сфері БП:

- 2009 р. – «Віденська декларація з БП в інтенсивній терапії» Європейського Товариства Інтенсивної Терапії (ESICM) [23];

- 2010 р. – «Гельсінська декларація з БП в анестезіології» Європейського Товариства Анестезіологів (ESA) та Європейської Ради Анестезіологів (EBA) при Європейській Спільноті Медичних Спеціалістів (EUMS) [29];

- 2010 р. – «Міжнародні стандарти безпечної анестезіологічної практики» Всесвітньої Федерації Товариств Анестезіологів (WFSA) [20];

- 2010 р. – «Настанови з якості та безпеки післянаркозної допомоги» Європейської Ради Анестезіологів (EBA) при Європейській Спільноті Медичних Спеціалістів (EUMS) [31];

- 2011 р. – «Рекомендації щодо основних вимог до відділень ІТ: структурні й організаційні аспекти» Європейського Товариства Інтенсивної Терапії (ESICM) [26];

- 2012 р. «Настанови з дизайну відділення інтенсивної терапії» Американського Товариства Медицини Критичних Станів (SCCM) [19];

- 2013 р. – «Стартовий пакет з БП в анестезіології» Європейського Товариства Анестезіологів (ESA) та Європейської Ради Анестезіологів (EBA) при Європейській Спільноті Медичних Спеціалістів (EUMS) [24].

4. Вітчизняні ініціативи у сфері БП:

- 2012 р. – Перший національний конгрес з БП «Безпека пацієнта – Безпека лікаря – Безпека держави» (м. Київ);

- 2014 р. – VI Британсько-Український Симпозіум з анестезіології та інтенсивної терапії «Новітні тенденції в сучасній анестезіології та інтенсивній терапії – акцент на проблемах БП та моніторингу» (м. Київ);

- 2016 р. – VII Національний Конгрес анестезіологів України (пленарне засідання «Безпека в анестезіології») (м. Дніпро).

III-Б. Впровадження ініціатив ВООЗ з БП у медичну практику продемонструвало певний прогрес у подоланні проблеми:

- за 10 перших років (2005–2015 рр.), що минули з моменту запуску Першої її глобальної ініціативи «Чистота підвищує безпеку медичної допомоги», 139 міністерств охорони здоров'я по усьому світу зобов'язались просувати цей інструмент підвищення рівня БП у своїх країнах та майже 18 000 лікувальних закладів у 179 країнах долучилися до кампанії «Save Lives: Clean Your Hands» («Рятує життя: мий руки»);

- впродовж 1 року (жовтень 2007 р. – вересень 2008 р.), що минув з моменту запуску Другої її глобальної ініціативи «Безпечна хірургія рятує життя», ефект від впровадження «Чек-листа з безпеки хірургічного втручання» у 8 пілотних закладах по всьому світу (Канада, Індія, Йорданія, Нова Зеландія, Філіппіни, Танзанія,

Сполучене Королівство, США) вилився у зменшення внутрішньо-лікарняної летальності з 1,5% до 0,8%, а частоти хірургічних ускладнень – з 11% до 7,0%.

III-В. Вивчення окремих аспектів інфраструктури та діяльності вітчизняної служби АІТ у розрізі БП встановило наявність системних «хронічних» проблем, що потребують вирішення. Так, порівняння вітчизняних (Державні будівельні норми. ДБН В. 2.2-10-2001) [1] і міжнародних («Рекомендації щодо базових вимог до відділень інтенсивної терапії: структурні й організаційні аспекти», ESICM, 2011 р.) [26] стандартів архітектурного дизайну та інженерно-технічного забезпечення підрозділів служби АІТ продемонструвало суттєве відставання вітчизняних нормативів від загальноприйнятих у сучасному цивілізованому світі мінімальних вимог. Оцінка матеріально-технічної і технологічної бази служби АІТ України на основі результатів двох загальнонаціональних технічних аудитів, проведених за участі авторів у 2007 р. та 2014 р., показала її крайню занедбаність та невідповідність навіть вітчизняним нормативам, передбаченим чинними таблицями оснащення [10]. Аналіз єдиної доступної, але не офіційної статистики ятрогенних ускладнень у вітчизняній анестезіологічній та реанімаційній практиці (дані щорічних звітів обласних позаштатних анестезіологів) засвідчив мізерну для такої великої служби АІТ кількість інцидентів з БП, що на порядки відрізняється від значно більшої і, очевидно, більш достовірної статистики медичних помилок та несприятливих подій, отримуваної з закордонних систем інцидент-звітування [8, 10]. Соціологічне дослідження серед лікарів-анестезіологів України продемонструвало низький рівень забезпечення служби АІТ стандартами і протоколами надання медичної допомоги [11]. Тобто вітчизняними реаліями є застаріла інфраструктура, недосконале і недостатньо регламентоване інженерно-технічне забезпечення та занедбана матеріально-технічна база служби АІТ України, а також майже повна відсутність затверджених стандартів анестезіологічної та реанімаційної допомоги і недоступність достовірної статистики медичних помилок та несприятливих подій в анестезіологічній практиці.

Виходячи з наведеного вище аналізу міжнародної та вітчизняної рекомендаційної бази з БП, вивчення закордонного досвіду впровадження відповідних ініціатив у медичну практику та оцінки ситуації з БП у вітчизняній анестезіологічній та реанімаційній практиці [1, 8, 11], ми визначили вісім пріоритетів служби АІТ України у сфері БП [10] та розробили вісім відповідних модулів «Стратегічного плану дій з БП для служби АІТ України», оприлюдненого нами раніше [13], які включили в структуру системи БП:

1. Модуль інфекційної безпеки (мета – контроль над внутрішньо-лікарняними інфекціями).

2. Модуль хірургічної безпеки (мета – попередження медичних помилок та ятрогенних ускладнень в хірургічній та анестезіологічній практиці).

3. Модуль фармацевтичної безпеки (мета – доступність і безпека ліків та попередження помилок при їх медичному застосуванні).

4. Модуль інфраструктурної безпеки (мета – створення належних архітектурних, інженерно-технічних,

матеріально-технічних та технологічних умов для забезпечення БП).

5. Модуль інцидент-моніторингу та звітності (мета – створення системи моніторингу, реєстрації та аналізу медичних помилок і критичних інцидентів з безпеки пацієнтів та навчання на них).

6. Модуль освіти і навчання (мета – підвищення рівня теоретичних знань та практичної підготовки медичного персоналу в питаннях БП).

7. Модуль наукових досліджень (мета – наукове дослідження проблеми БП в Україні та науковий супровід державних та інших програм з цієї тематики).

8. Модуль преміювання за досягнення у сфері БП (мета – створення системи заохочення до активної діяльності у сфері БП та впровадження інструментів її підвищення у клінічну практику).

III-Г. Контент-аналіз друкованих матеріалів та електронних Інтернет-ресурсів щодо основних атрибутів системи інцидент-звітування дозволив встановити, що сьогодні до цього інструменту ідентифікації інцидентів з БП висуваються вимоги, котрі вперше системно були окреслені в документі ВООЗ 2005 року «Проект настанов ВООЗ щодо систем звітування про несприятливі події та здобування з них уроків» [36]. Згідно з зазначеними настановами, система інцидент-звітування повинна бути:

- 1) некаральною;
- 2) конфіденційною;
- 3) незалежною;
- 4) експертною;
- 5) своєчасною;
- 6) орієнтованою на систему;
- 7) готовою до змін.

Подібні вимоги до системи інцидент-звітування сформульовані і в програмному документі Комітету Міністрів Ради Європи «Рекомендація Rec(2006)7 Комітету Міністрів державам-членам про управління безпекою пацієнтів та попередження несприятливих подій в охороні здоров'я», прийнятому на засіданні заступників міністрів у 2006 р. [16].

Подальший розвиток зазначені вимоги отримали у настановах Робочої групи з БП Європейської Комісії (виконавчого органу Європейського Союзу) «Ключові факти і рекомендації щодо систем звітування і здобування уроків з інцидентів з БП у Європі» (2014 р.) [18]. У документі цієї авторитетної міжурядової організації зазначається, що:

1) у країнах-членах Європейського Союзу існують системи як примусового, так і добровільного інцидент-звітування, і кожний тип має свої переваги і недоліки;

2) системи примусового інцидент-звітування повинні супроводжуватись нормативними документами, що виключають можливість санкцій проти тих, хто звітує, і чіткими правилами щодо конфіденційності;

3) типи інцидентів, про які звітують, можуть різнитися, але широкий підхід до визначення поняття «інцидент» повинен дозволити звітувати про будь-які випадки загрози БП, включаючи реєстрацію так званих незавершених, тобто своєчасно відвернутих несприятливих подій (*англ. Near misses* – потенційно-небезпечні дії або

ситуації, що не досягли пацієнта) та завершених, але без завдання пацієнту шкоди, несприятливих подій (*англ. No harm events*), що, в доповнення до звітування про завершені несприятливі події зі шкодою або навіть смертю пацієнтів (*англ. Harm events*), є багатим джерелом інформації для здобуття уроків і вдосконалення системи;

4) можливість звітувати про інциденти з БП повинні мати усі без виключення категорії працівників системи охорони здоров'я, а не лише медичний персонал;

5) до повідомлення про випадки виникнення загрози безпеці повинні заохочуватись самі пацієнти та члени їх родин;

б) системи інцидент-звітування повинні бути відокремленими від систем подання офіційних скарг, вжиття заходів адміністративно-дисциплінарного впливу та розгляду судових справ, а працівники, котрі подали звіти, – захищеними від дисциплінарних стягнень та судових позовів, для чого повинні бути забезпечені конфіденційність осіб, які звітують, та повна анонімізація даних, що повідомляються;

7) анонімізовані зведені звіти з аналізом отриманих даних повинні регулярно оприлюднюватись, а здобуті уроки активно поширюватись з метою підтримки ініціатив у сфері безпеки пацієнтів та запобігання новим інцидентам у Європі.

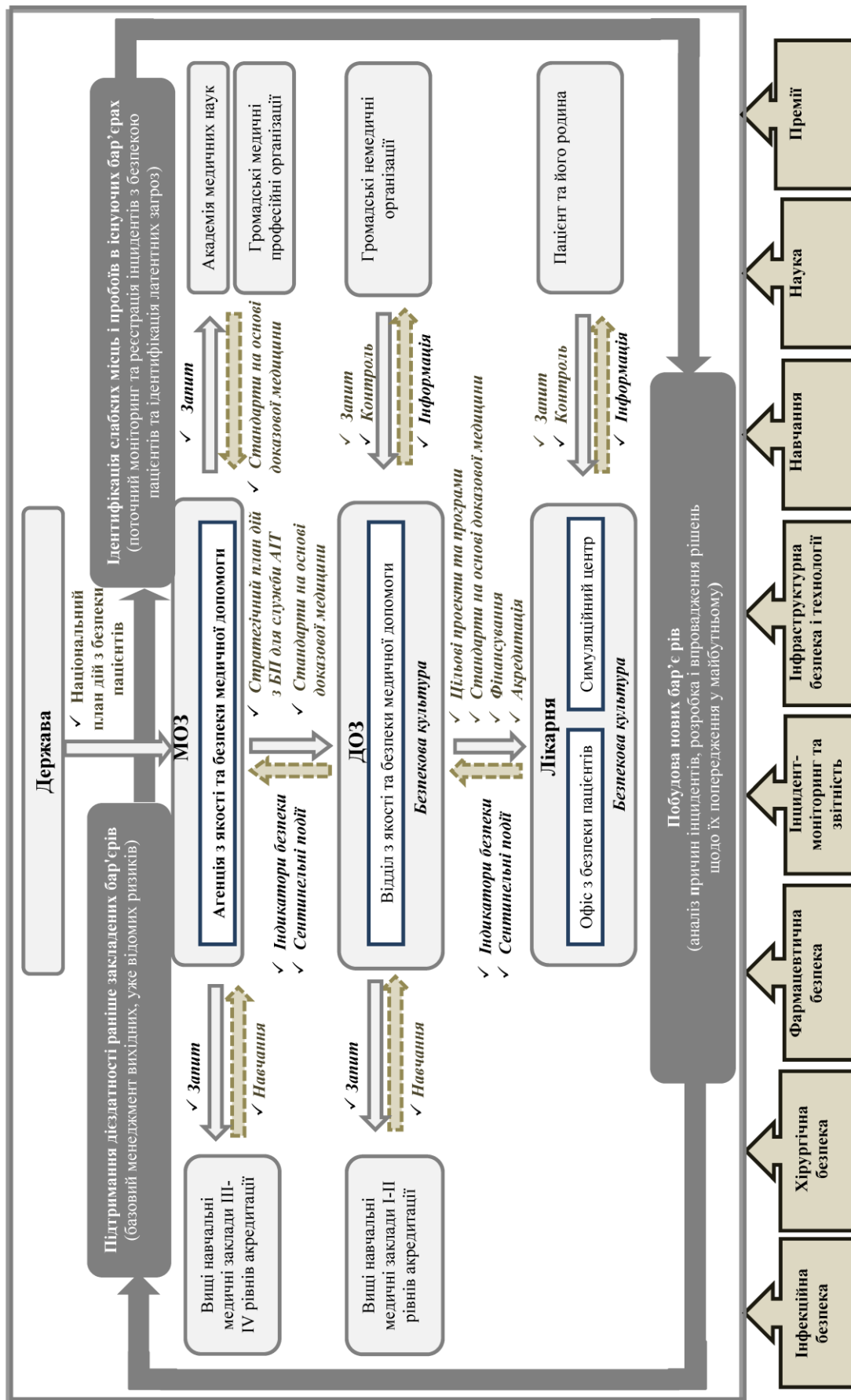
З описання атрибутів сучасної системи інцидент-звітування ясно видно, що необхідною умовою їх успішного функціонування є впровадження в організаціях спеціального робочого клімату, що в сучасній термінології отримав назву культури безпеки.

IV. На основі викладеного вище ми пропонуємо таку загальну конфігурацію системи БП у службі АІТ України:

- центральний об'єкт – пацієнт;
- ключові елементи – стратегії, знання та інструменти;
- структурні компоненти – заклади охорони здоров'я, навчальні медичні заклади усіх рівнів акредитації, академія медичних наук, громадські професійні медичні й немедичні організації;
- логістичні принципи – інтеграція, безперервність, наступність та зворотній зв'язок;
- основні практичні модулі – обґрунтовані нами 8 пріоритетів з БП, а саме – інфекційна, хірургічна, фармацевтична та інфраструктурна безпека, а також інцидент-моніторинг, навчання, наука та преміювання (рис. 2).

Основними інноваційними елементами, які ми пропонуємо включити в систему, є:

- впровадження у службі АІТ України багаторівневої системи інцидент-звітування з можливістю участі пацієнтів та їх родин у цьому процесі;
- впровадження в лікувальних закладах України нового структурного підрозділу – офісу з БП з його вертикальною та горизонтальною інтеграцією; відкриття внутрішньолікарняних та/або міжлікарняних симуляційних центрів для відпрацювання клінічних навиків та ситуацій, від повсякденних до ексклюзивних, мультидисциплінарною командою.



Пріоритети служби анестезіології та інтенсивної терапії України у сфері безпеки пацієнтів

Рис. 2. Система безпеки пацієнтів у службі анестезіології України

V. Для імплементації системи у практику служби АІТ України на національному рівні розроблено «Стратегічний план дій з БП для служби АІТ України» [13] та обрано концептуальну модель його впровадження, що

базується на загальній парадигмі планування в охороні здоров'я, запропонованій канадськими вченими R. Pineault і С. Daveluy [25] (рис. 3).



Рис. 3. Загальна парадигма планування в охороні здоров'я за Pineault–Daveluy

З точки зору системи охорони здоров'я України в цілому запропонований нами «Стратегічний план дій з БП для служби АІТ України» є складовою частиною Національного плану дій, започаткованого Першим національним конгресом з БП (м. Київ, 2012 р.), але в контексті мети даної роботи може вважатися генеральним планом моделі Pineault–Daveluy, тобто інтервенцією,

спрямованою на практичну реалізацію ролі держави у сфері БП в анестезіології та інтенсивній терапії на національному рівні, що передбачає створення максимально сприятливих законодавчих, нормативно-правових, інфраструктурних, матеріально-технічних, кадрових, організаційних та інших передумов для забезпечення найвищого рівня безпеки для усіх учасників

(об'єктів та суб'єктів) процесу надання анестезіологічної і реанімаційної допомоги.

Вертикаль перспективи «Стратегічного плану дій з БП у службі АІТ України» може бути представлена так:

– Надмета – це підвищення рівня БП і персоналу у службі АІТ України до рівня найкращих світових стандартів;

– Мета – це зменшення кількості інцидентів з БП та персоналу після впровадження у діяльність вітчизняної служби АІТ науково обґрунтованих безпекових інструментів та реалізації інших релевантних ініціатив.

– Загальні завдання – це, по суті, обґрунтовані нами вісім пріоритетів служби АІТ у сфері БП, що в наступній вертикалі моделі – *вертикалі інтервенції* реалізуються через окремі пріоритет-орієнтовані програми та проекти, спрямовані на впровадження уже визначених нами інструментів близької та віддаленої перспективи.

На рівні спеціальності нами обґрунтовано та розроблено концептуальну модель власного, адаптованого до національних умов «Стартового пакету з БП для служби анестезіології України» [7], в основу якого покладено однойменний пакет Робочої групи Європейського товариства анестезіології [23], але з розширенням, порівняно з європейським, переліком теоретичних і практичних матеріалів.

На регіональному рівні (управління або департамент охорони здоров'я) шляхи імплементації запропонованої системи передбачають впровадження низки інструментів, основними з яких є зовнішні та внутрішні аудити за обґрунтованими та розробленими нами індикаторами безпеки, що стосуються архітектурного, інфраструктурного та інженерно-технічного компонентів служби АІТ, а також системи інцидент-моніторингу і звітування з визначенням чіткого переліку індикаторних подій.

Література

1. *Державні будівельні норми України. Будинки та споруди. Заклади охорони здоров'я.* ДБН В. 2.2-10-2001 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.medconsulting.com.ua/f/nakazu_moz/others/DBN_Zaklad_OZ.pdf. – Назва з екрана.
2. *Культура безпеки у вітчизняних закладах охорони здоров'я* / Ю. М. Скалецький, Г. В. Осьодло, М. М. Риган, Ю. Я. Котик // *Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення* : наук.-практ. конф., 2017 р. : тези доповідей. – Дніпро, 2017. – С. 60–63.
3. *Проблема безпеки пацієнтів* [Електронний ресурс] / А. С. Котуза, В. Г. Івчук, І. І. Цанько, А. А. Отрошко // *Медицина неотложных состояний*. – 2013. – № 2 (49). – Режим доступу : http://www.mif-ua.com/archive/article_print/35572. – Назва з екрана.
4. *Слабкий Г. О.* Детермінанти безпеки пацієнтів у неонатальних відділеннях інтенсивної терапії / Г. О. Слабкий, О. М. Ковальова, Р. М. Федосюк // *Україна. Здоров'я нації*. – 2010. – № 2 (14). – С. 47–52.
5. *Федосюк Р. М.* Система інцидент звітування і культура безпеки в медицині та перспективи їх запровадження в Україні за результатами соціологічного дослідження / Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова // *Економіка і право охорони здоров'я*. – 2017. – № 2 (6). – С. 82–92.
6. *Федосюк Р. М.* Безпека пацієнта – глобальний виклик сучасній медицині / Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова // *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. – 2013. – Т. III, № 3 (9). – С. 19–25.

На локальному (лікарняному) рівні для підвищення рівня БП ми пропонуємо запровадити адаптовані нами з закордонних джерел інструменти, ефективність яких доведено багатьма добре методично організованими дослідженнями, насамперед:

1)періопераційний тригерний інструмент – як приклад ретроспективної методології ідентифікації несприятливих подій;

2)додаток з БП до наркозної карти – як приклад проспективної методології для анонімного звітування анестезіологами про факти помилок і несприятливих подій в анестезіологічній та хірургічній практиці;

3)практичну схему аналізу кореневих причин ідентифікованих проблем з БП та їх менеджменту, як приклад причинно-наслідкової методології, котра дозволяє виявляти основні чинники проблем (з фокусом на небезпеках, прихованих у самій системі) і розробляти рішення, що елімінують або зменшують ці небезпеки для попередження самої можливості повторення небажаних подій у майбутньому.

Висновки

У дослідженні вирішено актуальну проблему соціальної медицини – обґрунтовано систему БП у службі АІТ України. Впровадження зазначеної системи може відбутись через реалізацію в державі розробленого за нашою участю «Стратегічного плану дій з БП у службі анестезіології України».

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження будуть полягати у вивченні ефективності застосування запропонованих нами інструментів підвищення рівня БП у вітчизняній службі АІТ.

7. Федосюк Р. М. Концептуальна модель стартового пакету з безпеки пацієнтів для служби анестезіології України / Р. М. Федосюк // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4/1 (41). – С. 205–212.
8. Федосюк Р. М. Концепція «ніколи-події» у сфері безпеки пацієнтів та її місце у практиці лікаря-анестезіолога України (соціологічне дослідження) / Р. М. Федосюк // Вісник проблем біології і медицини. – 2016. – Вип. 4, Т. 1 (133). – С. 338–343.
9. Федосюк Р. М. Обґрунтування моделі імплементації стратегічного плану дій з безпеки пацієнтів у службі анестезіології та інтенсивної терапії України / Р. М. Федосюк // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 4/1 (46). – С. 80–86.
10. Федосюк Р. М. Основні пріоритети служби анестезіології та інтенсивної терапії України у сфері безпеки пацієнтів / Р. М. Федосюк // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 110–117.
11. Федосюк Р. М. Стандартизація периопераційної допомоги в анестезіології: оцінка ситуації в Україні за результатами соціологічного опитування лікарів / Р. М. Федосюк // Світ медицини та біології. – 2016. – № 4 (58). – С. 71–76.
12. Федосюк Р. Н. Обоснование стратегических задач отечественной службы анестезиологии в контексте международных обязательств Украины в сфере безопасности пациентов / Р. Н. Федосюк, И. П. Шлапак // Экстренная медицина. – 2014. – № 1 (09). – С. 2–52.
13. Федосюк Р. Н. Стратегический план действий по безопасности пациентов для службы анестезиологии и интенсивной терапии Украины: основные модули и их компоненты / Р. Н. Федосюк // Wiadomości Lekarskie. – 2017. – Т. LXX, nr. 3, cz. I. – P. 474–479.
14. Advancing the science of patient safety / P. G. Shekelle, P. J. Pronovost, R. M. Wachter [et al.] // Ann Intern Med. – 2011. – Vol. 154. – P. 693–696.
15. Council of Europe. Action Plan for Ukraine 2011–2014 [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.coe.kiev.ua/uk/DPAInf\(2011\)17E%20Action%20Plan%20Ukraine.pdf](http://www.coe.kiev.ua/uk/DPAInf(2011)17E%20Action%20Plan%20Ukraine.pdf). – Title from screen.
16. Council of Europe. Recommendation Rec (2006) of the Committee of Ministers to Member States on Management of Patient Safety and Prevention of Adverse Events in Health Care. [Electronic resource]. – Access mode : <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439>. – Title from screen.
17. Council of Europe. Recommendations of the Committee of Ministers. [Electronic resource]. – Access mode : http://www.coe.int/t/dg3/health/recommendations_en.asp#policy. – Title from screen.
18. European Commission, Patient Safety and Quality of Care working group. Key findings and recommendations on Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe [Electronic resource]. – 2014. – 55 p. – Access mode : https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_reporting_learningsystems_en.pdf: – Title from screen.
19. Guidelines for intensive care unit design / D. R. Thompson, D. K. Hamilton, C. D. Cadenhead [et al.] // Crit. Care Med. – 2012. – Vol. 40, № 5. – P. 1586–1600.
20. International Standards for a Safe Practice of Anesthesia / A. F. Merry, J. B. Cooper, O. Soyannwo [et al.] // Can. J. Anaesth. – 2010. – Vol. 57 (11). – P. 1027–1034.
21. James J. T. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care / J. T. James // J. Patient. Saf. – 2013. – Vol. 9. – P. 122–128.
22. Makary M. A. Medical error – the third leading cause of death in the US / M. A. Makary, M. Daniel // BMJ. – 2016. – Vol. 353. – I 2139.
23. Moreno R. P. Patient safety in intensive care medicine: the Declaration of Vienna / R. P. Moreno, A. Rhodes, Y. Donchin // Intensive Care Med. – 2009. – Vol. 35, № 10. – P. 1667–1672.
24. Patient Safety in Anaesthesiology [Electronic resource]. – Access mode : <http://html.esahq.org/patientsafetykit/resources/checklists.html>. – Title from screen.
25. Pineault R. La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies / R. Pineault, C. Daveluy. – Agences d'Arc Inc. Edition. – Paris, 1986. – 480 p.
26. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects / A. Valentin, P. Ferdinande; ESICM Working Group on Quality Improvement // Intensive Care Medicine. – 2011. – Vol. 37, № 10. – P. 1575–1587.
27. Shojania K. G. Trends in adverse events over time: why are we not improving? / K. G. Shojania, E. J. Thomas // BMJ Qual Saf. – 2013. – Vol. 22. – P. 273–277.
28. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care / C. P. Landrigan, G. J. Parry, C. B. Bones [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2010. – Vol. 363. – P. 2124–2134.
29. The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology / J. Mellin-Olsen, S. Staender, D. K. Whitaker [et al.] // Eur. J. Anaesthesiol. – 2010. – Vol. 27, № 7. – P. 592–597.

30. *Transforming Patient Safety: A Sector-Wide Systems Approach*. Report of the WISH [Electronic resource] / P. Provonost, A. Ravitz, R. Stoll [et al.] Patient Safety Forum 2015. – Access mode : <http://cdn.wish.org.qa/app/media/1430>. – Title from screen.
31. *Vimlati L. Quality and safety guidelines of postanaesthesia care* / L. Vimlati, F. Gilsanz, Z. Goldik // Eur. J. Anaesthesiol. – 2009. – Vol. 26, № 9. – P. 715–721.
32. *WHO. Clean Care is Safer Care* [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/gpsc/en>. – Title from screen.
33. *WHO. Patient Safety – programme areas* [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/patientsafety/about/programmes/en>. – Title from screen.
34. *WHO. Safe Surgery* [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en>. – Title from screen.
35. *WHO. Surgical Safety Checklist*. [Electronic resource]. – Access mode : http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Checklist_finalJun08.pdf?ua=1. – Title from screen.
36. *World Alliance for Patient Safety: WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems – from information to action (2005)* [Electronic resource]. – Access mode : https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/lit/further/Reporting_Guidelines.pdf. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.02.2018 р.

Медико-соціальне обосновання системи безпеки пацієнтів і шляхи її впровадження в службу анестезіології та інтенсивної терапії України

Р.Н. Федосюк¹, Е.М. Ковалева², Г.А. Слабкий³

¹Київська міська клінічна лікарня № 3, г. Київ, Україна

²ВГУЗУ «Українська медична стоматологічна академія», г. Полтава, Україна

³ГВУЗ «Ужгородський національний університет», г. Ужгород, Україна

Цель – обґрунтувати та розробити систему безпеки пацієнтів в службі анестезіології та інтенсивної терапії України; запропонувати потенційні шляхи її впровадження на національному, регіональному та місцевому рівнях.

Матеріали та методи. Проведено критичний аналіз міжнародної рекомендаційної бази в сфері безпеки пацієнтів, вивчено зарубіжний досвід і представлено оцінку ситуації в українській системі охорони здоров'я.

Результати. Основною парадигмою системи безпеки пацієнтів в службі анестезіології та

інтенсивної терапії України визнано сучасну концепцію безпеки пацієнтів як замкнутого циклу, центральним об'єктом – пацієнт, ключовими елементами – принципи, знання та інструменти, структурними компонентами – заклади охорони здоров'я, навчальні медичні заклади, академія медичних наук, громадські професійні медичні та немедичні організації, логістичними принципами – інтеграція, неперервність, взаємодія та зворотний зв'язок, основними модулями – інфекційна, хірургічна, фармацевтична та інфраструктурна безпека, а також інцидент-моніторинг, навчання, наука та впровадження. Впровадження системи в державу може відбуватися через реалізацію «Стратегічного плану дій по безпеці пацієнтів для служби анестезіології та інтенсивної терапії України».

Висновки. Обґрунтовано та розроблено систему безпеки пацієнтів в службі анестезіології та інтенсивної терапії України.

Ключові слова: система безпеки пацієнтів, національний план дій, інцидент-звітність, впровадження, служба анестезіології та інтенсивної терапії.

Medical-social substantiation of the system of patient safety and ways of its implementation in the anesthesiology and intensive care service of Ukraine

R.M. Fedosiuk¹, O.M. Kovaleva², G.O. Slabkiy³

¹Kyiv Municipal Clinical Hospital No 3, Kyiv, Ukraine

²HSEEU "Ukrainian Medical Dental Academy",
Poltava, Ukraine

³SU "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to substantiate and develop the system of patient safety in the anesthesiology and intensive care service of Ukraine and to suggest potential ways of its implementation at the national, regional and local levels.

Materials and methods. Critical analysis of the international recommendation base on patient safety, study of foreign experience and assessment of the situation in the national healthcare system.

Results. The main paradigm of the system of patient safety in the anesthesiology and intensive care service of

Ukraine is the modern concept of patient safety as a closed cycle, the central object – the patient, the key elements – principles, knowledge and tools, structural components – health care institutions, educational institutions, academy of medical sciences, public professional medical and non-medical organizations, logistic principles – integration, continuity and feedback, and the main modules – infectious, surgical, pharmacological and infrastructural safety, as well as incident reporting, education, science, and award. The implementation of the system in the state can occur through the realization of the "Strategic Patient Safety Action Plan for the Anesthesiology and Intensive Care Service of Ukraine".

Conclusions. The system of patient safety in the anesthesiology and intensive care service of Ukraine has been substantiated and developed.

Key words: system of patient safety, national action plan, incident reporting, implementation, anesthesiology and intensive care service.

Відомості про авторів

Федосюк Роман Миколайович – завідувач відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії Київської міської клінічної лікарні №3; вул. Петра Запорожця, 26, м. Київ, 02125, Україна.

Ковальова Олена Михайлівна – д.мед.н., проф., професор кафедри педіатрії № 1 з пропедевтикою та неонатологією ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»; вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 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.

УДК 616.314.2

Н.В. Гасюк¹, Р.А. Левандовський², О.В. Клітинська³, В.О. Бородач³

Особливості перебудови клітинного складу слизової оболонки порожнини рота у хворих на генералізований пародонтит

¹ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна

²Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

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

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи «Розробка нових індивідуалізованих підходів до діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань у пацієнтів із первинними та вторинними ураженнями тканин порожнини рота на основі вивчення їх патогенетичних механізмів», № державної реєстрації 0117U003024.

Мета – визначити особливості перебудови клітинного складу слизової оболонки порожнини рота у хворих на генералізований пародонтит.

Матеріали та методи. Матеріалом для дослідження слугував букальний епітелій, забраний у 55 осіб молодого віку хворих на генералізований пародонтит. Тривалість захворювання становила 3–5 років. Епітелій забирався шпателем із подальшим перенесенням на предметне скло та висушуванням при відкритому доступі повітря протягом 3–5 хвилин. Забарвлення матеріалу проводилося за методикою Романовського–Гімзи, з подальшим мікроскопічним та морфологічним аналізом з урахуванням відсоткового співвідношення різних форм епітеліоцитів у нормі.

Результати. Отримані дані дають можливість стверджувати, що в якості показників патологічного зсуву в характеристиці цитогам букального епітелію в осіб обстеженого контингенту виступають клітини з ознаками подразнення, дистрофії та некробіотичних змін.

Висновки. Цитоформологічна характеристика клітинного складу, за рахунок наявності великої кількості сегментоядерних лейкоцитів різного функціонального стану, відповідає картині хронічного катарального запалення.

Ключові слова: букальний епітелій, ясна, клітинний склад, пародонтит.

Вступ

З даними результатів наукових досліджень і клінічних спостережень останніх десятиліть встановлено взаємозв'язок між патологією серцево-судинної системи та персистуючими бактеріальними інфекціями або клінічними станами із запальними захворюваннями тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота [2, 3].

Досить важливим є той факт, що в останні роки значно зросла цікавість науковців до «нетрадиційних функцій» епітеліальних тканин. Перш за все це пов'язано з визнанням координуючої позиції епітеліоцитів у реалізації механізмів неспецифічного та специфічного імунітету [6].

Епітеліальні клітини ініціюють та посилюють секрецію прозапальних цитокінів, ендотеліну та інших пептидних медіаторів, інгібіторів прозапальних агентів і цитокінових рецепторів [4].

Наведені властивості дають можливість взаємодії і кооперації епітеліоцитів з індукторами, ефекторами запалення та імунітету. Це пов'язано з тим, що, перебуваючи під постійним впливом екзогенних і ендогенних чинників, епітеліоцити здатні змінювати свій функціональний стан, включаючись у складові

формування порочних кіл, що підтримують хронічну патологію в системі слизових оболонок [10].

Будучи частиною системи слизових оболонок, букальний епітелій займає активну позицію у взаємозв'язку із подразнювальними факторами, що впливають із зовнішнього і внутрішнього середовища [11]. Дана гетерогенність дає змогу використовувати його як субстрат для вивчення фізіології і реактивності слизових оболонок вважати індикатором місцевих та загальних порушень гомеостазу, які розвиваються внаслідок тривалого впливу бактеріальної агресії.

Мета роботи – визначити особливості перебудови клітинного складу слизової оболонки порожнини рота у хворих на генералізований пародонтит.

Матеріали та методи

Субстратом для дослідження слугував матеріал, забраний шляхом зшкрябування слизової оболонки щоби в 55 хворих на генералізований пародонтит. Матеріал забирали шпателем із подальшим перенесенням на предметне скло та висушуванням при відкритому доступі повітря протягом 3–5 хвилин. Забарвлення матеріалу проводили за методикою Романовського–Гімзи, з подальшим мікроскопічним та морфологічним аналізом

з урахуванням відсоткового співвідношення різних форм епітеліоцитів у нормі.

Статистичне обґрунтування отриманих результатів цитологічного дослідження проводили у відділі статистичних досліджень ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України». Перевірку кількісних параметрів на нормальність проводили за тестом Шапіро–Уїлка. Параметричні методи застосовували для показників, розподіл яких відповідав вимогам нормальності. Вірогідність відмінностей отриманих результатів для різних груп визначали за допомогою t-критерію Стьюдента. Відмінності вважали вірогідними при загальноприйнятій у медико-біологічних дослідженнях імовірності помилки $p < 0,05$. У випадках, коли закон розподілу статистично-достовірно відрізнявся від нормального, розраховували непараметричний критерій (U) Манна–Уїтні як непараметричний аналог t-критерію Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення

При забарвленні цитогам за Романовським–Гімзою у клітинному складі визначено наявність парабазальних, проміжних та поверхневих епітеліоцитів. Парабазальні клітини поодинокі, за будовою стереотипні даному типу клітин диферону епітеліоцитів. Структурна організація більшості проміжних клітин також стереотипна. Проте в частині проміжних епітеліоцитів визначається цитоспецифічна перебудова.

А саме, серед проміжних клітин візуалізуються епітеліоцити з проявами некробіотичних змін [5].

Останні порівняно малих розмірів, за рахунок зменшення об'єму цитоплазми, ядра частково, або повністю лізовані, зазвичай оптично світлі із розсіяними грудочками хроматину. Цитоплазма із піноподібними включеннями. Особливістю цитогам є наявність великої кількості сегментоядерних лейкоцитів, серед яких поодинокі лізовані і сконцентровані по периферії скупчень епітеліальних клітин. Мікробна контамінація є інтенсивною та представлена коковою, паличковою мікрофлорою та поодинокими нитками міцелію грибів роду *Candida*. На нашу думку, поява таких клітин є наслідком пошкоджуючого ефекту букального епітелію, що супроводжується вираженою альтерацією клітин і закономірно супроводжує наявність вогнища хроніоінфекції та хроніоінтоксикації в тканинах пародонта.

Частина поверхневих епітеліоцитів за цитологічною організацією є аналогічні даному типу клітин у нормі. Проте визначаються поодинокі клітини із фрагментованими ядрами. Контури клітини здебільшого неправильні, без чіткої стереометричної орієнтації. Цитоплазма гомогенна із численними узорами та інвагінаціями плазмолемі.

Доволі часто в цитограмах визначаються еліміновані ядра проміжних клітин. Наявність приведених голядерних елементів і залишків зруйнованих клітин у вигляді грудочок хроматину відображає процеси травлення бактеріальних агентів, які відбуваються в клітинах і свідчать на користь механізму фагоциткування,

який включає в себе на заключній стадії процесу внутрішньоцитоплазматичний ферментативний гідроліз чужорідного бактеріального матеріалу [5, 7]. Лейкоцити мають сегментовані ядра та нечіткі контурами цитоплазми.

Також особливістю клітинного складу слизової оболонки порожнини рота є утворення скупчень поверхневих клітин і рогових лусочок. Ядра поверхневих епітеліоцитів при цьому пікнотичні, гіперхромні, цитоплазма містить поодинокі еозинофільні гранули. Рогові лусочки зміненої форми нечисленні. Механізми появи серед букальних епітеліоцитів приведених конгломератів, пов'язані із деструктивними процесами в пародонті.

Звертає на себе увагу інтенсивна контамінація мікробної флори, переважно кокової, яка утворювала специфічні ланцюжкові фігури на поверхні епітеліоцитів та рогових лусочок.

Особливо важливою характеристикою перебудови клітинного складу слизової оболонки порожнини рота за умов впливу вогнища пародонтальної інфекції була наявність клітин з ознаками цитопатології, у вигляді вакуолізації цитоплазми. При цьому слід відзначити, що вакуолізація носила як гідропічний характер так і жировий.

Гідропічні вакуолі численні, великих розмірів, розміщені перинуклеарно. Дрібні розміщені переважно біля полюсів поверхневих епітеліоцитів, ядра їх гіперхромні та пікнотичні.

Особливістю даних цитогам є наявність поодиноких макрофагів, що створює передумови для відмежування хронічного вогнища інфекції.

Зміна тинкторіальних властивостей поверхневих клітини характеризується різкою базофілією цитоплазми. При цьому в ній візуалізуються численні дрібнозернисті включення, сконцентровані як перинуклеарно так по полюсах клітини, що характеризує жирову дистрофію.

Механізми останньої реалізуються шляхом інфільтрації та декомпозиції – фанерозу при енергетичному дефіциті епітеліальної клітини, пов'язаному з гіпоксією та інтоксикацією внаслідок тривалого запального процесу [5]. При цьому основне значення декомпозиції не в вивільненні ліпідів із ліпопротеїдних комплексів клітинних мембран, а в деструкції мітохондрій, що веде до порушення окислення жирних кислот у клітині. Трофічні розлади, які відбулися в клітині за умови наявності пародонтального вогнища інфікування, ініціюють метаболічні порушення серцево-судинної системи, зокрема підвищення вмісту холестерину, що є однією із характерних ознак атеросклерозу [9] (рис.).

