

ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”
ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України”

ВІСНИК
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

3 (69) / 2016

Public establishment “Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine”
SHEI “Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky
Ministry of Health of Ukraine”

BULLETIN
OF SOCIAL HYGIENE
AND HEALTH PROTECTION
ORGANIZATION OF UKRAINE
SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

Київ – 2016
Тернопіль – 2016

Свідоцтво про державну реєстрацію серія KB № 21502-11302 ПР від 27.07.2015
Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2016 № 3(69)
Науково-практичний журнал

Періодичність виходу – щоквартально
Заснований у січні 1999 р.

Засновники: ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
і ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
Видавець: ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **О.М. Дзюба**

Корда М.М. (заст. головного редактора), Вороненко Ю.В., Голяченко А.О.,
Голяченко О.М. (відповід. редактор), Грузєва Т.С., Лехан В.М.,
Медведовська Н.В., Ситенко О.Р. (відповід. редактор),
Слабкий Г.О., Теренда Н.О., Чепелевська Л.А., Шульгай А.Г.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Бояр І. (Польща), Волошин В.О. (Київ), Голубчиков М.В. (Київ), Гульчій Л.П. (Київ),
Децик О.З. (Івано-Франківськ) Дудіна О.О. (Київ), Дудник С.В. (Київ),
Думанський Ю.В. (Донецьк), С.А. Куков'якін (Росія), Любінець О.В. (Львів),
Майоров О.Ю. (Харків), Нагорна А.М. (Київ), Овоц А. (Польща), Рудень В.В. (Львів),
Сайдакова Н.О. (Київ), Солоненко І.М. (Київ), Станчак Я. (Польща),
Ціборовський О.М. (Київ), Шатило В.Й. (Житомир)

Журнал включено до Переліку фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукового ступеня кандидата і доктора наук (наказ Міністерства освіти і науки України від 07.10.2015 №1021).

Журнал індексується в Index Copernicus, CrossRef, Google Scholar і ULRICHSWEB GLOBAL SERIALS DIRECTORY (США)

Рекомендовано до друку Вченою радою
Українського інституту стратегічних досліджень
(протокол №10 від 27.10.2016)
Передплатний індекс – 22867

Адреса редакції

02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3
E-mail: s.nauka@ukr.net
Тел./факс: (044)576-41-19; 576-41-09

Адреса видавництва і друкарні

46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1
Видавництво «Укрмедкнига» ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
телефон: (0352) 43-49-56; 52-80-09; 52-72-33

Розрахунковий рахунок № 31251266204491 в ДКСУ м. Київ, МФО 820172 Код ЄДРПОУ 02010830
Одержувач платежу : ДВНЗ «Тернопільський медичний університет імені І. Я. Горбачевського»
для журналу «Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України»
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи ДК №2215 від 16.06.2005

Організація медичної допомоги

Слабкий Г.О., Шафранський В.В., Дудіна О.О.
Інвалідність дітей як проблема громадського здоров'я: профілактика та забезпечення ефективної реабілітації

Дзюба О.М., Бурдим Ю.В., Слабкий В.Г.
Своєчасність доставки хворих із травмами внутрішніх органів грудної та черевної порожнини і таза та гострими захворюваннями органів черевної порожнини у лікарняні заклади як проблема первинної медико-санітарної допомоги

Комар В.С. Організація відновного лікування хворих із патологією шкіри та підшкірної клітковини в санаторних умовах

Кручаниця В.В. Антиалкогольна робота лікаря загальної практики – сімейного лікаря

Здоров'я населення: тенденції та прогнози

Слабкий Г.О., Защик Н.С. До питання смертності населення в результаті саморуйнівної поведінки

Теренда Н.О. Основні тенденції та прогнозні оцінки загальної та первинної захворюваності на ішемічну хворобу серця в Україні

Венгер О.П. Особливості суб'єктивного контролю у емігрантів та реемігрантів, хворих на депресивні розлади

Дудіна О.О., Габорець Ю.Ю., Дзюба Г.А.
Характеристика виживання новонароджених із низькою масою тіла при народженні

Наука – практиці охорони здоров'я

Кіосєва О.В. Модель прогнозування ризику розвитку розладів адаптації й адиктивної поведінки у студентів молодших курсів

Підготовка медичних кадрів

Січкоріз О.Є. Організація навчання слухачів циклів інтернатури та спеціалізації за фахом «Клінічна лабораторна діагностика»

Organization of medical care

4 *Slabkiy G.O., Shafranskiy V.V., Dudina O.O.*
Disability of children as a problem of public health: prevention and effective rehabilitation

10 *Dziuba O.M., Burdym Yu.V., Slabkiy V.G.*
Timely delivery of patients with injuries of internal organs of the chest and abdomen and pelvis and acute diseases of the abdominal cavity in hospital facilities as a problem of primary care

16 *Komar V.S.* The organization of rehabilitation treatment in patients with diseases of the skin and subcutaneous tissue in the sanatorium conditions

22 *Kruchanytsia V.V.* Anti alcohol activity of general practitioner-family doctor

Health of the population: tendencies and forecasts

27 *Slabkiy G.O., Zashchik N.S.* To the problem of population mortality due to self-destructive behavior

31 *Terenda N.O.* Trends and forecast estimations general and primary morbidity ischemic heart disease Ukraine

36 *Venger O.P.* Features subjective control in emigrants and re-emigrants with depressive disorder

41 *Dudina O.O., Gaborets Yu.Yu., Dziuba G.A.*
Characteristic of survival of newborns with low weight at birth

The science for health care practice

49 *Kioseva O.* Model of prognostication of risk of development of disorders of adaptation and addictive behavior of students of junior courses

Medical personnel training

55 *Sichkoriz O.Ye.* Organizazion of studying interns and physiciansin clinical and laboratory diagnostics

Г.О. СЛАБКИЙ¹, В.В. ШАФРАНСЬКИЙ², О.О. ДУДИНА¹

ІНВАЛІДНІСТЬ ДІТЕЙ ЯК ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: ПРОФІЛАКТИКА ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

¹ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»,
м. Київ, Україна²Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета: вивчити та проаналізувати стан інвалідності дітей в Україні з позиції необхідності профілактики інвалідності дітей та забезпечення їх реабілітації в умовах системи громадського здоров'я.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності за період 2011–2015 рр. У ході дослідження використано статистичний та бібліосемантичний методи.

Результати. Станом на 31.12.2015 р. в Україні налічувалося 153547 дітей-інвалідів. Зареєстровано зменшення поширеності інвалідності з 207,6 на 10 тис. дітей віком до 18 років у 2011 р. до 201,6 у 2015 році. Первинна інвалідність за цей період зменшилася з 23,4 до 21,6 на 10 тис. дитячого населення. Найбільш інвалідизуючими хворобами є природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії, розлади психіки та поведінки і хвороби нервової системи. Показники інвалідності дітей мають суттєві відмінності за регіонами.

Висновки. У вирішенні питань профілактики інвалідності дітей та реабілітації дітей-інвалідів має значний внесок зробити система громадського здоров'я, яка сьогодні формується в Україні.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: інвалідність дітей, показники, поширеність, тенденції, профілактика, реабілітація.

Інвалідність дитячого населення є однією з найбільш актуальних проблем, оскільки вона є медичною, соціальною, психологічною, економічною проблемою і має державне значення [1]. Піклування суспільства про інвалідів дитинства триває довгі роки [6].

Значущість проблеми інвалідності з дитинства також обумовлена тим, що майже у 25% інвалідів у віці до 50 років інвалідизація обумовлена захворюванням, перенесеним у дитинстві. Дитяча інвалідність є найбільш чутливим індикатором якості життя населення, інтегруючи усі негативні сторони сучасності і побічно характеризуючи рівень розвитку усіх сфер життєдіяльності суспільства [3;5]. Питання дитячої інвалідності стають усе актуальнішими в умовах стрімкого наростання проблем соціального розвитку, розтрати людського потенціалу, розбалансованості міжособових стосунків, військових дій на сході України і показують необхідність пошуку рішень як медичного, так і соціального характеру, на якісно новому рівні [2;8].

Актуальність проблеми профілактики інвалідності з дитинства і забезпечення ефективної реабілітації цих контингентів інвалідів зумовлена тим, що упродовж останніх років в Україні уперше інвалідами впродовж року стають близько 17 тис. дітей, а серед усього дитячого населення діти-інваліди складають 2,0–2,1% при орієнтовному показнику в інших країнах 2,5%. Переважна більшість із них

зберігають статус інваліда у подальшому житті, що суттєво впливає на проблему збереження працездатності та обороноздатності нації [4;7].

Мета роботи: вивчити та проаналізувати стан інвалідності дітей в Україні з позиції необхідності профілактики інвалідності дітей та забезпечення їх реабілітації в умовах системи громадського здоров'я.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності за період 2011–2015 років. У ході дослідження використано статистичний та бібліосемантичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення. Показник інвалідності дітей можна вважати концентрованим відображенням успішності суспільства, соціальної захищеності та рівня і якості здоров'я підростаючого покоління. Він найбільш яскраво ілюструє різке зниження у дітей функціональних можливостей організму, реакцій пристосування і захисту. Позитивна тенденція стану поширеності хвороб дитячого населення, поліпшення якості медичної допомоги дітям зумовили зменшення поширеності інвалідності з 207,6 на 10 тис. дітей віком до 18 років у 2011 р. до 201,6 у 2015 році. Первинна інвалідність за цей період зменшилася з 23,4 до 21,6 на 10 тис. дитячого населення (рис. 1).

Загальна чисельність дітей-інвалідів упродовж останніх п'яти років зменшилася на 21,6 тис. і у 2015 р. становила 153547 осіб, або 2,02% від загальної кількості дітей. За розрахунками Євро-

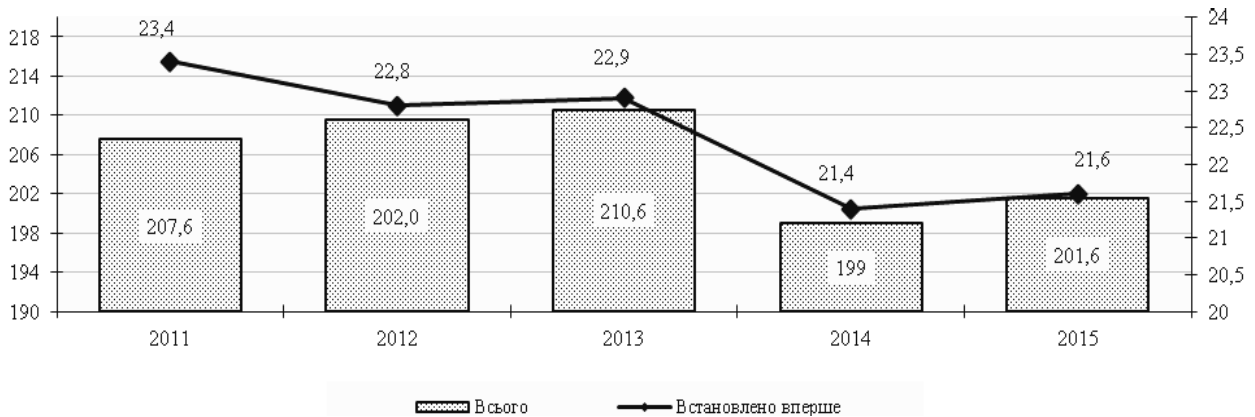


Рис. 1. Поширеність інвалідності серед дітей 0–17 років в Україні у 2011–2015 рр. (на 10 тис. відповідного населення)

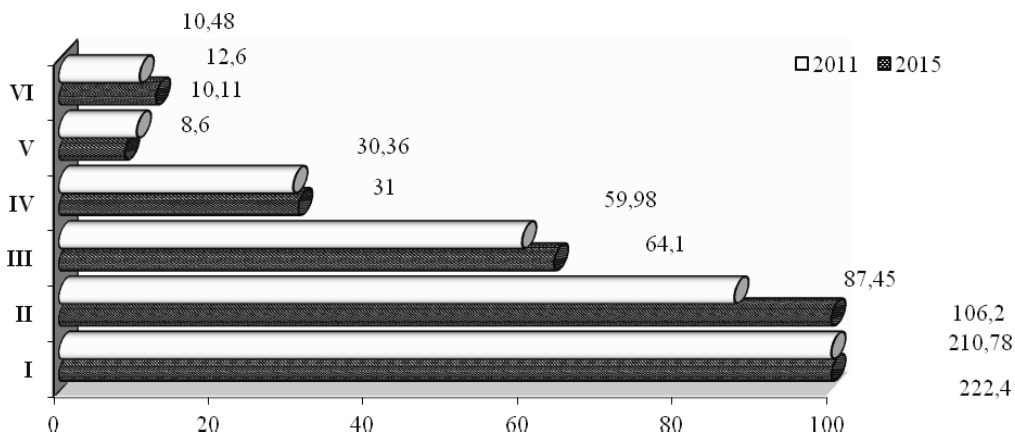
пейської Академії Дитячої Інвалідності, в Україні очікується понад 200 тис. дітей-інвалідів віком до 18 років, з них до 80 тис. з важкою інвалідністю.

Порівняння даних вітчизняної та міжнародної статистики свідчить про те, що в Україні завищені вимоги до встановлення інвалідності. При повному використанні прав, наданих Законом України «Про Загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» до 2016 року» №1065-VI від 05.03.2009, спільним наказом МОЗ, Мінпраці та соціальної політики, Міністерства фінансів України від 08.12.2001 №454/471/516 «Про затвердження переліку медичних показань, що дають право на одержання соціальної допомоги на дітей-інвалідів до 16 років» та наказом МОЗ України від 11.07.2005 №342 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 04.12.2001 №279 «Про затвердження порядку видачі медичного висновку про дитину-інваліда віком до 16 років», число дітей-інвалідів має значно зростати. Ці тенденції притаманні будь-якій цивілізованій державі, бо на перше місце

ставиться збереження життя усім дітям. Така постановка проблеми правильна, оскільки дає можливість упорядкувати статистичні дані щодо дитячої інвалідності, збільшити число сімей, охоплених соціальною допомогою, і зумовити точніше планування медичних і медико-соціальних програм щодо створення служб реабілітації та відновного лікування.

У 2015 р., як і в попередні роки, відмічалось коливання показника загальної інвалідності від 254,3 на 1000 дітей віком до 18 років у Чернігівській, 248,2 у Київській, 144,7 у Житомирській, 239,1 у Рівненській, 231,4 у Вінницькій областях до 166,4 в Одеській, 185,6 у Херсонській, 186,6 у Луганській областях.

Проведений нами спеціальний аналіз частки інвалідів серед загальної кількості хворих дітей у розрізі класів хвороб у 2013 р. і у 2008 р. засвідчив, що найбільш інвалідизуючими хворобами є природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії, розлади психіки та поведінки та хвороби нервової системи (рис. 2).



I – Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії
II – Розлади психіки та поведінки
III – Хвороби нервової системи

IV – Хвороби вуха та соскоподібного відростка
V – Хвороби ока та його придаткового апарату
VI – Усього по Україні

Рис. 2. Частка дітей-інвалідів у загальній кількості хворих дітей в Україні у 2011 і 2015 рр. (%)

Так, в середньому на 1000 зареєстрованих захворювань у дітей у 2011 р. припадало 10,5 інваліда, у 2015 р. – 12,6. Несуттєві відмінності і динаміки частоти інвалідів серед зареєстрованих захворювань у розрізі класів хвороб – природжених аномалій, хвороб вуха, ока, нервової системи, розладів психіки та поведінки. У 2015 р., як і у 2011 р., найбільше інвалідів зареєстровано серед дітей з природженими вадами розвитку – 222,4 та 210,78 на кожну тисячу зареєстрованих захворювань відповідно, розладами психіки та поведінки – 106,2 та 87,4 відповідно. До найменш «інвалідизуючих» хвороб можна віднести хвороби ока, при яких на 1000 зареєстрованих хвороб припадає біля 8,6–10,1 інваліда. Отримані нами дані кореспондуються з даними публікацій, у яких розглядаються проблеми інвалідизації дитячого населення, і свідчать про необхідність посилення первинної профілактики захворюваності дітей та удосконалення надання медичної допомоги дітям із важкими інвалідизуючими хворобами.

У структурі інвалідності дітей упродовж 2011–2015 рр. серед причин, внаслідок яких діти стають інвалідами, перше місце посідають природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (29,13–31,3%), друге – хвороби нервової системи (18,9–17,0%), третє – розлади психіки та поведінки (15,5–14,0%).

Як видно на рис. 3, у цілому зміни у структурі причин інвалідності були незначними – спостерігалася виразна тенденція до зменшення хвороб нервової системи, розладів психіки та поведінки, хвороб

вуха та соскоподібного відростка при тенденції до збільшення у структурі причин питомої ваги природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій.

Динаміка інвалідності за віковими групами збігається з динамікою поширеності хвороб у дітей відповідних вікових груп – збільшення з віком. Як і в попередні роки, у 2015 р. відмічається зростання інвалідності залежно від віку: з 76,4 на 10 тис. відповідного населення серед дітей 0–2 років до 163,9 серед дітей 3–6 років, 256,3 серед дітей 7–14 років та до 269,1 серед дітей підліткового віку. Зростання інвалідності з віком притаманне зростанню її за усіма причинами.

У динаміці за проаналізований період зросла інвалідність лише серед дітей віком 7–14 років з 222,0 на 10 тис. відповідного населення у 2011 р. до 256,3,0 у 2015 р., а серед дітей інших вікових груп – зменшилася (рис. 4).

Станом на 31.12.2015 р. в Україні налічувалося 153547 дітей-інвалідів та зареєстровано 12267123 хвороби, у середньому на 100 захворювань припадало 11,6 інваліда. Враховуючи однакову важкість перебігу захворювань у дітей в різних регіонах, логічно припустити, що розбіжності цього показника в розрізі регіонів незначні.