Визначені нами особливості цитологічної перебудови букальних епітеліоцитів у хворих на генералізований пародонтит дають змогу простежити наявність взаємозв'язку між персистуючими бактеріальними інфекціями або клінічними станами, які супроводжуються уповільненою інфекцією із захворюваннями, пов'язаними із системним запаленням.

Слід зазначити, що серед клітинного складу букального епітелію, який має елементи цитопатології,

також визначаються епітеліоцити поверхневого шару із гіперкератозними змінами цитоплазми. Наведені зміни тинкторіальних властивостей при забарвленні за

методикою Романовського-Гімзи виявляються у вигляді зміни забарвлення в різні відтінки блакитного, що забезпечується наявністю численних гранул кератогіаліну.

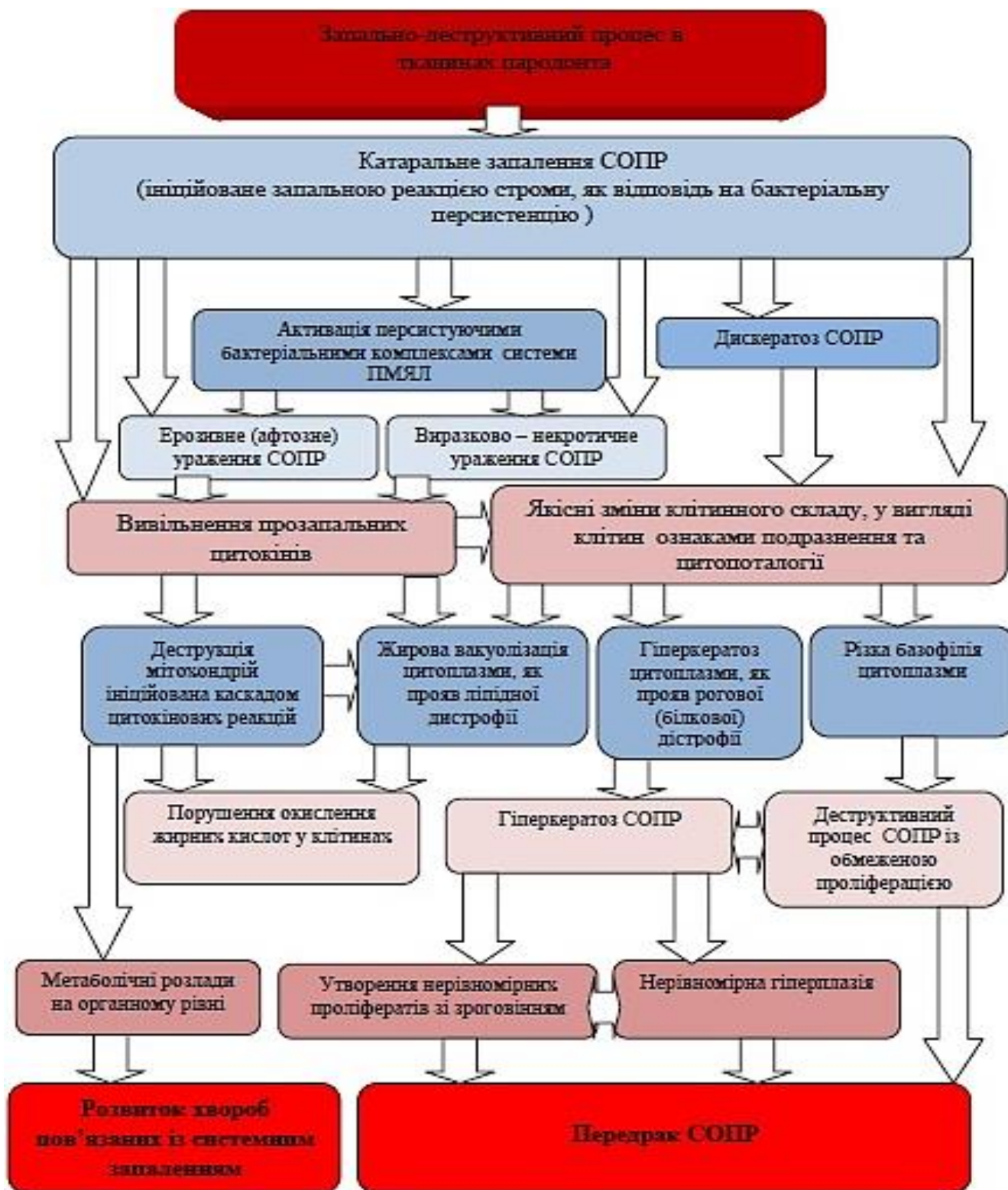


Рис. Механізми впливу вогнища пародонтальної інфекції на якісні параметри клітин слизової оболонки порожнини рота

Морфологічна картина відображає також дистрофічні зміни клітини у вигляді білкової дистрофії та її конкретної форми – рогової. Дана якісна характеристика при зіставленні із кількісним складом поверхневих епітеліоцитів характеризує можливість розвитку патологічних процесів, пов'язаних із порушенням процесів зроговіння – кератинізації, в бік гіпер- та паракератозу.

Також одним із важливих критеріїв визначення впливу вогнища пародонтальної інфекції та стан слизової оболонки порожнини рота є наростання в цитограмах кількості епітеліальних клітин з ознаками подразнення.

Наведені клітини відносяться до поверхневих епітеліоцитів і відрізняються від клітин даного класу в нормі меншими розмірами та різко вираженою базofilією цитоплазми, пов'язаною із накопиченням рибонуклеопротеїдів, які супроводжують активацію клітинного метаболізму [7].

Інший механізм появи базofilії визначається закисленням гіалоплазми в результаті наростання в

цитоплазмі пошкоджених клітин вільних фосфатних груп, які утворюються при деполімеризації білкових молекул [8].

Проведений нами статистичний аналіз цитограм дає змогу визначити зміни відсоткового співвідношення буквальних епітеліоцитів у хворих на генералізований пародонтит. Дане співвідношення складає 0 : 3,4±0,16 : 78,6±0,50 : 12,5±0,36 : 6,0±0,19.

Кількісний та якісний клітинний склад цитограм зумовлений наявністю запально-дистрофічного процесу в тканинах пародонта. Цифрові дані достовірно відрізняються від стереотипного відсоткового співвідношенню диференціації епітеліоцитів багат шарового плоского епітелію щоби [1] та співвідношення, визначеного нами для осіб молодого віку, і відображають порушення процесу диференціації з боку епітеліальних клітин та активацією системи сегментоядерних лейкоцитів із боку сполучнотканинного компоненту цитограм (табл.).

Таблиця

Характеристика змін відсоткового співвідношення різних класів клітин багат шарового плоского епітелію щоби при генералізованому пародонтиті

Показник	Клітинний склад цитограм %			
	парабазальні	проміжні	поверхневі	рогові лусочки
Норма (В.Л. Биков)	0	96	2,5	1,5
Відсоткове співвідношення клітин в нормі	0	92,0±2,15*	4,7±0,26*	3,3±0,18*
Відсоткове співвідношення клітин у хворих на генералізований пародонтит	3,4±0,16	78,6±0,50**	12,5±0,36**	6,0±0,19**

Примітки: * – p<0,05 порівняно з даними В.Л. Бикова; ** – p<0,05 порівняно з нормою.

Висновки

Отже, під час аналізу результатів комплексного цитологічного дослідження з'ясовано, що в якості показників патологічного зсуву в характеристиці клітинного складу зішкрябів у хворих на генералізований пародонтит є клітини з ознаками подразнення, дистрофії та некробіотичних змін.

Морфологічна характеристика клітинного складу, за рахунок великої кількості сегментоядерних лейкоцитів різного функціонального стану, відповідає картині

хронічного катарального запалення. Наявність наведених якісних змін клітин вказує на можливі подальші напрямки патоморфологічних змін слизової оболонки порожнини рота у хворих на генералізований пародонтит.

Перспективи подальших досліджень

У подальшому планується вивчити особливості змін клітинного складу пародонтальних кишень у хворих на генералізований пародонтит залежно від клінічного перебігу.

Література

1. Быков В. Л. Функциональная морфология эпителиального барьера слизистой оболочки полости рта / В. Л. Быков // Стоматология. – 1997. – № 3. – С. 12–17.
2. Бойченко О. М. Прооксидантно-антиоксидантний стан крові та ротової рідини у хворих на генералізований пародонтит на тлі ішемічної хвороби серця / О. М. Бойченко, О. П. Ступак, Н. В. Гасюк // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник УМСА. – 2014. – № 3 (47). – С. 4–7.
3. Гасюк Н. В. Особенности клеточного состава десен больных пародонтитом / Н. В. Гасюк, О. Н. Бойченко // Актуальные вопросы медицинской науки : материалы научной конференции студентов-медиков и молодых ученых с международным участием. – Самарканд, 2014. – С.21–22.
4. Гасюк П. А. Особливості морфологічної будови ясен в нормі і при хронічних гінгівітах : навчальний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації / П. А. Гасюк, Н. В. Гасюк. – Тернопіль, 2014. – 92 с.
5. Грудянов А. И. Заболевания пародонта / А. И. Грудянов. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2009. – 336 с.
6. Данилевский М. Ф. Заболевания пародонта / М. Ф. Данилевский, Е. А. Магид, Н. А. Мухин. – Москва : Медицина, 1993. – 320 с.
7. Kornman K. S. Bringing light to the heat: «inflammation and periodontal diseases: a reappraisal» / K. S. Kornman, T. E. Van Dyke // J. Periodontol. – 2008. – Vol. 79, № 8. – P. 1313–1326.
8. Kornman K. S. The «innovator's dilemma» for periodontists / K. S. Kornman, D. Clem // J. Periodontol. – 2010. – Vol. 81, № 5. – P. 646–649.
9. Mattila K. J. Dental infections and cardiovascular diseases: a review / K. J. Mattila, P. J. Pussinen, S. C. Paju // J. Periodontol. – 2005. – Т. 76, № 11. – P. 85–88.
10. Population-based study of salivary carriage of periodontal pathogens in adults / E. Kononen, S. Paju, P. J. Pussinen, M. Nyvonen // J. Clin. Microbiol. – 2007. – Vol. 45, № 8. – P. 2446–2451.
11. Van Dyke T. E. Inflammation and factors that may regulate inflammatory response / T. E. Van Dyke, K. S. Kornman // J. Periodontol. – 2008. – Vol. 79, № 8. – P. 1503–1507.

Дата надходження рукопису до редакції: 01.02.2018 р.

Особенности перестройки клеточного состава слизистой оболочки полости рта у больных генерализованным пародонтитом

Н.В. Гасюк¹, Р.А. Левандовский²,
О.В. Клитинская³, В.А. Бородач³

¹ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины»,

г. Тернополь, Украина

²Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

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

Цель – определить особенности перестройки клеточного состава слизистой оболочки полости рта больных генерализованным пародонтитом.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужил буккальный эпителий, собранный у 55 лиц молодого возраста, больных генерализованным пародонтитом. Длительность заболевания составила 3–

5 лет. Эпителий собирали шпателем с дальнейшим перенесением на предметное стекло и высушиванием при открытом доступе воздуха на протяжении 3–5 минут. Окрасивание материала проводили по методике Романовского–Гимзы, с дальнейшим микроскопическим и морфологическим анализом с учетом процентного соотношения разных форм эпителиоцитов в норме.

Результаты. Полученные данные позволяют утверждать, что в качестве показателей патологического смещения в характеристике клеточного состава слизистой оболочки полости рта у лиц обследованного контингента выступают клетки с явлениями раздражения, дистрофии и некробиотических изменений.

Выводы. Морфологическая характеристика клеточного состава, за счет наличия большого количества сегментоядерных лейкоцитов различного функционального состояния, соответствует картине хронического катарального воспаления.

Ключевые слова: буккальный эпителий, десна, клеточный состав, пародонтит, цитограммы.

Features of the restructuring of the cellular composition of the mucous membrane of the mouth in patients with generalized periodontitis

*N.V. Hasiuk¹, R.A. Levandovsky²,
O.V. Klitynska³, V.O. Borodach³*

¹ SHEI "I. Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University Ministry of Health of Ukraine", Ternopil, Ukraine

² Bukovynsky State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

³ SU "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to determine the effect of periodontal pockets of infection status in buccal epithelium by cytology cell structure cytothram patients with generalized periodontitis.

Materials and methods. Material for the study served as buccal epithelium, taken in 55 young adults patients with generalized periodontitis. The disease duration was 3–5 years. The epithelium was removed with a spatula with subsequent transfer to a glass slide and drying in the open air access for 3–5 minutes. The color of the material was performed Himza–Romanovsky, followed by microscopic morphological analysis and taking into account the percentage of different

forms of epithelial cells in normal and age aspect. Statistical methods performed at the Department of Statistical Research SHEI "I. Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University Ministry of Health of Ukraine".

Results. These data make it possible to state that as indicators of pathological shift in the characteristic cytothram buccal epithelium in patients surveyed contingent cells act of irritation, malnutrition and necrobiotic change. In this very cytoformological characteristic cellular structure, due to the large number of segmented leukocytes different functional state corresponds to a picture of chronic catarrh.

Conclusions. The presence of mutated cells indicating possible future directions of pathological changes in the mucous membrane GP. On the basis of defined cellular structure we proposed route of transformation inflammation of mucous membrane initiated long-existing fireplace periodontal infection and its effect on cellular organ, organ and organismal level for the purpose of forecasting and early warning of disease as related to systemic inflammation.

Key words: buccal epithelium, gingiva, cellular composition, periodontitis, cytothrams.

Відомості про авторів

Гасюк Наталія Володимирівна – д.мед.н., доц., доцент кафедри терапевтичної стоматології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Левандовський Роман Адамович – д.мед.н., доцент кафедри ортопедичної стоматології Буковинського державного медичного університету; Театральна площа, 2, м. Чернівці, 58000, Україна.

Клітинська Оксана Василівна – д.мед.н., проф., завідувач кафедрою стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська область, 88000, Україна.

Бородач Володимир Олексійович – к.мед.н., доцент кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська область, 88000, Україна.

УДК 618.3-06:616-002.1-006.882.04-07-092

О.О. Корчинська¹, Н.В. Криванич¹, К.П. Костур¹, С. Жултакова²,
Ш. Андрашчикова², А. Шлоссерова², Г. Галдунова², Л. Рібарова²

Проблема трофобластичних захворювань у сучасному акушерстві

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

²Пряшівський університет, м. Пряшів, Словаччина

Мета – розглянути етіологію, патогенез, особливості перебігу та діагностики трофобластичних захворювань.

Матеріали та методи. Використано дані наукової медичної літератури вітчизняних та зарубіжних авторів у медичній бібліотеці Закарпатського обласного медичного інформаційно-аналітичного центру, джерела Інтернету.

Результати. Часті дослідження за останні десятиліття, на жаль, не змогли розробити єдину стратегію у своєчасному виявленні та лікуванні трофобластичних захворювань, оскільки діагностика даного стану нечітка і потребує новітніх методик. Захворювання трофобласту належать до рідкісних патологій і розвиваються переважно в жінок фертильного віку, особливо ховаючись під маскою вагітності, унаслідок чого важко діагностуються.

Висновки. Трофобластичні пухлини як були, так і залишаються предметом досліджень фахівців різних галузей медицини. Досить часто зустрічаються хворі на хоріонепітеліому матки, яких вилікувати вже неможливо, незважаючи на застосування всіх методів терапії. Трофобластичні захворювання призводять до дестабілізації не тільки репродуктивної функції, але й соціального, психологічного, фізичного аспектів життєдіяльності жінки.

Ключові слова: трофобластичні захворювання, міхурцевий занесок, хоріонкарцинома, метастазування, інвазія, патогенез, діагностика.

Вступ

Захворювання трофобласту посідають чільне місце в сучасній медицині, охоплюючи різні її ланки, в основному акушерство, гінекологію та онкологію. Даній патології присвячено чимало досліджень, які принесли велику ефективність, але, на жаль, до сих пір не сформовано чітких методів дослідження та не визначено оптимальних схем лікування трофобластичних захворювань.

Велике клінічне значення має те, що хвороба частіше розвивається в жінок репродуктивного віку, так до прикладу: міхурцевий занесок (МЗ) уражає жінок переважно у віці 20–24 роки, хоріонкарцинома (ХК) – у 25–30 років, і тільки для інвазивної форми МЗ основний пік захворюваності припадає на 40–49 років. Хоча, за даними деяких авторів, трофобластична хвороба розвивається відносно рідко, але, на жаль, дуже часто її можна пропустити, і це спричиняє велику імовірність летальності [1, 5].

За даними МОЗ України (2003), трофобластична хвороба серед злоякісних новоутворень жіночих статевих органів становить 1–2,5%, переважно пов'язана з вагітністю (фізіологічною чи патологічною), тому захворюваність розраховується на кількість вагітностей чи пологів; в окремих районах Азії і Південної Америки захворюваність 1 на 120 вагітностей; у США – 0,6–1,1 на 1000 вагітностей; середній вік хворих на МЗ – 20–25 років, ХК – 30–35 років (3% хворих від 50 років); найчастіше зустрічаються форми ТХВ (FIGO, 2001) – повний МЗ (72,2%); частковий МЗ (5%); ХК (17,5%).

Взагалі, трофобластична хвороба вагітності – це збірне поняття, що включає групу доброякісних і

злоякісних новоутворень трофобласту, але маючи різну гістологічну структуру, різні форми трофобластичної хвороби володіють такими загальними рисами, як походження із плаценти, спільним материнським геном і секрецією ХГ людини. Важливе значення має диференціація доброякісності і злоякісності процесу. Так, повний і частковий МЗ – доброякісна пухлина; інвазивний і метастатичний МЗ – пограничні пухлини; ХК, трофобластична пухлина плацентарної площадки та епітеліоїдна трофобластична пухлина – злоякісні пухлини [2, 4, 6, 9].

Мета роботи – розглянути етіологію, патогенез, особливості перебігу та діагностики трофобластичних захворювань.

Матеріали та методи

Оглянуто дані наукової медичної літератури вітчизняних і зарубіжних авторів у медичній бібліотеці Закарпатського обласного медичного інформаційно-аналітичного центру, зібрано та проаналізовано багато інформації з джерел Інтернету.

Результати дослідження та їх обговорення

Етіологія та патогенез

Доказаним етіологічними факторами МЗ є вік матері (у віці від 40 років ризик захворюваності вищий у 7,5 разу) та МЗ в анамнезі.

Також виділяють імовірні фактори:

– порушення імунного статусу в жінок із великою кількістю вагітностей і коротким інтервалом між ними;

- дефіцит тваринних жирів і жиророзчинних вітамінів (особливо вітамін А);
- куріння;
- дія іонізуючого випромінювання;
- дія гербіцидів.

Факторами ризику є наявність в анамнезі ранніх спонтанних абортів, кількість попередніх вагітностей (частота виникнення трофобластичних захворювань у повторно вагітних значно перевищує кількість у вперше вагітних); ризик виникнення ХК приблизно в 1000 разів вищий після МЗ, ніж після нормальної вагітності [1, 2].

Щодо патогенезу, то на сьогодні відомі три патогенетичні шляхи розвитку повного МЗ:

- андрогенний (моноспермічний, біспермічний);
- бібатьківський (у матері не відбувається встановлення статусу метилювання імпринтованих генів);
- мозаїчний (поєднання андрогенної і бібатьківської клітинної лінії).

Частковий МЗ – результат поліспермії – запліднення нормальної яйцеклітини двома сперматозоїдами, а патогенез ХК, пухлини плацентарної площадки та епітеліоїдної трофобластичної пухлини не вивчений.

Можна припустити, що пухлини виникають унаслідок малігнізації цито-, синцитіотрофобласту або проміжних клітин. До потенційних біологічних маркерів, які відповідають за злоякісну трансформацію трофобласту, відносять c-erbB-2, cyclin E, DOC-2/hDab2, Ras GTP-азу активуючої білок, матричні металопротеїнази [4, 7, 9].

Міхурцевий занесок

Міхурцевий занесок не являє собою істинну пухлину і лише необхідність диференціації повного МЗ від його інвазивної форми та ХК, змушує включити його в групу трофобластичних новоутворень.

Сам МЗ – це хромосомно обумовлений, патологічно змінений ворсинчастий хоріон із гідропічним перетворенням плаценти, а саме: великою кількістю пухирців різної величини, заповнених прозорою рідиною, які повністю (повний занесок) чи частково (частковий занесок) замінюють тканину плаценти.

Гістологічно пухирці являють собою збільшені в об'ємі ворсини хоріона, за рахунок різко вираженого набряку, з утворенням у центральних відділах порожнин, що містять слизоподібну рідину. Елементи МЗ можуть вільно знаходитися у порожнині матки, або бути прикріпленими до її стінки [3, 8].

Для повного (класичного) МЗ характерно:

- виражений набряк і збільшення ворсин;
- зникнення кровоносних судин;
- відсутність епітеліального покриву або його дистрофічні зміни;
- наявність клітин Кашенко–Гофбауера, які при МЗ називаються клітинами Халецької–Неймана;
- проліферація трофобластів, що вистеляють ворсини (обидва шари трофобласту змішуються і послідовність шарів порушується);
- відсутність тканин зародка.

Останні дві ознаки є найбільш важливими і відіграють основну роль у встановленні правильного діагнозу.

Повний МЗ спостерігається у першому триместрі вагітності, при цьому зародки гинуть. При частковому МЗ вагітність може прогресувати, аж до термінових пологів життєздатним плодом, але частіше смерть плода настає на 14–16-му тижні або ж відбуваються передчасні пологи, які закінчуються смертю плода в анте- або інтранатальному періоді.

Фрагменти міхурцевих ворсин спонтанно або при евакуації занеска з порожнини матки можуть потрапляти у венозне русло і досягати легеневих капілярів, тим самим викликати гостру легеневу гіпертензію, набряк легень і навіть смерть вагітної жінки. Можлива регресія частинок ворсин після видалення МЗ. Найбільш тяжким випадком являється розвиток у 3,8–5% випадках із залишків МЗ – ХК [7, 14].

Рідкісним варіантом МЗ є інвазивний занесок, який зустрічається приблизно у 5–6% і характеризується розростанням із патологічним проростанням та обширною місцевою інвазією з вираженою трофобластичною проліферацією і чітко виділеною ворсинчастою структурою.

Аномальні, різко набряклі ворсини, мігрують венозними колекторами або розповсюджуються у всю товщу міометрію, іноді проростаючи до серозного шару і навіть товщу широкої зв'язки матки. Ворсини хоріона не проявляють істинного злоякісного росту, не проростають стінки судин. Характерним також є відсутність вогнищ некрозу, крововиливів і розплавлення тканин.

Щодо інвазивного МЗ існує багато суперечок, тому що в одних науковців існує тверде переконання, що його варто відносити до злоякісних новоутворень, тому що при ньому відбувається руйнація тканин, разом з тим ряд досліджень доводить, що це доброякісна патологія, або передбластоматозна, а також є докази, які свідчать, що це – обмежена злоякісна форма МЗ, оскільки він має струму, уражає тільки матку і не дає метастазів [2, 12].

Залежно від ступеня проліферації трофобластичного епітелію, його інвазивних властивостей і клінічного протікання хвороби Hertig A.T. і Sheldon W.H., на основі результатів 200 спостережень МЗ виділили 6 груп, які потім Hertig A.T. і Mansell H. переглянули та скоротили до трьох:

- доброякісний МЗ без ознак проліферації хоріального епітелію (простий МЗ);
- «потенційно злоякісний» з нерізко вираженою анаплазією клітин трофобластичного проліферуючого епітелію, який рідко дає метастази;
- «потенційно злоякісний» інвазивний МЗ з різко вираженою проліферацією та анаплазією хоріального епітелію.

Варто відмітити, що гістологічна форма МЗ не може бути критерієм для прогнозу переходу в онкологічну патологію та визначення летальності захворювання. Для цього потрібна сукупність різних клінічних, морфологічних та лабораторних показників, які з більшою

імовірністю вказують на трансформацію МЗ у ХК. До таких факторів ризику належать:

- вік від 40 років;
- невідповідність розмірів матки терміну вагітності;
- наявність лютеїнових кіст яєчників;
- стійке підвищення титру ХГ, який не знижується після ліквідації МЗ.

Ризик злоякісної трансформації МЗ збільшується в тих хворих, у яких спостерігаються три і більше з вищеперерахованих ознак. У таких хворих, а також за наявності рецидиву МЗ прогресування захворювання відбувається в половині випадків, а за наявності менше трьох ознак – у третини.

У зв'язку з цим при обох формах МЗ протокол спостереження за рівнем ХГЛ включає щотижневе тестування показників до отримання трьох послідовних нормальних рівнів гормону з подальшим щомісячним визначенням ХГЛ протягом півроку. Також з огляду на необхідність профілактики персистенції трофобластичної хвороби рекомендується застосування ефективної контрацепції протягом усього періоду спостереження. Якщо впродовж шести місяців персистенція МЗ виключається, пацієнтку знімають з диспансерного спостереження, що має особливе значення для жінок із активними репродуктивними планами [4, 8, 10].

Хоріонкарцинома

Хоріонкарцинома – це злоякісна пухлина, яка розвивається з елементів трофобласту, синцитію ворсин хоріона та інколи – із зародкових клітин жіночих і чоловічих гонад. Також може утворюватися у віддалених місцях із ворсин трофобласту, які дисемінують по кровоносних судинах. Дана пухлина має тропність до різних органів.

У зв'язку з цим виділяють первинну пухлину яєчників у дівчаток до статевої зрілості і у невагітних жінок та вторинну, яка розвивається із трофобласту плідного яйця, який втратив зв'язок з останнім і перетворився в автономне утворення з підвищеними інвазивними властивостями [2, 13].

Класифікація ХК:

1. Ортотропна ХК, у якій виділяють три стадії:

- 1-ша стадія – без метастазів, із локалізацією пухлини в тому органі, де було імплантоване плідне яйце;
- 2-га стадія – з метастазами із первинного вогнища (переважно з матки по кровоносних судинах);
- 3-тя стадія – з метастазами і проростанням пухлини в сусідні органи (великий сальник, параметрій, сечовий міхур, пряму і сигмоподібну кишки).

2. Гетеротропна ХК, яка характеризується тим, що первинні вогнища розміщені в різних органах, поза ділянкою імплантації плідного яйця, найчастіше – в легенях, головному мозку і стінці піхви.

3. Тератогенна ХК, яка походить зі змішаних пухлин ембріонального походження.

Хоріонкарцинома у більшості випадків розвивається на фоні МЗ з елементів, які залишилися у матці, рідше – після викиднів, передчасних або термінових пологів.

Якщо МЗ частіше розвивається у вперше вагітних, то ХК, навпаки, – у повторно вагітних. Зазвичай первинне вогнище розвивається у матці, лише інколи – у трубах чи яєчниках [5, 7, 9].

Хоріонкарцинома характеризується тим, що при ній проходить розростання обох шарів трофобласту, а у клітинах цитотрофобласту чітко візуалізована вакуолізація, метастатичні процеси. Протоплазма синцитію містить багато вакуолей, каналців і порожнин у ядрах (ознака багаточисленних мітозів).

Поряд із вогнищем ХК визначають великі за розміром клітини з одним великим або декількома ядрами. Елементи ХК проникають у міометрій, руйнуючи його і судини, які постачають матку кров'ю. Саме тому в міометрії визначаються некротизовані ділянки, характерні для ХК.

Етіологія і патогенез ХК, на жаль, відомі недостатньо. Важливим фактором, який сприяє її розвитку, вважається пригнічення трансплацентарного імунітету та посилення імунологічної толерантності до трофобласту [1, 3].

Бохман Я.В. (1989) вважає, що в ризику розвитку даного захворювання беруть участь такі фактори: тривалість латентного періоду понад 4 місяці, клінічних симптомів – більше 6 місяців, збільшення розмірів матки – до 7 тижня вагітності, високий титр ХГ у сечі тощо.

За сукупністю цих факторів, можливо, і варто судити про особливості і ступінь злоякісності трофобластичної хвороби. Важливо також враховувати перебіг і закінчення попередніх вагітностей, тобто чи вони були фізіологічними чи патологічними, зокрема, МЗ, позаматкова вагітність. При вищезгаданих патологічних станах плід не формується належним чином, а натомість проходить патологічна проліферація цитотрофобласту.

В патогенезі ХК чільне місце посідають нейроендокринні порушення. Клінічна картина завжди пов'язана з перенесеною вагітністю, за винятком тератогенної ХК. Але, як правило, така вагітність перебігала з певними ускладненнями (спонтанний викидень, позаматкова вагітність, МЗ) і дуже рідко без них. Після неї зберігаються кров'янисті виділення, слабкість, болі внизу живота, головокружіння [2, 11].

Характерними є мажучі кров'янисті виділення, що не піддаються терапії (у тому числі після вишкрібання стінки матки) та спричиняють анемізацію. Вони можуть виникати також в обмеженій порожнині із обмежених вогнищ метастазування у печінці і кишечнику. При метастазах у легені з'являється кашель, кровохаркання, болі в грудях. Унаслідок некрозу та інфікування вузлів ХК може розвиватися лихоманка.

Важливою ознакою ХК є наявність виділень, що частіше виникають на початку захворювання і мають серозний характер, а в міру розпаду пухлини стають гнійними з гнилісним запахом. Відповідно, симптоми хвороби у більшій мірі обумовлені метастазами і відповідно до їх локалізації розвивається симптоматика. За частотою виникнення метастазів у різні органи виділяють: типова локалізація метастазів: легені – 80%, піхва – 30%, кістки тазу – 20%, печінка – 10%, головний мозок – 10%, нирки – 5%. (протокол МОЗ України).

Як уже згадувалося, ХК розвивається переважно після повторної вагітності, через 3–4 місяці після її закінчення або переривання. Повторні вишкрібання матки у зв'язку з кровотечами приводять до більш швидкого метастазування. Місцево в ділянці первинного вогнища або метастазів визначається ущільнення.

Вузли у піхві мають округлу форму, синьо-багряного кольору, матка збільшена, яєчники великі за рахунок лютеїнових кіст. Молочні залози також можуть збільшуватися з проявами галактореї.

Розвиток хвороби можливий і в більш віддалені терміни (через 6–12 місяців), що і визначає необхідність диспансерного спостереження після МЗ до 1–2 років. Основними даними анамнезу, які мають викликати насторогу, будуть повторні випадки МЗ і різного роду порушення функції репродуктивної системи [3, 5, 10].

До ранніх клінічних симптомів варто віднести: метрорагії після попередньої вагітності, виявлення збільшених у розмірах матки і яєчників, наявність текалютеїнових кіст [1].

Трофобластична пухлина плацентарної площадки

Трофобластичну пухлину плацентарної площадки, як окрему гістологічну форму у невагітних жінок, почали виділяти лише в останній час. Дана пухлина зустрічається дуже рідко.

Макроскопічно пухлина представлена поліпозними масами, що знаходяться у межах порожнини матки, або ендоепітальним ростом міометрію в ділянці тіла, рідше – шийки. У сироватці крові переважає плацентарний лактоген (ПЛ) над хоріонічним гонадотропіном, що може слугувати однією з ознак для диференціальної діагностики з ХК.

Для трофобластичної пухлини плацентарної ділянки характерна інтенсивна інвазія внутрішнього цитотрофобласту в стінки артерій, де відбувається фібриноїдне заміщення еластичних м'язових компонентів. Не характерні крововиливи і некроз [10, 14].

Клітини пухлини секретують переважно ПЛ і лише невелика кількість – ХГ. Таким чином, цитотрофобласт повністю повторює типові гестаційні зміни плацентарного ложа при нормальному перебігу вагітності.

Клінічний перебіг пухлини в цілому оцінюється як доброякісний, але являється потенційно схильним до метастазів і тому потребує негайного оперативного лікування – гістеректомії, тому що клітини трофобластичної пухлини плацентарної ділянки нечутливі до хіміотерапії.

Найбільш частою локалізацією метастазів є піхва, легені, печінка, черевна порожнина, головний мозок.

Диференціальний діагноз слід проводити з ХК, надлишковим ростом плацентарного ложа або вузликами плацентарного ложа. Можливе також поєднання даної пухлини з ХК або перехідними формами трофобластичних захворювань.

Прогноз – сприятливий у жінок після гістеректомії у 85%. Злоякісний перебіг з метастазами спостерігається в 15–20% хворих. Морфологічні критерії, що дають змогу прогнозувати злоякісний перебіг трофобластичної пухлини плацентарного ложа, відсутні [1, 8].

Діагностика трофобластичних захворювань

Трофобластичні захворювання на ранніх етапах нерідко неможливо відрізнити від нормального трофобласту, внаслідок морфологічної ідентичності клітин при нормальній вагітності. Діагностика особливо складна на основі дослідження матеріалу, отриманого під час вишкрібання матки.

У ранні терміни вагітності визначається збільшення ворсин хоріона з різним ступенем трофобластичної активності. Така картина є фізіологічною, але в більш пізні терміни ці зміни варто відносити до категорії часткового МЗ [4, 7, 13].

За даними Goldstein D. P. та Berkowitz R. S., у 2/3 випадків спонтанних абортів при мікроскопічному дослідженні діагностований МЗ. Також дуже важко діагностувати частковий та істинний МЗ, і саме в цьому випадку основне значення має визначення ступеня трофобластичної активності.

При сумнівах щодо наявності плода варто ставити діагноз повного МЗ. Відсоток помилок і спірних діагнозів при гістологічному дослідженні матеріалу в невеликій кількості становить близько 40%, але навіть при дослідженні достатньої кількості матеріалу (у т.ч. і післяопераційного) помилки становлять 26%.

Багато дослідників доводять, що перехідні форми від простого МЗ до інвазивного і навіть до хоріонепітеліоми зазвичай важко визначити тільки на основі дослідження матеріалу, отриманого при вишкрібанні матки, без вивчення топографії і гістологічного співвідношення тканини пухлини зі стінкою матки [5, 6, 11].

На даний час в основному діагностика базується на даних анамнезу (зв'язок із вагітністю) та докладному аналізі таких скарг:

- порушення менструального циклу;
- біль унизу живота;
- біль у грудній клітці;
- кашель, кровохаркання;
- головний біль;
- симптоми гестозу вагітних;
- самостійне виявлення метастазів у піхву або об'ємних утворів у малому тазі або черевній порожнині.

При гінекологічному огляді визначається типовий ціаноз слизової піхви і піхвової частини шийки матки, можливе виявлення наявності метастазів, а також оцінюються розміри матки, її форма, консистенція (м'яка), болочість, стан додатків (наявність і розміри кист яєчників) [1, 6].

Чільне місце посідає гормональне дослідження: визначення рівня хоріонічного гонадотропіну в сироватці крові і сечі хворої. Чутливість методу – 2МЕ/л, специфічність – 100%.

З променеви методів діагностики використовується:

- Рентгенографія органів грудної порожнини, що дає змогу виявити і охарактеризувати метастази в легенях, а при повторних дослідженнях оцінити ефективність проведеного лікування. Чутливість методу – 84%, специфічність – 94%.

- Ультразвукове дослідження (доплерографія) відрізняється високою інформативністю (можна виявити

пухлину з мінімальним розміром 0,4 см), простою і надійною і може бути використано для моніторингу ефективності проведеного лікування.

– УЗД-діагностика МЗ заснована на виявленні в порожнині матки багаточисленних ехокомплексів, які нагадують «снігову бурю», «губку». Чутливість методу – 93,4%, специфічність – 92,4%.

– Магнітно-резонансна томографія (інформативна в поєднанні з іншими методами променевої діагностики) використовується для діагностики і контролю ефективності лікування за наявності пухлинних вузлів у матці.

– МРТ+УЗД органів малого тазу, чутливість яких – 95,3%, специфічність – 90,9%.

– Комп'ютерна томографія використовується для діагностики і контролю ефективності лікування при метастазах у мозок, печінку, нирки, легені. Чутливість методу – 98,4%, специфічність – 92,5% [2, 3].

Гістологічний метод діагностики надзвичайно важкий і водночас є основним у діагностиці трофобластичних захворювань. Тяжкість полягає не тільки в інтерпретації різноманітних морфологічних варіантів пухлини. А те, що він є провідним у діагностиці базується на тому, що без даних патологічної анатомії важко і навіть неможливо визначити форму пухлини.

При першому вишкрібанні у зв'язку з кровотечею після переривання вагітності або після пологів, гістологічне дослідження не проводиться в 50% випадків, а матеріал повторних вишкрібань часто не інформативний. У зв'язку з цим допускається відсутність морфологічної верифікації для встановлення діагнозу.

Злоякісні трофобластичні пухлини – єдині пухлини в жінок, для діагностики яких не обов'язкова морфологічна верифікація.

Метод проточної цитометрії визначається в диференціальній діагностиці повного і часткового МЗ (каріотипування пухлинних клітин). Помилка методу – 0,02%.

Імуногістохімічне дослідження визначення рівня експресії плацентарного лактогену в клітинах пухлини найбільш інформативно при підозрі на пухлину плацентарної ділянки. Чутливість методу – 90–95%, специфічність – 90–95% [1, 2, 10].

Висновки

Дана стаття доводить, що часті дослідження за останні десятиліття, на жаль, не змогли розробити єдину стратегію у своєчасному виявленні та лікуванні гестаційної трофобластичної хвороби, оскільки діагностика даного стану нечітка та потребує новітніх впроваджень та методик.

Захворювання трофобласту належать до рідкісних патологій (становлять – 1–2,5% серед злоякісних новоутворень жіночих статевих органів) і розвиваються переважно в жінок фертильного віку, особливо ховаючись під маскою вагітності, унаслідок чого важко діагностуються і призводять до дестабілізації не тільки репродуктивної функції, але й соціального, психологічного, фізичного аспектів життєдіяльності жінки.

Досить часто зустрічаються хворі на хоріон-епітеліому матки, яких вилікувати вже неможливо, незважаючи на застосування всіх методів терапії. У зв'язку з цим трофобластичні пухлини як були, так і залишаються предметом досліджень фахівців різних галузей медицини.

Перспективи подальших досліджень

Трофобластичні захворювання – це надзвичайно актуальна тема, адже, по-перше, спостерігається тенденція до їх збільшення, по-друге, вони часто призводять до летальних випадків, а по-третє, від початку дослідження даних захворювання всі науковці не мають одностайної думки щодо патогенезу, а це, у свою чергу, приводить до складнощів у діагностиці та лікуванні, що спричиняє значні дискусії в плані даної патології.