Проведений нами аналіз засвідчив суттєві розбіжності у співвідношенні зареєстрованої кількості хвороб та інвалідів у різних регіонах (рис. 5). Діапазон частоти інвалідів серед зареєстрованих захворювань коливався в розрізі регіонів від 9,0 на 1000 захворювань у м. Києві, 10,3–10,4 у Київ-

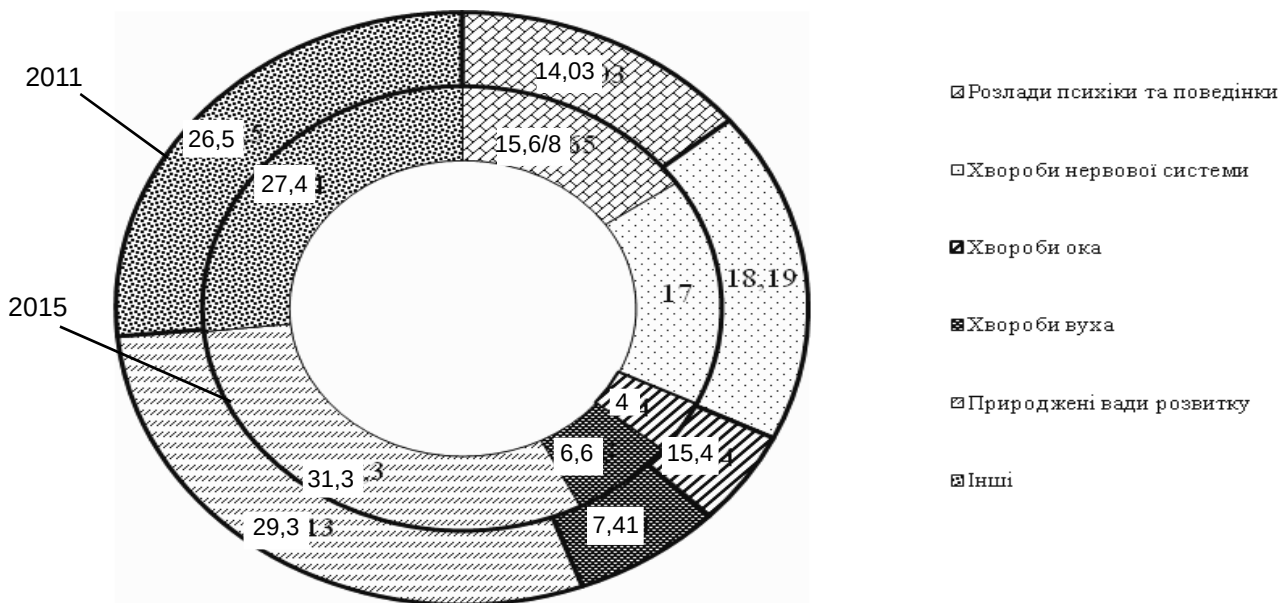


Рис. 3. Динаміка структури інвалідності дітей віком 0–17 років включно в Україні у 2011 та 2015 рр. (%)

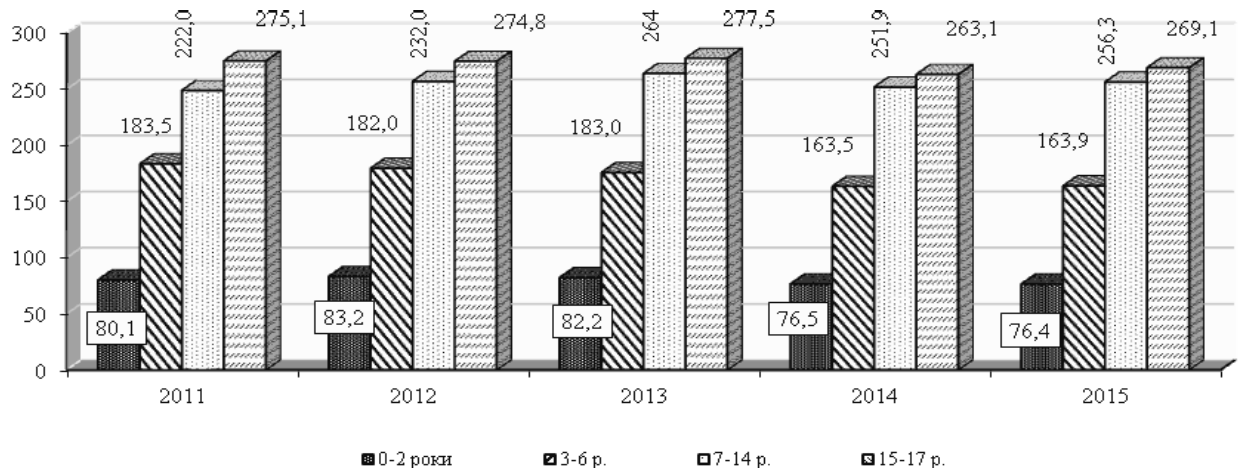


Рис. 4. Динаміка інвалідності дітей окремих вікових груп в Україні на 10 тис. відповідного населення, 2011–2015 рр.

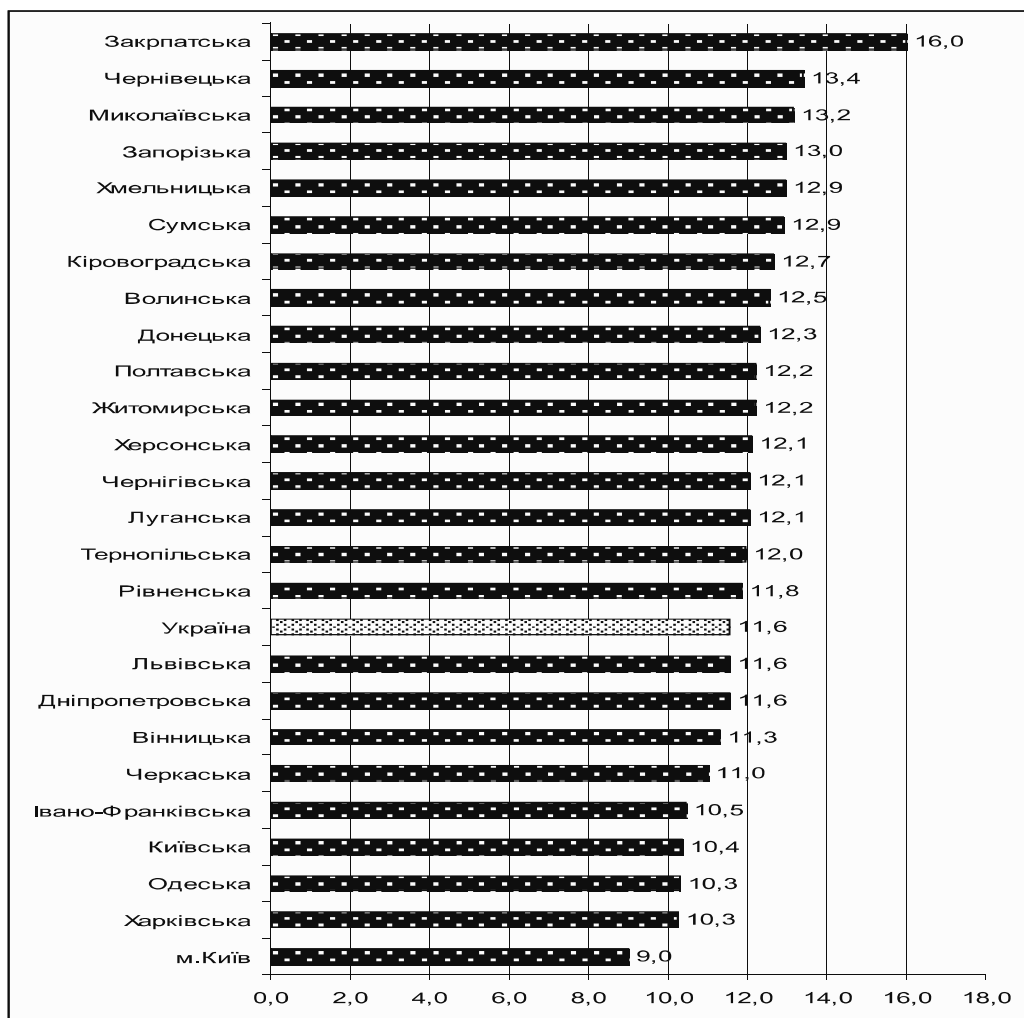


Рис. 5. Співвідношення зареєстрованої кількості хвороб та інвалідів у розрізі регіонів у 2015 р. (кількість інвалідів на 1000 хвороб)

ській, Харківській і Одеській областях до 16,0 у Закарпатській, 13,4–13,2 у Чернівецькій та Миколаївській областях.

Отримані дані вказують на доцільність проведення тематичних клінічних аудитів із первинної профілактики захворюваності та якості медичної

допомоги дітям із важкими інвалідизуючими хворобами у Закарпатській, Чернівецькій та Миколаївській областях.

Слід зазначити, що в Україні не отримала належного розвитку позиція експертів ВООЗ і провідних вітчизняних авторів, що вирішення проблеми

погіршення здоров'я дітей, зокрема попередження інвалідності, не має замикатися на службах охорони здоров'я і реабілітації, а слід залучати до їх вирішення інші відомства, громадські організації, міжнародні проекти.

Висновки

Ситуація з інвалідністю дітей в Україні свідчить про необхідність структурної перебудови системи надання медичної допомоги на користь первинної ланки, раціоналізації стаціонарної та спеціалізованої медичної допомоги шляхом запровадження міжнародних стандартів лікувальної діяльності в умовах єдиного медичного простору. Водночас зміцнення педіатричної служби слід поєднати з розвитком профілактичної медицини та формуванням мотивації населення до збереження та зміцнення здоров'я.

Крім того, факторна детермінація основних причин дитячої інвалідності зумовлює доцільність

формування основних напрямків та програм зі зниження інвалідності дітей. Це, насамперед, подальший розвиток служб медико-генетичного консультування, планування сім'ї, поліпшення якості медичного догляду новонароджених із низькою і дуже низькою масою тіла при народженні, організація служби медико-соціального патронажу в сім'ях високого соціального ризику. З метою підвищення батьківської компетенції необхідно тактовно й обережно формувати об'єктивне уявлення про наявний у дитини дефект і можливі його наслідки.

У вирішення питань профілактики інвалідності дітей та реабілітації дітей-інвалідів має значний внесок зробити система громадського здоров'я, яка сьогодні формується в Україні.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності реабілітації дітей-інвалідів.

Список літератури

1. *Глобальная стратегия охраны здоровья женщин и детей* [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/20100910_gswch_russian.pdf. – Название с экрана.
2. Дудіна О. О. До стану здоров'я дитячого населення / О. О. Дудіна, Ю. Ю. Габорець, У. В. Волошина // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3. – С. 10–11.
3. Дудіна О. О. Ситуаційний аналіз стану здоров'я дитячого населення / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Вісник соціальної гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2014. – № 2. – С. 49–57.
4. *Європейська база даних «Здоров'я для всіх»* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.euro.who.int/hfad>. – Назва з екрану.
5. *Мировая статистика здравоохранения*. 2012 год. – Женева : ВОЗ, 2013. – 176 с.
6. Моїсеєнко Р. О. Оптимізація системи надання медичної допомоги дітям і матерям в Україні: реалії і перспективи : монографія / Р. О. Моїсеєнко. – Київ : Логос, 2013. – 232 с.
7. *Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2013–2014 роки*. – Київ : ЦМС МОЗ України, 2015. – 328 с.
8. *Стан здоров'я дітей 0–17 років включно за 2015 рік (аналітично-статистичний довідник)* / Центр медичної статистики МОЗ України. – Київ, 2016.

ИНВАЛИДНОСТЬ ДЕТЕЙ КАК ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ: ПРОФИЛАКТИКА И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Г.А. Слабкий¹, В.В. Шафранский², Е.А. Дудина¹

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

²Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Цель: изучить и проанализировать состояние инвалидности детей в Украине с позиции необходимости профилактики инвалидности детей и обеспечения их реабилитации в условиях системы общественного здоровья.

Материалы и методы. Материалами исследования стали данные отраслевой статистической отчетности за период 2011–2015 гг. В ходе исследования использованы статистический и библиосемантический методы.

Результаты. По состоянию на 31.12.2015 г. в Украине насчитывалось 153547 детей-инвалидов. Зарегистрировано уменьшение распространенности инвалидности с 207,6 на 10 тыс. детей в возрасте до 18 лет в 2011 г. до 201,6 в 2015 году. Первичная инвалидность за этот период уменьшилась с 23,4 до 21,6 на 10 тыс. детского населения. Наиболее инвалидизирующими болезнями являются врожденные пороки развития, деформации и хромосомные аномалии, расстройства психики и поведения и болезни нервной системы. Показатели инвалидности детей имеют существенные отличия по регионам.

Выводы. В решении вопросов профилактики инвалидности детей и реабилитации детей-инвалидов должна сделать значительный вклад система общественного здоровья, формирующаяся сегодня в Украине.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: инвалидность детей, показатели, распространенность, тенденции, профилактика, реабилитация.

DISABILITY OF CHILDREN AS A PROBLEM OF PUBLIC HEALTH: PREVENTION AND EFFECTIVE REHABILITATION

G.O. Slabkiy¹, V.V. Shafranskiy², O.O. Dudina¹

¹PE «Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine», Kyiv, Ukraine

²Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Goal of study: to consider and analyze the state of disability of children in Ukraine from the position of the necessity of children's disability prevention and providing their rehabilitation the frames of the system of Public health.

Materials and methods. The data of branch statistical reports for the period of the years 2011–2015 were used as material for study. Statistical and bibliosemantic methods of study were used in the course of research.

Results. To 31.12.2015 there were 153547 disabled children registered in Ukraine. Reduction in the prevalence of disability among the children under 18 years of age was registered in 2015 to 201.6 comparing to 207.6 in 2011. The primary disability for the period decreased from 23.4 to 21.6 per 10 thousands of pediatric population. Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities, mental and behavioral disorders and the diseases of nervous system are the most disabling diseases among children. Indices of the disabilities of children have significant differences by regions.

Conclusions. The system of public health which is currently formed in Ukraine has to make a significant contribution to the matter of prevention of disability and rehabilitation of disabled children.

KEY WORDS: **disability of children, indices, prevalence, tendencies, prevention, rehabilitation.**

Рукопис надійшов до редакції 20.10.2016 р.

Відомості про автора:

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., в.о. директора ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; тел. служб.: +38(044) 576-41-19.

Шафранський Віктор Вікторович – к.мед.н. доц. кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

Дудіна Олена Олександрівна – к.мед.н., с.н.с., завідувач відділення охорони здоров'я матері і дитини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; тел. служб.: +38(044) 576-41-16.

УДК 614.2:616-001-083.98

DOI 10.11603/1681-2786.2016.3.7003

О.М. ДЗЮБА, Ю.В. БУРДИМ, В.Г. СЛАБКИЙ

СВОЄЧАСНІСТЬ ДОСТАВКИ ХВОРИХ ІЗ ТРАВМАМИ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ ТА ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ І ТАЗА ТА ГОСТРИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ У ЛІКАРНЯНІ ЗАКЛАДИ ЯК ПРОБЛЕМА ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

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

Мета: вивчити та проаналізувати рівні доставки хворих з травмами внутрішніх органів грудної та черевної порожнини і таза та гострими захворюваннями органів черевної порожнини пізніше 24 годин у лікарняні заклади системи охорони здоров'я в аспекті проблем первинної медико-санітарної допомоги.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності за 2010–2014 рр. щодо рівнів звернення хворих у лікарняні заклади системи охорони здоров'я України. Основним методом дослідження був статистичний метод.

Результати. Встановлені високі показники звернення хворих з травмами внутрішніх органів грудної та черевної порожнини і таза та гострими захворюваннями органів черевної порожнини за медичною допомогою в терміні пізніше 24 годин після травми (початку захворювання). Дані показники мають достовірні відмінності за регіонами.

Висновки. Високі показники несвоєчасного звернення за медичною допомогою хворих із травмами внутрішніх органів грудної та черевної порожнини і таза та гострими захворюваннями органів черевної порожнини вказують на низьку ефективність диспансеризації хворих та недостатній рівень санітарно-просвітницької роботи сімейних лікарів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: травма внутрішніх органів грудної та черевної порожнини і таза, гострі захворювання органів черевної порожнини, термін звернення по медичну допомогу, несвоєчасність.

Якість та ефективність медичної допомоги значно залежать від своєчасності звернення пацієнтів – так званого «терапевтичного вікна» [1;3;7]. Для пацієнтів із травмами внутрішніх органів грудної та черевної порожнини і таза та гострими захворюваннями органів черевної порожнини «терапевтичним вікном» є 24 години з моменту отримання травми чи початку гострого захворювання [2;6]. Важливу роль у питаннях своєчасного звернення хворих за медичною допомогою відіграє первинна медико-санітарна допомога, яка наразі активно реформується в Україні [4;5].

Мета роботи: вивчити та проаналізувати рівні доставки хворих на травми внутрішніх органів грудної та черевної порожнини і таза та гострі захворювання органів черевної порожнини пізніше 24 годин з моменту отримання травми чи початку гострого захворювання у лікарняні заклади системи охорони здоров'я України в аспекті проблем первинної медико-санітарної допомоги.

Матеріали і методи. Основним методом дослідження став статистичний метод. Матеріалами дослідження стали результати галузевої статистичної звітності за 2010–2014 рр. щодо рівнів

доставки хворих на травми внутрішніх органів грудної та черевної порожнини і таза та гострі захворювання органів черевної порожнини пізніше 24 годин з моменту отримання травми чи початку гострого захворювання в лікарняні заклади системи охорони здоров'я України.

Результати дослідження та їх обговорення. На початку дослідження були вивчені та проаналізовані дані щодо рівня доставки хворих на травми внутрішніх органів грудної та черевної порожнини і таза пізніше 24 годин з моменту отримання травми чи початку гострого захворювання в лікарняні заклади системи охорони здоров'я України. Як видно з таблиці 1, за роки дослідження вказані показники знизилися на 0,8% і в 2014 р. склали 17,3%. При цьому зареєстровані достовірні відмінності показника в розрізі регіонів України. Граничні показники відрізняються в 27,4 разу – від 1,1% у Луганській до 30,1% в Одеській області. За роки дослідження даний показник знизився в 13 (52,0%) та збільшився в 12 (48,0%) регіонах.

Наступним етапом дослідження було вивчення рівнів доставки хворих з окремими станами у лікувальні заклади пізніше 24 годин з моменту початку гострого захворювання.

© О.М. Дзюба, Ю.В. Бурдим, В.Г. Слабкий, 2016

Таблиця 1. Рівні доставки хворих на травми внутрішніх органів грудної та черевної порожнини і таза пізніше 24 годин у лікарняні заклади системи охорони здоров'я України, 2010–2014 рр., %

Адміністративний регіон	2010	2011	2012	2013	2014	2014 до 2010
Вінницька	22,5	22,8	28,7	27,7	29,8	+7,3
Волинська	11,9	10,4	13,5	15,7	10,0	-1,9
Дніпропетровська	17,7	15,5	15,5	11,8	16,1	-1,6
Донецька	23,1	23,5	24,0	23,1	9,4	-13,7
Житомирська	13,9	15,8	14,7	16,5	15,6	+1,7
Закарпатська	11,6	7,5	6,3	4,5	1,3	-10,3
Запорізька	21,9	21,9	23,8	19,7	25,0	+3,1
Івано-Франківська	2,6	4,1	3,5	3,8	7,1	+4,5
Київська	12,7	7,6	9,4	11,4	9,1	-3,6
Кіровоградська	14,5	17,2	18,1	17,4	17,8	+3,3
Луганська	15,7	14,0	8,6	9,3	1,1	-14,6
Львівська	23,6	22,8	23,9	24,8	27,3	+3,7
Миколаївська	31,5	24,0	30,5	21,7	27,6	-3,9
Одеська	22,9	22,2	18,5	21,8	30,1	+7,2
Полтавська	22,6	21,8	19,9	21,5	24,5	+1,9
Рівненська	9,1	8,5	5,4	7,3	3,1	-6,0
Сумська	19,0	18,7	18,1	21,0	10,6	-8,4
Тернопільська	6,7	9,3	7,8	14,0	11,3	+4,6
Харківська	20,3	20,2	21,7	26,0	19,1	-1,2
Херсонська	25,4	29,2	22,3	18,9	18,2	-7,2
Хмельницька	15,6	11,6	10,6	8,6	9,5	-6,1
Черкаська	15,6	19,0	22,8	21,9	26,2	+10,6
Чернівецька	13,0	11,8	27,2	13,5	17,6	+4,6
Чернігівська	23,4	23,7	22,4	26,6	21,8	-1,6
м. Київ	13,6	11,1	11,8	12,1	15,1	+1,5
Україна	18,1	17,3	17,6	16,9	17,3	-0,8

Вивчення рівнів доставки хворих на гострий панкреатит пізніше 24 годин у лікарняні заклади системи охорони здоров'я показало, що за роки дослідження вказаний показник знизився на 2,0% і в 2014 р. склав 37,9%. Аналіз наведених у таблиці 2 даних вказує на достовірні відмінності показника за регіонами. Граничні рівні показника за регіонами становлять від 12,9% у Сумській до 50,6% у Харківській області. Різниця становить 3,9 разу. За роки дослідження даний показник знизився в 16 (64,0%) та збільшився в 9 (36,0%) регіонах.