Література

1. *Акушерство: национальное руководство* / под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. – Москва, 2009.
2. *Запорожан В. М.* Акушерство і гінекологія: підручник: у 2 х томах. Т. 2 / В. М. Запорожан, М. Р. Цегельський, Н. М. Рожковська. – Одеса : Одес. держ. мед. ун-т, 2005. – 420 с.
3. *Мещерякова Л. А.* Трофобластические опухоли: возможности хирургического лечения / Л. А. Мещерякова, В. П. Козаченко // Вестн. Рос. онкол. науч. Центра. – 2003. – № 4. – С. 36–42.
4. *Патология: руководство* / под ред. М. А. Пальцева, В. С. Паукова, Э. Г. Улумбекова. – Москва, 2002.
5. *Про вдосконалення медико-генетичної допомоги в Україні* : наказ МОЗ України № 641/84 від 31.12.2003 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступа : www.moz.gov.ua. – Назва з екрана.
6. *Цип Н. П.* Хирургический метод в лечении трофобластических опухолей / Н. П. Цип, Л. И. Воробьева // *Практ. онкол.* – 2008. – № 3. – С. 179–185.
7. *15 years of progress in gestational trophoblastic disease: Scoring, standardization, and salvage* / J. Brown, R. W. Naumann, M. J. Seckl, J. Schink // *Gynecol. Oncol.* – 2017. – Vol. 144 (1). – P. 200–207.
8. *Behtas N.* Successful pregnancy after localized resection of perforated uterus in choriocarcinoma and a literature review / N. Behtash, S. Ansari, F. Sarvi // *Int. J. Gynecol. Cancer.* – 2006. – Vol. 16, Suppl. 1. – P. 445–448.
9. *Braga A.* Is adolescence a risk factor for postmolar gestational trophoblastic neoplasia? / A. Braga, W. Growdon, M. Bernstein // *CME J. Gynecol. Oncol.* – 2009. – № 5. – P. 94–98.

10. *Gestational trophoblastic neoplasia, FIGO 2000 staging and classification* / H.Y. Ngan, H. Bender, J. L. Benedet [et al.] // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* – 2003. – Vol. 83. – P. 175–177.
11. *Kohorn E.* The draft of EOTTD protocol for diagnosis and treatment of trophoblastic disease of pregnancy / E. Kohorn. – 2012.
12. *Lurain J. R.* Gestational trophoblastic disease II: classification and management of gestational trophoblastic neoplasia / J. R. Lurain // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2011. – Vol. 204. – P. 11–18.
13. *Relapse rate of patients with low-risk gestational trophoblastic tumor initially treated with single-agent chemotherapy* / H. Matsui, K. Suzuka, K. Yamazawa [et al.] // *Gynecol. Oncol.* – 2005. – Vol. 96 (3). – P. 616–620.
14. *Twenty-five years' clinical experience with placental site trophoblastic tumors* / A. J. Papadopoulos, M. Foskett, M. J. Seck [et al.] // *J. Reprod. Med.* – 2002. – Vol. 47 (6). – P. 460–464.

Дата надходження рукопису до редакції: 01.02.2018 р.

Проблема трофобластических заболеваний в современном акушерстве

*О.О. Корчинская¹, Н.В. Криванич¹,
К.П. Костур¹, С. Жултакова², Ш. Андрашчикова²,
А. Шлоссерова², Г. Галдунова², Л. Рыбарова²*

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

²Пряшевский университет, г. Пряшев, Словакия

Цель – рассмотреть этиологию, патогенез, особенности течения и диагностики трофобластических заболеваний.

Материалы и методы. Использованы данные научной медицинской литературы отечественных и зарубежных авторов в медицинской библиотеке Закарпатского областного медицинского информационно-аналитического центра, источники Интернета.

Результаты. Частые исследования за последние десятилетия, к сожалению, не смогли разработать единственную стратегию в своевременном выявлении и лечении трофобластических заболеваний, поскольку диагностирование данного состояния неточное и нуждается в современных методиках. Заболевания трофобласта принадлежит к редким патологиям и развиваются преимущественно у женщин фертильного возраста, особенно маскируясь по видом беременности, в результате чего трудно диагностируются.

Выводы. Трофобластические опухоли как были, так и остаются предметом исследований специалистов разных разделов медицины. Достаточно часто встречаются больные с хорионэпителиомой матки, которых излечить уже невозможно, несмотря на применения всех методов терапии. Трофобластические заболевания приводят к дестабилизации не только репродуктивной функции, но и социального, психологического, физического аспектов жизнедеятельности женщины.

Ключевые слова: трофобластические заболевания, пузырный занос, хорионкарцинома, метастазирование, инвазия, патогенез, диагностика.

Problem of the trophoblastic diseases in modern obstetrics

*O.O. Korchynska¹, N.V. Kryvanych¹,
K.P. Kostur¹, S. Zultakova², S. Andrascikova²,
A. Schlosserova², H. Galdunova², L. Rybarova²*

¹SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

²Preshov University, Preshov, Slovakia

Purpose – consideration of the etiology, pathogenesis, features of the course and diagnosis of trophoblastic diseases.

Materials and methods: literature information from library of Thanscarpathian regional medical analytical center, sources of the Internet.

Results. Researches in recent decades, couldn't develop an unified strategy for the timely detection and treatment of trophoblastic diseases, because the diagnostics of the condition is difficult and requires the latest techniques. Diseases of the trophoblast belong to rare pathologies and develop predominantly in women of childbearing age, hiding under the mask of pregnancy.

Conclusions. Trophoblastic tumors are the subject of research for medical specialists. There are patients with chorionepithelioma of the uterus, which cannot be cured, despite the use of all methods of therapy. Trofoblastic diseases lead to destabilization as the reproductive function, as the social, psychological, and physical aspects of women's viability.

Key words: trophoblastic diseases, trophoblastic tumor, choriocarcinoma, metastasis, invasion, pathogenesis, diagnostics.

Відомості про авторів

Корчинська Оксана Олександрівна – д.мед.н., професор кафедри акушерства та гінекології ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, 88000, Україна.

Криванич Наталія Василівна – студентка VI курсу медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, 88000, Україна.

Костур Ксенія Петрівна – студентка VI курсу медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, 88000, Україна.

Жултакова Сільвія – PhDr., PhD., Пряшівський університет; вул. Партизанська, 1, м. Пряшів, 08001, Словацька Республіка.

Андрашчікова Стефанія – Ass. Prof., PhD., Пряшівський університет; вул. Партизанська, 1, м. Пряшів, 08001, Словацька Республіка.

Шлоссерова Анна – MUDr., Пряшівський університет; вул. Партизанська, 1, м. Пряшів, 08001, Словацька Республіка.

Галдунова Гелена – PaedDr. Bc., PhD., Пряшівський університет; вул. Партизанська, 1, м. Пряшів, 08001, Словацька Республіка.

Рібарова Любіца – PhDr., Пряшівський університет; вул. Партизанська, 1, м. Пряшів, 08001, Словацька Республіка.

УДК 618.3-06:616.8-009.24-008.6-092

О.О. Корчинська¹, К.П. Костур¹, Н.В. Криванич¹, С.Жултакова²,
Ш.Андрайчикова², А. Шлоссерова², Г. Галдунова², Л. Рібарова²

Сучасні погляди на етіопатогенез преєклампсії

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

²Пряшівський університет, м. Пряшів, Словаччина

Мета – розглянути особливості розвитку преєклампсії у вагітних.

Матеріали та методи. Використано дані літератури вітчизняних і зарубіжних авторів у медичній бібліотеці Закарпатського обласного інформаційно-аналітичного центру, джерела Інтернету.

Результати. Преєклампсія належить до найбільш серйозних гіпертензивних порушень у зв'язку з впливом на здоров'я матері і дитини. Існує понад 30 етіопатогенетичних тверджень про виникнення преєклампсії. Проте жодне однозначно не пояснює розвитку морфофункціональних і клінічних змін. Але усі вони сходяться на тому, що преєклампсія є мультифакторіальною патологією. Також останнім часом значну увагу учених привертає імунологічна теорія виникнення преєклампсії.

Висновки. На сучасному етапі розвитку акушерства і гінекології немає єдиної теорії, яка пояснює розвиток преєклампсії. Більшість гіпотез сходяться на тому, що важливу роль у розвитку преєклампсії відіграють: недостатність спіральних артерій матки, унаслідок чого порушується плацентарний кровообіг; дисфункція ендотелію посудин, пов'язана з аутоімунними порушеннями в результаті вагітності.

Ключові слова: преєклампсія, трофобласт, ендотеліальна дисфункція, вагітність, ускладнення.

Вступ

Провідним завданням сучасного акушерства та перинатології є своєчасна діагностика, прогнозування та профілактика ускладнень гестаційного процесу, що обумовлюють перинатальні втрати та материнську захворюваність і смертність [2]. Гіпертензивні порушення при вагітності є тяжким ускладненням, які лідирують серед усіх причин передчасних пологів, тривалої інвалідності та летальних наслідків у матерів і немовлят. Ця група захворювань включає в себе преєклампсію, еклампсію, гестаційну гіпертензію та хронічну гіпертензію [9]. Преєклампсія належить до найбільш серйозних гіпертензивних порушень через її вплив на здоров'я матері та дитини.

Незважаючи на досягнення сучасної медицини, преєклампсія вагітних досі залишається однією з основних причин акушерсько-перинатальних ускладнень. Частота преєклампсії в структурі ускладнень вагітності коливається від 6% до 12% у здорових вагітних та від 20% до 40% у вагітних з екстрагенітальною патологією [3, 9, 14]. У 10–20% жінок, які страждають на тяжку форму преєклампсії, розвивається HELLP-синдром [9, 28]. У світовій структурі материнської смертності впродовж останніх 10 років преєклампсія стабільно посідає 3-тє місце після кровотеч і сепсису [23, 26].

Деякі автори відзначають, що в жінок, які перенесли преєклампсію, може формуватися вагітність-асоційована патологія (ниркова патологія, діабет, патологія щитоподібної залози, гіпертонічна хвороба тощо) [9, 12]. За даними багатьох дослідників, у жінок, які перенесли тяжку преєклампсію та еклампсію, у подальшому житті підвищується ризик артеріальної гіпертензії у 3,7 разу,

ішемічної хвороби серця – у 2,7 разу, інсульту – у 1,81 разу, легеневого емболізму – у 1,79 разу, загальна летальність збільшується в 1,5 разу порівняно із загальною популяцією жінок [9, 29].

Преєклампсія відіграє значну роль у структурі перинатальної смертності. До 18% випадків антенатальної загибелі плода пов'язане з гіпертензивними ускладненнями вагітності [7, 14, 17]. Ризик смерті новонародженого майже у 5 разів вищий у жінок з преєклампсією, а якщо цей ризик урахувати разом із відшаруванням плаценти, то він зростає у 15 разів [9, 16]. Порівняно з перинатальною смертністю в цілому по Україні, при преєклампсії вона становить, за даними різних авторів, 10–30% [14, 18].

Оскільки наслідки важких гіпертензивних розладів знижують якість подальшого життя жінки (висока частота атеросклерозу, цукрового діабету, серцево-судинних захворювань), а частота порушення фізичного, психосоматичного розвитку передчасно народжених дітей є досить високою, так само як і ризик розвитку у них соматичних захворювань у майбутньому, то ця проблема є значущою в соціальному та медичному плані.

Мета роботи – розглянути особливості розвитку преєклампсії у вагітних.

Матеріали та методи

Проаналізовано дані наукової медичної літератури вітчизняних і зарубіжних авторів у медичній бібліотеці Закарпатського обласного медичного інформаційно-аналітичного центру, зібрано багато інформації з джерел Інтернету.

Результати дослідження та їх обговорення

Преєклампсія – це патологічний стан, що ускладнює перебіг вагітності і характеризується порушенням серцево-судинної, нервової, ендокринної та імунної систем, системи гемостазу, змінами в функціонуванні нирок, печінки, плаценти, розвитком метаболічних змін у різних системах організму [1, 7, 14, 19]. Преєклампсія не є самостійним захворюванням, а являє собою синдром, обумовлений неможливістю адаптаційних систем організму матері адекватно забезпечити вимоги плода, що розвивається. Ця невідповідність реалізується через різний ступінь перфузійно-дифузійної недостатності плаценти.

Існує понад 30 аргументованих етіопатогенетичних тверджень про виникнення преєклампсії, однак, на жаль, жодне з них однозначно і в повній мірі не пояснює розвитку при даному патологічному стані вагітності виникнення морфофункціональних і клінічних змін [1, 6]. Але на сьогодні вони всі сходяться на тому, що преєклампсія є мультифакторіальною патологією, пусковим механізмом у розвитку якої є ендотеліальна дисфункція. Саме ендотеліальна дисфункція обумовлює патогенетичні механізми розвитку преєклампсії, перший з яких – генералізований спазм артерій та підвищення периферичного судинного опору, що призводить до порушення мікроциркуляції у вигляді стазу крові та підвищення судинної проникливості. Наприкінці це призводить до стійкої артеріальної гіпертензії на тлі порушеної перфузії життєво важливих органів. Інша патогенетична ланка – порушення в системі мікроциркуляції, що характеризує перехід стазу крові в садж. А це призводить до розвитку синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання (ДВЗ) [5, 20].

Основи преєклампсії закладаються у момент міграції цитотрофобласту [24]. Відбувається гальмування міграції трофобласту у спіральні артерії матки, тобто недостатність другої хвилі інвазії цитотрофобласту. На думку ряду дослідників, факторами, що знижують інвазивну здатність трофобласту, є порушення відносин між гуморальним і трансплантаційним імунітетом, з одного боку, та імунологічною толерантністю, з іншого; мутації генів, відповідальних за синтез сполук, що регулюють тонус судин (ендотеліну-1, NO); блокаду інгібіторів фібринолізу [20, 27, 29].

При неповноцінній інвазії цитотрофобласту спіральні артерії не піддаються морфологічним змінам, характерним для вагітності, тобто не відбувається трансформації їх у плацентарні судини [10, 21]. Зазначені морфологічні особливості спіральних судин матки в міру прогресування вагітності призводять до їх спазму, зниження міжворсинчатого кровоплину та гіпоксії. Неповне закриття просвіту спіральних артерій цитотрофобластичними заторами та передчасний початок матково-плацентарного кровоплину у центральних відділах, що призводить до надмірного надходження материнської крові у міжворсинчатий простір, сприяє механічній дії на хоріон та виникненню оксидативного стресу. Шемічно-гіпоксичні зміни, які розвиваються у плацентарній тканині, зумовлюють активізацію факторів

(молекули клітинної адгезії), що призводять до порушення структури й функції ендотелію або зниження біохімічних сполук (аргінін), які захищають ендотелій від пошкоджень [6, 10, 20].

Виділяють дві стадії розвитку судинної дисфункції при преєклампсії. На першому етапі виникає гемодинамічна мальадаптація до вагітності та субоптимальний розвиток плаценти. У результаті порушеної плацентації в цьому органі виробляється ряд біологічно активних речовин. На другому етапі розвивається пізня судинна дисфункція, що характеризується в основному ендотеліальною дисфункцією. Остання призводить до клінічного синдрому преєклампсії. Розвиток гестаційної ендотеліопатії спричиняють:

- активація перекисного окислення ліпідів;
- підвищення активності фосфоліпаз, циркулюючих нейрогормонів (ендотелін, катехоламіни), тромбоксану;
- зниження активності інгібітору протеаз α_2 -макрोगлобуліну;
- вроджені дефекти гемостазу [11, 13].

Зміни ендотелію при преєклампсії є специфічними. Розвивається своєрідний ендотеліоз, який виражається у набуханні цитоплазми з відкладенням фібрину навколо базальної мембрани та усередині набряклої ендотеліальної цитоплазми. Ендотеліоз спочатку має локальний характер у судинах плаценти і матки, потім поширюється на інші органи.

Гестаційна ендотеліопатія спричиняє ряд змін, які обумовлюють клінічну картину преєклампсії:

– При ураженні ендотелію блокується синтез вазодилаторів (простагліцинів, C-натрійуретичний пептид, ендотеліальний релаксуючий чинник – NO), унаслідок чого порушується ендотеліозалежна дилатація.

– При ураженні ендотелію на ранніх термінах вагітності відбувається оголення м'язово-еластичної мембрани судин із розташованими в ній альфа-рецепторами, що призводить до підвищення чутливості судин до вазоактивних речовин.

– Знижуються тромборезистентні властивості судин. Пошкодження ендотелію зменшує його антитромботичний потенціал унаслідок порушення синтезу тромбомодуліну, тканинного активатора плазміногену, підвищення агрегації тромбоцитів з подальшим розвитком хронічної форми синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові.

– Активуються фактори запалення, перекисні радикали, цитокіни, які, своєю чергою, додатково порушують структуру ендотелію.

– Підвищується проникність судин. Ураження ендотелію поряд зі зміною синтезу альдостерону та затримкою у відповідь на це натрію та води в клітинах зумовлює патологічну проникність судинної стінки та вихід рідини із судин.

У результаті цього створюються додаткові умови для генералізованого спазму судин, артеріальної гіпертензії, набрякового синдрому. На тлі прогресування спазму судин, гіперкоагуляції, підвищення агрегації

еритроцитів і тромбоцитів та, відповідно, збільшення в'язкості крові формується комплекс мікроциркуляторних порушень, які призводять до гіперперфузії органів (печінки, нирок, плаценти, мозку та ін.). Поряд зі спазмом судин, порушенням реологічних та коагуляційних властивостей крові, у розвитку адекватного гемозабезпечення вагітності важливу роль відіграють зміни макрогемодинаміки, зниження об'ємних показників центральної гемодинаміки: ударного об'єму, хвилинного об'єму серця, об'єму циркулюючої крові (ОЦК), що є значно меншими, ніж при фізіологічному перебігу вагітності. Низькі значення ОЦК при прееклампсії обумовлені як генералізованою вазоконстрикцією і зниженням обсягу судинного русла, так і підвищеною проникністю судинної стінки та виходом рідкої частини крові в тканини. Одночасно з цим причиною збільшення кількості інтерстиціальної рідини при прееклампсії виступає дисбаланс колоїдно-осмотичного тиску плазми та тканин, які оточують судини, що зумовлене, з одного боку, гіпопротейнемією, а з іншого – затримкою натрію в тканинах та підвищенням їх гідрофільності. В результаті у вагітних з прееклампсією формується характерне парадоксальне поєднання: гіповолемія та затримка великої кількості рідини в інтерстиції, що посилює порушення мікрогемодинаміки [5, 6, 10].

Дистрофічні зміни в тканинах життєво важливих органів формуються внаслідок порушення матричної та бар'єрної функцій клітинних мембран. Зміни матричної функції мембран полягають у відхиленні механізму дії різних мембранних білків (транспортних, ферментних, рецепторів гормонів та білків, пов'язаних з імунітетом), що призводить до зміни функцій клітинних структур. Порушення бар'єрної функції ліпідного шару мембран призводить до зміни функціонування каналів для іонів Ca^{2+} . Масивний перехід іонів Ca^{2+} в клітину викликає в ній незворотні зміни, енергетичний голод і загибель, з одного боку, а з іншого – м'язову контрактуру та спазм судин. Імовірно, що розвиток еклампсії обумовлений саме порушенням проникності мембран та масивним переміщенням іонів Ca^{2+} у клітину («кальцієвий парадокс»). Патологічні зміни, пов'язані з прееклампсією, найбільшою мірою поширюються на каналцевий апарат нирок (гломерулярно-капілярний ендотеліоз), що проявляється дистрофією звивистих каналців із можливою десквамацією та розпадом клітин ниркового епітелію.

Зміни в печінці представлені паренхіматозною та жировою дистрофією гепатоцитів, некрозом та крововиливами. Некрози можуть бути як вогнищевими, так і поширеними. Крововиливи є частіше множинними, різної величини, через них виникає перенапруження капсули печінки, аж до її розриву [15].

Функціональні та структурні зміни мозку при прееклампсії варіюють у широких межах. Вони зумовлені порушенням мікроциркуляції, утворенням тромбозів у судинах із розвитком дистрофічних змін нервових клітин і периваскулярних некрозів. Характерним (особливо при тяжкій прееклампсії) є набряк головного мозку з підвищенням внутрішньочерепного тиску. Комплекс

ішемічних змін, у кінцевому підсумку, може обумовлювати напад еклампсії.

При прееклампсії спостерігаються виражені зміни в плаценті: облітеруючий ендартеріт, набряк строми ворсин, тромбоз судин і межворсинчатого простору, некроз окремих ворсин, вогнища крововиливу, жирове переродження плацентарної тканини. Зазначені зміни призводять до зниження матково-плацентарного кровоплину, плацентарної дисфункції, затримки розвитку плода.

В останній час науковці все більше схилиються до імунологічної теорії виникнення прееклампсії. Гіпотеза про імунну етіологію прееклампсії заснована на значній кількості епідеміологічних спостережень [4, 8]. Висока частота прееклампсії характерна для вперше вагітних, при вагітності після ДРТ, при гіперплацентазії. Все це свідчить про антигенну роль плаценти [25]. Згідно з імунною теорією, основою для розвитку прееклампсії є наявність двох різних за антигенною структурою організмів – матері і плода. Встановлено, що імунна відповідь організму матері на антигенний подразник генетично детермінована. Плід відрізняється від материнського організму за рахунок тієї інформації, яку він отримує з антигенами батька. Єдина система в організмі, яка розпізнає чужорідні тіла – це система імунітету. Тому в розвитку прееклампсії вагітних найбільш суттєвим моментом є реакція даної системи на чужорідні антигени. Імунологічна теорія розглядає прееклампсію як імунно-біологічний конфлікт між антигенними системами матері та плода. Провідна роль у цьому конфлікті відводиться порушенню проникності плацентарного бар'єра і зниженню ступеня імунологічної толерантності. Крім того, імунна система вагітної знаходиться в обмежених фізіологічних рамках імуносупресії завдяки чіткій роботі імунорегуляторних механізмів. Але саме механізми імунітету першими реагують на дію будь-якого дестабілізуючого фактора, як екзогенного, так і ендогенного походження. Імунно-структурний гомеостаз забезпечує адаптаційні механізми при вагітності.

Прееклампсія може бути наслідком дисбалансу між материнськими антигенами та антигенною структурою плода. На сьогодні багато дослідників висвітлюють питання зв'язку між антифосфоліпідними антигенами і тяжкими формами прееклампсії. Підтвердженням цього є високий титр антифосфоліпідних антитіл, який спостерігається в багатьох жінок із даною патологією. 70% прееклампсій, діагностованих при першій вагітності, виникають на фоні вроджених тромбофілій [11]. При повторній вагітності, у випадку, якщо попередня вагітність ускладнювалася прееклампсією, наявність тромбофілії має місце в 100% випадків [11, 25].

Існують багаточисленні спостереження, що свідчать про важливу роль спадкового компоненту в етіології і патогенезі прееклампсії. Прееклампсія є типовим гетерогенним захворюванням, в генезі якого важлива роль належить як генетичному компоненту, так і різним екзогенним факторам, що провокують дане ускладнення [22, 25]. Спадкова схильність до розвитку прееклампсії

пов'язана з успадкуванням мутантних генів, які кодують синтез регуляторів судинного тонуусу, інших компонентів ендотелію та компонентів гемостазу. Для виявлення груп ризику всіх форм гестозу слід проводити тестування генів-маркерів трьох основних метаболічних систем: гени, що контролюють артеріальний тиск, гени, що регулюють процеси згуртування крові, гени, що визначають функції ендотеліальних клітин. Зараз відомо понад 30 генів-кандидатів преєклампсії. Для прогнозування розвитку тяжкої преєклампсії рекомендують проводити тестування гена II фази детоксикації: GSMI, гена ендотеліальної NO-синтетази. Зв'язок з преєклампсією спостерігається при експресії материнського гена PAI-1. Є дані щодо ролі варіабельності ембріональних генів HLA, які беруть участь в імплантації. Неповноцінність даної стадії часто приводить до переривання вагітності на ранніх термінах або до розвитку преєклампсії в майбутньому [13, 24].

Завдяки проведенню значної кількості клінічних досліджень (3 centres Collaboration Consensus Guideline Hypertension in Pregnancy, Preeclampsia and Eclampsia, 2009), визначені фактори ризику розвитку преєклампсії:

- преєклампсія під час попередньої вагітності;
- багато вагітностей в анамнезі;
- супутні захворювання: артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, захворювання нирок, антифосфоліпідний синдром, метаболічний синдром, захворювання серцево-судинної системи, сполучної тканини;

- вік матері від 35 років;
- вперше вагітні жінки;
- преєклампсія в сімейному анамнезі;
- новий партнер [30].

Висновки

На сучасному етапі розвитку медичних знань у галузі акушерства та гінекології немає єдиної теорії, яка пояснює розвиток преєклампсії. Але більшість відомих на даний час гіпотез сходяться на тому, що важлива роль у розвитку преєклампсії належить:

- недостатності спіральних артеріол матки, унаслідок чого розвивається порушення плацентарного кровообігу,
- дисфункції ендотелію судин, пов'язаної з аутоімунним порушенням у результаті вагітності.

Перспективи подальших досліджень

З огляду на актуальність проблеми преєклампсії в сучасному акушерстві, різноманітні негативні наслідки як для організму матері, так і плода, слід детально вивчити аспекти патогенезу преєклампсії для розробки адекватного етіопатогенетичного лікування та проведення профілактики виникнення даного захворювання серед вагітних жінок.

Література

1. Айламазян Э. К. Гестоз: теория и практика / Э. К. Айламазян, Е. В. Мозговая. – Москва : МЕДпресс-информ, 2008. – 272 с.
2. Актуальность преєклампсии (гестоза) в современном акушерстве. Проблемы и решения / А. М. Торчинов, С. Г. Цахилова, Д. Х. Сарахова, Г. Н. Джонбобоева // Проблемы репродукции. – 2010. – № 3. – С. 87–91.
3. Анализ причин материнской смертности : руководство для врачей / под ред. проф. А. П. Милованова. – Москва : Медицина для всех, 2008. – 228 с.
4. Баранов В. С. Генетический паспорт – основа индивидуальной и предиктивной медицины / В. С. Баранова – Санкт-Петербург : Издательство Н-Л, Санкт-Петербург, 2009.
5. Гестоз как проявление иммунного эндотелиоза / И. О. Макаров, Т. В. Шеманаева, С. Р. Гасанова, О. П. Попова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2009. – Т. 8, № 6. – С. 17–22.
6. Грищенко В. И. Этиопатогенез позднего гестоза / В. И. Грищенко, Н. А. Щербина, О. П. Липко // Международный мед. журнал. – 2000. – № 4. – С. 59–62.
7. Иванов И. И. Современный подход к профилактике тяжелых форм преєклампсии беременных / И. И. Иванов, Е. Н. Прочан // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2010. – Т. 5, № 3. – С. 3–10.
8. Иммунологическая теория возникновения преєклампсии / О. В. Макаров, Е. В. Волкова, И. Н. Винокурова, Л. С. Джохадзе // Проблемы репродукции. – 2012. – № 2. – С. 93–97.
9. Коньков Д. Г. Преєклампсія та еклампсія: у фокусі інфузійна терапія / Д. Г. Коньков, Н. В. Титаренко, І. Л. Кукуруза // Гінекологія, Акушерство, Репродуктологія. – 2016. – № 1 (21), березень. – С. 15–21.
10. Макаров И. О. Значение эндотелиоза в развитии гестоза / И. О. Макаров, Т. В. Шеманаева, С. Р. Гасанова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2010. – № 2. – С. 16–19.
11. Макацария А. Д. Тромбгеморрагические осложнения в акушерско-гинекологической практике : руководство для врачей / А. Д. Макацария. – Москва : МИА, 2011. – С. 10–56.
12. Морфология почек после перенесенной преєклампсии / Л. Е. Мурашко, И. М. Ильинский, Я. Г. Мойсюк [и др.] // Проблемы беременности. – 2001. – № 4. – С. 39–42.
13. Патогенез гестоза как проявление иммунокомплексной патологии эндотелия (острый иммунный эндотелиоз) / И. С. Сидорова, О. И. Гурина, А. П. Милованов [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 6. – С. 13–17.

14. *Преэклампсия беременных: особенности патогенеза, тактики ведения* / И. И. Иванов, М. В. Черипко, Н. В. Косолапова, Е. Н. Прочан // Таврический медико-биологический вестник. – 2012. – Т. 15. – № 2. – Ч. 2 (58). – С. 273–286.
15. *Салов И. А. Закономерности развития обменных нарушений при гестозе* / И. А. Салов, Н. П. Чеснокова, Т. Н. Глухова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2002. – № 6. – С. 4–6.
16. *Сидорова И. С. Гестоз или преэклампсия?* / И. С. Сидорова, Н. А. Никитина // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2013 – № 41. – С. 67–73.
17. *Сидорова И. С. Современный взгляд на проблему преэклампсии: аргументы и факты* / И. С. Сидорова, Н. А. Никитина // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 5. – С. 10–16.
18. *Сухих Г. Т. Преэклампсия* / Г. Т. Сухих, Л. Е. Мурашко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 576 с.
19. *Танько О. П. Вплив регуляторів клітинного метаболізму на тонус судин при преєклампсії у вагітних групи ризику* / О. П. Танько, Л. А. Вигівська, Є. В. Благовещенський // Здоровье женщины. – 2007. – № 1 (29). – С. 89–91.
20. *Титаренко Н. Преэклампсия / эклампсия* / Н. Титаренко // 3 турботою про жінку. – 2015. – № 9 (66). – С. 66–72.
21. *Ходжаева З. С. Ранняя и поздняя преэклампсия: парадигмы патобиологии и клиническая практика* / З. С. Ходжаева, А. М. Холин, Е. М. Вихляева // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 10. – С. 4–11.
22. *Шахбазова Н. А. Клинико-прогностическая значимость некоторых аутоантител в развитии гестационной гипертензии и преэклампсии* / Н. А. Шахбазова // Проблемы репродукции. – 2013. – № 4. – С. 99–102.
23. *Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis* / L. Say, D. Chou, A. Gemmill [et al.] // Lancet Glob Health. – 2014. – Vol. 2, № 6. – P. 323–333.
24. *Lamarca B. Endothelial dysfunction. An important mediator in pathophysiology of hypertension during pre-eclampsia* / B. Lamarca // Minerva Ginecol. – 2012. – Vol. 64, N 4. – P. 309–320.
25. *Lamarca B. The role of immune activation in contributing to vascular dysfunction and the pathophysiology of hypertension during pre-eclampsia* / B. Lamarca // Minerva Ginecol. – 2010. – Vol. 62, № 2. – P. 105–120.
26. *Lewis G. Saving Mothers' Lives: the continuing benefits for maternal health from the United Kingdom (UK) Confidential Enquires into Maternal Deaths* / G. Lewis // SeminPerinatol. – 2012. – Vol. 36. – № 1. – P. 19–26.
27. *Pre-eclampsia* / E. A. Steegers, P. von Dadelszen, J. J. Duvekot, R. Pijnenborg // Lancet. – 2010. – Vol. 376, № 9741. – P. 631–644.
28. *Pre-eclampsia: pathophysiology, diagnosis and management* / J. Uzan, M. Carbonnel, O. Piconne1 [et al.] // Vascular Health and Risk Management. – 2011. – Vol. 7. – P. 467–474.
29. *The management of severe pre-eclampsia/eclampsia* / D. Tuffnell, A. Shennan, J. Waugh, J. Walker. – London (UK) : Royale College of Obstetricians and Gynecologists; 2016. – Mar. – 11 p.
30. *WHO recommendations for prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia* / World Health Organization. – Geneva, 2011.

Дата надходження рукопису до редакції: 14.02.2018 р.

Современные взгляды на этиопатогенез преэклампсии

О.О. Корчинская¹, К.П. Костур¹,
Н.В. Криванич¹, С. Жултакова², Ш. Андрашчикова²,
А. Шлоссерова², Г. Галдунова², Л. Рибарова²

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

²Пряшевский университет, г. Пряшев, Словакия

Цель – рассмотреть особенности развития преэклампсии у беременных.

Материалы и методы. Использованы данные литературы отечественных и зарубежных авторов в медицинской библиотеке Закарпатского областного информационно-аналитического центра, источники Интернета.

Результаты. Преэклампсия относится к наиболее серьезным гипертензивным нарушениям из-за влияния на здоровье матери и ребенка. Существует более 30

этиопатогенетических утверждений о возникновении преэклампсии. Однако ни одно однозначно не объясняет развития морфофункциональных и клинических изменений. Но все они сходятся на том, что преэклампсия является мультифакториальной патологией. Также в последнее время большое внимание ученых привлекает иммунологическая теория возникновения преэклампсии.

Выводы. На современном этапе развития акушерства и гинекологии нет единой теории, которая объясняет развитие преэклампсии. Большинство гипотез сходятся на том, что важную роль в развитии преэклампсии играют: недостаточность спиральных артериол матки, вследствие чего нарушается плацентарное кровообращение; дисфункция эндотелия сосудов, связанная с аутоиммунными нарушениями в результате беременности.

Ключевые слова: преэклампсия, трофобласт, эндотелиальная дисфункция, беременность, осложнения.

Modern views on etiopathogenesis of pre-eclampsia

*O.O. Korchynska¹, K.P. Kostur¹,
N.V. Kryvanych¹, S. Zultakova², S. Andrascikova²,
A. Schlosserova², H. Galdunova², L. Rybarova²*

¹SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

²Preshov University, Preshov, Slovakia

Purpose – consider the peculiarities of the development of pre-eclampsia.

Materials and methods: dates of medical literature in library of Thanscarpathian regional medical informational and analytical center, sources of the Internet.

Results. Pre-eclampsia refers to the most serious hypertension's disorders because of the influence on mother's and child's health. There are more than 30 etiopathogenetic

averments about pre-eclampsia, but no one does explain its development. Nowadays all statements converge that pre-eclampsia is multifactorial pathology. Recently, the immunological theory deserves attention of scientists.

Conclusions. At the modern stage of the development of obstetrics and gynecology, there isn't one theory that explains the development of preeclampsia. Most of hypotheses are consistent with the fact that the important role in the development of preeclampsia belongs to: insufficiency of the spiral arterioles of the uterus; endothelial dysfunction of blood vessels associated with autoimmune disorders caused by pregnancy.

Key words: pre-eclampsia, trophoblast, endothelial dysfunction, pregnancy, complication.

Відомості про авторів

Корчинська Оксана Олександрівна – д.мед.н., професор кафедри акушерства та гінекології ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, 88000, Україна.

Костур Ксенія Петрівна – студентка VI курсу медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, 88000, Україна.

Криванич Наталія Василівна – студентка VI курсу медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, 88000, Україна.

Жултакова Сільвія – PhD., PhD., Пряшівський університет; вул. Партизанська, 1, м. Пряшів, 08001, Словацька Республіка.

Андрашчікова Стефанія – Ass. Prof., PhD., Пряшівський університет; вул. Партизанська, 1, м. Пряшів, 08001, Словацька Республіка.

Шлоссерова Анна – MUDr., Пряшівський університет; вул. Партизанська, 1, м. Пряшів, 08001, Словацька Республіка.

Галдунова Гелена – PaedDr. Vc., PhD., Пряшівський університет; вул. Партизанська, 1, м. Пряшів, 08001, Словацька Республіка.

Рібарова Любіца – PhD., Пряшівський університет; вул. Партизанська, 1, м. Пряшів, 08001, Словацька Республіка.

УДК 616.147.3-005.6-031.38:612.134/15

Я.М. Попович

Стан венозного кровоплину при флеботромбозах гомілково-підколінного сегмента

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

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи «Методи прямої та непрямой профілактики тромбоемболії легеневої артерії», № державної реєстрації 0115U001104.

Мета – оцінити порушення венозного кровоплину при флеботромбозах у гомілково-підколінному сегменті.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати обстеження 256 хворих із тромбозами глибоких вен нижніх кінцівок з локалізацією процесу в гомілково-підколінному сегменті. Включення в комплекс клініко-інструментального обстеження пацієнтів (ультразвукові дуплексне скенування та доплерографія, рентгеноконтрастна флебографія) радіоізотопної флєбосцинтиграфії дало змогу оцінити магістральний та колатеральний венозний кровоплин при тромбозах глибоких вен.

Результати. Отримані дані дають можливість оцінити можливості компенсації венозного кровоплину в підколінному венозному колекторі залежно від поширення тромботичного процесу.

Висновки. Можливості компенсації венозного кровоплину при флеботромбозах гомілково-підколінного сегмента залежать від залучення в патологічний процес венозного колектора та магістралі.

Ключові слова: тромбоз глибоких вен, венозний колектор, магістраль, колатераль, радіоізотопна флєбосцинтиграфія.

Вступ

Проблема венозного тромбозу та його патологічного ускладнення – тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) вже протягом півтора століття звертає увагу лікарів і продовжує залишатися до кінця не вирішеною [3, 6]. Смертність в гострому періоді від ТЕЛА залишається вкрай високою, в той же час при збереженні життя різко зростає ризик виникнення хронічної легеневої гіпертензії внаслідок повторних періодичних тромбоемболій легеневої артерії, яка різко погіршує якість життя та часто призводить до інвалідизації пацієнтів. Однією з основних причин виникнення ТЕЛА є тромбози глибоких вен (ТГВ) нижніх кінцівок [9].

Медико-соціальною проблемою венозних тромбоемболічних ускладнень є те, що 47,3–86,7% випадків ТГВ нижніх кінцівок припадає на пацієнтів працездатного віку [1, 2, 5]. Окрім того, через 5–10 років після перенесеного ТГВ у системі нижньої порожнистої вени ознаки хронічної венозної недостатності спостерігають у 49–100% пацієнтів із посттромбофлебітичним синдромом, що призводить до стійких ознак інвалідності [4, 7, 8]. Так, у структурі первинної інвалідності внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок наслідки перенесених венозних тромбоемболічних ускладнень складають 77,4% випадків [10]. Життєдіяльність цих хворих обмежена внаслідок суттєвого порушення здатності до пересування і трудової діяльності.

Таким чином, використання методів, що здатні об'єктивно характеризувати стан венозного русла і функцію венозного повернення, дозволяє з нових позицій оцінити можливості хірургічних втручань при ТГВ

системи НПВ, які могли б перешкодити розвитку масивної ТЕЛА і попередити розвиток важких форм ХВН.

Мета роботи – оцінити порушення венозного кровоплину при флеботромбозах у гомілково-підколінному сегменті.

Матеріали та методи

Проаналізовано результати обстеження 256 хворих із ТГВ у гомілково-підколінному сегменті, яких проліковано у відділенні хірургії магістральних судин Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака протягом 2008–2015 рр. Вік хворих становив від 28 до 76 років, середній вік – $53 \pm 2,2$ року.

Для обстеження хворих застосовано лабораторні методи дослідження, а також інструментальні: ультразвукову доплерографію, ультразвукове дуплексне сканування («Aloka-3500», Японія; «My Lab-50», Італія; «HDI-1500» ATL-Philips; «SIM-5000», Радмір; «ULTIMA PRO-30, z.one Ultra», ZONARE Medical Systems Inc., США); рентгеноконтрастну флебографію (DSA, Integris-2000, Philips) та мультиспіральну комп'ютерну томографію з внутрішньовенним контрастуванням (Somatom CRX «Siemens», Німеччина, 1994).

У комплекс обстеження включено радіоізотопну флєбосцинтиграфію, яку виконували на емісійному комп'ютерному томографі «Тамара» (ГКС-301Т) виробництва ГПФ СКТБ «Оризон» Україна, НДО ЦІГК НТК «Інститут монокристалів» НАН України, СП «Амкріс-Ейч». В якості радіофармпредпарату (РФП) використовували Tc^{99m} -перетехнетат активністю 370 МБк в об'ємі 1 мл. Вказаний препарат вводили болюсно у вену

тилу стопи після накладання венозного джгута одразу нижче кісточок. Пункцію вени виконували тонкою голкою 0,6x25 мм.

Оцінювали гемодинаміку як в стані спокою, так і з фізичним навантаженням (згинання-розгинання стопи при фіксованій гомілці та стегні). Пасаж РФП фіксували гамма-камерою «Тамара» у динамічному форматі шляхом запису 60 кадрів тривалістю 1 с кожен. Також записували відстрочені статичні скінтинграми з часом набору 30 с на проекцію.

Результати дослідження та їх обговорення

Під час ультразвукових методів дослідження та радіоізотопної флебосцинтиграфії проводили дослідження регіонарної гемодинаміки, вимірюючи параметри кровоплину в пацієнтів не тільки в спокої, але і при фізичному навантаженні. Під час ультразвукового дослідження вимірювали лінійну швидкість кровоплину (ЛШК). Під час флебосцинтиграфії РФП, введений у вену тилу стопи, через прями пронизні вени в нормі заповнював одну або декілька гомілкових вен і давав їх чітке та однорідне зображення. Підшкірні вени, при збереженій функції клапанів, не візуалізувалися. Середній час

транспорту (СЧТ) ізотопа по венах гомілки і стегна в нормі склав 15–20 с, а при ТГВ збільшувався до 70 с і більше. Лінійна швидкість кровоплину (ЛШК) по венах гомілки і стегна, при відсутності тромботичної оклюзії, в спокої склала 5–8 см/с. Необхідно підкреслити, що саме СЧТ відображає об'ємний кровоплин, а ЛШК має значення лише в порівнянні з вихідними даними і самостійної ролі не відіграє.

При фізичному навантаженні об'ємний кровоплин значно посилювався, що відобразалося у прискоренні СЧТ до 8–12 с, а ЛШК зростала до 6–14 см/с. Так, як навіть у нормі параметри кровоплину мають індивідуальні різниці, для об'єктивізації оцінки, ми ввели відносну величину – індекс навантаження (ІН) – це відношення СЧТ при навантаженні до цього ж показника в спокої. В нормі ІН складав від 3 одиниць і вище.

У хворих із ТГВ гомілково-підколінного сегменту відмічали значне сповільнення пасажу РФП по глибокій венозній системі (рис. 1 та 2), що відобразалося у збільшенні СЧТ по венам гомілки та стегна більше 60 с, зменшенні ЛШК та ІН (табл.), при цьому глибокі вени контрастувалися неоднорідно, на флебосцинтиграмах з'являлося зображення поверхневих вен, які стають основним шляхом венозного відтоку (рис. 3 та 4).

Таблиця

Показники венозної гемодинаміки нижніх кінцівок при флеботромбозі

Параметр	Показник					
	спокій			навантаження		
	min	max	середній	min	max	середній
СЧТ, с	53	68	59 (p<0,01)	21	36	28,5 (p<0,01)
ЛШК, см/с	1	3	1,5 (p<0,01)	2	5	3,5 (p<0,01)
ІН, од.	-	-	-	1	2	1,1 (p<0,01)

При локальній оклюзії підколінної вени – кровоплин відносно не порушувався. Компенсація венозного відтоку здійснювалася за рахунок добре розвинених магістральних шунтів. Відсутність змін при радіоізотопній флебосцинтиграфії доводить, що не існує повної відповідності морфологічних змін у венах і ступенем порушення відтоку в тому випадку, коли є хороші колатералі.

При тромботичній оклюзії гомілкових та підколінної вени венозний відтік забезпечують велика та мала підшкірні вени, вена Леонардо. У більшості обстежених нами пацієнтів відмічена недостатність клапанів пронизних вен у басейні великої та малої підшкірних вен у самому ранньому періоді тромбозу глибоких вен (рис. 5).

Неспроможні пронизні вени мають велике значення в забезпеченні відтоку з дистальних відділів кінцівок, є важливим компенсаторним механізмом на початковому етапі формування посттромбофлебічного синдрому, захищаючи м'язово-венозну помпу гомілки від переповнення.

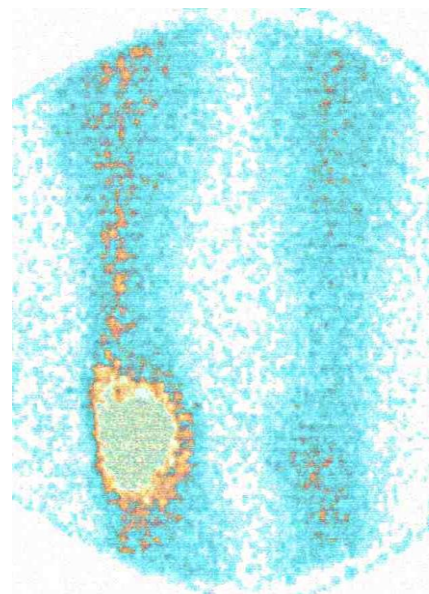


Рис. 1. Радіоізотопна флебосцинтиграфія: значне сповільнення поширення РФП при тромботичній оклюзії гомілкових вен

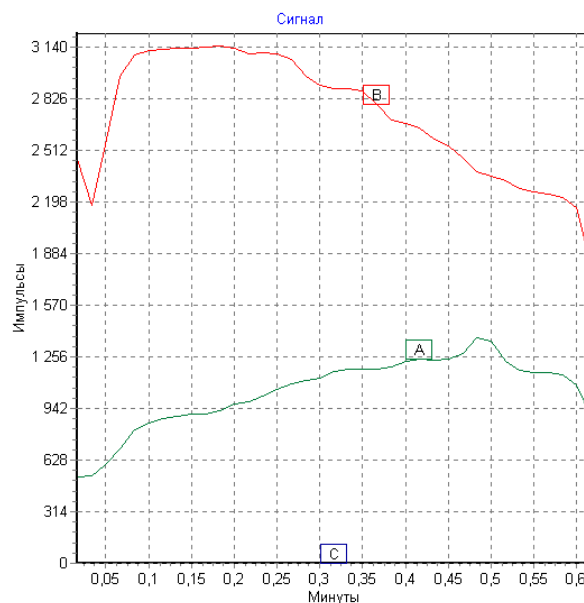
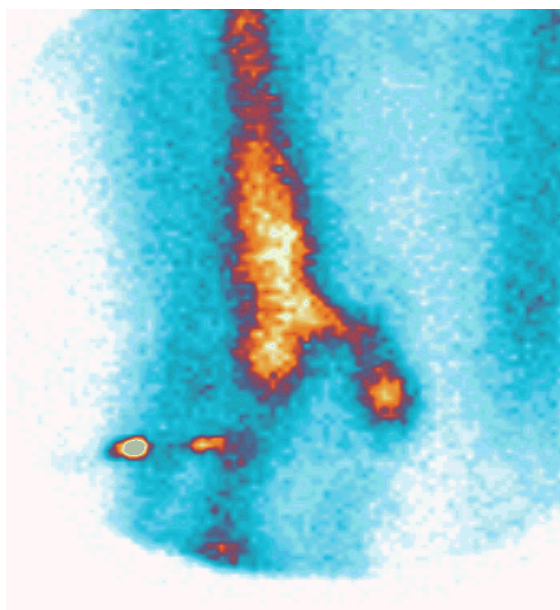


Рис. 2. *Радіоізотопна флебосцинтиграфія: повільна евакуація РФП при тромбозі підколінної вени нижче впадіння малої підшкірної вени*

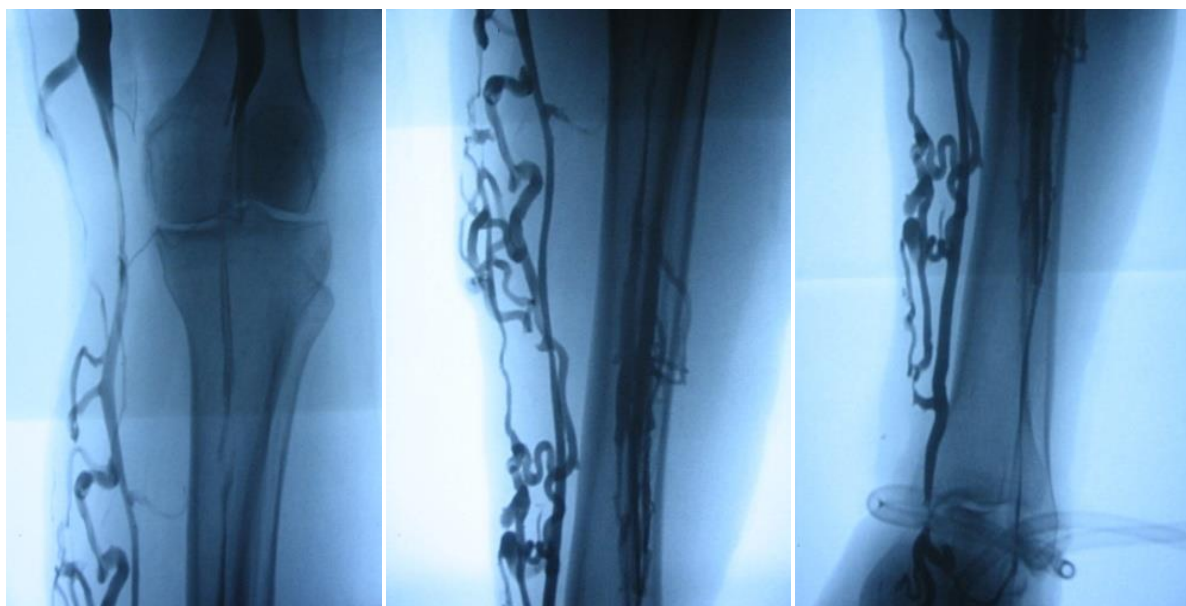


Рис. 3. *Рентгенконтрастна флебографія: контрастування поверхневих вен при тромботичному ураженні гомілково-підколінного венозного сегмента*

На сцинтиграмах пацієнта з гострим венозним тромбозом в спокої і при навантаженні глибокі вени контрастувалися нечітко, добре візуалізувалися поверхневі вени на долю яких припадало до 70–85% венозного відтоку (рис. 6) і пронизні вени голілки. При цьому співвідношення об'ємного кровоплину по магістральних і колатеральних венах склало в середньому 40% і 60% відповідно (у нормі 90% та 10%).

При тотальній оклюзії голілкових вен єдиний колатеральний шлях венозного відтоку – підшкірні вени,

які, при цьому, швидко декомпенсують, внутрішньо-м'язові вени майже не приймають участі у компенсації венозного кровоплину. Якщо ж у пацієнта сегментарна тромботична оклюзія голілкових вен, то компенсація венозного відтоку відбувається через внутрішньом'язові гілки та пронизні вени у підшкірні вени.

В той же час при протяжній тромботичній оклюзії голілкових та підколінної вени з переходом процесу на поверхневу стегнову вену, компенсаторні можливості великої підшкірної вени і вен, які супроводжують

підколінну і стегнову артерії, а також венозного сплетення колінного суглобу, порівняно лише з об'ємом кровоплину у підколінній вені досить незначні, що зменшує можливості компенсації венозного кровоплину через колатералі (рис. 7), призводить до різких порушень роботи м'язово-венозної помпи гомілки та венозної гіпертензії у поверхневих венах гомілки, суральних венах. Наслідком подібного тромботичного ураження є формуванням посттромбофлебітичного синдрому та хронічної венозної недостатності.

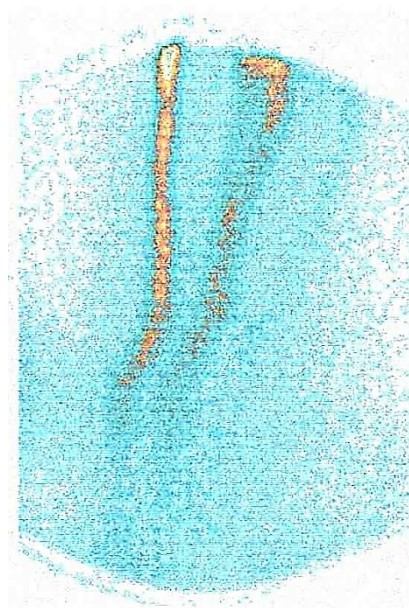


Рис. 4. *Радіоізотопна флєбосцинтиграфія: сповільнення відтоку РФП по підколінній та поверхневій стегновій венах при їх тромботичній оклюзії, контрастування великої підшкірної вени*

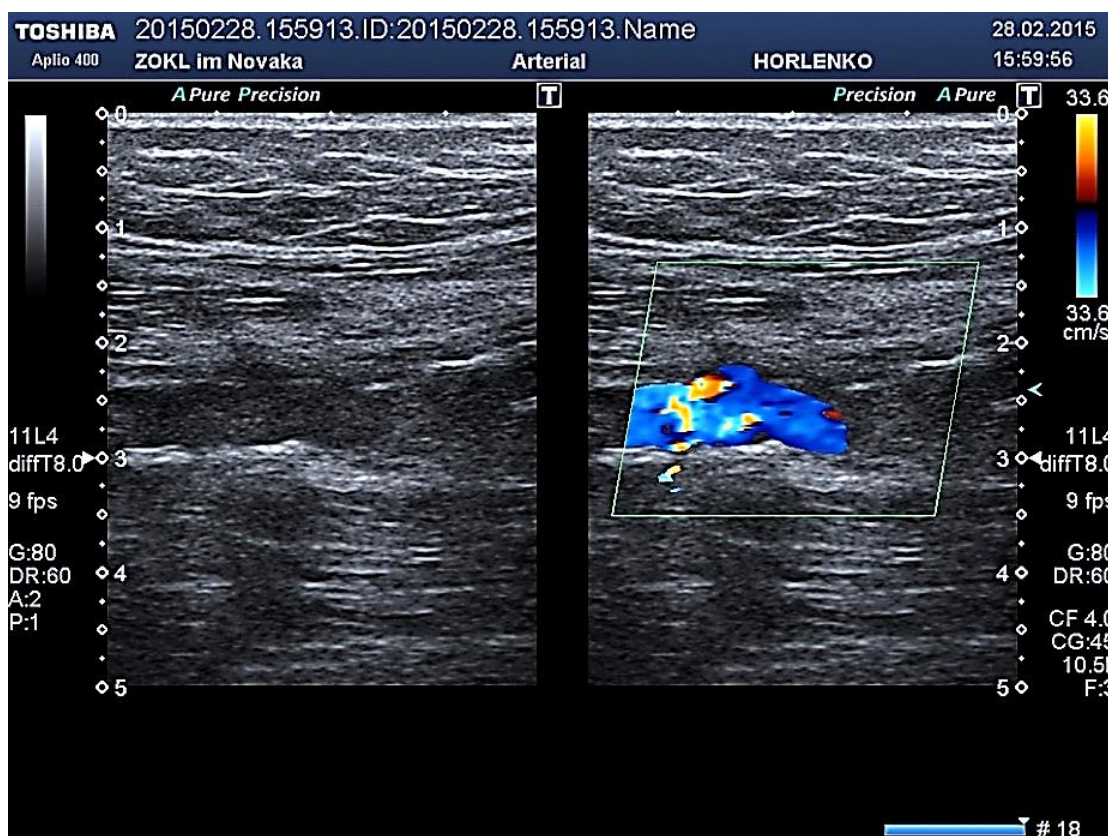


Рис. 5. *Ультразвукове сканування: горизонтальний рефлюкс венозної крові при недостатності клапанів пронізної вени на гомілці при тромбозі підколінної вени*

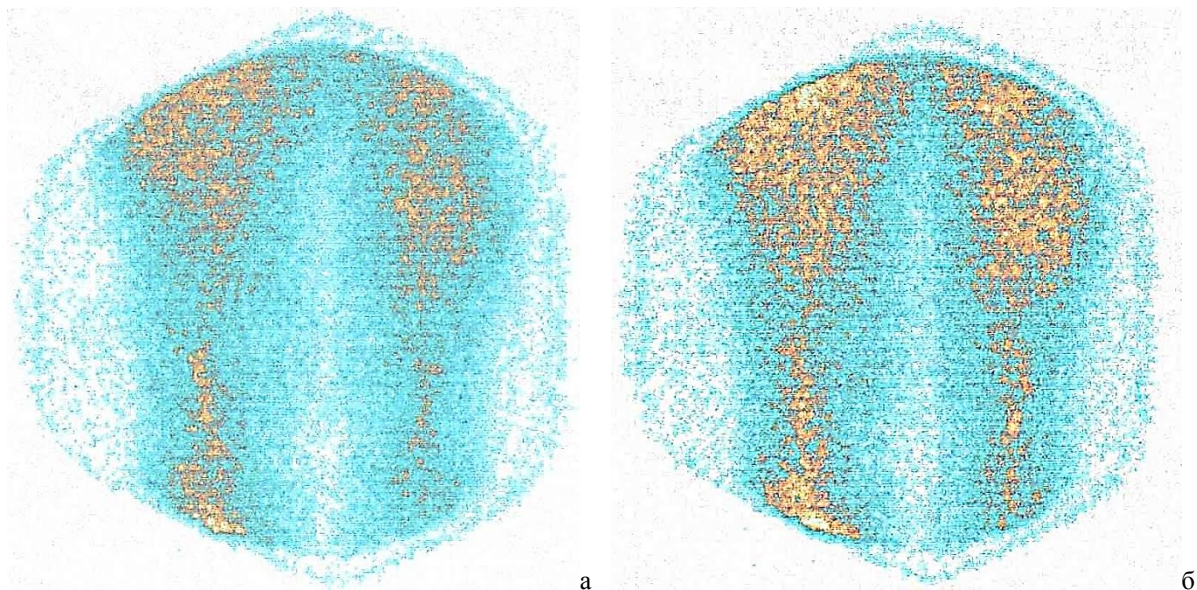


Рис. 6. Радіоізотопна флебосцинтиграфія: різке сповільнення відтоку радіофармпрепарату по гомілкових венах при їх тромботичній оклюзії (а) та візуалізація суральних вен (б)

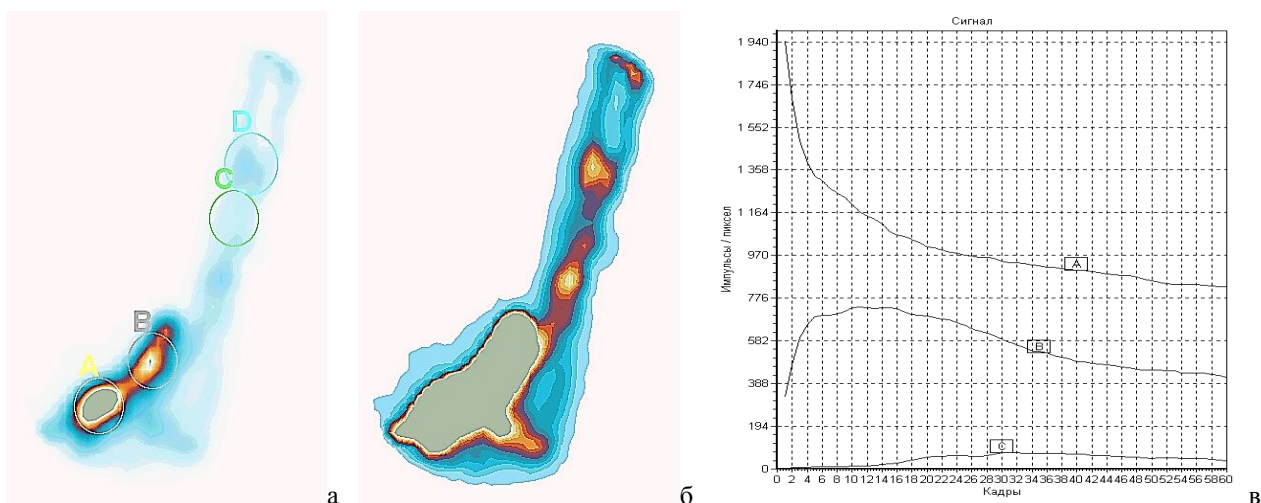


Рис. 7. Радіоізотопна флебосцинтиграфія: значне сповільнення поширення радіофармпрепарату (а, в) при гострому тромбозі підколінної, поверхневої стегнової та гомілкових вен (б)

Таким чином, за даними УЗД, РФГ та динамічної РФСГ, у формуванні гомілково-підколінного сегмента беруть участь такі анатомічні структури:

1. «приносні магістралі»: глибокі вени гомілки (задні та передні великогомілкові, малоогомілкові вени, суральні м'язові вени (двочеревцеві (литкові) та камбалоподібні (двочеревцеві) венозні синуси), мала підшкірна вена (за умови впадіння у підколінну вену);

2. колатералі («природний шунт»): вена Леонардо та її пронизні вени групи Кокета, гомілковий сегмент великої підшкірної вени та її пронизні вени (Бойда, Додда, Гунтера), комунікантні вени гомілки, венозні гілки колінного суглоба, вена Джакоміні, глибока стегнова вена;

3. «виносні магістралі»: підколінна та поверхнева стегнова вени;

4. підколінний колектор, який формується в місці злиття гомілкових вен у підколінну вену та дистальною частиною підколінної вени у місці впадіння в неї малої підшкірної вени та суральних м'язових вен.

Найбільше значення в порушенні відтоку крові з гомілкових вен має підколінний венозний колектор. У підколінний колектор впадає декілька гомілкових вен, які є приносними магістралями для останнього, а виходить одна виносна магістраль – поверхнева стегнова вена, яка є приносячою для вищерозміщеного колектора і не має великої кількості приток.

Висновки

Найменший вплив на венозний кровоплин у нижній кінцівці має тромботична оклюзія приносних магістралей – наявні шунти (велика та мала підшкірні вени) здатні повністю компенсувати їх непрохідність.

Поширення тромботичної оклюзії з гомілкових вен на підколінний колектор спричиняє виключення з венозного кровоплину малої підшкірної вени та вени Джіакоміні – часткова компенсація венозного кровоплину відбувається за рахунок великої підшкірної вени.

При наростанні тромботичної оклюзії на виносну магістраль (поверхнева стегнова вена) спостерігають

декомпенсацію венозного кровоплину, внаслідок виключення з кровоплину основних шунтів великої та малої підшкірних вен, вени Джіакоміні, а також венозної стінки колінного суглоба та вен-сателітів поверхневої артерії стегна.

Перспективи подальших досліджень

У подальшому планується обґрунтувати покази до хірургічного лікування тромбозів глибоких вен залежно від стану венозного кровоплину.

Література

1. *Абрамова О. І.* Якість життя пацієнтів після перенесеного гострого венозного тромбозу стегново-клубового сегмента / О. І. Абрамова // Шпитальна хірургія. – 2012. – № 3. – С. 124–126.
2. *Актуальные вопросы профилактики тромбозов легочной артерии* / В. В. Плечев, А. А. Бакиров, Д. В. Плечева [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2013. – Т. 8, № 6. – С. 81–83.
3. *Варикотромбофлебит* : монографія / В. І. Русин, В. В. Корсак, П. О. Болдіжар [та ін.]. – Ужгород : Карпати, 2012. – 288 с.
4. *Волошин М. М.* Лікування хворих із гострим тромбозом глибоких вен нижніх кінцівок / М. М. Волошин // Хірургія України. – 2009. – № 3 (31). – С. 90–94.
5. *Гощинський В. Б.* Обґрунтування активної тактики у лікуванні хворих із гострим тромбозом глибоких вен нижніх кінцівок / В. Б. Гощинський, В. В. Кміта, П. В. Гощинський // Шпитальна хірургія. – 2012. – № 4. – С. 91–94.
6. *Кириєнко А. І.* Венозний тромбоз в практиці терапевта і хірурга: монографія / А. І. Кириєнко, Е. П. Панченко, В. В. Андрияшкин. – Москва : Планида, 2012. – 336 с.
7. *Отдаленные результаты лечения тромбоза глубоких вен голени и бедренно-подколенного сегмента* / Е. Ю. Солдатский, С. М. Юмин, К. Р. Хабазова [и др.] // Флебология. – 2014. – № 1. – С. 40–48.
8. *Расмуссен Т. Е.* Руководство по ангиологии и флебологии : практ. руководство / Т. Е. Расмуссен, Л. В. Клауз, Б. Г. Тоннесен ; перевод с англ. под ред. Ю. М. Стойко, М. Н. Замятина. – Москва : Литтерра, 2010. – 560 с.
9. *Флебология: руководство для врачей* / В. С. Савельев, В. А. Гологорский, А. И. Кириєнко [и др.] ; под ред. В. С. Савельева. – Москва : Медицина, 2001. – С. 257–278.
10. *Dutta T. K.* Venous thromboembolism: The intricacies / T. K. Dutta, V. Venugopal // J. Postgrad. Med. – 2009. – Vol. 55, № 1. – P. 55–64.

Дата надходження рукопису до редакції: 29.01.2018 р.

Состояние венозного кровотока при флеботромбозах берцово-подколенного сегмента*Я.М. Попович*ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Цель – оценить нарушения венозного кровотока при флеботромбозах в берцово-подколенном сегменте.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования 256 больных с тромбозами глубоких вен нижних конечностей с локализацией процесса в берцово-подколенном сегменте. Включение в комплекс клинико-инструментального обследования пациентов (ультразвуковые дуплексное сканирование и доплерография, рентгеноконтрастная флебография) радиоизотопной флебосцинтиграфии позволило оценить магистральный и коллатеральный венозный кровоток при тромбозах глубоких вен.

Результаты. Полученные данные позволяют оценить возможности компенсации венозного кровотока в подколенном венозном коллекторе в зависимости от распространения тромботического процесса.

Выводы. Возможности компенсации венозного кровотока при флеботромбозах берцово-подколенного сегмента зависят от вовлечения в патологический процесс венозного коллектора и магистралей.

Ключевые слова: тромбоз глубоких вен, венозный коллектор, магистраль, коллатераль, радиоизотопная флебосцинтиграфия.

Venous blood condition with phlebothrombosis of popliteal-shin segment*Ya.M. Popovich*

SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Purpose. The violation of venous blood estimate with phlebothrombosis in the popliteal-shin segment.

Materials and methods. Has been analyzed the results of investigation of 256 patients with deep vein thrombosis of the lower limbs for localization processing in the popliteal-shin segment. The complex clinical and instrumental examination of patients included (ultrasound Doppler and ultrasound duplex scanning, X-ray phlebography) radionuclide fleboscingigraphy to provide the possibility of magistral and collateral venous blood for deep vein thrombosis.

Results. The obtained data affords the possibility to evaluate the compensation of venous blood in the popliteal venous reservoir, depending on the spread of the thrombotic process.

Conclusions. The possibilities of compensation of venous blood for phlebothrombosis in the popliteal-shin segment depends to involvement in the pathological process of venous collector and trunk.

Key words: deep vein thrombosis, venous collector, trunk, radionuclide fleboscingigraphy.

Відомості про автора

Попович Ярослав Михайлович – к.мед.н., доц., доцент кафедри хірургічних хвороб медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 616.89+616.1

О.П. Романів, К.М. Погоріляк

Соматичні симптоми депресії і тривоги в осіб із легеневою артеріальною гіпертензією, методи діагностики та терапії

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

Мета. Легенева артеріальна гіпертензія – це прогресуюче захворювання з високою смертністю, незважаючи на розвиток медицини. За останні роки активних клінічних досліджень є дані про значні досягнення в продовженні тривалості життя пацієнтів із легеневою артеріальною гіпертензією. Проте виживаність значною мірою залежить від якості життя. Тому все частіше в наукових дослідженнях стали враховувати пацієнтзалежну оцінку якості життя, залежної від легеневої артеріальної гіпертензії.

Матеріали та методи. Самооцінка за SF-36 включає підсумок пацієнтом свого фізичного і психічного благополуччя, тобто вперше окремо виділено значимість психоемоційного стану пацієнта з легеневою артеріальною гіпертензією.

Результати та висновки. Дані про поширеність та значимість все ще не є однозначними в міру малої кількості проведених досліджень, частого використання різних інструментів оцінки та рідкості легеневої артеріальної гіпертензії, що перешкоджає проведенню аналіз, який би дав переконливі дані та дозволив терапевтам вільно діяти в роботі з психічними порушеннями пацієнта. Проте вже факт наявності рідкісного захворювання з неоптимістичним прогнозом та клінічні спостереження свідчать про необхідність враховувати психічні порушення, їх вплив на перебіг захворювання, диференціювати соматичні симптоми психоемоційних розладів від соматичних симптомів фізичної патології.

Ключові слова: легенева артеріальна гіпертензія, якість життя, соматичні симптоми депресії, соматичні симптоми тривоги, психосоматика.

Вступ

Легенева артеріальна гіпертензія (ЛАГ) являє собою групу рідкісних захворювань із прогресуючим перебігом і важким прогнозом, за відсутності лікування. Патолофізіологічно ЛАГ визначається як збільшення середнього легеневого артеріального тиску ≥ 25 мм рт.ст. у спокої, за відсутності відповідного захворювання серця та легень. Є дві основні форми ЛАГ – ідіопатична легенева гіпертензія (ІЛАГ) та тромбоемболічна легенева гіпертензія (ТЛАГ). Більшість пацієнтів із ТЛАГ можуть мати істотне покращення після пульмонарної ендартеректомії. Пацієнти з ІЛАГ можуть надіятися лише на фармакологічне лікування. Хоча останні досягнення в фармацевтиці полегшують симптоми, функціональні можливості та виживання при ІЛАГ, прогноз залишається невтішним без належної допомоги.

Мета роботи

Через неспецифічність початкових симптомів, таких як загальна слабкість, задишка при фізичному навантаженні, набряки кінцівок, рідше синкопальні стани, а також за відсутності доступних чітких діагностичних об'єктивних маркерів (на ЕКГ правограма), діагностування ЛАГ зазвичай затримується на період від 1,5 до 4 років від настання симптомів. Вже ця тривала діагностична діяльність за наявності відчутного нездужання може призводити до тривоги, депресії та стресу. На час встановлення діагнозу хворий, через

погіршення гемодинамічних параметрів, як правило, має значну задишку, зниження фізичної працездатності відповідно до функціонального класу II–IV ВООЗ та симптоми ускладнення у вигляді кашлю, набряків, асцитів. Внаслідок цього пацієнти з ЛАГ піддаються різним стресовим життєвим навантаженням, таким як значна фізична слабкість, низька доступність та висока вартість лікування, безробіття, часто, нерозуміння важкості стану оточуючими. Достеменно невідомі та незрозумілі патогенез, методи лікування та прогноз, значно впливають на психологічний, соціальний статус пацієнта та його самопочуття. Таким чином, прогнозування виживання з ЛАГ та індивідуальне інформування про доступні терапевтичні можливості є наступним за важливістю фактором допомоги пацієнтам із цим захворюванням (зразу після встановлення діагнозу та отримання належного медикаментозного лікування) [5, 10].

Матеріали та методи

Традиційно, для прогнозування виживання та оцінки стану використано об'єктивні параметри тяжкості захворювання, а саме: інвазивні гемодинамічні показники, 6-хвилинний тест ходьби та функціональний клас за ВООЗ. У сучасних дослідженнях з метою всеохоплюючої оцінки використовується також показник пов'язаної зі здоров'ям якості життя [3]. Пов'язана зі здоров'ям якість життя є інтегрованим показником фізичного та психічного здоров'я з плином часу. Пацієнт, відповідаючи на запитання шкали SF-36, оцінює, крім фізичних чинників

впливу здоров'я на якість життя, також психологічні (емоційні) та соціальні чинники. Науковці зійшлися у спільному висновку, що пов'язана здоров'ям якість життя значно впливає на виживання при ЛАГ. Так, дані оглядового дослідження Quality of Life and Survival in PAN, проведеного в Канаді у 2016 р. Mathai, Stephen C. та ін. показують, що пов'язана зі здоров'ям якість життя в пацієнтів з ЛАГ значною мірою впливає на прогноз із виживанням без трансплантації. Цей вплив зберігається при контролі потенційних ускладнювачів, таких як тип захворювання та тяжкість захворювання. Ці дані показують, що пов'язана зі здоров'ям якість життя є важливим предиктором результатів при легеневої артеріальній гіпертензії, а отже, мішенню для майбутніх терапевтичних втручань [8].

У клінічному дослідженні SERAPHIN оцінено пов'язану зі здоров'ям якість життя в пацієнтів з ІЛАГ. Тут повідомляється про важливість використання саме SF-36, яка дає можливість оцінити і психічні процеси, так як пацієнти з ІЛАГ часто страждають порушенням психічного здоров'я: мають відчуття тривоги, депресію та стрес. У багатовимірному аналізі, проведеному в Франції Amendo та співавторами в 2016 р., серед пацієнтів із ЛАГ, крім анкетування якості життя за SF-36, були використані самооцінка наслідку ЛАГ (CAMPHOR) та опитувальник депресії та тривоги (HADS). Таким чином, виявлено, що функціональний клас ВООЗ, стать, наявність тривоги і депресії, недавня стресова подія суттєво вплинули на якість життя в пацієнтів із ЛАГ. Якість життя в жінок була нижчою порівняно з чоловіками і значною мірою залежала від функціонального класу. Підвищенню функціонального класу сприяли психоемоційні розлади (тривога, депресія, стрес). Дані цих досліджень впевнено спрямовують сили сучасної охорони здоров'я та медичної науки в напрямку покращення якості життя, зокрема його психічного компонента [3, 7].

У дослідженні емоційних проблем та їх впливу на якість життя пацієнтів із ЛАГ (Vanhoof et al., 2014) виявлено, що 32,6% мали депресивні симптоми, 48,0% – симптоми тривожності, 27,6% – симптоми стресу. Відмічено високу кореляцію між депресивними та тривожними, депресивними та стресовими симптомами. Ідіопатична ЛАГ була присутня у 32,7%, а 42,6% – у класі II. 21,9% пацієнтів із депресією приймали антидепресанти, 18,8% консультувалися з психологом минулого року, а 12,5% отримували психотерапію. Середній показник SF-36 (підсумок фізичного компоненту) становив $33,53 \pm 10,43$, що більш ніж на 1 SD нижче, ніж у загальній популяції. Підсумок психічного компоненту склав $49,81 \pm 12,66$, що близько загального середнього популяції. Використані в дослідженні інструменти для оцінки психоемоційних розладів спрямовані на визначення критеріїв ДСМ 4 [12].

Результати дослідження та їх обговорення

Враховуючи специфіку, зокрема, неможливість об'єктивно оцінити природу соматичних симптомів, визначення соматичних компонентів емоційних проблем

було та залишається обмеженим. У літературі багато термінів, що використовуються для опису соматичних симптомів при депресії: соматичні, фізичні, тілесні, соматоформні, психосоматичні, вегетативні, медично нез'ясовані, масковані і т.д. [9]. Для станів депресії переважно використовується нейтральний термін «соматичні симптоми», що включає різні фізичні відчуття, які людина з депресією сприймає як неприємні або тривожні. Ці дисестезії дуже часто локалізуються в певних частинах тіла або можуть впливати на все тіло, як і в разі втоми або втрати енергії. У диференціальній діагностиці соматичні симптоми слід вважати можливою індикацією як і власне соматичних захворювань, так і психічних захворювань. Що стосується оцінки соматичних симптомів, Кроенк (Clin Psychiatry, 2005) вказує на те, що діагноз дуже часто є більш приблизним, ніж точним. Представлені соматичні симптоми можуть бути віднесені до певного медичного розладу або бути поміщені в одну з наступних категорій: соматоформний розлад, інший первинний психічний розлад (часто депресія та / або тривога), функціональний соматичний синдром (наприклад, синдром подразненого кишечника, фіброміалгія, синдром хронічної втоми), або лише частково пояснюється певним медичним розладом (наприклад, стан хронічного болю) [6, 7].

Для більш чіткого формулювання можна використати просту клінічну класифікацію або поділ взаємопов'язаних соматичних симптомів психоемоційних розладів. Перші – це так звані психосоматичні розлади, найчастіше, це тахікардія, нестабільний артеріальний тиск (АТ), відчуття нестачі дихання, задишка, головокружіння, тремор, пітливість, диспепсія, дискінезія шлунково-кишкового тракту (ШКТ), часте сечовипускання, втомлюваність. Другі – це соматичні симптоми, які виникають як прояв психоемоційних розладів через переживання соматичної патології. Варто зауважити, що при ЛАГ як серцево-легеневому захворюванні першими є симптоми розладу саме цих систем. Але часто це є і симптоми розладу ШКТ, можливо тому, що на важчих стадіях ЛАГ у пацієнтів є гепатомегалія та асцит [12].

З огляду на вищесказане формується замкнутий цикл: важка соматична патологія – психоемоційні розлади (власне психічні симптоми можуть не проявлятися) – соматичні симптоми психоемоційних розладів – зростання важкості соматичної патології. Постає важливе питання диференційної діагностики, а саме, чіткого розмежування кожної з ланок замкнутого циклу і “точкового” впливу на них.

Визначення та оцінка коморбідності психоемоційних порушень та ЛАГ

Епідеміологія може забезпечити дане дослідження поширеності соматичних симптомів при депресивних розладах, особливо тих, які зустрічаються при первинній медичній допомозі, а також прогностичної цінності соматичних симптомів щодо їх розвитку при подальшому перебігу захворювання. І навпаки, проведене оглядове дослідження поширеності соматичних симптомів природи емоційних порушень при соматичній патології відкриє шлях спеціалістам у диференціальній діагностиці. Адже

з точки зору діагностики та терапії важливо ідентифікувати як сам симптом, так і його природу [2, 9].

Встановлення діагнозу психічного розладу є важливим компонентом, що дає змогу системі охорони здоров'я діяти тут і зараз, спрямовувати терапію відповідно до природи симптома. А для пацієнта виконує роль психологічної валідації – пацієнту стає зрозуміло, що його стан залежить не лише від, наприклад, гемодинамічних показників, але й від емоційного стану. Що, своєю чергою, може стати стимулом для роботи в напрямку покращення психічного стану, вберігатиме від переживання стресу. На даний момент, є мало досліджень на тему розмежування природи симптомів, так як вважається саме собою зрозумілим, що наявність діагнозу та соматичні симптоми важкого захворювання з невтішним прогнозом є стресовим фактором, засмучують людину. Приймаючи такий розвиток подій за безсумнівну істину, втрачається можливість діагностувати як соматоформні симптоми депресії, так і емоційні симптоми загалом, що тісно корелюють із вираженістю соматичних симптомів. У проведених соматичними лікарями оглядів треба мати на увазі, що рутинні огляди не дають можливості оцінити не те, що соматичні симптоми психоемоційних розладів, а навіть психічні симптоми психоемоційних розладів. Тому корисним є використання спеціальних опитувальників для виявлення психоемоційних розладів, найпоширенішими з них є PHQ-9, при депресії, шкалу самооцінки тривоги Спілберґера–Ханіна, або госпітальна шкала тривоги та депресії HADS. Ці інструменти не є високочутливими до соматичних симптомів психоемоційних проблем і часто соматичні симптоми пацієнти можуть не ідентифікувати з психоемоційним станом. Тому подальшим рутинним кроком має бути направлення такого пацієнта до спеціаліста з психічного здоров'я, який зможе провести психодіагностичне обстеження з використанням більш специфічних клінічних інструментів (HAM-D), що дасть змогу встановити клінічний діагноз [1].