Далі вивчався та аналізувався показник рівня доставки хворих на гострий холецистит пізніше 24 годин у лікарняні заклади системи охорони здоров'я України. Наведені в табл. 3 дані вказують на те, що за роки дослідження цей показник знизився на 3,2% і в 2014 р. становив 44,9%. Виявлено достовірні відмінності показника за регіонами. Граничні рівні показника за регіонами становлять від 10,1% у Закарпатській до 64,2% у Житомирській області. Різниця становить 6,4 разу. За роки дослідження даний показник знизився в 13 (52,0%) та збільшився в 11 (44,0%), без змін залишився в одному (4,0%) регіоні.

Також було вивчено та проаналізовано рівні доставки хворих на проривну виразку шлунка та

12-палої кишки пізніше 24 годин у лікарняні заклади системи охорони здоров'я України (табл. 4). За роки дослідження цей показник збільшився на 2,3% і в 2014 р. становив 17,5%. Аналіз наведених у таблиці даних вказує на достовірні відмінності показника за регіонами. Граничні рівні показника за регіонами становлять від 2,6% у Тернопільській до 25,8% у Херсонській області за відсутності таких пацієнтів у Луганській області. За роки дослідження даний показник знизився у 7 (32,0%) та підвищився у 16 (64,0%) регіонах, залишився без змін у Київській області.

Далі було вивчено та проаналізовано рівні доставки хворих на шлунково-кишкову кровотечу пізніше 24 годин у лікарняні заклади системи охорони здоров'я України. За роки дослідження цей показник при шлунково-кишкових кровотечах зменшився на 1,5% і в 2014 р. склав 35,2%. Аналіз наведених у таблиці 5 даних вказує на достовірні відмінності показника за регіонами. Граничні рівні показника за регіонами становлять від 17,4% у Луганській до 48,8% у Херсонській області. Гранична різниця становить 2,8 разу. За роки дослідження даний показник знизився в 15 (60,0%) та збільшився в 10 (40,0%) регіонах.

Таблиця 2. Рівні доставки хворих на гострий панкреатит пізніше 24 годин у лікарняні заклади системи охорони здоров'я України, 2010–2014 рр., %

Адміністративний регіон	2010	2011	2012	2013	2014	2014 до 2010
Вінницька	43,9	31,9	37,6	36,8	42,0	-1,9
Волинська	40,1	32,0	36,9	38,6	40,8	+0,7
Дніпропетровська	36,6	37,5	33,7	33,6	35,0	-1,6
Донецька	50,3	47,5	48,7	48,5	39,5	-10,8
Житомирська	42,2	37,1	41,9	45,1	42,1	-0,1
Закарпатська	16,4	19,5	13,6	14,4	13,8	-2,6
Запорізька	34,4	34,7	35,3	36,6	35,5	+1,1
Івано-Франківська	17,3	17,3	15,4	17,0	20,7	+3,4
Київська	29,8	33,2	34,7	34,5	31,9	+2,1
Кіровоградська	30,1	30,1	32,8	36,9	34,5	+4,4
Луганська	32,5	25,4	21,7	19,6	16,1	-16,4
Львівська	39,0	40,6	38,2	35,4	36,9	-2,1
Миколаївська	43,8	41,5	43,5	41,6	42,1	-1,7
Одеська	46,6	39,9	42,2	45,0	39,5	-7,1
Полтавська	40,1	38,8	37,5	44,8	39,1	-1,0
Рівненська	22,8	21,2	25,3	22,3	22,6	-0,2
Сумська	19,3	20,2	15,0	14,7	12,9	-6,4
Тернопільська	31,9	25,1	28,4	37,3	28,6	-3,3
Харківська	46,8	47,6	47,3	46,8	50,6	+3,8
Херсонська	53,0	46,5	47,3	49,8	45,9	-7,1
Хмельницька	24,7	36,7	38,7	37,5	36,7	+12,0
Черкаська	46,5	40,7	44,5	39,7	48,0	+1,5
Чернівецька	47,0	38,3	44,3	34,5	31,0	-16,0
Чернігівська	46,2	41,3	37,7	44,1	44,0	-2,2
м. Київ	44,3	44,2	46,3	42,8	43,8	-0,5
Україна	39,9	38,5	38,8	38,7	37,9	-2,0

Таблиця 3. Рівні доставки хворих на гострий холецистит пізніше 24 годин у лікарняні заклади системи охорони здоров'я України, 2010–2014 рр., %

Адміністративний регіон	2010	2011	2012	2013	2014	2014 до 2010
Вінницька	54,1	53,9	54,8	56,3	59,8	+5,7
Волинська	36,5	35,6	36,9	35,0	33,0	-3,5
Дніпропетровська	44,7	46,3	44,0	41,4	47,0	+2,3
Донецька	46,8	49,9	51,2	53,2	45,0	-1,8
Житомирська	49,9	49,2	55,8	59,2	64,2	+14,3
Закарпатська	23,1	22,7	13,8	12,9	10,1	-13,0
Запорізька	37,1	37,7	37,8	38,4	37,1	=
Івано-Франківська	20,6	20,0	22,7	24,1	24,9	+4,3
Київська	35,8	40,3	41,4	39,5	41,8	6,0
Кіровоградська	48,8	41,5	40,4	36,9	37,5	-11,3
Луганська	29,2	27,3	28,0	20,8	22,4	-6,8
Львівська	56,5	57,1	52,8	51,4	52,9	-3,6
Миколаївська	49,9	52,4	51,8	44,8	48,3	-1,6
Одеська	55,2	48,3	44,3	43,4	37,1	-18,1
Полтавська	51,0	50,8	52,4	55,9	53,1	+2,1
Рівненська	26,6	29,3	29,7	32,4	26,9	+0,3
Сумська	28,7	31,6	20,6	17,9	18,6	-10,1
Тернопільська	30,1	28,7	33,9	29,0	25,4	-4,7
Харківська	55,5	54,4	59,6	56,8	57,0	+1,5
Херсонська	65,3	66,4	59,6	61,8	60,9	-4,4
Хмельницька	28,2	36,6	43,5	42,4	39,3	+11,1
Черкаська	45,5	61,8	60,5	58,6	61,3	+15,8
Чернівецька	60,9	49,7	46,2	42,4	29,4	-31,5
Чернігівська	58,1	54,2	45,0	47,0	50,4	-7,7
м. Київ	47,7	55,9	57,2	49,9	53,7	+6,0
Україна	48,1	47,6	47,3	46,0	44,9	-3,2

Таблиця 4. Рівні доставки хворих на проривну виразку шлунка та 12-палої кишки пізніше 24 годин у лікарняні заклади системи охорони здоров'я України, 2010–2014 рр., %

Адміністративний регіон	2010	2011	2012	2013	2014	2014 до 2010
Вінницька	19,3	22,1	19,8	20,2	25,7	+6,4
Волинська	10,4	8,7	10,2	10,3	11,6	+1,2
Дніпропетровська	16,3	18,0	16,9	21,6	17,5	+1,2
Донецька	21,6	20,5	23,9	25,6	23,1	+1,5
Житомирська	14,9	11,9	17,4	17,0	19,0	+4,1
Закарпатська	9,0	9,6	12,3	5,8	7,5	-1,5
Запорізька	19,1	20,7	20,2	14,4	22,5	+3,4
Івано-Франківська	3,8	10,3	4,9	12,1	13,3	+9,5
Київська	10,3	8,6	10,9	11,7	10,3	=
Кіровоградська	14,8	15,3	13,4	11,8	14,7	-0,1
Луганська	3,7	6,0	4,7	3,9	-	-3,7
Львівська	15,1	18,4	21,7	20,3	20,2	+5,1
Миколаївська	13,6	16,3	15,8	12,7	15,5	+1,9
Одеська	16,2	18,4	17,9	18,3	22,8	+6,6
Полтавська	13,1	15,3	17,2	15,4	17,1	+4,0
Рівненська	4,4	7,2	4,8	7,4	11,2	+6,8
Сумська	8,6	9,2	5,4	7,7	6,4	-2,2
Тернопільська	3,1	5,3	3,1	5,1	2,6	-0,5
Харківська	18,2	24,9	25,9	24,6	23,7	+5,5
Херсонська	22,7	24,8	21,1	23,1	25,8	+3,1
Хмельницька	15,7	12,0	13,0	16,4	12,2	-3,5
Черкаська	14,1	13,2	13,5	17,9	19,7	+5,6
Чернівецька	13,0	11,5	22,1	7,5	5,1	-7,9
Чернігівська	17,1	18,0	22,7	21,9	14,9	-2,2
м. Київ	21,6	30,8	26,2	22,9	23,4	+1,8
Україна	15,2	17,0	17,2	17,2	17,5	+2,3

Таблиця 5. Рівні доставки хворих на шлунково-кишкову кровотечу пізніше 24 годин у лікарняні заклади системи охорони здоров'я України, 2010–2014 рр., %