Є й інша сторона медалі. Специфіка захворювання ПЛАГ полягає в тому, що на ранніх стадіях діагностика є складною, тому часто можливе хибне діагностування психосоматичного розладу, психічного розладу чи навіть поведінкових порушень, особистісного розладу. Відомо, що депресивні, тривожні, соматоформні розлади та медичні захворювання часто співіснують або взаємодіють у пацієнта. Тому важливо пам'ятати, що соматичні симптоми слід вважати можливою індикацією основних соматичних захворювань. Крім того, не виявлено визначального зв'язку між гемодинамікою та якістю життя. Тобто, як це було продемонстровано в попередніх дослідженнях, складні зв'язки між сприйняттям пацієнта його фізичного, емоційного, соціального стану та перебігом захворювання, не впливають на патогенез захворювання. Але гарний соціальний чи емоційний статус не приводить до повного одужання [5].

Методи терапевтичного впливу з врахуванням особливостей ЛАГ

Підсумувавши вищесказане, слід наголосити, що ЛАГ, як будь-яке інше захворювання, з подібною важкістю і прогнозом, становить високий ризик у розвитку психоемоційних порушень та суттєво знижує пов'язану зі здоров'ям якість життя. Що стимулює до більш детального погляду на цю проблему щодо діагностики, лікування та, в подальшому, покращення якості життя. Отже, першим важливим завданням для клініциста є врахування високого ризику психоемоційних порушень за наявності ЛАГ у пацієнта, поряд із такими ризиками, як наявність в анамнезі попередніх епізодів депресії, тривоги, їх наявність у сімейному анамнезі. Тому прості запитання про настрій на минулому тижні, відчуття суми чи безнадії, відчуття втрати задоволення від життя, а також про відчуття тривоги, вираженого страху чи безсоння дають змогу ідентифікувати тривожний чи депресивний розлад, при відповіді на будь-яке із запитань. Діагностування соматичних симптомів депресії не є першочерговим завданням, по-перше, через те, що на цьому етапі їх диференційна діагностика із симптомами хвороби складна, по-друге, соматичні симптоми найімовірніше не є єдиними симптомами депресії.

Наступним завданням, після того як клініцист запідозрив депресивний чи тривожний розлад, є надання пацієнтові допомоги. Відповідно до рекомендацій NICE, в організації сервісів та допомоги пацієнтам із депресією є 4 кроки.

Першим кроком є оцінка симптомів, активний моніторинг та вибір терапії. На цьому етапі складним, але важливим завданням є диференціювання соматичних симптомів депресії від власне симптомів захворювання. На даний час немає спеціальних інструментів для оцінки, у цій роботі лікар та пацієнт у тісній співпраці, спираючись на моніторинг, зіставлення фізичних, психоемоційних симптомів і факторів навколишнього середовища встановлюють тонку, але чітку межу. Встановлення цієї межі має враховувати обидві сторони медалі: перша – фізичний стан, гемодинамічні параметри, друга – психоемоційний стан, душевний комфорт пацієнта. Цей етап, як і всі інші в подальшому, має супроводжуватися психоедукацією, спрямованою на розуміння пацієнтом його стану та валідацію наявних симптомів. Першим завданням психоедукації є проста і водночас складна дія – це повідомлення пацієнтові діагноза та ідентифікування симптомів у світлі нейрофізіологічних та психоемоційних порушень. Очікується, що у випадках, коли вираженість симптомів є легкою, а пацієнт добре сприймає психоедукацію, соціалізується в самопомозі, то дії першого кроку є достатніми. Необхідно відмітити, що перший крок завжди супроводжується моніторингом ризиків для себе і оточуючих в особи з тривожним чи депресивним розладом.

Другим кроком є моніторинг супутніх проблем. Депресію може супроводжувати тривога. При депресії і тривожному розладі частими є проблеми зі сном чи панічні атаки. Також життя людини з хронічним захворюванням із коморбідними психоемоційними порушеннями часто наповнюється некорисними поведінковими патернами, такими як обмеження життєвої активності, зокрема соціальної, недотримання режиму праці-відпочинку, втрата зв'язку з підтримуючими ресурсами. Тому необхідними є:

- легкі психосоціальні втручання, такі як індивідуальні та групові програми самопомоги на основі принципів КПТ (включаючи активацію поведінки та методи вирішення проблем), надання письмових матеріалів для читання відповідно до віку (з метою навчання технік самопомоги, психоедукації і, просто, підтримки та гарного настрою);

- групові заняття фізичної активності з врахуванням особливостей ЛАГ;

- групова чи індивідуальна КБТ відповідно до протоколів.

Медикаментозна терапія антидепресантами при легких чи підпорогових станах психоемоційних порушень не показана, відповідно легкі і підпорогові симптоми супутніх психоемоційних порушень не потребують фармакотерапії. Так, наприклад, при проблемах зі сном насамперед показані психоедукація та гігієна сну, при тривожних розладах, нападах паніки, агорафобії допоміжними є індивідуальна керована самопомога з вивченням терапевтичних технік і психоедукаційні групи. Великою спокусою є застосування безрецептних препаратів, фітотерапії, так званих “природних заспокійливих”. Хоча існують дані, що трави чи інші немедичні речовини корисні при легкій або помірній депресії, однак лікарі не мають їх призначати чи рекомендувати через невизначеність щодо відповідних доз, ефекту, зміни характеру дії препаратів та потенційних серйозних взаємодій з іншими препаратами. При тривожному розладі до полегшення симптомів може привести неправильне вживання речовин, що викликають залежність і шкодять, що також потребує уважності та контролю від лікаря.

Третій крок необхідний особам, в яких не настало поліпшення при дії перших двох, або коли вираженість симптомів є такою, що відповідає діям цього кроку, а саме: високоінтенсивні психотерапевтичні інтервенції, психофармакологія. Пацієнту необхідно чітко пояснити позитивні та негативні моменти як психотерапії, так і фармакотерапії. Пацієнт разом із терапевтом повинен зважити всі плюси та мінуси, врахувати можливі труднощі та обрати найоптимальніший з методів. Щодо пацієнтів із

ЛАГ, які, крім переживання психоемоційних порушень, живуть з тягарем, що значно впливає на їх якість життя, очевидним стає перевага психотерапії, а саме КПТ. Проте важливим є те, що доступність КПТ, надаваної сертифікованими спеціалістами відповідно до протоколів, є вкрай низькою, тому психофармакологія деколи є вимушеним, але необхідним вибором. Психофармакологічне втручання також потребує правильної психоедукації та моніторингу. Психоедукація має бути спрямована на моніторинг побічних дій, ідентифікацію їх серед симптомів фізичного захворювання, соматичних симптомів депресії та на підвищення рівня суїцидальної активності в осіб молодше 30 років.

За неефективності дій третього кроку, важких тривожному і депресивному розладів, терапевтичної резистентності або важкості фізичного стану, необхідними є дії 4-го кроку. Враховуючи, що ЛАГ є важким фізичним станом, деколи 4-й крок стає першим. Четвертий крок передбачає передусім аналіз попереднього лікування, біопсихосоціального статусу пацієнта, а також комплекс психотерапевтичного, психофармакологічного та соціального втручань. Важливим компонентом є надання якісного медичного втручання для ЛАГ, полегшення симптомів, покращення ФК та гемодинамічних параметрів. При лікуванні людей зі складними та резистентними станами корисним буде інформування таких хворих про можливість участі у відповідних клінічних дослідженнях.

Висновки

Кожен з етапів має виконуватися повноцінно, відповідно до критеріїв та мультидисциплінарно. Мультидисциплінарність у роботі з пацієнтами повинна забезпечуватися згідно з біопсихосоціальною моделлю, зокрема, з фізичним, соціальним і психічним статусом пацієнта. Кожен компонент біопсихосоціального статусу має бути в балансі з іншими. Фізичне та психічне не є важливішими за соціальне, а це: щоденна активність пацієнта, професійна зайнятість, участь у житті громади, комфортне особисте життя. Спеціаліст у роботі з пацієнтом повинен відчувати, чого бракує для біопсихосоціальної гармонії, та спрямувати свої дії на її створення.

Перспективи подальших досліджень полягають у створенні психоедукаційних програм щодо розробки та створення семінарів, брошур, а також інших матеріалів для опитування пацієнтів. У подальшому слід створити структуру, до складу якої увійдуть психологи, ерготерапевти, що “вестимуть” пацієнтів із ЛАГ.

Література

1. *Anxiety and depression disorders in patients with pulmonary arterial hypertension and chronic thromboembolic pulmonary hypertension* / D. Harzheim, H. Klose, F.P. Pinado [et al.] // *Respir Res.* – 2013. – Oct. 9; Vol. 14. – P. 104. – doi: 10.1186/1465-9921-14-104.
2. *Gu S. Systematic Review of the Economic Burden of Pulmonary Arterial Hypertension* / S. Gu, H. Hu, H. Dong // *Pharmacoeconomics.* – 2016. – Jun.; Vol. 34 (6). – P. 533–550. – doi: 10.1007/s40273-015-0361-0.
3. *Health-related quality of life of patients with pulmonary arterial hypertension associated with CHD: the multicentre cross-sectional ACHILLE study* / P. Amedro, A. Basquin, V. Gressin, P. Clerson // *Cardiol. Young.* – 2016. – Oct.; Vol. 26 (7). – P. 1250–1259. – doi: 10.1017/S1047951116000056. Epub 2016 Mar 16.
4. *Health-related quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension* / Darren B Taichman, Jennifer Shin, Laryssa Hud, Christine Archer-Chicko // *Respir. Res.* – 2005. – Vol. 6 (1). – P. 92. – doi: 10.1513/AnnalsATS.201412-572OC
5. *Kapfhammer H.-P. Somatic symptoms in depression* / H.-P. Kapfhammer, Dipl Psych, MD, PhD // *Dialogues Clin. Neurosci.* – 2006. – Jun.; Vol. 8 (2). – P. 227–239.
6. *Kroenke K. Somatic symptoms and depression: a double hurt* / K. Kroenke // *Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 7. – P. 148–149.
7. *Macitentan Improves Health-Related Quality of Life for Patients With Pulmonary Arterial Hypertension: Results From the Randomized Controlled SERAPHIN Trial* / S. Mehta, B.K. Sastry, R. Souza, A. Torbicki // *Chest.* – 2017. – Jan.; Vol. 151 (1). – P. 106–118. – doi: 10.1016/j.chest.2016.08.1473.
8. *Mathai S. C. Health-related Quality of Life and Survival in Pulmonary Arterial Hypertension* / S. C. Mathai, Tomeka Suber, Rubina M. Khair // *Ann Am Thorac Soc.* – 2016. – Jan.; Vol. 13 (1). – P. 31–39.
9. *Matura L A. Health-related quality of life and psychological states in patients with pulmonary arterial hypertension* / L. A. Matura, A. McDonough, D.L. Carroll // *J. Cardiovasc Nurs.* – 2014. – Mar.-Apr.; Vol. 29 (2). – P. 178–184. – doi: 10.1097/JCN.0b013e318275330d.
10. *Prevalence of Anxiety and Depression in Pulmonary Hypertension and Changes during Therapy* / G. Somaini, E. D. Hasler, S. Saxer, L. C. Huber // *Respiration.* – 2016. – Vol. 91 (5). – P. 359–366. – doi: 10.1159/000445805.
11. *Tartavouille T. M. A predictive model of the effects of depression, anxiety, stress, 6-minute-walk distance, and social support on health-related quality of life in an adult pulmonary hypertension population* / T. M. Tartavouille // *Clin. Nurse Spec.* – 2015. – Jan.-Feb.; Vol. 29 (1). – P. 22–28. – doi: 10.1097/NUR.0000000000000099.
12. *Vanhoof J. Emotional symptoms and quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension* / J. Vanhoof, M. Delcroix, E. Vandeveldelde // *J. Heart Lung Transplant.* – 2014. – Aug.; Vol. 33 (8). – P. 800–808. – doi: 10.1016/j.healun.2014.04.003.

Дата надходження рукопису до редакції: 07.02.2018 р.

Соматические симптомы депрессии и тревоги у лиц с легочной артериальной гипертензией, методы диагностики и терапии

А.П. Романив, Е.Н. Погоріляк
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Цель. Легочная артериальная гипертензия – это прогрессирующее заболевание с высокой смертностью, несмотря на развитие медицины. За последние годы активных клинических исследований существуют данные о значительных достижениях в продолжительности жизни пациентов с легочной артериальной гипертензией. Однако выживаемость в значительной степени зависит от качества жизни, зависимой от здоровья. Поэтому все чаще в научных исследованиях стали учитывать пациент-зависимую оценку качества жизни, зависимой от легочной артериальной гипертензии.

Материалы и методы. Самооценка по SF-36 включает итог пациентом своего физического и психического благополучия, то есть впервые отдельно выделены значимость психоэмоционального состояния пациента с легочной артериальной гипертензией.

Результаты и выводы. Данные о распространенности и значимости все еще не однозначны из-за недостаточного количества проведенных исследований, частого использования различных инструментов оценки и редкости легочной артериальной гипертензии, что препятствует осуществить анализ, который бы дал убедительные данные и позволил терапевтам свободно действовать в работе с психическими нарушениями пациента. Однако уже факт наличия редкого заболевания с удручающим прогнозом и имеющиеся клинические наблюдения свидетельствуют о необходимости учитывать психические нарушения, их влияние на течение заболевания, дифференцировать соматические симптомы психоэмоциональных расстройств от соматических симптомов физической патологии.

Ключевые слова: легочная артериальная гипертензия, качество жизни, соматические симптомы депрессии, соматические симптомы тревоги, психосоматика.

Somatic symptoms of depression and anxiety in patients with pulmonary arterial hypertension, diagnostic and reduction methods

O.P. Romaniv, K.M. Pohoriliak
SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Purpose. Pulmonary Arterial Hypertension is a progressive disease with high mortality despite advances in medical therapy. Over recent years, clinical studies provide information about significant advances in the continuation of life. However, survival in pulmonary arterial hypertension is highly dependent on the Health-related Quality of Life. Therefore, more often in scientific studies is used a patient-dependent assessment of the Health-related Quality of Life.

Materials and methods. Self-assessment for SF-36 includes a summary of the patient's physical and mental well-being; for the first time, the significance of the psycho-emotional state of the patient with PAH was separately highlighted.

Results and conclusions. Data on prevalence and significance are still unclear due to the small number of studies conducted, use of different methods of evaluation and rarity of PAH, which complicates the analysis, which would give the data and allow the therapists to confidently work with mental disorders of the patient. However, the fact of the presence of a rare disease with a non-optimistic prognosis and existing clinical observations indicate that it is necessary to recognize mental disorders, their impact on the course of the disease, to differentiate the somatic symptoms of psycho-emotional disorders from the somatic symptoms of physical pathology.

Key words: Pulmonary Arterial Hypertension, quality of life, somatic symptoms of depression, somatic symptoms of anxiety, psychosomatic.

Відомості про авторів

Романив Олександр Петрович – к.мед.н., лікар-психіатр у психіатричному відділенні Закарпатського обласного наркологічного диспансеру, директор медичного центру «Нейромед», асистент кафедри пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії на факультеті післядипломної освіти ДВНЗ «Ужгородський національний університет», завідувач кафедри фізичної реабілітації на факультеті здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Погоріляк Катерина Миколаївна – лікар-психіатр МЦ «Нейромед», клінічний ординатор, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Формування професійних компетенцій з профілактичної медицини у студентів-фармацевтів

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Мета – обґрунтувати систему формування професійних компетенцій при підготовці у вузах фахівців із «Фармації».

Матеріали та методи. Матеріалами для дослідження слугували нормативна база навчально-виховного процесу при підготовці студентів-фармацевтів та міжнародний досвід з профілактичної медицини. Використано методи контент-аналізу, системного аналізу, логічного узагальнення, медико-статистичний, Дельфійський.

Результати. Основна мета вузу полягає в підготовці висококваліфікованих фахівців, які мають добрий потенціал здоров'я та здатні тривало підтримувати професійну діяльність на високому рівні. Система формування професійних компетенцій з профілактичної медицини спрямована на логістичне управління заходами в процесі навчання та забезпечення селективності управління охорони здоров'я у фармації. До головних спеціальних компетентностей відноситься володіння основними методами захисту персоналу аптечних установ і фармацевтичних підприємств від можливих несприятливих умов праці; володіння основними методами збереження навколишнього середовища в їх взаємодії з фармацевтичним виробництвом; володіння методами комплексного формування здоров'я за допомогою фармацевтичного супроводу та аліментарної підтримки організму; забезпечення необхідного рівня індивідуальної безпеки в разі виникнення типових небезпечних ситуацій або на основі інформації про прогнозовану ситуацію; здатність проведення санітарно-профілактичних заходів в умовах фармацевтичних підприємств, включаючи забезпечення технологічного процесу і вибір відповідного обладнання.

Висновки. Оптимізація професійного розвитку студентів у процесі навчальної діяльності з профілактичної медицини базується на формуванні професійних компетенцій, спрямованих на підвищення особистісного потенціалу здоров'я та проведенні селективних заходів з охорони виробничого та навколишнього середовища. Система формування професійних компетенцій з профілактичної медицини в студентів-фармацевтів складається з 9 блоків: «Мета навчання», «Предмет вивчення», «Компоненти навчального процесу», «Інтегральні професійні компетенції», «Загальні професійні компетенції», «Спеціальні професійні компетенції», «Корекція професійної компетентності», «Оцінка сформованості професійної компетентності», «Кінцеві результати формування професійної компетентності».

Ключові слова: професійні компетенції, студенти-фармацевти, профілактична медицина.

Вступ

Інтеграція держави у єдиний світовий освітній простір супроводжується реформуванням вищої школи. Сутність, якої полягає у приведенні вищої освіти в різних країнах до єдиних стандартів. При цьому пріоритетом системи вищої фармацевтичної освіти є підготовка в медичних і фармацевтичних університетах висококваліфікованих і висококваліфікованих фахівців [5]. У зв'язку з широким впровадженням положень Болонської декларації, а також постійним збільшенням обсягу наукової інформації, завдання вищої школи полягає в пошуку нових методологічних прийомів, що забезпечують кожного студента глибокими знаннями, вміннями і навичками, і розкривають перед ними шляхи реалізації індивідуальних задатків і ресурсів.

Сучасна педагогічна парадигма базується на формуванні професійних компетенцій. Відповідно до сучасних поглядів професійні компетенції – інтегральна характеристика ділових та особистих якостей фахівців у вигляді знань, умінь, навичок і здатності, необхідних для ефективної професійної діяльності [1, 2, 4–6]. Реалізація компетентнісного підходу пов'язана зі стимулюванням

перетворень навчально-виховного процесу та якісними змінами освітньої діяльності. На перший план виходить підготовка висококваліфікованих фахівців, які мають хороше здоров'я, високу дієздатність, і здатних тривалий час підтримувати свою професійну діяльність на високому рівні і при хорошому потенціалі здоров'я. У поняття здоров'я входить можливість забезпечення оптимальної життєдіяльності та можливість виконання загальних і виробничих функцій. При цьому достатній запас здоров'я, високі рівні розумової і фізичної працездатності є базисом ефективного оволодіння системою професійних знань, умінь і навичок під час навчання у вузі. Принципові положення формування фахівця детермінуються його правильною оцінкою своєї діяльності. Так як, перш за все, в процесі професійної освіти і на початку трудової біографії складається стереотип діяльності, звички, інерція поведінки і ставлення до своїх обов'язків. Прорахунки на цьому етапі формування професійної компетентності і соціальної адаптації можуть накласти свій відбиток на всю подальшу долю. У зв'язку з цим, на перший план у навчанні фармацевтів виходить підготовка фахівців, що володіють новими підходами в теорії і

практиці в охороні здоров'я, і здатних самостійно вирішувати професійні та життєві проблеми.

Мета роботи – обґрунтувати підходи до формування професійних компетенцій з профілактичної медицини при підготовці фахівців із «Фармації».

Матеріали та методи

Матеріалами для дослідження були: нормативна база навчально-виховного процесу в підготовці фармацевтів, документи з реформування охорони здоров'я, міжнародний досвід з охорони здоров'я. Використано контент-аналіз, системний аналіз, логічного узагальнення, медико-статистичний та Дельфійський методи. Сутність Дельфійського методу полягала в тому, що експерти висловлювали свою думку в анкетах, не інформуючи про неї інших експертів. В якості експертів брали участь 12 висококваліфікованих фахівців зі стажем роботи понад 10 років. Після першого етапу думки експертів узагальнювались, і кожен з них знайомився з результатами. За необхідності він міг змінити свою думку для досягнення консенсусу [3, 7]. Для статобробки використовувався програмний пакет аналізу STATISTICA 6.

Результати дослідження та їх обговорення

У підготовці кваліфікованих фахівців провідне місце належить системному підходу у формуванні та

розвитку професійної компетентності фармацевтів. Сутність підходу полягає в тому, що вся навчальна діяльність із формування професійних компетенцій у студентів розглядається як цілісне утворення зі складною структурою (пізнавальний процес, професійне навчання, виробнича практика і професійне самовизначення на тлі особистісного способу життя). Система формування професійних компетенцій навчальної дисципліни «Гігієна у фармації та екологія» складається з 9 блоків (рис.).

Предметом вивчення є суспільне та індивідуальне здоров'я людини у взаємоз'язку з факторами навколишнього середовища, і профілактичні заходи з охорони здоров'я і навколишнього середовища. Навчальний процес базується на 4 компонентах: мотиваційний (потреба і прагнення опанувати загальнонавчальний і професійними компонентами), когнітивний (оволодіння системою дефініцій і понять), діяльнісний (практичне застосування знань, умінь і навичок для виконання професійних завдань), особистісний (значимість особистісного саморозвитку та самовдосконалення з метою формування професійних навичок і вмінь).

Системоутворюючим фактором є мета навчання – формування у студентів необхідних знань, умінь, навичок і готовності до здійснення профілактичних заходів зі зміцнення здоров'я людини і охорони навколишнього середовища від забруднень. Базисом профілактичної складової професійного світогляду фахівців із «Фармації» є навчальні дисципліни «Гігієна» і «Медична екологія».

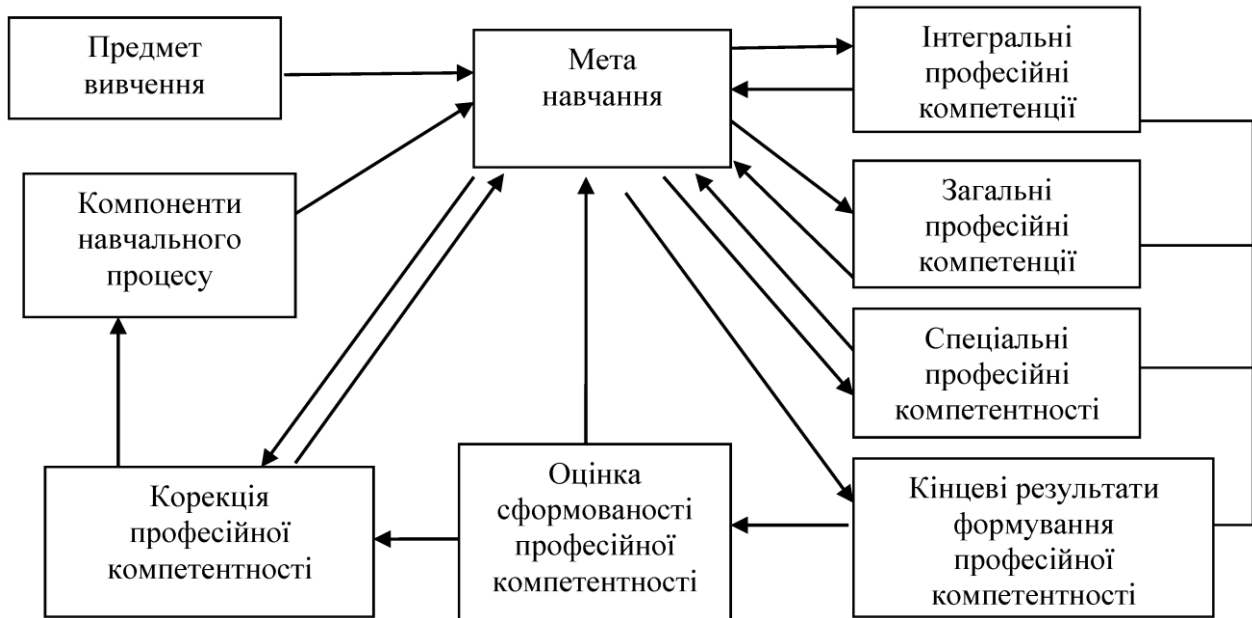


Рис. Система формування професійних компетентностей у студентів-фармацевтів

У забезпеченні ефективної професійної діяльності належить таким компетенціям: інтегральним (блок 3), загальним (блок 4) і спеціальним / предметним компетенціям (блок 5). Інтегральні компетенції забезпечують такі можливості: критичний аналіз і оцінку сучасних наукових досягнень при вирішенні пошукових і

практичних завдань щодо забезпечення сприятливих умов праці в аптечних установах і на фармацевтичних підприємствах; рішення типових і складних спеціалізованих задач і практичних проблем у професійній фармацевтичній діяльності та з охорони здоров'я; проектування і здійснення комплексних досліджень; впровадження інновацій, що

характеризуються недостатністю інформації та невизначеністю умов і вимог; охорони навколишнього середовища.

Загальні компетенції диференціюються на науково-дослідні, проектні, документальні, соціально-особистісні, комунікативні, організаторські. Науково-дослідні компетенції включають в себе: організацію проведення досліджень; методологічне забезпечення досліджень; аналіз отриманої інформації; використання системного підходу до вирішення проблем; стратегічне планування діяльності, знаходження нестандартних рішень в діяльності; презентація результатів діяльності, публікації; здатність до абстрактного мислення, аналізу і синтезу; здатність вчитися і бути сучасно навченим. Проективні професійні компетенції складаються з наступних умінь: обґрунтування нових технологій; проектування і моделювання технологічних процесів, схемне проектування; розробка технічних завдань на проектування. Документальні компетенції включають у себе: ведення документації; розробку технічної документації; володіння нормативно-правовими актами з охорони праці та техніки безпеки; складання та експертиза документації.

Соціально-особистісні компетенції складаються зі здатності діяти соціально відповідально і усвідомлено; прагнення до охорони навколишнього середовища і діяти на підставі етичних мотивів; здатність планувати і вирішувати завдання власного професійного розвитку; здатності до адаптації і діям у новій ситуації. Комунікативні компетенції включають в себе здатність: спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово, а також іноземною мовою; навичок використання інформаційних та комунікативних технологій, вислуховування і прийняття до уваги поглядів інших людей, дискутувати і відстоювати свої погляди на проблеми; толерантність і позитивний консенсус з індивідуумом або колективом. Організаторські компетенції складаються з здатності застосовувати знання в практичних ситуаціях, здатності працювати в команді; передавати іншим знання у своїй професійній області; організація співпраці і співдружності в колективі.

Головними спеціальними компетентностями з профілактичної медицини є: володіти основними методами захисту персоналу аптечних установ і фармацевтичних підприємств від можливих несприятливих умов праці; володіти основними методами збереження навколишнього середовища в їх взаємодії з фармацевтичним виробництвом; володіти методами комплексного формування здоров'я за допомогою фармацевтичного супроводу і аліментарної підтримки організму; забезпечувати необхідний рівень індивідуальної безпеки у разі виникнення типових небезпечних ситуацій або на основі інформації про прогнозовану ситуацію; здатність проведення санітарно-профілактичних заходів в умовах фармацевтичних підприємств, включаючи забезпечення технологічного процесу і вибір відповідного обладнання; здатність проводити санітарно-просвітницьку роботу серед населення з метою профілактики поширених захворювань внутрішніх органів, попередження небезпечних

інфекційних та паразитарних захворювань і з метою сприяння своєчасному виявленню та підтримці прихильності до лікування цих захворювань відповідно до їх медико-біологічних характеристик і мікробіологічних особливостей. Спеціальні компетенції оформлюються у вигляді матриці, в якій вказуються конкретні знання, вміння, комунікації та автономія й відповідальність.

Ефективність навчального процесу (блок 7) визначається кінцевими результатами формування професійної компетентності. Основними з яких є ідентифікація майбутньої професійної діяльності як соціально значущої для здоров'я населення; володіння методами гігієнічної оцінки факторів умов праці та навколишнього середовища, а також їх вплив на здоров'я людини; визначення факторів ризику для здоров'я у працівників фармацевтичної промисловості та аптек, як обумовлені виробничим середовищем; проведення гігієнічної оцінки сучасних технологічних процесів у фармацевтичній промисловості; дотримання санітарно-гігієнічних норм при професійній діяльності; інтерпретування загальних закономірностей детермінації стану здоров'я екологічними факторами; обґрунтування заходів щодо поліпшення умов праці та попередження екологічних загроз; планування заходів з формування здорового способу життя для працівників аптечних закладів та фармацевтичних підприємств; проведення санітарно-освітньої роботи з профілактики найбільш поширених неінфекційних захворювань, а також попередження інфекційних та паразитарних хвороб.

Оцінку формування професійної компетентності (блок 8) доцільно проводити за трьома рівнями. Високий – знання основних законів і дефініцій в області гігієни і медичної екології, вміння вирішувати завдання в нестандартних ситуаціях. Висока мотивація до професійного розвитку. Середній – знання більшості основних законів і дефініцій гігієни та медичної екології, з незначними похибками в їх формулюванні. Виконання роботи репродуктивного типу або за алгоритмом. Мотивація до професійної діяльності нестійка. Низький – поверхневий і уривчастий характер знань з гігієни та медичної екології. Досить значні труднощі їх застосування для вирішення практичних професійних завдань. Вміння розвинути слабо, не сформована потреба в рішенні професійних задач на практичному рівні.

До стандартизованих форм оцінки професійної компетентності відносяться тестові завдання формату А-5. При цьому аналізуються індекс складності та індекс дискримінації, Індекс складності визначає складність конкретних тестових завдань для студентів. Його величина характеризує питому вагу студентів, що правильно відповіли на конкретний тест. Найбільш інформативними для оцінювання студентів є тестові завдання з індексом складності 0,36–0,84. Індекс дискримінації визначає розподільну здатність тестових завдань на сильних та слабких студентів. Оптимальними є величини індексу дискримінації в інтервалі від 0,20 до 0,90.

Таким чином, запропонована система формування професійних компетенцій у фармацевтів у галузі профілактичної медицини дозволяє глибше розкрити

сутність соціально-гігієнічної оптимізації громадського здоров'я на основі детермінантних чинників навчання і трудової діяльності. З практичних позицій вона спрямована на систематизацію управління численними заходами в процесі навчання і трудової діяльності, а також на забезпечення селективності проведення коригувальних заходів з охорони здоров'я.

Висновки

Оптимізація професійного розвитку студентів у процесі навчальної діяльності з профілактичної медицини базується на формуванні професійних компетенцій, спрямованих на підвищення особистісного потенціалу

здоров'я та проведенні селективних заходів з охорони виробничого та навколишнього середовища.

Система формування професійних компетенцій з профілактичної медицини у студентів фармацевтів складається з 9 блоків: «Мета навчання», «Предмет вивчення», «Компоненти навчального процесу», «Інтегральні професійні компетенції», «Загальні професійні компетенції», «Спеціальні професійні компетентності», «Корекція професійної компетентності», «Оцінка сформування професійної компетентності», «Кінцеві результати формування професійної компетентності».

Перспективи подальших досліджень полягають у продовженні вивчення даного питання.

Література

1. *Арасланова В. А.* Формирование профессиональных компетенций у студентов специальности «Документационное обеспечение управления и архивирования» / В. А. Арасланова, Е. Я. Бурмистрова // Среднее профессиональное образование. – 2017. – № 5. – С. 22–25.
2. *Богданов А. Е.* Квалификационные характеристики и профессиональные компетенции основных медицинских специальностей применительно к ФГОС-3: психолого-педагогические аспекты и проблемы / А. Е. Богданов, В. Е. Васильев, А. А. Карабиненко // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2014. – № 1–2. – С. 13–48.
3. *Грабовецкий Б. С.* Методи експертних оцінок: теорія, методологія, напрямки використання: монографія [Електронний ресурс] / Б. С. Грабовецкий. – Вінниця : ВНТУ, 2010. – 171 с. – Режим доступу : http://publish.vntu.edu.ua/txt/Grabovecky-MetEkspertOcin_TeoriaMetodolNaprVikorist359.pdf. – Назва з екрана.
4. *Демина Е. А.* Общие и профессиональные компетенции: пути достижения результатов образования / Е. А. Демина // Среднее профессиональное образование. – 2015. – № 1. – С. 24–27.
5. *Миняева О. А.* О некоторых особенностях компетентностного подхода при обучении специалистов в области фармации / О. А. Миняева, Э. Ю. Зайцева, Е. В. Зайцева [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1-1. – Режим доступа : <https://www.science-education.ru/ru/issue/view?id=121>. – Название с экрана.
6. *Нестерова Л. В.* Формирование межкультурной компетенции как фактора социализации личности: из опыта работы с монгольскими студентами / Л. В. Нестерова // Среднее профессиональное образование. – 2017. – № 1. – С. 16–21.
7. *Dalkey N. C.* The Delphi method: An experimental study of group opinion [Electronic resource] / N. C. Dalkey. – Santa Monica : Rand. org, 1969. – P. 79. – Access mode : http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_memoranda/2005/RM5888.pdf. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 01.02.2018 р.

**Формирование профессиональных компетенций
по профилактической медицине
у студентов-фармацевтов**

Н.П. Гребняк, Р.А. Федорченко, В.В. Таранов
Запорожский государственный медицинский
университет, г. Запорожье, Украина

Цель – обосновать систему формирования профессиональных компетенций при подготовке в вузах специалистов по «Фармации».

Материалы и методы. Материалы: нормативная база учебно-воспитательного процесса при подготовке студентов-фармацевтов и международный опыт по профилактической медицине. Методы: контент-анализа, системного анализа, логического обобщения, медико-статистический, Дельфийский.

Результаты. Главная цель вузов состоит в подготовке высококомпетентных специалистов, имеющих хороший потенциал здоровья и способных длительно поддерживать профессиональную деятельность на высоком уровне. Система формирования профессиональных компетенций по профилактической медицине направлена на логистическое управление мероприятиями в процессе обучения и обеспечения селективности управления здравоохранения в фармации. К главным специальным компетенциям относится владение основными методами защиты персонала аптечных учреждений и фармацевтических предприятий от возможных неблагоприятных условий труда а также способность проведения санитарно-профилактических мероприятий в условиях фармацевтических предприятий, включая обеспечение технологического процесса и выбор оборудования.

Выводы. Оптимизация профессионального развития студентов в процессе учебной деятельности по профилактической медицине базируется на формировании профессиональных компетенций, направленных на повышение личностного потенциала здоровья и проведении селективных мероприятий по охране производственной и окружающей среды. Она состоит из 9 взаимодополняющих блоков.

Ключевые слова: профессиональные компетенции, студенты-фармацевты, профилактическая медицина.

**Formation of professional competencies
in preventive medicine
among the students of pharmacy**

N.P. Grebnyak, R.A. Fedorchenko, V.V. Taranov
Zaporizhzhia State Medical University,
Zaporizhzhia, Ukraine

Purpose – to justify the system of forming professional competencies when training specialists in “Pharmacy” at the universities.

Materials and methods. The normative base of teaching process for the preparation of the students of pharmacy and the international experience in preventive medicine were used as the materials for the study. Methods applied: of content analysis, of systemic analysis, of logical generalization, medico-statistical, Delphic.

Results. The main goal of higher education institutions is to train highly competent specialists having good health potential and capable of maintaining high professional level for a long time. The system of forming professional competencies in preventive medicine is aimed at logistic management of activities in the process of training and ensuring the selectivity of the management of public health in pharmacy. Among the principal special competencies the knowledge of basic methods of protecting the staff of drugstores and pharmaceutical enterprises from possible unfavorable conditions of work and also the ability to conduct sanitary and preventive measures in the conditions of pharmaceutical enterprises, including the provision of technological process and the choice of equipment are listed.

Conclusions. Optimization of professional development of students in educational process in preventive medicine is based on the formation of professional competencies aimed at increasing the personal health potential and conducting selective measures to protect the production and the environment. It consists of 9 mutually supplementing blocks.

Key words: professional competences, students-pharmacists, preventive medicine.

Відомості про авторів

Гребняк Микола Петрович – д.мед.н., професор кафедри загальної гігієни та екології Запорізького державного медичного університету; просп. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, Україна.

Федорченко Руслана Анатоліївна – к.мед.н., доцент кафедри загальної гігієни та екології Запорізького державного медичного університету; просп. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, Україна.

Таранов Володимир Володимирович – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я та ЛТЕ Запорізького державного медичного університету; просп. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, Україна.

УДК 614.25:347.61:378

П.О. Колесник¹, М. Харріс², Л.Ф. Матюха³, А.П. Колесник¹

«АВС»-курси з проведення наукових досліджень у галузі сімейної медицини. Результати оцінки «А»-курсу навчання молодих вчених в Україні

¹ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна²Університет Бас, м. Бас, Великобританія³Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета – в рамках пілотного дослідження апробувати й оцінити модель етапних курсів тренінгу для навчання молодих сімейних лікарів-науковців.

Матеріали та методи. Проведено анкетування 15 учасників за допомогою двох валідизованих опитувальників: «Шкали самооцінки» та «Анкетування етапності змін».

Результати. В Україні вперше в Європі успішно проведено міжнародний “А”-тренінг молодих науковців – сімейних лікарів. Модель проведення міжнародних курсів для молодих дослідників у галузі сімейної медицини є ефективною та доцільною. При проведенні анкетування учасників до і після тренінгу відбулося динамічне зростання основних показників щодо здатності проводити наукове дослідження у галузі сімейної медицини.

Висновки. Модель проведення міжнародних курсів для молодих дослідників у галузі сімейної медицини є ефективною та доцільною. Для молодих науковців з'являється можливість ознайомитися з дослідженнями в області сімейної медицини в Європі. За досвідом пілотування в Україні, європейська асоціація має підтримати впровадження даної моделі в інших країнах Європи, залучати досвідчених фахівців, надавати гранти для даної форми навчання науковців.

Ключові слова: тренінг, молоді дослідники, сімейна медицина.

Вступ

У ряді європейських країн, включаючи Україну, не проводять навчання методології наукового дослідження у галузі первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) [1]. Тематика, методологія, напрямки наукових досліджень у сімейній медицині (СМ) не зрозумілі в Україні. Деякі вітчизняні дослідження у СМ є занадто спеціалізованими у напрямку вузьких дисциплін, ряд досліджень присвячено коморбідним патологіям, з'являються роботи організаційного плану в галузі ПМСД. Однак загальноєвропейська стратегія постановки і вирішення наукових проблем у галузі СМ є не до кінця зрозумілою в Україні [2].

Завдяки співпраці партнерів європейської асоціації дослідників у галузі СМ (EGPRN) сімейних лікарів-науковців з України та Великобританії вперше в Європі розроблено пілотний проект для оцінки ефективності тренінгів молодих сімейних лікарів – науковців. Великобританія є країною з давньою історією проведення наукових досліджень у галузі СМ і ПМСД, тому досвід британських експертів є надзвичайно важливим для України, де відбувається становлення СМ як наукової дисципліни.