Адміністративний регіон	2010	2011	2012	2013	2014	2014 до 2010
Вінницька	33,6	35,6	25,0	31,7	44,0	+10,4
Волинська	33,3	35,8	33,5	32,2	33,4	+0,1
Дніпропетровська	40,8	43,3	36,9	39,3	30,0	-10,8
Донецька	41,0	40,4	37,4	34,4	47,1	+6,1
Житомирська	30,2	28,1	31,3	31,5	38,2	+8,0
Закарпатська	17,1	17,0	18,3	15,7	19,4	+2,3
Запорізька	46,9	41,5	37,9	37,9	37,9	-9,0
Івано-Франківська	19,7	14,2	22,5	18,7	18,8	-0,9
Київська	21,9	19,2	27,5	25,0	20,8	-1,1
Кіровоградська	30,5	36,5	29,8	32,1	30,0	-0,5
Луганська	22,5	20,5	27,5	21,9	17,4	-5,1
Львівська	36,5	35,5	35,2	32,0	34,5	-2,0
Миколаївська	39,0	42,2	32,3	39,6	33,8	-5,2
Одеська	46,0	47,4	44,6	44,3	39,0	-7,0
Полтавська	42,8	40,9	43,7	43,4	46,9	+4,1
Рівненська	23,4	20,0	24,4	21,2	21,9	-1,5
Сумська	16,3	18,0	18,6	19,7	17,9	+1,6
Тернопільська	27,8	19,0	19,9	16,8	21,0	-6,8
Харківська	41,3	43,1	46,5	49,9	47,2	+5,9
Херсонська	53,1	49,7	50,9	50,1	48,8	-4,3
Хмельницька	26,9	31,1	32,9	27,1	28,5	+1,6
Черкаська	33,7	30,5	34,0	37,2	34,7	+1,0
Чернівецька	43,4	36,8	43,0	38,1	31,7	-11,7
Чернігівська	47,3	44,8	47,0	40,0	44,8	-2,5
м. Київ	46,3	41,8	43,1	45,1	40,8	-5,5
Україна	36,7	36,0	35,5	34,9	35,2	-1,5

Висновки

З точки зору оцінки діяльності первинної медико-санітарної допомоги високі показники не-своєчасного звернення за медичною допомогою хворих з травмами внутрішніх органів грудної та черевної порожнини і таза та гострими захворюваннями органів черевної порожнини вказують на низьку ефективність диспансеризації хворих та

низький рівень санітарно-просвітницької роботи сімейних лікарів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності та якості медичної допомоги пацієнтам при травмах внутрішніх органів грудної та черевної порожнини і таза та гострих захворюваннях органів черевної порожнини.

Список літератури

1. Медико-демографічна ситуація та основні показники медичної допомоги населенню в регіональному аспекті. 2013 рік. – Київ : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2014. – 168 с.
2. *Острый панкреатит и его осложнения.* – Киев : Наукова думка, 1990. – 271 с.
3. *Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2013–2014 роки.* – Київ : ЦМС МОЗ України, 2015. – 328 с.
4. *Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення.* – Київ, 2014. – 207 с.
5. Слабкий Г. О. Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Г. О. Слабкий, І. С. Зозуля, А. І. Зозуля // Сімейна медицина. 2014. – № 3 (53). – С. 25–27.
6. Шалимов А. А. Хирургия пищеварительного тракта / А. А. Шалимов, В. Ф. Саенко – Киев : Здоров'я, 1987. - 567 с.
7. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України.* 2013 рік. – Київ, 2014. – 438 с.

СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ДОСТАВКИ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ТАЗА И ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В БОЛЬНИЧНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ КАК ПРОБЛЕМА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

А.Н. Дзюба, Ю.В. Бурдым, В.Г. Слабкий

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

Цель: изучить и проанализировать уровни доставки больных с травмами внутренних органов грудной и брюшной полости и таза и острыми заболеваниями органов брюшной полости позже 24 часов в лечебные учреждения системы здравоохранения в аспекте проблем первичной медико-санитарной помощи.

Материалы и методы. Материалами исследования стали данные отраслевой статистической отчетности за 2010–2014 гг. относительно уровней обращения больных в лечебные учреждения системы здравоохранения Украины. Основным методом исследования был статистический метод.

Результаты. Установлены высокие показатели обращаемости больных с травмами внутренних органов грудной и брюшной полости и таза и острыми заболеваниями органов брюшной полости за медицинской помощью в сроки позднее 24 часов после травмы (начала заболевания). Данные показатели имеют достоверные отличия по регионам.

Выводы. Высокие показатели несвоевременного обращения за медицинской помощью больных с травмами внутренних органов грудной и брюшной полости и таза и острыми заболеваниями органов брюшной полости указывают на низкую эффективность диспансеризации больных и недостаточный уровень санитарно-просветительской работы семейных врачей.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: травма внутренних органов грудной и брюшной полости и таза, острые заболевания органов брюшной полости, срок обращения за медицинской помощью, несвоевременность.

TIMELY DELIVERY OF PATIENTS WITH INJURIES OF INTERNAL ORGANS OF THE CHEST AND ABDOMEN AND PELVIS AND ACUTE DISEASES OF THE ABDOMINAL CAVITY IN HOSPITAL FACILITIES AS A PROBLEM OF PRIMARY CARE

O.M. Dziuba, Yu.V. Burdym, V.G. Slabkiy

PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine", Kyiv, Ukraine Researches MHC

Purpose – to examine and analyze the level of delivery of patients with injuries of internal organs of the chest and abdomen and pelvis and acute diseases of the abdominal cavity after 24 hours in hospital institutions of health problems in the aspect of primary care problems.

Materials and methods. Materials of study were statistical reports for 2010-2014 on equal treatment of patients in hospital facilities of the health system in Ukraine. The main method of study was a statistical method.

Results. The high performance treatment of patients with injuries of internal organs of the chest and abdomen and pelvis and acute diseases of the abdominal cavity for medical care in terms of more than 24 hours after injury (onset) established. These figures are significant differences by region.

Conclusions. High rates of delayed seeking medical help patients with injuries of internal organs of the chest and abdomen and pelvis and acute diseases of the abdominal cavity indicate low efficiency of clinical examination of patients and insufficient health education of family physicians.

KEY WORDS: internal injuries of the chest and abdomen and pelvis, acute diseases of the abdominal cavity, the term appeal for help, untimely.

Рукопис надійшов до редакції 10.10.2016 р.

Відомості про авторів:

Дзюба Олександр Миколайович – д.мед.н., проф., заступник директора з наукової роботи ДУ „Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України”; тел. служб.: +38(044) 576-41-49.

Бурдим Юрій Володимирович – пошукувач інституту ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; тел. служб.: +38(044) 576-41-19.

Слабкий Василь Геннадійович – науковий співробітник інституту ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; тел. служб.: +38(044) 576-41-19.

В.С. КОМАР^{1,2}

ОРГАНІЗАЦІЯ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ШКІРИ ТА ПІДШКІРНОЇ КЛІТКОВИНИ В САНАТОРНИХ УМОВАХ

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Мета: проаналізувати стан організації відновного лікування хворих із патологією шкіри та підшкірної клітковини в санаторних умовах.

Матеріали і методи. Вивчалися статистичні дані про кількість і контингент хворих, які перебували на лікуванні в ДП «Санаторій «Немирів» у 2006–2014 рр., у т.ч. за класом «Хвороби органів шкіри та підшкірної клітковини». Методи: бібліосемантичний, системного підходу, структурно-логічного аналізу, медичної статистики, інформаційний.

Результати. Протягом 2006–2014 рр. у санаторії пролікувалися 17858 пацієнтів, з них 18,79% – хворі із захворюваннями шкіри та підшкірної клітковини; найчастішою патологією був псоріаз (49,87%). У результаті проведеного лікування у всіх хворих, в т.ч. з патологією шкіри та підшкірної клітковини, відмічалось покращання стану, зменшилась кількість хворих з обмеженим самообслуговуванням, зросла здатність самостійно пересуватися.

Висновки. Відновне лікування на санаторному етапі сприяє підвищенню ефективності лікування та зниженню втрати працездатності. Відновне лікування в умовах санаторію дає можливість через прискорення процесу відновлення основних функцій шкіри покращити імунний захист організму, нормалізувати стан нервової системи, очистити організм, поліпшити загальний стан пацієнта, сприяти зросту його функцій життєдіяльності.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: санаторій, патологія шкіри та підшкірної клітковини, відновне лікування.

Демографічна криза, вражаючі показники смертності та захворюваності населення, особливо працездатного віку, швидке поширення неінфекційних захворювань сприяють скороченню чисельності громадян нашої країни [1;8;19]. Сучасний стан здоров'я населення вимагає негайного реформування галузі охорони здоров'я, у т.ч. удосконалення системи відновного лікування (ВЛ) після перенесених захворювань, оперативних втручань, хіміотерапевтичного лікування, а також з основним акцентом на вторинну профілактику при хронічних захворюваннях [9;15].

Метою державної політики України є ефективне використання курортного потенціалу країни задля оздоровлення населення, збереження генофонду та відтворення трудових ресурсів [17;18]. В основу санаторно-курортної допомоги покладені найбільш гуманні, соціально та науково прогресивні принципи: профілактична і реабілітаційна спрямованість; послідовність, спадкоємність між амбулаторно-діагностичними, стаціонарними та санаторно-курортними закладами; висококваліфікована спеціалізована допомога. На сьогодні потреба в санаторно-курортній допомозі досить значна. Водночас висока ефективність цього виду медичної допомоги щедро відшкодовує вкладені у неї кошти. Науковими дослідженнями та багаторічним практичним досвідом показано, що в результаті са-

наторно-курортного лікування у 2–3 рази зменшується кількість загострень основного захворювання; хворі у 3–4 рази частіше та в 1,5–2,5 рази швидше повертаються до продуктивної праці; у 2–4 рази знижується рівень подальших працевтрат [6].

Прийнятий у 2000 році Закон України «Про курорти» визначив правові, організаційні, економічні та соціальні положення щодо розвитку курортів в Україні з метою повноцінного використання природних лікувальних ресурсів для оздоровлення населення, які в цілому відповідають нормам міжнародного права. Висока медико-соціальна значущість та економічна ефективність лікувальних, реабілітаційних та оздоровчо-профілактичних заходів на санаторно-курортному етапі, недосконалість законодавчої бази та цілий ряд проблем нормативно-правового характеру, пов'язаних із забезпеченням практичної реалізації принципів реформування санаторно-курортної галузі, спонукають до розроблення документів, що регламентують діяльність санаторно-курортних закладів та комплексне застосування немедикаментозних лікувально-профілактичних технологій [7,13].

Мета дослідження: проаналізувати стан організації відновного лікування хворих у санаторних умовах, у т.ч. пацієнтів з патологією шкіри та підшкірної клітковини.

Матеріали і методи. Матеріалом дослідження слугували статистичні дані про кількість і контин-

гент хворих, які перебували на лікуванні в ДП «Санаторій «Немирів» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» у 2006–2014 роках, у т.ч. за класом «Хвороби органів шкіри та підшкірної клітковини». Використано такі методи дослідження: бібліосемантичний, системного підходу і структурно-логічного аналізу, медичної статистики та інформаційний.

Результати дослідження та їх обговорення. Однією з особливостей сучасного стану дерматології в Україні є певний характер поширеності деяких захворювань шкіри, з якими пацієнти звертаються за медичною допомогою. Дані епідеміологічних характеристик окремих захворювань шкіри та підшкірної клітковини відіграють важливу роль у визначенні та побудові лікувальних алгоритмів [3;5;16].

В Україні в період з 1990 по 2013 роки рівень захворюваності на хвороби шкіри та підшкірної клітковини утримувався в межах 5–6% від загальної захворюваності населення. З усіх класів за МКХ-10 клас «Хвороби шкіри та підшкірної клітковини» стабільно займає 4–5 рейтингове місце за величиною рівня захворюваності. В країні щодня реєструються понад п'ять нових випадків захворювання шкіри та підшкірної клітковини [2;4].

Лікування шкірної патології є довготривалим комплексним процесом, який включає і санаторно-курортний етап. Об'єктивною необхідністю в реалізації Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми збереження і розвитку трудового потенціалу України на період до 2017 року [14] є розвиток і вдосконалення ВЛ у санаторно-курортних закладах. В Україні така допомога на санаторно-курортному етапі при патології шкіри та підшкірної клітковини надається переважно у санаторії «Немирів» (Львівська область), лікувально-діагностична база якого обладнана сучасною медичною апаратурою і дозволяє застосовувати новітні медичні технології та методики.

Санаторій створений у 1814 році. Розташований у великому лісовому масиві, серед якого розбитий лісопарк. Санаторій знаходиться на висоті 320 м над рівнем моря, з помірно-континентальним кліматом, що має сприятливий вплив на центральну нервову систему. Віддаленість від міст та промислового виробництва забезпечує чистоту повітря, що насичене озоном, мікроелементами, ефірними оліями, фітонцидами, дихати ними легко і вільно. Славу курорту принесла сірководнева вода, що застосовується близько 200 років і впливає як місцево на запальний процес, так і на основні функції організму – кровообіг, обмін речовин.

У санаторії функціонують відділення для лікування хворих із захворюваннями кістково-м'язової системи, периферичної нервової системи, органів кровообігу та шкіри. Усього для хворих з патологією шкіри та підшкірної клітковини розгорнуто 70 ліжок.

Лікувальні процедури хворі із захворюваннями шкіри проходять на базі водоозокеритолікарні та лікувально-діагностичного корпусу санаторію. Показаннями для лікування хворих із патологією шкіри є хронічна екзема без схильності до загострення, себорейне ураження шкіри, нейродерміти обмежені і дифузні, склеродермія, псоріаз (стаціонарна стадія, артропатичний псоріаз), червоний плоский лишай, іхтіоз, спадкові кератози, кератодермія, волосяний лишай, вітіліго, алопеція, кератодермія. Показаннями для лікування хворих з опіковою хворобою є: 1) опікові контрактури і деформації будь-яких локалізацій, які розповсюджуються протягом перших 1,5 року після отримання опіків; 2) післяопікові рубці, які самостійно загоюються, ділянки опіків IIIA ступеня (протягом першого року після загоювання опікових ран); 3) досягаючі ділянки вільної пересадки шкіри (протягом першого року після пересадки шкіри); 4) гіпертрофічні та келоїдні рубці після оперативного лікування (протягом перших 1,5 року після загоєння ран); 5) астенізація реконвалісцентів; 6) гіперкінез; 7) вегетотрофічні порушення; 8) ураження периферичних нервів; 9) опікова енцефалопатія.

За 2006–2014 роки в санаторії пролікувалось 17858 хворих, з них 3355 хворих з патологією шкіри та підшкірної клітковини, що складало 18,79% (табл. 1). Щорічний відсоток цих пацієнтів від загального числа пролікованих не був постійним, що обумовлено різною кількістю путівок, виділених Фондом соціального страхування України, та кількістю самостійно придбаних пацієнтами.

У цей період із 3355 хворих із захворюваннями шкіри та підшкірної клітковини найбільший контингент пацієнтів був із псоріазом – 49,87% (рис.).

Санаторно-курортна та реабілітаційна допомога надавалася згідно з рекомендованими стандартами санаторно-курортного лікування і діагностики, затвердженими МОЗ України [11;12]. Випадків перебування в санаторії хворих без клінічних показань за звітний період не було.

Основою проведення лікувальних заходів у санаторії було: індивідуальний підхід з урахуванням соціального статусу, ступеня порушень життєдіяльності і працездатності хворого. Відновні заходи здійснюються з урахуванням усього комплексу факторів: біологічних, особистісних, професійних і соціальних, відповідно до ролі і місця людини в оточуючому середовищі.

Провідними чинниками при лікуванні хвороб шкіри в санаторії є кліматотерапія (аеротерапія) та бальнеотерапевтичний – сірководневі купелі. При застосуванні ванн відмічається як неспецифічний, так і специфічний вплив. Неспецифічний складається з температурного і механічного факторів. У результаті рефлекторного подразнення шкіри відбуваються рефлекторні зміни в системі кровообігу та більш інтенсивно проходить обмін речовин.

Таблиця 1. Кількість хворих, які перебували на лікуванні в санаторії «Немирів» у 2006–2014 роках, у т.ч. з патологією шкіри та підшкірної клітковини (абс.)

Рік	Усього проліковано хворих	Усього хворих із захворюванням шкіри та підшкірної клітковини	Дерматит та екзема	Псоріаз	Інші захворювання шкіри та підшкірної клітковини
1	2	3	4	5	6
2006	2279	897	395	368	134
2007	2081	267	79	137	51
2008	2416	265	48	139	78
2009	2080	222	69	77	76
2010	2031	181	32	98	51
2011	725	79	9	52	18
2012	1660	128	26	75	27
2013	2639	759	235	397	127
2014	1947	557	168	330	59
Разом 2006–2014 рр.	17858	3355	1061	1673	621
%	100	18,79	5,94	9,37	3,48

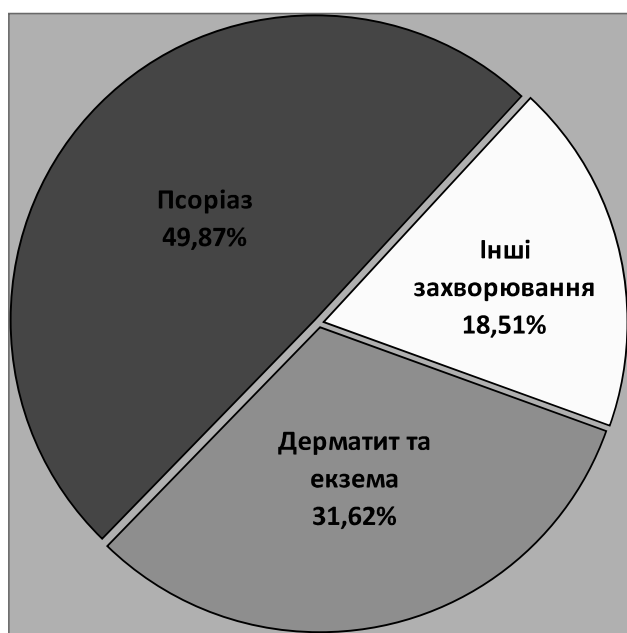


Рис. Розподіл пацієнтів з дерматологічною патологією за нозологіями (%)

У результаті посилення кровообігу прискорюються відновні процеси у вогнищах патології, покращуються бар'єрні функції організму. Тиск води викликає прискорене скорочення дихальних м'язів, здавлювання поверхневих судин шкіри, кров перерозподіляється у внутрішні органи, відбувається деяке підвищення артеріального тиску. Специфічний вплив на організм ванн з мінеральною водою пов'язаний з їх хімічним складом, вмістом

біологічно активних речовин, які потрапляють у гуморальне русло і впливають на функцію органів та систем. Санаторій «Немирів» має сірководневу воду з концентрацією до 180 мг/л вільного сірководню (для купелей), яка у класифікації мінеральних вод виділена у спеціальний «Немирівський» тип сірководневих вод. При купелях концентрація сірководню встановлюється залежно від характеру і динаміки процесу захворювання. Під час купелі сірководень проникає в організм людини через шкіру і слизову оболонку, а також через легені при диханні. Сірководневі купелі викликають почервоніння шкіри за рахунок розширення капілярів і припливу крові до шкіри з внутрішніх органів. Під впливом сірководню змінюється діяльність різних органів та систем: сповільнюється робота серця, знижується артеріальний тиск, покращується обмін речовин, зменшуються або зникають прояви різних запальних процесів (у шкірі, кістках, суглобах, хребцях, м'язах, сухожиллях, статевих органах), розширюються периферичні артерії та артерії серця, підвищується ріст волосся, зміцнюються міжхребцеві хрящові диски. Усе це сприяє профілактиці і лікуванню хвороб шкіри, а також остеохондрозу хребта, ревматизму, гіпертонічної хвороби, атеросклерозу, хвороб статевих органів, нормалізації стану імунної і нервової систем. Пацієнти стають спокійними, у них покращується сон і настрій, вони рідше хворіють різними запальними процесами.