Мета роботи – у рамках пілотного дослідження апробувати та оцінити модель етапних курсів тренінгу для навчання молодих сімейних лікарів-науковців.

Завдання. Визначити, наскільки ефективними є тренінги за участю міжнародних експертів для навчання молодих науковців у галузі СМ. Під час пілотного курсу тренінгів в Україні зібрано матеріал для EGPRN WONCA

щодо доцільності подальшої підтримки проведення подібних курсів у Європі.

Матеріали та методи

Ідея тренінгів. Авторами проекту: членами EGPRN з України і Великобританії: доцентом Колесником П.О. і професором М.Харрісом – розроблено триетапні 2-денні курси “А,В,С” («азбука») навчання молодих науковців СМ в Україні.

Підтримка тренінгу. Організацію і супровід курсів забезпечувала Українська Асоціація Сімейної Медицини (УАСМ). Більшу частину витрат взяла на себе УАСМ. Крім того, кожен учасник сплачував оргвнесок, причому розмір внесків учасників залежав від їх участі у організації курсу (переклад матеріалів семінару тощо). Дорожні витрати і час тренерів покривалися самими тренерами.

Організація тренінгів. Тренінги проводив міжнародний експерт, досвідчений член EGPRN проф. М. Харріс.

Перший етап – курс “А” на тему: **“Принципи проведення досліджень у сімейній медицині та способи критичної оцінки досліджень”**, – проведено у грудні 2017 р. в Києві. Другий етап – курс “В” на тему: **“Створення проекту власного наукового дослідження в галузі СМ”**, – заплановано у жовтні 2018 р. у м. Одеса. Третій етап – курс “С” на тему: **“Оприлюднення результатів власного наукового дослідження в СМ”**, – заплановано у грудні 2018 р. у Києві. Наприкінці курсу тренінгів всім учасникам буде видано сертифікати європейського зразку під егідою EGPRN WONCA.

У курсі "А" брало участь 15 молодих науковців – сімейних лікарів із різних областей України, які мали до 5 років наукового стажу.

Анкетування учасників проводилося за допомогою двох валідизованих опитувальників: «Шкали самооцінки» та «Анкети етапності змін». Анкетування учасників проводилося у 3 етапи: до тренінгу, одразу ж після тренінгу та через 1 місяць по закінченню тренінгу.

Результати дослідження та їх обговорення

Учасникам тренінгу було відмічено, що цікавим виявився не лише його зміст, але й методики викладання матеріалу, форми інтерактивної взаємодії з аудиторією, можливість учасників спілкуватися у презентувати матеріал українською, російською і англійською мовами.

Формат тренінгу. Всіма учасниками тренінгу відмічено неформальність атмосфери. Значну частину тренінгу було побудовано у формі інтерактивної роботи у малих групах. У тренінгу передбачалася самостійна підготовка кожного з учасників. Слід зазначити, що віталася участь курсантів у перекладі матеріалів курсу та синхронному перекладі лекцій тренера.

План і методики, використані при проведенні тренінгу:

– *Знайомство учасників за принципом «криголаму», вступ.*

– *Початкове анкетування учасників.*

– *Інтерактивна лекція з елементами дискусії у малих групах: «Поняття і принципи кількісного і якісного дослідження».*

– *Практична робота в парах: кожна пара розробляла певне питання для дослідження в галузі ПМСД.*

– *«Круглий стіл»: кожна пара презентувала розроблене питання дослідження аудиторії, коментарі, ініціація дискусії.*

– *Інтерактивна лекція: «Введення у медичну статистику».*

– *Практична робота у парах: «Розробка когортного дослідження та дослідження «випадок-контроль» в галузі ПМСД.*

– *«Круглий стіл»: кожна пара презентувала розроблену модель дослідження аудиторії, коментарі, ініціація дискусії.*

– *Презентація 2 слайдів, 5-хвилинна: кожен учасник заздалегідь підготував коротке повідомлення на*

тему: «Публікація про наукове дослідження у галузі СМ, яке вразило мене». Презентація, коментарі тренера і учасників, оцінка презентації матеріалу.

– *Резюме, зворотний зв'язок, кінцеве анкетування, видача сертифікатів.*

При проведенні анкетування учасників за "Шкалою самооцінки" до і після тренінгу (кожен з 11 пунктів оцінювався учасником за 5-бальною шкалою) проводилася динамічна оцінка їх здатності: виявити клінічну проблему, яку можна дослідити, скласти (визначити) реалістичний бюджет мого дослідницького проекту, сформулювати чітке питання дослідження або гіпотезу для вирішення клінічної проблеми, зробити збалансований та всебічний огляд літератури, зібрати команду, яка допоможе мені провести свої дослідження, навчити іншого проектуванню та впровадженню простого дослідження, ефективно презентувати моє дослідження та його результати, розробити та впровадити стратегію збору даних; розробити план проекту, який дасть змогу відповідати на питання чи гіпотезу мого дослідження, спланувати дизайн дослідження; розробляти найкращу стратегію збору і аналізу даних.

Як видно з рис. 1, 2, середні показники за більшістю питань значно зросли після курсу.

Як видно з рис. 3, 4, при 3-кратному проведенні анкетування учасників за «Анкетою етапності змін»: виявилось підвищення самооцінки за такими показниками: навчити інших, як розробити і виконати простий дослідницький проект (середнє збільшення 1,53); обрати, розробити та впровадити найкращу стратегію збору даних для наукового дослідження (середнє збільшення 1,33); сформулювати чіткий план дослідження та гіпотезу для вирішення клінічної проблеми (середнє збільшення 0,93). Слід зазначити, що ряд показників був високим і до тренінгу, що могло свідчити про переважну більшість аспірантів та асистентів серед курсантів, які вже були раніше знайомі з принципами ведення наукового дослідження.

Серед коментарів, отриманих під час "зворотного зв'язку" по закінченні А-курсу, респондентами зазначено: "Проведення досліджень на рівні первинної медичної допомоги є новим для нашої країни"; "Міжнародний підхід є прикладом планування досліджень у сімейній медицині"; "Інтерактивна методика подання матеріалу тренером-експертом сама по собі є навчанням"; "Рівень моїх знань англійської мови зріс під час курсу".

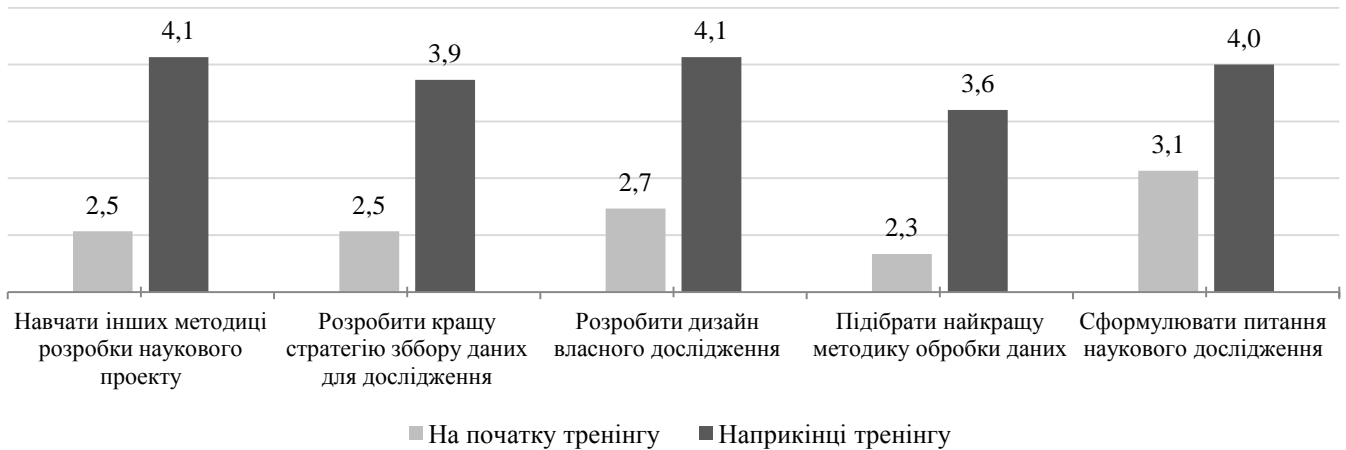


Рис. 1. Аналіз результатів анкетування за «Шкалою самооцінки» (п. 1-5)

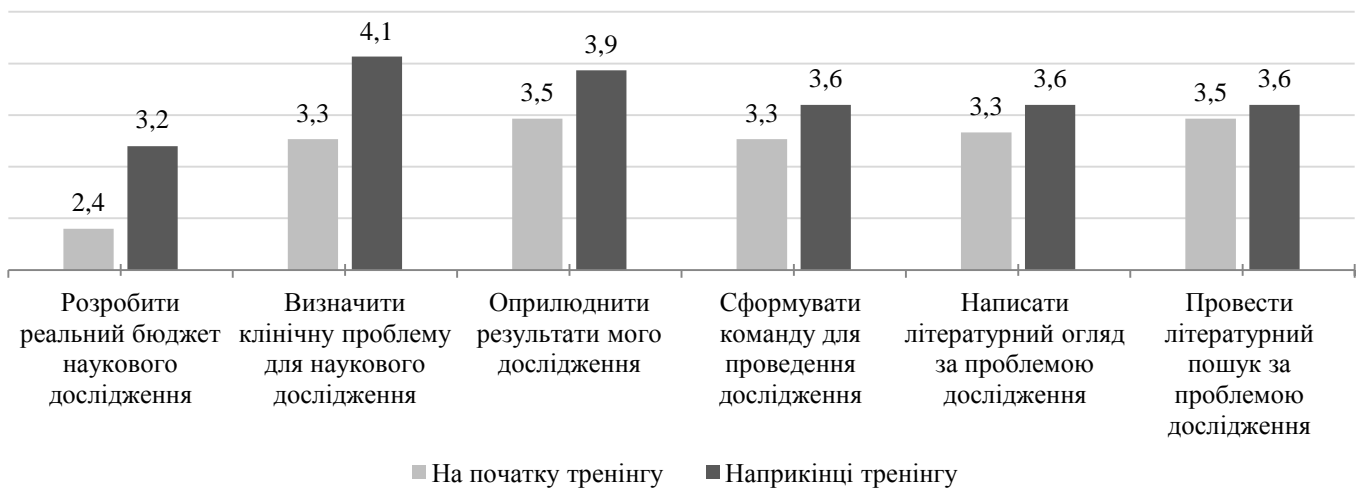


Рис. 2. Аналіз результатів анкетування за «Шкалою самооцінки» (п. 6-11)

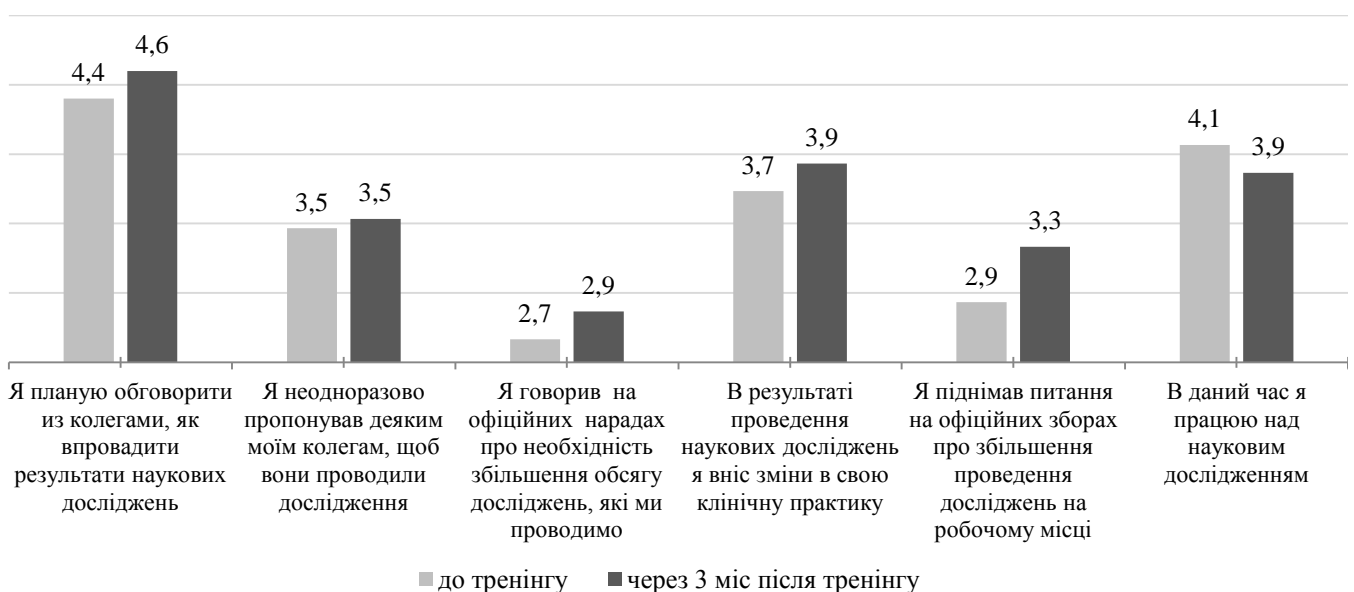


Рис. 3. Аналіз результатів анкетування за «Анкетою етапності змін» (п. 1-6)

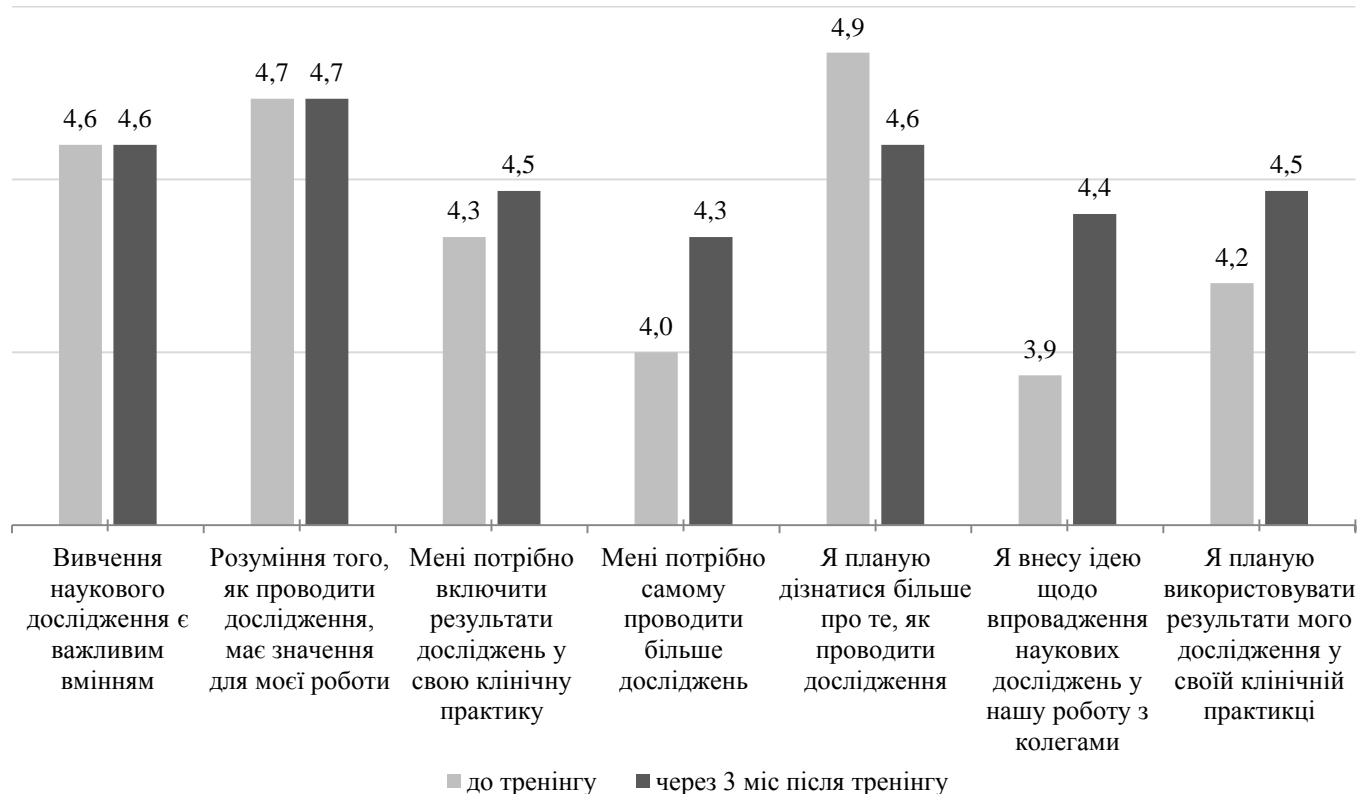


Рис. 4. Аналіз результатів анкетування за «Анкетою етапності змін» (п. 7-13)

Висновки

В Україні вперше в Європі успішно проведений міжнародний “А”-тренінг молодих науковців – сімейних лікарів. Модель проведення міжнародних курсів для молодих дослідників у галузі СМ є ефективною та доцільною. Для молодих науковців з’являється можливість ознайомитись із дослідженнями в області сімейної медицини в Європі. Курси сприяють зміцненню партнерських відносин між двома країнами-членами EGPRN.

Перспективи подальших досліджень

За досвідом пілотування в Україні, EGPRN WONCA Europe має підтримати впровадження даної моделі в інших країнах Європи, залучати досвідчених фахівців, надавати гранти для даної форми навчання науковців. Планується проведення “В” і “С” тренінгів у 2018 р.

Література

1. *Прийоми*, що забезпечують високу мотивацію та якість семінарського заняття: методичні розробки для викладачів / І. В. Чопей, П. О. Колесник, М. Ю. Долгош [та ін.]. – Ужгород, 2010. – 28 с.
2. *Kolesnyk P.* Development of family medicine in Ukraine / P. Kolesnyk, I. Švab // *European Journal of General Practice.* – 2013. – Vol. 19. – P. 261–265.

Дата надходження рукопису до редакції: 01.02.2018 р.

«ABC»-курсы для исследователей в области семейной медицины. Результаты оценки «А»-курса молодых ученых в Украине

*П.О. Колесник¹, М. Харрис²,
Л.Ф. Матюха³, А.П. Колесник¹*

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

²Университет Бас, г. Бас, Великобритания

³Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель – в рамках пилотного исследования апробировать и оценить модель этапных курсов тренинга для обучения молодых исследователей в области семейной медицины.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 15 участников с помощью двух валидизированных опросников «Шкалы самооценки» и «Анкеты этапности изменений».

Результаты. В Украине впервые в Европе успешно проведен международный "А"-тренинг молодых ученых в области семейной медицины. Модель проведения международных курсов такого рода является эффективной и целесообразной. При проведении анкетирования участников до и после тренинга произошел динамический подъем основных показателей, касающихся умения проводить научное исследование в области семейной медицины.

Выводы. Для молодых ученых появилась возможность ознакомиться с европейской методикой проведения научных исследований в области семейной медицины. Учитывая позитивный опыт пилотного исследования, проведенного в Украине, европейская ассоциация ученых должна поддержать внедрение данной модели тренингов в других странах Европы, привлекать экспертов, предоставлять гранты для данной формы обучения.

Ключевые слова: тренинг, молодые исследователи, семейная медицина.

“ABC”-courses on research in the field of family medicine. Results of the assessment of “A”-course of early career scientists in Ukraine

*P.O. Kolesnyk¹, M. Harris²,
L.F. Matyukha³, A.P. Kolesnyk¹*

¹SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

²University of Bath, Bath, UK

³Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Purpose – as part of the pilot study to evaluate the model of step-by-step training courses for the early career scientists family doctors.

Materials and methods. The questioning of 15 participants was carried out with the help of two validated questionnaires: "Scale of self-assessment" and "Questionnaire of the stages of change".

Results. An international "A"-training course of early career scientists in the field of family medicine was conducted in Ukraine. It was a first experience of such courses in Europe. The model of international courses of this kind is effective and expedient. During the survey organized before and after the training, there was a dynamic rise in the main indicators related to the ability to conduct scientific research in the field of family medicine.

Conclusions. Early career scientists have got the possibility to get acquainted with the European methodology of conducting research in the field of family medicine. The positive experience of the pilot study conducted in Ukraine can encourage the European General Practitioners Research Network to support such model of training in other European countries, involve experts, and provide grants for this form of scientific training.

Key words: training, early career scientists, family medicine.

Відомості про авторів

Колесник Павло Олегович – к.мед.н., доцент кафедри терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти та довузівської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; директор Науково-тренінгового консультативно-діагностичного центру сімейної медицини та долікарської допомоги; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Майкл Харріс – д.мед.н., професор, Gore Cottage Old Gore Lane, Emborough Radstock BA3 4SJ, UK.

Матюха Лариса Федорівна – д.мед.н., проф., завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

Колесник Андрій Павлович – студент III курсу медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Добродійні лікарні Києва як форма соціальної допомоги в галузі медичної справи ХІХ століття

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

Мета – показати роль добродійних лікарень у наданні медичної допомоги незаможним мешканцям Києва і губернії Правобережної України.

Матеріали: звіти добродійних лікарень м. Києва, довідники.

Методи: контент-аналіз, проблемно-хронологічний, статистичний, порівняльно-історичний.

Результати. Висвітлено історію створення добродійних лікарень м. Києва, організацію їх роботи, джерела фінансування, обсяги наданої медичної допомоги.

Висновки. Добродійність була і залишається однією з важливих форм соціальної допомоги для забезпечення медичного обслуговування бідних класів населення.

Ключові слова: добродійні лікарні, Покровська лікарня, лікарня для чорноробів, єврейська лікарня, очна лікарня Попових, пологовий притулок Ф.А.Тереценка.

Вступ

Захоплені досягненнями і проблемами сучасної системи охорони здоров'я, ми часом забуваємо про історію розвитку медичної справи в нашій країні, коли у зв'язку з відміною кріпацтва і пов'язаними з нею реформами 1860-х років відбулися суттєві зміни у розвитку системи медичної допомоги. Фактично ці реформи призвели до становлення вітчизняної системи охорони здоров'я в другій половині ХІХ – на початку ХХ століття. При цьому основні складнощі спостерігалися в так званих західних губерніях, приєднаних до імперії наприкінці ХVІІІ ст.

Через політичні причини ці губернії, у т.ч. Київська, надовго були позбавлені громадського самоуправління у вигляді земства. Тому проведення реформ у них було загальмовано браком коштів. Унаслідок такої ситуації неземські губернії порівняно із земськими мали значно менші можливості для заснування і утримання медичних закладів, забезпечення їх медичними кадрами.

У Києві наприкінці ХІХ століття для широкого населення існували лише Києво-Кирилівська лікарня у відомстві Приказу громадського опікування [1] і відкрита у 1875 р. міська Олександрівська лікарня, яка у 1894 р. мала 335 ліжок (1909 р. – 452 ліжка) [2], а також клініки Університету св. Володимира на 110 ліжок (1894 р.) [3], деякі з яких почали функціонувати на базі військового шпиталю і міської лікарні.

Хоча оплата медичної допомоги в цих закладах була помірною, але пільгових місць у них було дуже мало, тому вони були не доступні багатьом міщанам і жителям навколишніх сіл та містечок.

Саме тоді на допомогу державній та міській владі прийшла громадськість, деякі заможні члени якої пішли на пожертву задля забезпечення медичною допомогою нужденних та бідних громадян.

Мета роботи – показати роль добродійних лікарень у наданні медичної допомоги мешканцям м. Києва і губернії.

Матеріали та методи

Матеріалами були звіти добродійних лікарень і довідники.

Використано методи контент-аналізу, статистичний, проблемно-хронологічний і порівняно-історичний.

Результати дослідження та їх обговорення

Першою з добродійних лікарень м. Києва була *безкоштовна лікарня імператора Миколи ІІ при Київському Покровському жіночому «общественному» монастирі (Покровська лікарня)* на 165 ліжок, розташована на Діонісіївському провулку [7, 8]. Вона була побудована разом із монастирськими корпусами його засновницею великою княгинею Олександрою Петрівною (в інокіях – Анастасія) – вдовою брата імператора Олександра ІІІ – великого князя Миколая Миколайовича (2.05.1838 – 13.04.1900). Її помічником і першим старшим лікарем лікарні монастиря був Микола Вікторович Соломка, уродженець Катеринославської губернії, який закінчив у 1875 р. Нижегородську гімназію, а в 1881 р. – Імператорську медико-хірургічну академію з відзнакою (01.03.1856 – 23.01.1903) – почесний лейб-хірург, приват-доцент Університету св. Володимира, головний лікар Київського військового шпиталю. Після його смерті старшим лікарем був Василь Семенович Ярошевський.

Лікарня знаходилася у віданні Синоду (постанова 23.12.1900). Вона мала попечителів. Ними пожиттєво були сини засновниці – великі князі Микола і Петро Миколайовичі, а після їх смерті – старший в їхньому роді чоловічої статі (постанова 14.12.1901).

Лікарня та амбулаторія на загальних підставах знаходилися під наглядом київського губернатора і лікарського відділення Київської губернської управи (затверджено Державною Радою 06.01.1903).

Лікарня мала у своєму складі такі підрозділи:

1) стаціонар (власне лікарня) на 125 ліжок для лікування бідних жінок та дітей обох статей усіх християнських віросповідань, який складався з терапевтичного, хірургічного, гінекологічного та дитячого відділень;

2) амбулаторію для приходящих хворих, тільки бідних обох статей, всякого віку, незалежно від віросповідання;

3) притулок для 20 бідних, невиліковно хворих жінок православного віросповідання;

4) притулок для 20 бідних сліпих жінок православного віросповідання;

5) аптеку для виготовлення ліків.

У лікарні в 1893–1903 рр. проходили лікування 5020 осіб, з яких померли 340 (летальність становила 6,9%). Порівняно високий показник її пояснюється тим, що в прийомі ніколи не відмовляли безнадійним хворим, щоб в останні дні життя забезпечити їм необхідне лікування (табл. 1).

Таблиця 1

Рух хворих Покровської лікарні (1893–1903 рр.)

	Рік										
	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903
Залишилось від попереднього року	–	24	8	10	31	28	60	54	43	81	49
Госпіталізовано до лікарні	151	180	182	283	455	456	665	579	636	675	758
Усього лікувалося	151	204	190	293	486	484	725	633	679	756	809
Померло в лікарні	7	9	8	11	18	14	62	63	52	52	51

Хворі в лікарні, амбулаторії, притулках, як і в самому монастирі, лікувалися безкоштовно і користувалися безкоштовним утриманням.

Ліки в аптеці для всіх хворих, сестер і службовців монастиря відпускалися за рецептами лікарів лікарні.

Управління лікарні доручалося спеціальному Комітетові, якому належав керівний нагляд за господарсько-адміністративною частиною, лікарській нараді, яка завідувала науково-медичною частиною, і старшому лікарю, якому належало найближче управління лікарнею і який був її головним відповідальним начальником та розпорядником по всіх частинах. Крім того, частина нагляду належить ігумені монастиря.

Склад комітету узгоджувався з попечителями і за представленням митрополита Київського затверджувався Синодом.

Лікарська нарада під головуванням старшого лікаря складалася з усіх лікарів лікарні.

Штат лікарів складався зі старшого лікаря, шести ординаторів і одного прозектора з правами державної служби і утриманням по відомству православного віросповідання (затверджено 20.01.1897 і 06.01.1903 Державною Радою).

На допомогу штатним ординаторам могли бути призначені до 4 зверхштатних ординаторів без утримання і 2 консультанти з числа досвідчених і відомих лікарів (один по внутрішніх і другий по хірургічних хворобах) з утриманням не вище штатного ординатора.

Кандидати на посади обиралися старшим лікарем за згодою зі штатними ординаторами.

Старший лікар, штатні і зверхштатні ординатори та прозектор призначалися за згодою попечителів, перший за

наказом по цивільному відомству за представленням обер-прокурора Синоду, інші – Митрополитом Київським.

По роках кількість лікарів розподілялася так: 1893 – 4; 1899 – 26; 1894 – 10; 1900 – 25; 1895 – 19; 1896 – 20; 1901 – 24; 1897 – 25; 1902 – 22; 1898 – 25; 1903 – 27.

У лікарні працювали професори Університету св. Володимира І.А. Сікорський (нервові хвороби), М.М. Волкович (хірургія), А.Ф. Шимановський (очні хвороби), М.К. Лапінський (нервові хвороби), проф. Харківського університету І.Ф. Зеленев (шкірні та венеричні хвороби), приват-доцент М.А. Воскресенський (акушерство і гінекологія), Н.П. Трофимов (хвороби вуха, горла і носа), А.О. Карницький (дитячі хвороби), В.Ф. Бушуєв (терапія), А.Г. Радзівський (хірургія та урологія), київський військово-медичний інспектор М.Ф. Вознесенський, прозектори М.Я. Радецький, І.Т. Титов, В.Ф. Недільський та інші спеціалісти.

Лікарня та її відділення утримувалися на «Высочайше пожалованные» кошти в сумі 80 тис. крб щорічно, які передавалися в розпорядження Комітету і витрачалися згідно з кошторисом, затвердженим Синодом (визначення Синоду 31.10.1901 р.). З цієї суми виплачувалося річне утримання старшому лікарю в розмірі 3000 крб на рік, штатним ординаторам – 1500 крб на рік.

У Покровській лікарні у 1893–1905 рр. лікувалося 6717 хворих. Тільки у 1904–1905 рр. вони провели в лікарні 57 086 ліжок-днів.

У 1893–1903 рр. у лікарні з 5020 хворих померло 340. Середній показник летальності становив 6,8%. Її порівняно високий рівень пояснювали тим, що в прийомі ніколи не відмовляли безнадійним хворим, щоб в останні дні життя забезпечити їм необхідне утримання і лікування.

З відкриття і до 1 січня 1906 р. до амбулаторії звернулися по допомогу 244 437 хворих, які зробили 592 784 відвідування.

За 1893–1905 рр. з аптеки безкоштовно видано 647 059 номерів ліків.

Зазначені цифри переконливо свідчать про обсяг медичної та добродійної діяльності лікарні.

Цікавими є дані про розподіл хворих у 1904–1905 рр. як по відділеннях, так і по віросповіданню та місцю проживання.

За віросповіданням хворі розподілялися так: 1904 р. – 23 322 православні, 475 католиків, 673 іудеї; 1905 р. – 23 218 православних, 623 католики, 970 іудеїв. За станом більшість становили селяни, потім міщани, а також дворяни, козаки, громадяни, монахи. Більшість відвідувачів амбулаторії (майже $\frac{3}{4}$) були неписьменними.

Місцевих жителів у 1904 р. було 20 794, у 1905 р. – 18 795; приїжджих з різних губерній у 1904 р. було 3566, у 1905 р. – 6109 (здебільшого з Київської губернії).

Більшість хворих, які лікувалися в лікарні, були з Києва та Київської губернії, а також із сусідніх губерній України.

Від заснування лікарні до смерті її засновниці все господарство велося нею особисто без всякого нормування, лише за її власним бажанням. Після її смерті душеприкажчиками були принц Олександр Петрович Ольденбургський і сенатор, товариш обер-прокурора В.К. Саблер, яким було заповідано вести господарство, як раніше. Імператор протягом 9 місяців 1900 р. відпустив з коштів Міністерства двору та уділів 57 тис. крб і 64 тис. крб на придбання ділянки біля монастиря. Надалі, з 1 січня 1901 р., на утримання лікарняних і благодійних закладів при монастирі з Державного казначейства відпускатися 80 тис. крб щорічно. З цих коштів на різні цілі лікарня надавала кошти і монастирю.

Забезпечення продовольством проводилося господарським способом.

Результати господарського звіту після смерті засновниці лікарні, які мають історичний інтерес, наведено в таблиці 2.

Таблиця 2
Фінансовий звіт Покровської лікарні (1900–1905 рр.)

Рік	Прибуток	Видаток	Залишок	Перевитрати
1900	53 100-38	51 701-43	1 407-95	–
1901	107 931-31	109 339-26	–	–
1902	83 686-95	90 920-01	–	7 233-06
1903	81 348-52	81 090 -91	257-61	–
1904	81 197-15	80 794-31	402-84	–
1905	82 588-72	80 182-74	2 405-98	–
Підсумок за 6 років	489 862-03	494 028-66	–	4 166-63

Основу прибутку в 1904–1905 рр. становили щорічні асигнування з Державного казначейства (по 80 тис. крб на рік), а також проценти з капіталу та пожертв.

У 1894 р. була заснована **безкоштовна лікарня цесаревича Миколи для чорноробів** на 52 ліжка, яка була розташована на межі Лук'янівки і Шулявки, на Кадетському шосе, 18 (нині – вул. В'ячеслава Чорновола, лікарня ОХМАТДИТ) [9].

Вона була заснована передусім стараннями і коштами великого благодійника Миколи Артемовича Терещенка (уродження Глухова, 14.10.1819 – 19.01.1903) та його дружини Пелагеї Георгіївни, які виділили 100 тис. крб на її будівництво та обладнання і 50 тис. крб недоторканого капіталу. Думка про створення лікарні для чорноробів належить як засновнику, так і професору Університету св. Володимира Євгену Івановичу Афанасьєву (уродженцю Орловської губернії, 24.02.1837 – 21.02.1897), який був гласним Міської думи. У лютому 1891 р. він зробив на засіданні Київської міської думи доповідь, на яку дума дала згоду, безкоштовно виділила ділянку на Лук'янівці і вирішила вносити щорічно на утримання лікарні 7500 крб. Було створено комісію під головуванням Є.І. Афанасьєва у складі засновників: М.А. Терещенка, М.П. Дегтярьова і М.Ф. Попова

(російських купців, які на пільгових умовах облаштувалися у Києві) і гласних Ф.А. Терещенка, В.А. Рубінштейна, В.Н. Ніколаєва та І.А. Слепушкіна. Цю думку підтримали генерал-губернатор граф А.П. Ігнат'єв і губернатор Л.П. Томара, але затвердження загальмувало МВС, яке вважало, що виділених коштів буде недостатньо. Допомогло втручання самого Імператора, який 17.12.1893 схвалив проект, а 31.01.1894 відбулося освячення будівництва, на якому були присутні велика княгиня Олександра Петрівна, генерал-губернатор, губернатор, міській голова, засновники, гласні, професори університету, багато громадян м. Києва. А 01.02.1894 лікарня була вже відкрита.

Крім служб, вони вже мали головний корпус на 50 ліжок для внутрішніх і хірургічних хвороб.

Уже в 1894 р. М.А. Терещенко від імені дружини пожертвував 10 тис. крб на видачу пособій тим, хто виписувався з лікарні, ще неостаточно одужавши, а в лютому 1895 р. додав від свого імені ще 10 тис. крб для тієї ж мети.

Для побудови відділення для інфекційних хворих сини М.А. Терещенка – Іван та Олександр – у 1894 р. пожертвували 55 тис. крб, а у 1895 р. – ще 25 тис. крб.

У 1895–1896 рр. Микола Артемович, за бажанням дружини, пожертвував на будівництво барака на 6 ліжок для жінок, хворих на туберкульоз легенів, ще 30 100 крб, а в 1896 р. – ще 6000 крб на приєднання лікарні до міської каналізації. У тому ж 1896 р. в пам'ять коронації імператора та імператриці він пожертвував лікарні ще 100 тис. крб, з них 90 тис. крб в основний капітал (30 тис. крб на збільшення щорічного прибутку лікарні, 36 тис. крб на утримання 6 ліжок в інфекційному відділенні, 24 тис. крб на збільшення платні старшому лікарю та діловоду), а останні 10 тис. крб – на влаштування артезіанського колодязя і бруківки в садибі лікарні. На доповіді міністра внутрішніх справ імператору про ці пожертви він написав: «Прочитав з великим задоволенням».

Взагалі пожертви Терещенка цим не обмежувалися. Невипадково під час його похорон сам імператор зазначив, що вони сягали 3 млн крб на благодійні – духовні та медичні – цілі.

На будівництво лікарні М.П. Дегтярьов пожертвував 25 тис. крб на утримання 5 ліжок, а в 1898 р. додав 15 тис. крб на влаштування «приймального покою» (амбулаторії). М.Ф. Попов не лише матеріально забезпечив безкоштовну очну амбулаторію, але й пожертвував 25 тис. крб на утримання 5 ліжок у лікарні для чорноробів.

Для управління лікарнею був створений Комітет, який у 1894 р. складався з таких осіб:

Голова Комітету і попечитель лікарні – Терещенко Микола Артемович.

Члени Комітету: Терещенко Пелагея Георгіївна; проф. Афанасьєв Євген Іванович; Терещенко Олександр Миколайович; Терещенко Іван Миколайович; Попов Микола Фадейович; Дегтярьов Михайло Парфентійович, представник від міського самоврядування Бернер Яков Миколайович, лікарський інспектор Сахновський Володимир Микитович, головний лікар лікарні Воробйов Дмитро Олександрович.

Після смерті М.А. Терещенка 27.02.1903 попечителем лікарні і головою Комітету обрали його сина Олександра.

У 1908 р. членами Комітету обрано Сахновського Володимира Микитовича, Сахновську Єфросинію Миколівну, Ханенка Богдана Івановича, в.о. лікарського інспектора Подрізна Миколу Никифоровича, головного лікаря лікарні, приват-доцента Університету св. Володимира Косткевича Олександра Іполітовича.

Членами-змагальниками були 10 осіб: Є.В. Терещенко, В.М. Ханенко, О.М. Терещенко,

О.В. Іваненко, М.М. Іваненко, Є.М. Терещенко, М.І. Терещенко, М.О. Воробйов, Н.О. Афанасьєва, Я.М. Бернер.

Кошти на утримання лікарні склалися: а) з процентів з основного недоторканого капіталу, пожертвованого засновниками: М.А. Терещенком – 25 тис. крб; його дружиною – 25 тис. крб; М.П. Дегтярьовим – 25 тис. крб.; М.Ф. Поповим; вдовою купця Марією Львівною Решниць – 5 тис. крб; Є.І. Афанасьєвим – 5 тис. крб – усього 110 тис. крб.; б) з щорічної допомоги від Міського громадського управління – 7500 крб згідно з постановою Київської міської думки від 07.02.1891; в) з процентів із недоторканих капіталів, пожертвованими добродійниками на влаштування окремих ліжок (не менше 5000 крб на ліжко); г) з щорічних внесків членів-змагальників; д) добровільних пожертв добродійників; е) із запасного капіталу, до якого вносяться пожертви без певного призначення; ж) щорічні внески членів-змагальників, а також із кружечного збору.

Запасний капітал призначався на поліпшення та розширення закладу і витрачався за постановою Комітету. Згідно зі Статутом лікарня знаходилася у веденні Київського міського громадського управління і підпорядковувалася на загальних підставах нагляду губернатора, а стосовно медицини підлягала нагляду губернського лікарського інспектора. Управління лікарні стосовно господарських та адміністративно-поліційних справ здійснював Комітет.

Головний лікар лікарні обирався Комітетом і був безпосереднім розпорядником і відповідальною особою за управління медичною, санітарною та фармацевтичною частинами. Він щомісячно подавав до Лікарського відділу Київської губернської управи звіт про рух хворих, а в січні – щорічний медичний звіт до цього відділу і Комітету лікарні у формі, встановленій Медичним департаментом МВС.

Попечитель, головний лікар, палатні та позаштатні лікарі вважалися на державній службі (з одержанням чину і права на мундир), але без права одержання пенсії з державної казни.

У звіті наведено розподіл хворих за захворюваннями по 22 групах, по місцях за 10 років, по відділеннях, за сімейним станом, за віросповіданням (з 8716 осіб – 8024 православні і 479 католиків) та за національністю (8028 руських, 432 поляки, 80 німців, 72 євреї), за станом (6138 селян, 1805 міщан, 263 дворяни, 183 козаки), за віком, за заняттями.

Таблиця 3

Рух хворих лікарні для чорноробів за 10 років(1894–1904 рр.)

Прибуло			Одужало			Померло		
чоловіків	жінок	разом	чоловіків	жінок	разом	чоловіків	жінок	разом
5510	3277	8777	4925	2934	7869	545	302	847

Таблиця 4
Розподіл хворих лікарні
для чорноробів по відділеннях

Відділення	Прибуло	Вибуло	Померло
Терапевтичне	4036	3529	475
Хірургічне	2312	2126	171
Гінекологічне	245	232	13
Інфекційне	2194	1982	188
Разом	8787	7869	847

Крім зазначених порівняно великих лікарень існували і менш потужні, зокрема, до них належав **безкоштовний пологовий притулок Федора Артемовича Терещенка**, який знаходився на Подолі, на вул. Нижній Вал, 51 [4].

Він був заснований 05.05.1891 р. замість примістка для бідних породіль у відомстві Імператриці Марії, який утримував Ф.А. Терещенко з 1882 р. Притулок спочатку складався з 2, а потім 4 місць. Ним до 1884 р. керував Е.Ф. Функе, а у 1884–1889 рр. – Ф.А. Савін. За цей час до нього було прийнято 481 породиллю.

З 1891 р. попечителькою притулку стала дружина засновника Надія Володимирівна Терещенко. Ним керувала рада, до якої, крім попечительки, входив міський голова, три співробітники і лікар-акушер.

Спочатку в притулку було 10 ліжок, а в 1893 р. було засновано ще 2 ліжка імені Пелагеї Георгіївни Терещенко (матері засновника).

До притулку безкоштовно у будь-який час дня і ночі приймалися вагітні заміжні та незаміжні жінки-християнки всякого стану в період скорого настання пологів.

Щорічний бюджет притулку становив 5000 крб, який складали проценти з недоторканого капіталу

125 092 крб, з них 113 092 крб становили пожертви Ф.А. Терещенка і 12 000 крб – П.Г. Терещенко.

Вартість утримання одного ліжка становила 416 крб на рік. Харчування 1 пацієнтки обходилося від 18 до 20 коп. на добу.

Таблиця 5
Рух вагітних, роділь та породіль безкоштовного притулку Терещенків за 4 роки (1891–1894 рр.)

Рік	1891	1892	1893	1894
Прибуло протягом року	235	255	319	343
Померло в притулку	1	–	–	1
% смертності	0,42	–	–	0,3

Персонал притулку складався з лікаря-акушера Ф.А. Савіна; 2 повивальних бабок; 2 сиділок; 2 покоївок, 2 праль, куховарки і розсильного.

З 1881 р. у Києві існувала **безкоштовна очна лікарня спадкових почесних громадян Єлизавети Гаврилівни та Миколи Фадейовича Попових**, яка носила імена засновників і була розташована на Печерську, на вул. Микільській, 8 [5]. Вони забезпечили її пожертвуваним капіталом на «вічні часи» в 100 тис. крб. Оскільки процентів з нього уже не вистачало, то засновниця поповнювала щорічний бюджет із власних коштів.

До лікарні приймалися виключно очні хворі. При лікарні була амбулаторія і гістологічна лабораторія. І стаціонарні, і амбулаторні хворі лікувалися безкоштовно, лише для заможних приїжджих були 2 платні кімнати – по 2 крб 50 коп. і 3 крб 50 коп. за добу.

У лікарні були: а) 43 штатні ліжка, у т.ч. трахомні – 14 (8 чоловічих і 6 жіночих); операційні – 17 (7 чоловічих і 10 жіночих); незаразні – 12 (6 чоловічих і 6 жіночих); б) понадштатні ліжка: інфекційні – 4 (2 чоловічих і 2 жіночих), платні номери – 2, запасні – 5.

Таблиця 6
Рух хворих безкоштовної очної лікарні Попових за 5 років (1890–1894 рр.)

Рік	1890	1891	1892	1893	1894
Стаціонарні хворі	376	287	219	228	331
Амбулаторні хворі	1753	1624	1429	1285	1475

Переважними формами захворювань були: трахома, катаракта, ураження рогової оболонки. Відсоток втрати зору шляхом нагноєння після операції видалення катаракти становив близько 2%.

До 1896 р. протягом 14 років головним лікарем був Е.Н. Неєзе; з 1896 р. – лікар М.М. Козловський. Крім того, в лікарні працювали палатний лікар, фельдшер; старша сестра милосердя (вона ж кастелянша), 2 молодші сестри милосердя, наглядач («смотритель»).

До добродійних лікарень, які мали громадський характер, відносилася **Київська єврейська лікарня**, розташована на Лук'янівці, на вул. Богоутівській (нині Київська обласна лікарня) [9]. Вона була офіційно відкрита 21 жовтня 1862 р., але була невеликою – спочатку на

20 ліжок, які утримувалися на добровільні пожертви і прибутки з коробочних зборів. Як приватний добродійний заклад, вона підпорядковувалася добродійному товариству. Але скоро виявилось, що 20 ліжок недостатньо. Тому їх число було подвоєно до 40. Проте їх також не вистачало, тому в 1875 р. єврейські купці звернулися по дозвіл про розширення лікарні і, одержавши його, розширили до 80 ліжок (серпень 1875 р.).

Потім завдяки пожертві Ізраїля Марковича Бродського на суму 165 тис. крб розпочалося будівництво нових приміщень. 22.10.1885 вони були урочисто відкриті, а 13.04.1891 МВС затвердило новий статут лікарні, підпорядкованої МВС, а головою ради лікарні призначили губернського лікарського інспектора.

У 1893 р. було побудовано новий барак для одужуючих, який утримувався на кошти І.К. Тульчинського (побудова і 1200 крб на рік) і І.М. Зайцева (1000 крб на рік). 18.10.1895 на кошти Лазаря Ізраїльовича Бродського було побудовано дитячий барак на 20 ліжок, а в 1896 р. закінчено побудову нового акушерсько-гінекологічного бараку коштом Лева Ізраїльовича Бродського.

У 1896 р. лікарня мала 142 ліжка, з них 10 запасних, які розподілялися так: хірургічне відділення з гінекологічним – 40, терапевтичне – 30; очне – 10; пологове – 10; епідемічне – 20, дитяче – 20, для одужуючих – 12.

Таблиця 7

Рух хворих Київської єврейської лікарні за 5 років (1890–1894 рр.)

Рік	1890	1891	1892	1893	1894
Хірургічне відділення	326	360	395	308	382
Гінекологічне відділення	–	–	–	123	177
Терапевтичне відділення	389	501	400	333	356
Очне відділення	–	–	–	81	25
Епідеміологічне відділення	350	366	268	387	384
Пологове відділення	113	175	155	158	182
Разом за рік	1178	1402	1218	1399	1506
Померло	121	130	142	121	156
% смертності	10,2%	9,2%	11,7	8,7	10,3
Амбулаторних хворих (відвідувань)	2083	2760	4853	5096	9787

Кошти лікарні склалися: а) з пожертв головного засновника лікарні І.М. Бродського у вигляді недоторканого капіталу в 50 тис. крб. і кам'яного двоповерхового будинку на Подолі, який давав 1000 крб щорічного прибутку; б) капіталу, заповіданого лікарні купцем Борухінім, – 10 тис. крб; в) допомоги з сум коробочних зборів – 31 тис. крб; г) випадкових пожертв. Відділення для одужуючих утримується за рахунок зазначених коштів І.К. Тульчинського і І.М. Зайцева (відповідно 1200 і 1000 крб на рік), дитяче – за кошти Лазаря І. Бродського (від 6000 до 7000 крб на рік).

Лікарня керувалася радою у складі: голова – губернський лікарський інспектор В.Н. Сахновський; пожиттєвий почесний попечитель – Лазар Ізраїльович Бродський; попечителі – Лев Ізраїльович Бродський, М.Р. Закс (скарбник) і д-р медицини М.Є. Мандельштам (він же консультант):

До лікарні приймалися всякі хворі, крім психічних і хворих на сифіліс, як міські, так і приїжджі, переважно євреї, але у виключних випадках і християни. Усі користувалися лікуванням і утриманням безкоштовно.

Висновки

Добродійність у XIX ст. була і нині залишається однією з важливих форм соціальної допомоги для забезпечення кваліфікованого медичного обслуговування бідних класів населення. Добре було б, якби олігархи та інші багатії сучасності брали приклад з аристократів і ділових людей XIX ст.

Звичайно, сьогодні за обсягом і якістю вона має відрізнитися від форм, поширених у XIX ст.

Нині добродійні кошти доцільно вносити до єдиного Національного фонду «Здоров'я», яким має керувати Комітет у складі представників добродійності, широкої громадськості, фахівців у галузі медицини і Міністерства охорони здоров'я. Ті, хто потребує допомоги, мають звертатися до Фонду, який розглядатиме документи про стан здоров'я хворого і матеріальне становище його сім'ї і виноситиме обґрунтоване рішення про направлення прохача на лікування за показаннями і виділення для цього необхідних коштів. Тоді ми зможемо позбутися принизливих і навіть ганебних засобів збирання добродійних коштів, які спостерігаємо щодня.

Перспективи подальших досліджень полягають у продовженні вивчення порушеної у статті проблеми.

Література

1. Врачебно-санитарные учреждения г. Киева / составил д-р В.Н. Сахновский. – Киев : Тип. П. Барского, 1896. – С. 78–89.
2. Там само. – С. 52 – 69.
3. Там само. – С. 94 – 102.
4. Там само. – С. 34.

5. Там само. – С. 36–37.
6. *Нейштубе П. Т.* Краткий медицинско-хозяйственный отчет по Киевской еврейской больнице за 1901 г. / П. Т. Нейштубе. – Киев : Тип. А.О. Штерензона, 1902. – 41 с.
7. *Обзор* деятельности больничных учреждений императора Николая II при Киевском Покровском женском общежительном монастыре за 1-е десятилетие (1893–1903). – Киев : Тип. С.В. Кульженко, 1905. – 351 с.
8. *Обзор* деятельности больничных учреждений императора Николая II при Киевском Покровском женском общежительном монастыре за 1904–1905 гг. – Киев : Тип. С.В. Кульженко, 1906. – 245 с.
9. *Отчет* бесплатной больницы цесаревича Николая для чернорабочих за 1-е десятилетие (1894–1904). – Ч. I. – Киев : Тип. С.В. Кульженко, 1905. – 167 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 28.12.2017 р.

Благотворительные больницы Киева как форма социальной помощи в отрасли медицины XIX века

О.М. Циборовский, В.М. Сорока

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

Цель – показать роль благотворительных больниц в оказании медицинской помощи неимущим жителям Киева губернии Правобережной Украины.

Материалы: отчеты благотворительных больниц г. Киева, справочники.

Методы: контент-анализ, статистический, проблемно-хронологический, сравнительно-исторический.

Результаты. Освещена история создания благотворительных больниц г. Киева, организация их работы, источники финансирования, объем оказанной медицинской помощи.

Выводы. Благотворительность была и остается одной из важнейших форм социальной помощи для обеспечения медицинского обслуживания бедных классов населения.

Ключевые слова: благотворительные больницы, Покровская больница, больница для чернорабочих, еврейская больница, глазная больница Поповых, родильный приют Ф.А. Терещенко.

Charitable hospitals in Kyiv as a form of social assistance in the field of medicine of the XIX century

O.M. Tsiborovsky, V.M. Soroka

PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches
MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Purpose – to show the role of charitable hospitals in providing medical care to poor residents of the Kiev province of Right-Bank Ukraine.

Materials: reports of charity hospitals in Kyiv, reference books.

Methods: content analysis, statistical, problem-chronological, comparative-historical

Results. The history of the creation of charitable hospitals in Kiev, the organization of their work, sources of funding, and the volume of medical care provided are highlighted.

Conclusions. Charity has been and remains one of the most important forms of social assistance for providing medical care to poor classes of the population.

Key words: charitable hospitals, Pokrov hospital, hospital for unskilled workers, Jewish hospital, Popov eye hospital, F. Tereshchenko maternity hospital.

Відомості про авторів

Ціборовський Олег Михайлович – к.мед.н., с.н.с., лікар-методист центру розроблення та моніторингу дотримання медичних стандартів ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Сорока Володимир Михайлович – асистент кафедри соціально-гуманітарних дисциплін ПВНЗ «Міжнародна академія екології і медицини»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 614.4. 008.3(477.41)"19"

О.М. Ціборовський, В.М. Сорока

Становлення санітарно-протиепідемічної роботи на Київщині у XIX столітті (1835–1886 рр.)

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

Мета – показати, як у XIX ст. почали проводити протиепідемічні заходи і запровадити санітарний нагляд у м. Києві та Київській губернії.

Матеріали: правові документи, звіти, праці тогочасних лікарів і статистиків.

Методи: контент-аналіз, статистичний, проблемно-хронологічний, порівняльно-історичний.

Результати. Показано, що в XIX ст. поширення епідемії, які призводили до великої смертності населення і незадовільної демографічної ситуації, змусили владу запровадити заходи щодо запобігання виникненню і поширенню інфекційних хвороб, а також передбачити санітарний нагляд за якістю води, чистотою повітря, умовами виробництва і продажу продуктів харчування, видаленням сміття та нечистот тощо. Поступово було запроваджено штати посадових осіб і установ, які зобов'язані виконувати перераховані функції.

Висновки. Поштовхом до становлення санітарно-протиепідемічної роботи стала необхідність запобігання виникненню і поширенню заразних інфекційних хвороб, боротьба з епідеміями та епізоотіями. Уже в XIX ст. прийнято відповідні правила, запроваджено посади осіб, які мали забезпечувати їх виконання, створено такі санітарно-профілактичні організації, як санітарні ради, виконавчі санітарні комісії, лікарсько-кураторні пункти.

Ключові слова: протиепідемічна робота, санітарний нагляд, виконавчі санітарні комісії, лікарсько-кураторні пункти, Київщина, XIX століття.

Вступ

Процес організації санітарно-профілактичної роботи був не менш складним, ніж розвиток системи медичної допомоги населенню. Першим поштовхом для неї стали епідемії – інтенсивне поширення заразних інфекційних хвороб, яке залежало від умов життя та праці населення і призводило до масової захворюваності та високого рівня смертності.

Мета роботи – показати, як у XIX ст. почали проводити протиепідемічні заходи і запровадити санітарний нагляд у м. Києві та Київській губернії.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження стали правові документи, звіти, праці тогочасних лікарів і статистиків.

Використано методи контент-аналізу, статистичний, проблемно-хронологічний, порівняльно-історичний.

Результати дослідження та їх обговорення

За даними І.І. Фундукля, у 1835–1844 рр. число померлих, як правило, крім двох останніх років, перевищувало число народжених. Навіть при тодішньому низькому рівні діагностики і статистичного обліку було встановлено, що на 100 померлих приходилося 30 померлих від тифозних хвороб, 28 – від сухот легенів, 10 – від проносів, 3 – від кривавого проносу, тобто близько 70% безсумнівно помирало від інфекційних захворювань [9, 14].

За даними І.І. Пантюхова значний відсоток хворих на інфекційні хвороби у 1854–1863 рр. був серед померлих від туберкульозу – 50%, від кривавого проносу – 42%, від жовчного і слизового проносу – 23%, від тифу і тифозної гарячки – 23%, від віспи – 13%, від бешихи – 12% .

У 1880–1885 рр., за даними Т.Ю. Маковецького, серед померлих киян 31,1% померли від інфекційних хвороб, у т.ч. 20,4% – від гострих інфекцій, 10,7% – від сухот легенів, 5,5% – від проносів, 4,9% – від тифу [1]. Серед дітей віком до 5 років картина була ще гіршою. Серед померлих від гострих інфекцій вони становили у 1884 р. 34,0%, у 1885 р. – 29,4%, у т.ч. відповідно: від дифтерії – 78,6%, 79,1%; від скарлатини – 80,6%, 100,0%; від віспи – 100,0%, 80,0%; від кору – 91,3%, 89,7%; від кашлюку – 97,1%, 92,7%; від проносів – 73,7%, 100,0% [3].

Вивчення динаміки захворюваності населення Київської губернії засвідчує, що на межі 70-х – 80-х років XIX століття найпоширенішими серед інфекційних захворювань, як і у всіх губерніях Європейської Росії, залишилися віспа, дифтерія, тифи [5–8]. При цьому смертність від них була дуже високою: у 1879, 1881 рр. у відсотках до хворих вона становила відповідно: дифтерія – 39,7%, 34,7%; віспа – 30,8%, 26,2%; кір – 20,6%, 6,15%; скарлатина – 16,7%, 9,6%; кашлюк – 14,7%, 11,9%; кривавий пронос – 23,4%, 10,0%; тиф – 13,8%; 19,9% (черевний тиф). Звичайно, ці зміни в значній мірі залежали від якості обліку, а останній від мережі медичних закладів, кількості та кваліфікації медичних працівників.

У 1886–1887 рр. проведено аналіз захворюваності і смертності населення Київської губернії (без м. Києва) по

повітах [2, 4]. Виявилося, що за даними звернень по медичну допомогу найпоширенішими захворюваннями виявилися малярія, яка найчастіше зустрічалася в ці роки в Черкаському, Київському, Радомишльському, Бердичівському повітах, і тифозні захворювання, а якщо їх об'єднати з даними про поширеність усіх видів тифу, особливо з черевним, то ця пошесть перевершила всі види захворювань і була найбільше поширена в Київському, Чигиринському, Уманському і Таращанському повітах. Серед інших інфекцій за поширеністю найбільшу загрозу становили дифтерія, скарлатина, натуральна віспа, кір, венеричні хвороби, кривавий пронос, тобто дизентерія.

Найвищий рівень смертності спостерігався при септицемії у вагітних (51,6–57,6%), при дифтерії (45,8–46,6%) і крупі (55,8–38,0%), туберкульозі (37,1%), віспі (29,3–23,8%), скарлатині (27,8–27,1%), висипному (27,0%) і черевному тифі (23,0%)

Аналіз демографічних даних та причин смерті населення м. Києва за 1885–1889 рр. свідчить, що майже 30% киян помирало від інфекційних захворювань [2, 4]. Таким чином, збільшення мережі медичних закладів, числа лікарів та інших медичних працівників, що сприяло зростанню доступності медичної допомоги населенню, поліпшення статистичного обліку об'єктивно підтвердило загрозу поширення інфекційних захворювань, а відсутність ефективних методів їх лікування змусила вдатися до запобігання їх поширенню.

Звичайно влада не могла байдуже ставитися до таких проблем, які причиняли велику шкоду населенню і народному господарству. Тому вже в першому зведенні законів про медичну справу «Лікарському статуті» («Устав врачебный»), виданому в 1857 р., друга книга його під назвою «Статут медичної поліції» містила «правила про захист народного здоров'я від усього, що може мати шкідливу дію на нього, особливо про запобігання і припинення повальних і заразних хвороб, а зверх того і про захист домашньої худоби від пошесть і хвороб» (ст. 833) [13]. Ці правила мали використовуватися всіма під загрозою відповідальності за Уложенням про покарання (ст. 834).

Головну опіку про охорону народного здоров'я і про припинення пошесть худоби в губерніях та повітах Статут покладав на створені з цією метою Комітети громадського здоров'я. Він зазначав, що розпорядження з цих питань і нагляд за їх виконанням при співпраці з місцевим медичним начальством і лікарями відносяться до обов'язків губернаторів, губернських правлінь, міських і земських поліцій та керівників різних відомств і управлінь, яким було доручено здійснювати нагляд (ст. 835).

Комітети громадського здоров'я створювалися в 1852 р. у губернських і повітових містах з метою охорони народного здоров'я, своєчасного усунення всього того, що загрожує здоров'ю, і прийняттю однастих заходів щодо припинення епідемічних хвороб та епізоотій (ст. 836). Ці комітети склалися з місцевих начальників кожного відомства, а саме: Губернський – з губернського і повітового маршалка («предводителя дворянства»), управителів Палати державного контролю та Удільної контори, інспектора Лікарської управи, старшого ветеринарного лікаря, полицмейстера, міського голови і

духовної особи (за призначенням консисторії); Повітовий – з повітового маршалка, справника, городничого, окружних начальників державного майна та уділів, повітового або міського лікаря, міського голови і старшої в місті духовної особи. Крім названих осіб, до роботи в Комітеті могли залучатися й інші особи, які були б корисними своїми знаннями і впливом, як місцеві власники, духовні особи різних віросповідань, лікарі, орендарі, управителі маєтків тощо.

У Статуті визначалося, що подвійна мета Комітетів – запобігання і припинення хвороб – мала досягатися: а) поширенням у народі здорових понять про способи захисту від хвороб як людей, так і домашніх тварин; б) при появі епідемічних або епізоотичних хвороб негайно вживати заходи щодо недопущення їх подальшого поширення і припинення.

Загальні заходи щодо охорони народного здоров'я полягали: 1) в охороні чистоти повітря; 2) в охороні нешкідливості істівних припасів; 3) в обмеженні вживання отруйних речовин; 4) у лікарській допомозі хворим і постраждалим від різних нещасних випадків; 5) у похованні мертвих за встановленими правилами.

Перелік задіяних до профілактичної справи чиновників та інших осіб свідчив про серйозну увагу до неї. Проте відсутність участі в ній кваліфікованих спеціалістів не сприяв можливостям і ефективності її реалізації.

У 1861 р. Міністерству внутрішніх справ було дано завдання скласти спеціальну інструкцію про боротьбу із заразними хворобами, але воно не було виконано [12].

У лікарсько-поліційному розділі звіту Медичного департаменту за 1876 рік було зазначено, що санітарний нагляд поліпшився завдяки затвердженню Положення про губернські та повітові земські заклади (1 січня 1864 р.) і Міського положення (16/28 червня 1870 р.). Вони передбачали: а) нагляд за продовольчими припасами; б) нагляд за напоями; в) нагляд за фабриками, заводами та іншими закладами; г) нагляд за чистотою вулиць, площ тощо; д) нагляд за сильнодіючими засобами; е) медико-поліційний нагляд за рибними промислами; є) нагляд за фізичним вихованням; ж) карантини; з) лікарсько-поліційні заходи запобігання сифілісу (надання засобів лікування, нагляд за проституцією). Для цього в багатьох містах, у т.ч. в Києві, де в 1876 р. налічувалося шість публічних будинків, було створено лікарсько-поліційні комітети [5].

На основі цих положень було опрацьовано проект Положення про влаштування санітарної частини в губерніях, повітах і містах, де ці положення були запроваджені [11].

Відповідно до цього Положення, в свою чергу, було розроблено проект організації санітарного нагляду в м. Києві [10].

Для нагляду за благоустроєм міста у санітарному відношенні і для обговорення санітарних заходів, які проектувалися Громадським управлінням, у м. Києві в 1872 р. були створені Міська виконавча санітарна комісія і Санітарна рада.

Санітарна рада складалася з 10 членів за вибором Міської Думи. В її складі мало бути не менше трьох лікарів і одного хіміка та архітектора або інженера. Київський

поліцейський, губернський медичний інспектор і професор гігієни Університету св. Володимира за своїм званням були постійними членами Ради з правом голосу. Міський голова брав участь в його засіданні за власним бажанням. Голова Ради обирався його членами із свого середовища.

Санітарна рада збиралася на засідання не рідше одного разу на місяць. Вона мала за мету обговорення санітарних питань і практичних заходів, необхідних для поліпшення благоустрою міста в санітарному відношенні. З цією метою Санітарна рада повідомляла Міському громадському управлінню про існуючі в місті недоліки санітарного благоустрою.

З свого боку Громадське управління мало передавати на розгляд Санітарної ради всі проекти і плани влаштування і пристосування будівель громадського користування – шкіл, театрів, лікарень, казарм, купалень, боєнь, стічних каналів тощо.

Виконавча санітарна комісія (ВСК) складалася з її голови, дільничних санітарних лікарів і дільничних попечителів. У розпорядженні кожного санітарного лікаря мав бути один або кілька санітарів-урядників або наглядачів. Голова ВСК та дільничні санітарні лікарі обиралися Міською думою за представлення Санітарної ради на три роки таємним голосуванням.

Дільничні санітарні попечителі обиралися з числа кандидатів, представлених Санітарною радою і гласними Міської думи. Урядники-санітари призначалися Управою з числа осіб, вибраних головою ВСК.

Обов'язки голови ВСК полягали, по-перше, у головному нагляді за діяльністю дільничних санітарних лікарів, по-друге, у загальному керівництві і напрямку їх праці з вивчення санітарних умов у місті. Зі свого боку він був зобов'язаний сприяти їхнім законним вимогам, одержанню ними необхідної інформації про санітарні умови їхніх дільниць.

Кожних три місяці голова ВСК складав звіт про її роботу, обговорював його на засіданні комісії, передавав його в Міську управу для друку і з дозволу Міського голови складав та передавав Міській управі річний звіт про діяльність комісії.

На ВСК покладалося:

а) медико-санітарний нагляд, тобто неухильне спостереження за виконанням в м. Києві як загальних медико-поліцейських постанов, обов'язкових для всього населення, так і місцевих постанов Міської думи, обов'язкових лише для киян;

б) вивчення м. Києва стосовно санітарного стану, з'ясування всіх впливів, які діють шкідливо на здоров'я київського населення.

Постійному нагляду ВСК підлягали:

1) усі садиби, які належать як приватним особам, так і громадським та іншим установам;

2) усі фабричні, ремісничі та інші промислові заклади, включно з усіма будинками, переважно підвальними приміщеннями, призначеними виключно для найма під дрібні квартири. Усі приватні пансіони і загальні квартири для вихованців навчальних закладів мали відноситися до громадських закладів;

3) харчові припаси в місцях їх продажу та заготівель;

4) бойні, ковбасні та булочні;

5) вода для питва та інших господарських цілей;

6) базари, площі, вулиці, бульвари, сквери;

7) міські стічні канали;

8) кладовища;

9) продаж отруйних та сильнодіючих речовин без особливого дозволу, а також тканин та інших предметів, пофарбованих отруйними речовинами.

У випадку порушення встановлених правил особи санітарного нагляду залежно від важливості цих порушень у першій раз можна було обмежитися нагадуванням про порушення і необхідність його усунення з визначенням терміну або скласти акт і притягти винуватця до законної відповідальності.

Першим і головним обов'язком дільничного санітарного лікаря було вивчення своєї дільниці стосовно санітарного стану, тобто всіх місцевих умов, в яких живе населення і які можуть негативно вплинути на стан його здоров'я.

Він мав звернути увагу на загальний топографічний характер дільниці, взаємне відношення верховин і низин, на фізичні та хімічні властивості ґрунту, на ступінь його вологості, на характер і кількість ґрунтових вод, їх відстань від поверхні ґрунту. Санітарний лікар мав також звернути увагу на ступінь зовнішнього благоустрою дільниці, на поверхню заможених і незаможених вулиць, забудованих і незабудованих дільниць, а також дільниць, зайнятих садами, бульварами, скверами і площами. В центрі його уваги мав бути переважний характер водопостачання, властивості води; охайне та неохайне утримання дворів, вулиць і площ; способи збирання і видалення екскрементів та інших нечистот; переважний характер населення, ступінь його матеріального добробуту, освіти та розумового розвитку.

Дільничний санітарний лікар усіма можливими засобами, а в важких випадках при сприянні голови ВСК, мав ознайомитися з переважаючими хворобами, намагаючись з'ясувати їх залежність від санітарних умов, вивчити їх вплив можливості його усунення.

У коло його обов'язків мала входити статистика народжуваності та смертності за даними одноденного перепису 2 березня 1874 р. та метричних книг, які вели парафіяльні священики, і особливо статистика народжуваності та смертності дітей до 5 років.

Санітарний лікар був зобов'язаний піклуватися про те, щоб неухильно виконувалися всі заходи щодо охорони народного здоров'я, передбачені як загальним Статутом медичної поліції, так і правилами, виданими Київською міською думою. Для цього санітарний лікар за допомогою дільничних санітарних попечителів особисто або силами санітарів-урядників мав хоча б двічі на рік відвідати всі садиби, особливо ті, які заселені великою кількістю людей, або ті, власники або орендарі яких схильні не виконувати встановлені правила і вимоги санітарного нагляду.

Особливої уваги заслуговували фабричні, ремісничі та інші промислові заклади, не лише щодо охайності та чистоти, але й відповідного числа мешканців та працівників, якості та кількості харчів тощо. Для обліку постійного контролю мали бути заведені відповідні книги.

З метою забезпечення доброякісності харчових припасів та напоїв в коло обов'язків санітарного лікаря та його помічників-урядників входив нагляд за базарами, складами, лавками тощо, особливо, де продавалися дешеві продукти для бідного населення.

Не меншої уваги потребували кладовища, особливо дотримання правил поховання.

Дільничні санітарні лікарі мали мешкати на своїй дільниці і приймати інші посади лише з дозволу Миської думи.

Вони мали право вимагати сприяння чинів миської поліції, але, в свою чергу, не могли відмовлятися від їх запрошень для проведення необхідної експертизи.

На кожній санітарній дільниці для допомоги санітарному лікарю з числа домовласників, згодних на це, Думою обиралися один або кілька дільничних санітарних попечителів, які мали наглядати за точним виконанням розпоряджень дільничних санітарних лікарів і діючих санітарних правил.

Санітарні урядники, число яких на кожній дільниці мало залежати від її величини, знаходилися в розпорядженні дільничних санітарних лікарів. Інструкція для них складалася головою ВСК за узгодженням з дільничними санітарними лікарями і затверджувалася загальними зборами ВСК.

Усі правила та вимоги, наведені в проєкті організації санітарного нагляду в м. Києві, було детально викладено в проєкті інструкції для санітарних лікарів в Києві.

У 1879–1880 р. Київська миська санітарна комісія складалася з чотирьох санітарних лікарів: В.В. Липського, Ф.Н. Дашкевича, Т.Є. Маковецького та Н.Н. Щербини (голова) і двох лікарів-кураторів, які надавали медичну допомогу населенню околиць, що часто ставали джерелами інфекції. Для міста з населенням близько 200 тис. осіб їх було достатньо лише для задоволення перших санітарних потреб міста, але санітарна справа поставлена дуже примітивно. Місто ще не мало навіть гігієнічної лабораторії для проведення наукових досліджень, а тому обмежувалося лише грубо-емпіричними прийомами у вигляді простих оглядів базарів, площ і садиб та інших об'єктів [12].

Різниця від попередньої діяльності, яка складалася із звичайних оглядів, полягала в тому, що комісія звернула увагу на галузі миського господарства, які раніше серйозно не розслідувалися, наприклад, на водогінну воду тощо, і брала участь в спеціальних комісіях для дослідження низки соціальних питань. наприклад, про землю Київського товариства бідних і пов'язаного з цим питанням дослідження р. Либідь, про Київський тюремний замок тощо.

Таблиця
Діяльність Київської миської виконавчої санітарної комісії (1880 р.)

Найменування предметів огляду	Число оглянутих предметів			
	1-ша санітарна дільниця	2-га санітарна дільниця	3-тя санітарна дільниця	4-та санітарна дільниця
Базари	1	1	2	2
Торгівельно-промислові заклади (бойні, лавки, трактири тощо)	218	246	250	189
Ремісничі заклади	153	36	386	224
Склади (рибні, вапна, ганчірок, кісток тощо)	15	4	1	4
Нічліжні притулки	10	1	2	4
Заводи, фабрики	53	4	10	5
Кладовища	2	2	2	3
Звалища нечистот	1	1	2	–
Садоби	1220	1232	1880	1064

Під наглядом знаходилися 11 боєнь для крупної худоби, 9 – для дрібної худоби, 12 рибних складів, склади для кісток і ганчір'я, а також 8000 київських садиб, які розподілялися по поліцейських дільницях таким чином: Печерська – 25%, Плоска – 23%, Лук'янівська – 22%, Подільська – 20%; Старокиївська – 19%; Бульварна – 17%, Либідська – 17%; Двірцева – 12%. Дві перші з них були ретельно оглянуті, складено списки з санітарними порушеннями, які передано санітарним лікарям.

У 1886 році в Києві було оглянуто 819 фабрик, заводів, торговельно-промислових і ремісничих закладів, звернуто увагу на їхній санітарний стан. розмір приміщень для робітників, сухість та вологість стін, охайність утримання, якість і кількість харчів. В деяких випадках

виникала потреба у залученні судової влади, а деякі пекарні греків і турків, які працювали в темних, сирих і брудних підвальних поверхах були закриті. Були знищені продукти, які на семи базарах були визнані неякісними: м'яса 40 пудів, солонини – 35 пудів, свинини – 27 пудів, житнього хліба – 14 пудів, житнього борошна – 10 пудів, риби – 38 пудів, кавунів та динь – 1500 шт., сардин – 2500 коробок. 24 м'ясні лавки на Бесарабському ринку були влаштовані згідно із затвердженими Миською думою правилами, а до кінця року всі базарні лавки мали мати такий самий вигляд [2].

Перевірено шість київських базарів: Житній, Галицький, Львівський, Печерський, Бесарабський, Троїцький.

У Києві було оглянуто 5130 садиб, шість базарних площ, 17 нічліжних притулків, п'ять цвинтарів і три місця для звозу нечистот. Було обстежено 823 заклади торгівлі харчовими припасами, 762 ремісничих закладів і 51 фабрику.

Під санітарним наглядом перебували кладовища: 1) Аскольдова могила; 2) Либідське, яке було значно розширене; 3) Лук'янівське, створене замість закритого Щекавицького; 4) Кладовище для старовірів за Старо-Житомирським шляхом; 5) Єврейське на Звіринці.

Досить задовільно утримувалися нічні притулки, три з яких належали приватним підприємцям: безкоштовний притулок Ф.А. Терещенка на 450 місць; безкоштовний притулок Н.А. Терещенка на Бесарабці на 650 місць; странопримальний дім Києво-Печерської Лаври притулок для ночівлі бідних Києво-Флорівського жіночого монастиря.

Приділялася увага санітарному стану місцевості біля в'язниці і військових таборів, створенню асенізаційних ферм та обозів, вивезенню нечистот та сміття не лише в Києві, але й в інших містах.

У звіті приділено увагу топографії Києва та Київської губернії, рельєфу та ґрунтам, водним басейнам і джерелам водопостачання, проблемам оздоровлення і використання місцевості.

До найбільш нездорових місцевостей Києва віднесено долину р. Либідь, потім Оболонь, Поділ, Труханів острів.

Продаж отруйних та сильнодіючих засобів, а також утримання аптек не можна було вважати повністю регульованими і безпечними для громадського здоров'я.

Не було достатньої інформації про санітарний стан шкіл та інших навчальних закладів, хоча при деяких з них були окремі лікарі, які мали займатися усуненням шкідливих санітарних умов.

Було складено 86 протоколів, за якими справи розглядали мирові судді, що ставилися до справ дуже серйозно.

Санітарному нагляду підлягали Київська в'язниця з лікарнею на 130 ліжок, Київські арештантські роти з околотком на 25 ліжок. Обидва медичні заклади обслуговував один лікар. У 1880 р. на зворотний тиф захворіло 102 в'язні, померло 9 осіб. З усіх арештантів було хворих на малярію – 457, на тиф – 225 (померло 16), запалення очей – 63, хвороби дихальних органів – 209 (померло 11), бешиху – 15, цингу – 68, туберкульоз – 12 (померло 7).

Проте санітарна частина в Київській губернії, як і в попередні роки, знаходилася у віданні комітетів громадського здоров'я; поліції; земських закладів; міських дум [4]. Коло їхніх обов'язків у цій галузі був дуже широким. Їх діяльність полягала в постійному або екстреному дослідженні властивостей і визначенні якості ґрунту, води, повітря і різних домішок до них; в огляді жителів і життєвих припасів, у нагляді за правильним розподілом праці і взагалі різних занять; статистичній роботі про рух населення, народжуваність, смертність, захворюваність тощо.

Практичну частину діяльності складали власне санітарні заходи, які вживалися з метою видалення або

обмеження шкідливих для громадського здоров'я причин та умов, котрі в більшому чи меншому ступені вже були досліджені та визначені. Зокрема санітарні заходи були спрямовані:

1) на охорону чистоти повітря, на запобігання і видалення всіх моментів та умов, які сприяють псуванню та поширенню шкідливих впливів;

2) на охорону чистоти ґрунту населених місць своєчасним і повним видаленням у них різних нечистот, накопичення і розклад яких на поверхні ґрунту або в обмеженому просторі всередині його позбавляв можливості здійснювати природне очищення його і забезпечити безпечність скупченості населення;

3) на охорону чистоти води і влаштування засобів забезпечення жителів доброякісною водою;

4) на постійний нагляд за санітарним станом як приватних жителів, так і громадських закладів та своєчасному видаленню всього, що може зашкодити населенню;

5) на ретельний нагляд за харчовими припасами, напоями та місцями їх зберігання, організацією постачання населення доброякісними продуктами, переслідування підміну цих продуктів;

6) на нагляд за фабрикацією та торгівлею матеріалами для одягу;

7) на постійний захист робітничого класу від різних шкідливих умов праці та занять;

8) на запобігання поширенню заразних і повальних хвороб, епідемій;

9) на забезпечення лікарською допомогою та лікарняним піклуванням.

За даними Київського губернського статистичного комітету в Київській губернії в 1885 р. працювало 663 фабрики і заводи, у т.ч. 203 в містах, 460 в повітах: їх виробництво досягало 80 млн крб на рік, а чисельність робітників налічувала 40 тис. осіб. Найбільший обіг коштів належав цукровому виробництву (до 48 млн крб), потім – виробництву спиртових напоїв (до 18,5 млн крб), різних сортів борошна на млинах (більше 3,5 млн крб), тютюновому виробництву (більше 3 млн крб), ремонту залізниць та пароплавів (до 1,5 млн крб). Таким чином, від 71 до 75 млн крб давали ці підприємства, які заслуговували особливої уваги санітарного нагляду [4].

Із звітів лікарських управлінь і земських зборів про санітарну діяльність різних установ та органів і про санітарний стан населення можна зробити такі висновки:

1. Діяльність Комітетів громадського здоров'я обмежувалася головним чином прийняттям заходів під час виникнення епідемій, при чому їхньому успіху в більшості випадків перешкоджав брак матеріальних засобів для залучення необхідного медичного персоналу і статистичних даних.

2. Правильний нагляд за санітарним станом було організовано лише в деяких містах. Участь поліції у цій справі була дуже обмежена через багатьох інших справ. Порушення санітарних правил через незначність штрафів, що їх накладали мирові судді, надавали перевагу їх складаті, а не виконанню санітарних правил, встановлених законом та обов'язковими постановами громадських установ.

3. Незважаючи на такі несприятливі обставини, діяльність деяких земств з піклування про народне здоров'я з кожним роком набувала більш правильного спрямування. Роз'їзна система медичної допомоги поступово замінювалася стаціонарною. У деяких губерніях лікарі залучалися для занять медичною статистикою та санітарною експертизою. Створювалися санітарні комісії та санітарні ради. Видавалися обов'язкові санітарні постанови. Розширювалася санітарна діяльність, втрачаючи характер тимчасових і короточасних заходів. Збільшувалися витрати на санітарні потреби.

4. Деяким міськими думами було видано обов'язкові для населення санітарні постанови, які часто через різні причини не виконувалися.

5. У деяких місцевостях засновані санітарні комісії та комітети через різні місцеві причини та умови не діяли.

6. Час і сили міських, повітових та сільських лікарів ішов на численні обов'язки (лікування хворих, нагляд за фельдшерами, огляди проститутток, судово-медична експертиза тощо). У санітарному нагляді їхня участь обмежувалася експертизою за запрошеннями поліції та судової влади.

7. Санітарний стан більшості населених місцевостей був взагалі незадовільним. Багато сіл та міст були розташовані в низинних, сирих та болотяних територіях, на березі брудних річок, які ще до того забруднювалися нечистотами і викидами. Організоване видалення їх було відсутнє. Вони накопичувалися, розкладалися і забруднювали як поверхню ґрунту, так і джерела води. Вбиральні або були відсутні, або утримувалися незадовільно, забруднювали повітря, ґрунт, воду. Повітря переповнювалося пилом. Штучне водопостачання було лише в деяких містах, в Україні, зокрема, в Одесі. Торговельно-промислові підприємства, небезпечні для народного здоров'я (бойні, шкірообробні заводи тощо), часто розташовувалися в центрі міст.

9. Як приватні житла, особливо бідного населення, так і громадські заклади звичайно мали санітарні недоліки, які усувалися лише у виключних випадках, наприклад, під час епідемій.

10. Фальсифікація напоїв та харчових припасів і торгівля недоброякісними продуктами були широко поширені, особливо у містечках губерній Правобережної України.

11. Робітниче населення на фабриках, заводах, промислах було погано захищене від шкідливих впливів на умови праці, які переважно залежали від доброї волі підприємця і власника. Санітарний нагляд був або відсутній, або безсилий у справі запобігання зловживанням. При більшості підприємств або не було лікарської допомоги, або вона існувала лише для виду. Навколишнє населення часто страждало від шкідливих впливів, особливо цукрових і шкірних заводів.

12. Таємна торгівля отруйними та сильнодіючими речовинами і незадовільне лікування шарлатанами та знахарями процвітало і підтримувалося темним населенням.

У медичному звіті Лікарського відділення Київського губернського правління за 1886 р. приділялася увага санітарному нагляду в губернії, але зазначалося, що

він не мав правильної організації і не відзначався постійністю. Звіт засвідчував, що, за винятком Києва, правильно організованого санітарного нагляду в губернії майже не існувало. Міські та повітові лікарі офіційно мали відношення до цієї справи, проте швидше номінально, ніж фактично [2, 4].

Комітети громадського здоров'я, хоча і були урядовими установами, в обов'язки яких входив санітарний нагляд в губернії, але за своєю організацією і матеріальними засобами практичного значення не мали.

У всіх містах губернії і навіть у багатьох містечках (Біла Церква, Сміла, Шпола) уже були засновані санітарні комісії, до складу яких входили як урядові, так і приватні лікарі. Проте, не маючи коштів і достатньої кількості агентів, ці заклади були безплідними та безсилими в боротьбі з антисанітарними умовами.

У повітах Київської губернії лікарсько-поліцейного нагляду не існувало. У деяких повітових містах Думи видали обов'язкові для жителів правила, але звичайно вони не знаходили вжитку через бідність і темноту населення. У м. Сквирі Дума постановила створити Тимчасову санітарну комісію та асигнувала на очищення площ, вулиць, базарів, річок та інших санітарних потреб 800 крб, проте скоро про цю постанову забули і не виконували.

Площі та вулиці в селах і містечках не милися і ніколи не очищалися, часто служили місцем для звалища нечистот. У багатьох повітових містах не було правильно влаштованих вбиралень та помийних ям. Нечистоти накопичуються у дворах і на вулицях.

Деякі повітові міста були розташовані на гнилих річках, наприклад, м. Бердичів на берегах р. Гнилоп'яті, на березі якої знаходилися шкірні заводи і бійні, куди зливалися всі нечистоти.

У повітах вся торгівля харчовими припасами і напоями була зосереджена в дріб'язкових лавках, які звичайно являли собою жажливі конури на не вимощених і брудних площах.

У м. Бердичеві такі заклади відзначалися непорядним утриманням і недоброякісністю вина низького сорту та горілки з домішками, негодящими харчами в трактирах і готелях, поганим борошном в лавках, що викликало часті скарги. У м. Бердичеві – центрі шкіряної промисловості – більшість заводів були у незадовільному стані. Брудні стоки виливалися в річку.

У центрі м. Василькова без всякого дозволу працювало більше 20 шкірних заводів, бойня, салотопня, фабрика для виробництва повсті з неочищеної вовни, санітарний стан яких Комісія визнала незадовільним.

У Таращанському повіті на різних заводах вода для питва була незадовільною. На винокурних заводах не було місць для життя робітників, і вони спали, де попало.

Вичинка шкіри багатьма проводилася на дому у край незадовільних санітарних умовах.

У м. Умані винокурний і шкірний заводи працювали у незадовільних санітарних умовах, про що було складено протоколи. Казарми для робітників на цукровому заводі гр. Шувалова були дуже тісні.

При 52 цукрових заводах були лікарні, від 4 до 100 ліжок кожна (всього 764 ліжка) з амбулаторіями, в яких працювали лікарі та фельдшери. На цукрових заводах

робітники жили в спеціальних казармах; діти до роботи не залучалися. При кожному заводі були лазні. Проте на одному з цегельних заводів було складено протокол про непридатну для робітників їжу. Огляди заводів було проведено лише там, де лікар був у службових справах.

У всіх 12 повітових містах були в'язниці, які знаходилися під наглядом повітових або міських лікарів. Найбільш негативним чинником у них було значне і постійне перевантаження арештантами. Так, наприклад, у Таращанській в'язниці на 44 місця утримувалося 137 ув'язнених (у 13 палатах обсягом 2418 куб. аршин), у Липовецькій на 60 місць – 130 арештантів. Незадовільно утримувалися в'язниці в Києві, Черкасах, Липовці, Сквирі, Василькові, Чигирині, Звенигородці, в яких було тісно і брудно.

В Уманській в'язниці була зареєстрована епідемія висипного тифу: захворіло – 82, померло – 5 осіб. У Липовецькій в'язниці на висипний тиф захворіло 22 особи.

У губернії існувало 46 закладів для виготовлення штучних мінеральних вод і 21 заклад – для виготовлення газованої води, охолоджуючих напоїв та лимонадів, з них 67 в містах і 21 – в повітах. Проте дозвіл було дано лише 7 особам на виробництво мінеральних вод і трьом – для виготовлення газованих вод. У м. Києві з 1834 р. працював заклад штучних мінеральних вод з лікувальними ваннами та водолікарнею, де можна також одержати кумис, кефір, молоко, сироватку. За ним проводили нагляд урядові лікарі, порушень не спостерігалось.

В усіх повітах проводилося віспощення. Протягом року було зроблено 58 356 щеплень.

Зі звітів лікарських відділень та управ було видно, що:

1) санітарний нагляд в школах не було організовано і були відсутні шкільні лікарі, які мали слідкувати за дотриманням санітарних умов навчання;

2) антропометричні дослідження не проводилися, не було карт для обліку захворюваності;

3) ніхто не займався збиранням даних про умови шкільного життя, вивченням їх впливу на стан здоров'я учнів;

4) лікарі, які працювали в школах, обов'язково працювали і в інших місцях, та займалися лише лікуванням дітей, учителів та членів їхніх родин;

5) при нижчих учбових закладах не було жодних медичних приладів та посібників, але при деяких середніх навчальних закладах були лазарети, де лікували легкохворих;

6) лікарі, які працювали при школах, майже не давали жодних відомостей про стан здоров'я учнів і свою роботу до лікарських відділень і управ.

Черговий поштовх для розвитку санітарно-профілактичної та протиепідемічної роботи дало поширення дифтерії протягом осені 1885 р. у Черкаському, Чигиринському, Уманському, Звенигородському та Таращанському повітах. З такої причини київський губернатор визнав необхідним створити в м. Черкасах повітовий комітет громадського здоров'я за участю лікарського інспектора і сільських лікарів зазначених п'яťох повітів для розгляду причин поширення дифтерії і встановлення заходів, які треба було вжити для запобігання подальшому поширенню цього захворювання [1].

Повітовий комітет громадського здоров'я, засідання якого відбулося 21 грудня 1885 р. у Черкасах, опрацював практичні заходи проти поширення дифтерії, але оскільки ці заходи потребували додаткових матеріальних коштів та адміністративних розпоряджень з боку губернських закладів, то губернатор знайшов доцільним передати ці пропозиції на розгляд Губернського Комітету громадського здоров'я і опрацьовані ним правила запропонувати до виконання органам влади і закладам губернії.

Губернський Комітет громадського здоров'я відбувся 14 травня 1886 р., вислухав висновки Черкаського повітового комітету та інформацію про поширення дифтерії в губернії і визначив, що число випадків цього захворювання протягом 1885 р. в усій губернії налічувалося 8012 випадків.

Найбільше число захворювань припадало на Уманський повіт, потім на Чигиринський, Черкаський і Таращанський, на які приходилося 74% всіх захворювань. Більше число випадків спостерігалось у Звенигородському та Київському повітах, менше у Сквирському, Васильківському та Бердичівському, а в Канівському, Радомишльському та Липовецькому частіше спостерігалися лише окремі випадки захворювань.

Проведено аналіз і дано епідеміологічну характеристику поширенню дифтерії по волостях, а також за порою року: менше захворювань спостерігалось весною (11%), трохи більше влітку (16%), а найбільше восени (41%) і трохи менше взимку (36%). Це пояснюється побутовими умовами, порушенням елементарних санітарно-гігієнічних вимог, зокрема, необхідного відокремлення здорових від хворих. Тому жодні адміністративно-поліційні заходи не можуть запобігти поширенню дифтерії.

Губернський комітет громадського здоров'я погодився із заходами, обгрунтованими Черкаським повітовим комітетом і постановив:

1. Сільським лікарям проаналізувати причини поширення дифтерії, приділити увагу тим місцевостям, де це захворювання спостерігається частіше.

2. Запропонувати сільським лікарям залежно від місцевих умов опрацювати спеціальну програму для сільських фельдшерів, зобов'язати кожне відвідування ними населених пунктів засвідчувати сільськими старостами.

3. Надати можливість сільським фельдшерам користуватися кінями із земської пошти і оплачувати транспортні витрати, дозволити їм користуватися сільськими однокінними підводами.

5. Забезпечити кадровий склад сільських фельдшерів більш кваліфікованими людьми, хоча при місячній платі 6 крб важко знайти когось, крім відставних ротних фельдшерів, які дивляться на свою роботу як на другорядне заняття після праці в сільському господарстві. Знайти способи зацікавити їх, наприклад, працювати віспощеплювачами за додаткову платню.

6. Просити Губернський розпорядчий комітет збільшити кількість сільських фельдшерів хоча б до одного на волость.

7. Надати можливість сільським лікарям слідкувати за захворюваністю та смертністю населення

шляхом запровадження спеціальних бланків (виписок з метричної книги), зобов'язавши священників (ксьондзів, пасторів, рабинів) передавати їх через сільських фельдшерів сільським лікарям.

8. Під час епідемії залучати для роботи в осередках сили лікарів з повіту, передбачати при необхідності додаткову оплату їх праці (п. 8).

9. Медичному персоналу, поліції, сільській владі виявляти перші випадки захворювання або підозру на нього і повідомляти про них сільських лікарів (п. 10).

10. Підвищити участь та відповідальність повітових лікарів у профілактиці та лікуванні заразних хвороб, оскільки сільські лікарі не в змозі самостійно справитися з усіма цими завданнями.

11. Надати можливість селянам самим вибирати з пропонувананих лікарями прийнятних для них заходів.

12. Забезпечити можливу ізоляцію хворих, зокрема, заборонити заходити в хату людей з інших сімейств, а також приїжджих.

13. У сім'ї намагатися ізолювати здорових від хворих.

У цій інструкції надавалися гігієнічні поради про піклування і нагляд за хворими, а також поведіння з померлими, про дезінфекцію житла, одягу, посуду тощо.

Викладено поради про нагляд за хворими, їх харчування, надання допомоги як сільськими лікарями, так і іншими членами сім'ї.

Наведені дані свідчать, що вже в 80-х роках XIX ст. сільська медицина при обмежених можливостях та коштах намагалася запобігти поширенню інфекційних захворювань та надавати допомогу хворим.

Висновки

1. Поштовхом для становлення санітарно-профілактичної справи стала необхідність запобігання виникненню і поширенню заразних інфекційних хвороб, боротьба з епідеміями та епізоотіями.

2. Основи протиепідемічної та санітарно-профілактичної роботи викладені у другій книзі Лікарського статуту – Статуті медичної поліції, виданому у 1857 р.

3. Новим етапом у розвитку протиепідемічної та санітарної роботи стало опрацювання проекту «Положення про влаштування санітарної частини в губерніях, повітах і містах, в яких запроваджено положення про земські та міські заклади» і розробка на його основі проекту організації санітарного нагляду в м. Києві.

4. Поліпшенню протиепідемічної роботи та санітарного нагляду в м. Києві сприяло створення у 1872 р. при Міському громадському управлінні Санітарної ради і Міської виконавчої санітарної комісії.

5. Важливу роль у запобіганні виникненню і поширенню епідемії у м. Києві відіграло створення лікарсько-кураторних пунктів для надання безкоштовної лікарської та медикаментозної допомоги на околицях міста, де в незадовільних санітарних умовах було скупчене бідне та малокультурне населення, яке часто ставало джерелом інфекційних захворювань.

Перспективи подальших досліджень полягають у продовженні вивчення порушеного у статті питання.

Література

1. *Журнал* Киевского губернского комитета общественного здравия (14 мая 1886 г.). – [Б.м.], [б.г.]. – 9 с.
2. *Из годового медицинского отчета по Врачебному отделению Киевского губернского правления за 1886 год.* – Киев : Губернская типография, 1887. – 67 с.: табл.
3. *Маковецкий Т. Е.* Таблицы смертности и рождаемости киевского населения, составляемые по метрическим книгам, за 1880, 1881, 1882, 1883, 1884, 1885 г. / Т. Е. Маковецкий. – Киев : Издание Общества киевских врачей, 1881–1886.
4. *Медицинский отчет по Киевской губернии за 1887 год, составленный во Врачебном отделении Киевского губернского правления.* – Киев : Губернская типография, 1888. – 71 с.: табл.
5. *Отчет* Медицинского департамента за 1876 год, представленный управляющему Министерством внутренних дел. – Санкт-Петербург : Тип. М.М. Стасюлевича, 1877. – 104 с.
6. *Отчет* Медицинского департамента за 1877 год, представленный управляющему Министерством внутренних дел. – Санкт-Петербург : Тип. М.М. Стасюлевича, 1878. – 214, III с.
7. *Отчет* медицинского департамента за 1879 год, представленный министру внутренних дел. – Санкт-Петербург : Тип. МВД, 1881. – IV, 294 с.: табл. XX.
8. *Отчет* медицинского 8 департамента Министерства внутренних дел за 1881 год. – Санкт-Петербург : Тип. МВД, 1884. – IV, 347, 79, 177 с.: табл.
9. *Пантюхов И. И.* Статистические и санитарные очерки Киева / И. И. Пантюхов. – Киев : В университетской типографии, 1875. – 68 с.
10. *Проект* организации санитарного надзора в г. Киеве. – [Б.м.], [б.г.]. – 16 с.
11. *Проект* положения об устройстве санитарной части в губерниях, уездах и городах, в которые введены положения о земских учреждениях и городские. – [Б.м.], [б.г.]. – 12 с.
12. *Санитарное* состояние г. Киева: Отчет о деятельности Киевской городской исполнительной санитарной комиссии за 1880 год. – Киев, 1881. – 48 с.
13. *Устав* врачебный. (С.3, 1857, Т XIII, тетр. 3). – [Б.м.], [б.г.]. – С. 146–148.

14. Фундуклей И. И. Статистическое описание Киевской губернии / И. И. Фундуклей. – Часть I. – Санкт-Петербург : Типография МВД, 1852. – С. 348–349.

Дата надходження рукопису до редакції: 18.12.2017 р.

Становление санитарно-противоэпидемической работы в Киевской губернии в XIX веке (1835–1886 гг.)

О.М. Циборовский, В.М. Сорока

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

Цель – показать, как в XIX веке начали проводить противоэпидемические мероприятия и внедрять санитарный надзор в г. Киеве и Киевской губернии.

Материалы: правовые документы, отчеты, работы врачей и статистиков того времени.

Методы: контент-анализ, статистический, проблемно-хронологический, сравнительно-исторический.

Результаты. Показано, что в XIX веке распространение эпидемий, следствием которых была большая смертность населения и неудовлетворительная демографическая ситуация, вынудили власти принять меры по предупреждению возникновения и распространению инфекционных заболеваний, а также ввести санитарный надзор за качеством воды, чистотой воздуха, условиями производства и продажи продуктов питания, уборкой мусора, нечистот и т.п. Постепенно были введены штаты должностных лиц и учреждений, которые были обязаны исполнять перечисленные функции.

Выводы. Поводом к становлению санитарно-противоэпидемической работы стала необходимость предотвращения возникновения и распространения заразных инфекционных болезней, борьба с эпидемиями и эпизоотиями. Уже в XIX веке приняты соответствующие правила, введены должности лиц, которые должны были обеспечивать их выполнение, созданы такие санитарно-профилактические организации, как санитарные советы, исполнительные санитарные комиссии, врачебно-кураторские пункты.

Ключевые слова: противоэпидемическая работа, санитарный надзор, исполнительные санитарные комиссии, врачебно-кураторские пункты, Киевская губерния, XIX век.

The development of sanitary and anti-epidemiological work in the Kiev region in the XIX century (1835–1886)

O.M. Tsiborovsky, V.M. Soroka

PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Purpose – to show how in the 19th century anti-epidemic measures were initiated and sanitary supervision was introduced in Kyiv and the Kyiv province.

Materials: legal documents, reports, the work of doctors and statisticians of the time.

Methods: content analysis, statistical, problem-chronological, comparative-historical.

Results. It is shown that in the 19th century the spread of epidemics, which resulted in a high mortality rate and unsatisfactory demographic situation, forced the authorities to take measures to prevent the emergence and spread of infectious diseases, as well as to introduce sanitary supervision over water quality, air purity, food production and sale conditions, garbage collection, sewage, etc. Gradually, staffs of officials and institutions that were required to perform these functions.

Conclusions. The reason for the formation of sanitary and anti-epidemic work was the need to prevent the emergence and spread of infectious diseases, the fight against epidemics and epizootics. Already in the XIX century. The relevant rules were adopted, the positions of persons who were supposed to ensure their implementation were introduced, sanitary and preventive organizations such as sanitary councils, executive sanitary commissions, medical and curatorial posts were established.

Key words: anti-epidemic work, sanitary supervision, executive sanitary commissions, medical-curatorial centers, Kyiv region, XIX century.

Відомості про авторів

Ціборовський Олег Михайлович – к.мед.н., с.н.с., лікар-методист центру розроблення та моніторингу дотримання медичних стандартів ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Сорока Володимир Михайлович – асистент кафедри соціально-гуманітарних дисциплін ПВНЗ «Міжнародна академія екології і медицини»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Омега-3 жирні кислоти: чи дієво? За і проти

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

Мета – дослідити вплив поліненасичених жирних кислот на перебіг психічних захворювань; визначити доцільність використання цих кислот як супутньої терапії для лікування розладів психіки.

Матеріали та методи: огляд публікацій, присвячених впливу поліненасичених жирних кислот на перебіг психічних захворювань.

Результати та висновки. За наведеними даними, поліненасичені жирні кислоти можна призначати як супутню терапію для лікування психічних розладів. Поліненасичені жирні кислоти можна використовувати для профілактики психічних захворювань у людей з групи ризику. Необхідно провести масштабніші дослідження для визначення достовірного впливу поліненасичених жирних кислот на перебіг психічних розладів.

Ключові слова: поліненасичені жирні кислоти, омега-3 жирні кислоти, шизофренія, депресія, профілактика психічних захворювань.

Вступ

Численні дослідження вказують на важливість поліненасичених жирних кислот (ПНЖК) для гармонійного росту та розвитку людського організму, підтримання здоров'я та профілактики деяких захворювань. Оскільки ПНЖК не можуть синтезуватися безпосередньо в організмі людини, обов'язковим є їх надходження з продуктами харчування. У регіонах, де населення вживає їжу, багату омега-3 жирними кислотами, спостерігається значне зниження захворюваності на серцево-судинні захворювання. Однак досі достовірно невідомий вплив ПНЖК на нервову систему, на перебіг неврологічних та психічних захворювань, незважаючи на те, що ПНЖК є одним із ключових компонентів синтезу мембран нервових клітин.

Мета роботи – дослідити вплив ПНЖК на перебіг психічних захворювань, визначити доцільність призначення цих кислот як супутньої терапії для лікування розладів психіки.

Матеріали та методи: аналіз публікацій, присвячених впливу ПНЖК на перебіг психічних захворювань за останні 30 років.

Результати дослідження та їх обговорення

Поліненасичені жирні кислоти – попередники в утворенні інших, життєво необхідних ацилів, що не можуть синтезуватися в клітинах людського організму у зв'язку з відсутністю необхідних для їх утворення ферментних систем [2].

Відомо понад 200 жирних кислот, однак у тканинах людини і тварин у складі простих та складних ліпідів виявлено близько 70 жирних кислот, причому більшість – у слідних кількостях. Значно поширеними є понад 20 жирних кислот. Ненасичені жирні кислоти, що беруть

участь у побудові ліпідів людей і тварин, звичайно містять подвійну зв'язок між (9 і 10-м атомами вуглеводнів) [1].

Роль омега-3 жирних кислот в організмі досить значна. ПНЖК є ключовими компонентами фосfolіпідів, що містяться в клітинах та внутрішньоклітинних мембранах. ПНЖК регулюють ріст і життєдіяльність клітини шляхом реакцій окислення (метаболізм поживних речовин для утворення енергії, необхідної для клітинних процесів), хімічних перетворень і процесів транспортування. ПНЖК потрібні для синтезу ейкозаноїдів – важливих сигнальних гормонів із численними комплексними функціями. Сполуки, що синтезуються з омега-3 жирних кислот, як правило, мають протизапальну, антитромботичну та вазодилататорну дію, на противагу прозапальній, судинозвужувальній дії ейкозаноїдів, отриманих з омега-6 жирних кислот. Також омега-3 жирні кислоти необхідні для побудови мембран нервових клітин і проходження по них електричного імпульсу [12].

Для мозку ПНЖК мають декілька важливих біологічних ролей, у т.ч. при зв'язуванні рецепторів, нейротрансмісії, трансдукції сигналу та синтезу ейкозаноїду.

Відомо, що ПНЖК знижують рівень захворюваності на атеросклероз, інфаркт міокарда, хвороби шлунково-кишкового тракту. Цей факт підтверджується численними дослідженнями. На початку 80-х років ХХ століття Н.О. Bang та J. Deyerberg довели, що низький рівень серцево-судинних захворювань корелює з раціоном, багатим на омега-3 жирні кислоти [4].

У здорових добровольців низькі концентрації в плазмі незамінної докозагексаєнової кислоти (ДГК), що у великих кількостях містяться в рибі, корелюють із низьким вмістом маркерів серотоніну в спинномозковій рідині [5]. Відомо, що зниження кількості серотоніну в структурах мозку тісно пов'язане з розвитком депресії та схильністю до суїциду.

Спроба вивчити зв'язок між кількістю омега-3 жирних кислот у мозку та їх вплив на нейрогенез була зроблена у 2009 р. Дослідники вивели трансгенну мишу, в організмі якої омега-6 жирні кислоти перетворювалися в омега-3, за рахунок яких збільшувалася кількість ДГК в мозку. Це спричинило підвищення нейрогенезу в гіпокампі та поліпшило результати тестів на навчання та запам'ятовування [6].

У 2007 р. проведено дослідження, метою якого було встановити зв'язок зниженого рівня есенціальних жирних кислот у пацієнтів зі схильністю завдати собі шкоди, а також дослідити зв'язок цих кислот із дофамінергічною активністю. У дослідженні взяло участь 40 пацієнтів, в яких проведено вимірювання рівня ліпідів та вмісту есенціальних жирних кислот у сироватці крові. Результати показали, що в пацієнтів, які завдавали собі тілесні пошкодження, рівень загального холестеролу та ПНЖК у сироватці значно нижчий від норми. У пацієнтів із діагностованою депресією спостерігалася зниження кількості омега-3 та омега-6 жирних кислот, однак рівень холестерину був у межах норми [7].

Омега-3 жирні кислоти можуть застосовуватися як супутня терапія депресії в дітей. Про це свідчать дані, отримані після рандомізованого подвійного сліпого плацебо-контрольованого дослідження. У ході дослідження, яке тривало 16 тижнів, виявлено виражену редукцію депресивної симптоматики в дітей, які додатково приймали омега-3 жирні кислоти, порівняно з дітьми, які отримували плацебо. Це підтверджено результатами шкал CDRS (Childhood Depression Rating Scale) та SDI (Childhood Depression Inventory), вимірювання за якими проводилось на 2, 4, 8, 12 та 16-му тижнях дослідження [9].

ПНЖК можуть використовуватися не лише як супутня терапія при психічних розладах, але й для профілактики. В експерименті на мишах доведено роль ПНЖК в ембріогенезі нервової системи. Вчені довели, що гестаційна і рання постнатальна дієтична депривація двох жирних кислот – арахідонової кислоти (АК) та ДГК – спричиняють виражений шизофреноподібний фенотип у популяції мишей у дорослому віці. У мишей, яких позбавили ПНЖК, спостерігалася вища чутливість до наркотичних препаратів і нижча мотивація в процесі навчання [10].

Ефективність призначення омега-3 жирних кислот при лікуванні шизофренії підтверджено в плацебо-контрольованому дослідженні, де ейкозапентаєнова кислота використовувалася як єдиний препарат для лікування шизофренії. З етичних міркувань, в разі гострої необхідності, дозволявся прийом антипсихотичних препаратів. У вибірку увійшли 30 пацієнтів із діагностованою шизофренією. Частина пацієнтів (9)

раніше ніколи не приймала антипсихотичних препаратів, усі інші припинили прийом антипсихотиків за 2 тижні до початку дослідження.

У плацебо-групі до кінця експерименту всім пацієнтам знадобилось відновити прийом антипсихотичних препаратів. У групі, яка приймала ейкозапентаєнову кислоту, 6 пацієнтів не потребували жодних додаткових призначень. Незважаючи на відмінності в лікуванні, які виникли в процесі дослідження, пацієнти, що одержували омега-3 жирні кислоти упродовж експерименту, продемонстрували значно нижчі бали за шкалою PANSS, ніж пацієнти з групи плацебо [13].

Однак не всі дослідження підтверджують користь ПНЖК у лікуванні шизофренії. У багатьох випадках результати не однозначні, вживання омега-3 жирних кислот не завжди дають статистично значуще покращення. Незважаючи на це, достовірно відомо, що ПНЖК не мають доведених побічних ефектів та обмежень щодо використання [11].

Тим не менше, профілактичне вживання ПНЖК у людей з високим ризиком розвитку психічних захворювань дає змогу зменшити імовірність розвитку психозу та відтермінувати маніфест шизофренії. У ході дослідження, проведеного групою австралійських учених з університету Мельбурна, половина учасників протягом 12 тижнів вживала капсули риб'ячого жиру, збагаченого омега-3 жирними кислотами, інша половина отримувала плацебо. Виявилось, що низький рівень ДГК і низький сумарний рівень альфа-ліноленової, ейкозапентаєнової та докозапентаєнової кислот співвідносяться з більшою вираженістю негативної симптоматики у хворих на шизофренію [3]. Довгострокове спостереження (7 років) за пацієнтами, які взяли участь у цьому дослідженні, також показує, що вживання омега-3 ПНЖК зменшує ризик прогресування психічних розладів в осіб молодого віку і допомагає знизити психіатричну захворюваність. На шизофренію захворіли лише 10% тих, хто приймав риб'ячий жир, і 40% – хто приймав плацебо [8].

Висновки

За наведеними даними, ПНЖК можна призначати як супутню терапію для лікування психічних розладів. ПНЖК можна використовувати для профілактики психічних захворювань у людей з групи ризику.

Перспективи подальших досліджень

Необхідно провести масштабніші дослідження для того, щоб достовірно визначити вплив ПНЖК на перебіг психічних розладів.

Література

1. Березов Т. Т. Биологическая химия: учебник / Т. Т. Березов, Б. Ф. Коровкин. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : Медицина, 1998. – С. 189–190.
2. Губський Ю. І. Біологічна хімія / Ю. І. Губський. – Київ; Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – С. 208–209.
3. Amminger G. P. Update on Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids in Early-Stage Psychotic Disorders / G. P. Amminger, P. D. McGorry // *Neuropsychopharmacology*. – 2012. – Jan.; Vol. 37 (1). – P. 309–310.
4. Bang H. O. Plasma lipid and lipoprotein pattern in Greenlandic West-coast Eskimos / H. O. Bang, J. Dyerberg, A. B. Nielsen // *Lancet*. – 2015. – Vol. 1. – P. 1143–1145.
5. Do plasma polyunsaturates predict hostility and violence? / J. R. Hibbeln, J. C. Umhau, D. T. George, N. Jr. Salem // *World Rev Nutr Diet*. – 1996. – Vol. 82. – P. 175–86.
6. Improved spatial learning performance of fat-1 mice is associated with enhanced neurogenesis and neuritogenesis by docosahexaenoic acid / C. He, X. Qu, L. Cui [et al.] // *Proc. Natl. Acad. Sci U S A*. – 2009. – Vol. 106. – P. 11370–11375.
7. Lipids and essential fatty acids in patients presenting with self-harm / M. R. Garland, B. Hallahan, M. McNamara [et al.] // *British Journal of Psychiatry*. – 2007. – Vol. 190. – P. 112–117.
8. Longer-term outcome in the prevention of psychotic disorders by the Vienna omega-3 study / G. P. Amminger [et al.] // *Nat. Commun.* – 2015. – Vol. 6. – 7934 p. – doi: 10.1038/ncomms8934.
9. Omega-3 Treatment of Childhood Depression: A Controlled, Double-Blind Pilot Study / Hanah Nemets, Boris Nemets, Alan Apter [et al.] // *The American Journal of Psychiatry*. – 2006. – Vol. 163. – P. 1098–1100.
10. Polyunsaturated fatty acid deficiency during neurodevelopment in mice models the prodromal state of schizophrenia through epigenetic changes in nuclear receptor genes / M. Maekawa, A. Watanabe, Y. Iwayama [et al.] // *Transl. Psychiatry*. – 2017. – Sep.; Vol. 7 (9). – e1229.
11. *Schizophrenia: omega-3 fatty acid medicines* [Electronic resource] // NICE. – 2013. – Access mode : <https://www.nice.org.uk/guidance/esuom19/resources/schizophrenia-omega3-fatty-acid-medicines-pdf-54116458949508037>. – Title from screen.
12. Simopoulos A. P. Omega-3 fatty acids in health and disease and in growth and development / A. P. Simopoulos // *Am. J. Clin. Nutr.* – 1991. – Vol. 54. – P. 438–463.
13. Two double-blind placebo-controlled pilot studies of eicosapentaenoic acid in the treatment of schizophrenia / M. Peet, J. Brind, C. N. Ramchand [et al.] // *Schizophrenia research*. – 2001. – Vol. 49. – P. 243–251.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.01.2018 р.

Омега-3 жирные кислоты. За и против

А.Р. Иваць, А.П. Романив
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Цель – исследовать влияние полиненасыщенных жирных кислот на течение психических заболеваний; определить целесообразность их использования в качестве сопутствующей терапии для лечения расстройств психики.

Материалы и методы: обзор публикаций, посвященных влиянию полиненасыщенных жирных кислот на течение психических заболеваний.

Результаты и выводы. По приведенным данным, полиненасыщенные жирные кислоты можно назначать в качестве сопутствующей терапии для лечения психических расстройств. Полиненасыщенные жирные кислоты можно использовать для профилактики психических заболеваний у людей из группы риска. Необходимо провести масштабные исследования для того, чтобы достоверно определить влияние полиненасыщенных жирных кислот на течение психических расстройств.

Ключевые слова: полиненасыщенные жирные кислоты, омега-3 жирные кислоты, шизофрения, депрессия, профилактика психических заболеваний.

Omega-3 fatty acids: is it effective? For and against

A.P. Ivats, O.P. Romaniv
SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to investigate the influence of polyunsaturated fatty acids on the course of mental illnesses, to determine the feasibility of their use as an adjunct therapy for the treatment of mental disorders.

Materials and methods: review of publications on the influence of polyunsaturated fatty acids on the course of mental illness.

Results and conclusions. According to the studies mentioned above, polyunsaturated fatty acids can be used as concomitant therapy for the treatment of mental disorders. PUFA can be used to prevent mental illnesses. Additional large studies are needed to determine reliably effect of PUFA on the course of mental disorders there.

Key words: polyunsaturated fatty acids, omega-3 fatty acids, schizophrenia, depression, prevention of mental illnesses.

Відомості про авторів

Иваць Анна Романівна – лікар-психіатр, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Романів Олександр Петрович – к.мед.н., лікар-психіатр у психіатричному відділенні Закарпатського обласного наркологічного диспансеру, директор медичного центру «Нейромед», асистент кафедри пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії на факультеті післядипломної освіти ДВНЗ «Ужгородський національний університет», завідувач кафедри фізичної реабілітації на факультеті здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Примітка. У статтях збережено орфографію, пунктуацію та стилістику авторів.

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.1993 р. №326 «Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики», рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.1998 р. №297 «Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду», у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (тепер – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України») (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного зіставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи).

Довідки та замовлення за телефонами: (44) 576-41-19, 576-41-48.

**В.о. директора ДУ «Український інститут
стратегічних досліджень МОЗ України»**

П. С. Мельник

ДО ВІДОМА АВТОРІВ

Редакція журналу «Україна. Здоров'я нації» запрошує Вас до активної співпраці!

Тематична спрямованість журналу: здоров'я населення та його перспективи; проблеми демографічного розвитку; організація медичної допомоги; боротьба із соціально небезпечними хворобами; правове забезпечення охорони здоров'я; права та захист пацієнта і лікаря; управління охороною здоров'я; розвиток національної системи охорони здоров'я; сільська медицина; розвиток приватного сектору; розвиток стандартизації медичної допомоги; економіка охорони здоров'я; соціальні проблеми охорони здоров'я; доказова медицина; медичні кадри; проблеми медичної освіти; формування здорового способу життя; проблеми екології та охорони здоров'я; міжнародний досвід розвитку охорони здоров'я; історія медицини; фармація: на шляху до міжнародних стандартів; наукова дискусія; ювілей науково-дослідної установи; офіційна інформація; корпоративна інформація.

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

Правила подання матеріалу для опублікування

• **Структура матеріалу:** вступ (стан проблеми за даними літератури); мета, основні завдання та методи дослідження; основна частина (висвітлення статистично опрацьованих результатів дослідження); висновки; перспективи подальшого розвитку в даному напрямку; список літератури, резюме.

• Стаття має супроводжуватись офіційним направленням (супровідним листом), гарантійним листом про оплату публікації, експертним висновком (внутрішньою рецензією установи, в якій була виконана дана робота) та рецензією з візою керівництва (наукового керівника) і завіреною круглою печаткою установи. Експертний висновок, внутрішня рецензія та заява надаються у друкованому вигляді з підписами авторів. Додатково – на електронну адресу як відскановані документи. Рукописи, що не відповідають цій вимозі, повертаються авторам.

• На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, а також авторська довідка: **прізвище, ім'я та по батькові (повністю)**, науковий ступінь, вчене звання, посада, установа, поштова та електронна адреси, номери телефонів. **Звертаємо вашу увагу, що зазначена інформація буде надрукована наприкінці статті.**

• Авторський текстовий оригінал має складатися з двох примірників українською або російською мовою:

- тексту (обсяг статей, у тому числі рисунків, таблиць, списку літератури, резюме, має становити до 8–10 с., оглядів літератури, лекцій – до 15 с., рецензій – до 4 с., повідомлень, листів до редакції – до 3 с.);
- списку літератури (якщо в статті є посилання, – до 15–18 літературних джерел, в оглядах – до 50),
- таблиць;
- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;
- резюме (українською, російською та англійською мовами).

• Текст статті має набиратися на комп'ютері в програмі Word, зберігатися у форматі .rtf і подаватися в роздрукованому та електронному варіантах (на диску або електронною поштою – e-mail: **s.nauka@ukr.net**). Шрифт – 12 пунктів, міжрядковий інтервал – 1,5, розміри берегів (полів): ліве, верхнє, нижнє – 25 мм, праве – 15 мм. Сторінки мають нумеруватися у правому нижньому кутку. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають будуватися в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаватися на диску. **Обсяг однієї сторінки – не більше 40 рядків.**

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

- Бібліографія має включати наукові роботи переважно за останні 7 років, оформлятися згідно з ДСТУ, подаватися відразу за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, опубліковані російською чи українською мовою, далі – іноземних авторів, опубліковані іноземною мовою.

- Посилання в тексті мають позначатися цифрами у квадратних дужках і відповідати нумерації у списку літератури. Скорочення слів та їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582–97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила».

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщуються у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводиться його назва, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули виконуються в редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводяться відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (Х, ХІ). Назви фірм і апаратів зазначаються в оригінальній транскрипції.

- Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і не змінюється протягом усього тексту.

- У резюме вказуються: назва статті, прізвища та ініціали авторів, установа, мета, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; при цьому обсяг кожного резюме має становити 175 слів (у т.ч. назва, автори, установа); у резюме не подаються аббревіатури, зноски та посилання. Резюме подається українською, російською та англійською мовами. ***Звертаємо вашу увагу на якість перекладу резюме англійською мовою.***

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

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

Журнал видається за рахунок авторів статей. Журнал не є комерційним, тому кошти витрачаються виключно на його видання. **Інформаційний спонсор журналу – Закарпатський обласний благодійний фонд «Закарпаття проти СНІДу». Кошти необхідно перераховувати на його рахунок ПР – 26006011339902; МФО 300346; ІНН – 26395674; ПАТ «Альфа-Банк» у м. Києві.** Вартість однієї повної (чи неповної) сторінки рукопису (відповідно до зазначених вище вимог) уточнюється.

Редакційна рада