Сірководневі купелі зменшують активність утворення післяопікових колоїдних рубців, у результаті чого рубці згладжуються, стають більш м'якими,

зменшується інтенсивність їх кольору, у них припиняються свербіж і болі, збільшується об'єм рухів у суглобах у випадку локалізації біля них рубців. Гіпертрофічні і колоїдні рубці частково розсмоктуються, зникають неприємні відчуття у місці їх локалізації.

Досвід післяопікового реабілітаційного відділення санаторію показав, що своєчасне скерування хворих з післяопіковими рубцями, які самостійно заживають, дозріваючими ділянками шкіри, яка вільно пересаджена відразу після закінчення стаціонарного лікування, дає позитивні результати: зменшується висота рубця, підвищується його еластичність і рухомість, зменшується відчуття зростання м'яких тканин, зменшується свербіж у ділянці рубця і особливо важливо – здійснюється профілактика утворення колоїдних рубців.

При значних опіках потрібно якомога швидше проводити реабілітаційне лікування для профілактики контрактур та утворення колоїдних рубців.

Увагу сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів треба звернути на те, що після опікової хвороби виникають різні зміни у внутрішніх органах: нейроциркуляторна дистонія, дистрофія міокарда, ерозивні ураження слизової шлунка і кишечника, а також розлади травлення, змінюється функці-

ональний стан печінки, опікова енцефалопатія. Стан здоров'я хворих із перерахованою патологією значно покращується власне при лікуванні в санаторії «Немирів».

Визначення ефективності санаторно-курортного лікування та реабілітації на санаторно-курортному етапі є недостатньо вивченим, воно здійснюється приблизно. Поза увагою дослідників залишаються медико-соціальні аспекти проблеми, з позицій комплексного підходу недостатньо опрацьовані медико-організаційні критерії ефективності та прогнозу тривалості хвороби, у т.ч. визначення ефективності ВЛ з урахуванням психофізіологічного статусу пацієнта.

У 2010–2014 роках нами проведено оцінку обмеження життєдіяльності пацієнтів санаторію, яке було спричинене порушеннями стану здоров'я. При відборі чинників нами використано «Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності», яке затверджене Постановою Кабінету Міністрів України №1317 від 3 грудня 2009 р. [10]. Критерієм слугували наступні чинники: 1) здатність до самообслуговування; 2) здатність до самостійного пересування; 3) здатність до орієнтації; 4) здатність до спілкування; 5) здатність контролювати свою поведінку; 6) здатність до тру-

Таблиця 2. Зміна чинників життєдіяльності до і після ВЛ хворих у санаторії «Немирів» у 2010–2014 роках

Основні чинники оцінки життєдіяльності	Усього		%		P>/<
	до ВЛ	після ВЛ	до ВЛ	після ВЛ	
Обмежене самообслуговування					
Усього	282	194	100	68,79±2,76	<0,01
Обмежена здатність до самостійного пересування					
Усього	209	123	100	58,85±3,40	<0,01

дової діяльності (табл. 2). З перерахованих чинників здатність до орієнтації, здатність до спілкування, здатність контролювати свою поведінку, здатність до трудової діяльності та навчання була повною у всіх пацієнтів санаторію.

У результаті проведеного лікування в умовах санаторію у всіх хворих, у т.ч. з патологією шкіри та підшкірної клітковини, відмічалось покращання стану здоров'я. Кількість хворих із обмеженим самообслуговуванням зменшилась на 31,21±2,76% (p<0,01), у т.ч. зросла їх здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів, за допомогою інших осіб, зменшилась залежність від інших осіб. Також зменшилась на 41,15±3,40% (p<0,01) кількість хворих з обмеженою здатністю до самостійного пересування, у т.ч. скоротився час на подолання відстані, рідше почали використовуватись допоміжні засоби та допомога інших людей.

Такий аналіз чинників ефективності санаторно-курортного лікування дозволяє оцінити стан життє-

діяльності хворих до та після ВЛ та встановити компенсаторно-адаптаційні можливості особи, реалізація яких сприяє медичній, професійній, трудовій, фізичній, соціальній та психологічній реабілітації.

Висновки

Відновне лікування на санаторному етапі сприяє підвищенню ефективності лікування та покращанню стану життєдіяльності хворих, що в свою чергу сприяє зниженню втрати працездатності.

Відновне лікування в умовах санаторію дає можливість через прискорення процесу відновлення основних функцій шкіри покращити імунний захист організму, нормалізувати стан нервової системи, очистити організм, поліпшити загальний стан пацієнта, сприяти зростанню його функцій життєдіяльності.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробленні сучасної моделі підвищення якості та ефективності лікування хворих із патологією шкіри та підшкірної клітковини.

Список літератури

1. Аналіз демографічної ситуації в Україні / Л. А. Чепелевська, В. Г. Дубініна, О. П. Рудницький, О. В. Любінець // 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. – С. 12–33.
2. База медико-статистичної інформації «Здоров'я для всіх» Центру медичної статистики МОЗ України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203>. – Назва з екрану.
3. Князевич В. М. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / В. М. Князевич [та ін.]. – Київ, 2009. – 438 с.
4. Комар В. С. Патологія шкіри та підшкірної клітковини: динаміка захворюваності, поширеності і смертності в Україні / В. С. Комар, О. В. Любінець // Практична медицина. – 2012. – № 3. – С. 131–137.
5. Короленко В. В. Професійні захворювання шкіри у працівників охорони здоров'я м. Києва / В. В. Короленко // Український журн. дерматол., венерол та косметол. – 2006. – № 3. – С. 15–19.
6. Костенко Г. П. Державне регулювання розвитку санаторно-курортних закладів / Г. П. Костенко // Вісник ДІТБ. – 2009. – № 13. – С. 70–74 (Серія «Економіка, організація та управління підприємствами туристичної індустрії та туристичної галузі в цілому»).
7. Лобода М. В. Забезпечення в Україні санаторно-курортної реабілітації на європейському рівні / М. В. Лобода, К. Д. Бабов, С. А. Доценко // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. – 2006. – № 3 : Дод. : матеріали III нац. конгр. фізіотерапевтів та курортологів «Медична реабілітація – сучасна система відновлення здоров'я». – С. 3–4.
8. Любінець О. В. Втрачений життєвий потенціал України у 2008 році / О. В. Любінець // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 3. – С. 32–38.
9. Пожидаєв В. В. Актуальні питання організації медичної реабілітації хворих на санаторно-курортному етапі / В. В. Пожидаєв, Л. І. Фісенко // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія : 2006. – № 3 : Дод. : матеріали III нац. конгр. фізіотерапевтів та курортологів «Медична реабілітація – сучасна система відновлення здоров'я». – С. 5–8.
10. Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності [Електронний ресурс]. – Шлях доступу : <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=243200104>.
11. Про затвердження клінічних протоколів санаторно-курортного лікування в санаторно-курортних закладах. (крім туберкульозного профілю) для дорослого населення : наказ МОЗ України від 06.02.2008 № 56 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080206_56.html. – Назва з екрану.
12. Про затвердження стандартів санаторно-курортного лікування дітей з соматичною патологією : наказ МОЗ України від 12.05.2008 № 242 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080512_242.html. – Назва з екрану.
13. Про курорти : Закон України від 05.10.2000 № 2026-III [Електронний ресурс]. – Шлях доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2026-14>. – Назва з екрану.
14. Про схвалення Концепції загальнодержавної цільової соціальної програми збереження і розвитку трудового потенціалу України на період до 2017 року : розпорядження Кабінету Міністрів України від 22.06.2009 р. №851-р. // Офіційний вісник України. – 2009. – № 56. – С. 21–22.
15. Рижко П. П. До проблемних питань реформування галузі охорони здоров'я / П. П. Рижко // Дерматологія та венерологія. – 2011. – № 2 (52). – С. 26–31.
16. Степаненко В. І. Перспективи реформування системи охорони здоров'я в Україні, а також модернізація спеціалізованої медичної допомоги / В. І. Степаненко, П. П. Рижко // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. – 2010. – Вип. 7 : Дод. : Сучасні проблеми дерматовенерології, косметології та управління охороною здоров'я : зб. наук. пр. – С. 3–19 (Серія «Медицина»).
17. Субота М. В. Організація та регулювання курортної діяльності в Україні / М. В. Субота // Економіка і управління. – 2014. – № 1. – С. 97–102.
18. Тарасенко О. І. Необхідність інноваційної політики в санаторно-курортній сфері України / О. І. Тарасенко // Маркетинг інновацій і інновації у маркетингу : зб. тез доповідей VII Міжнародної наук.-практ. конф., 26–28 вер. 2013 р. / відп. за вип. Ю. М. Гладенко. – Суми : ТОВ «ДД «Папірус», 2013. – С. 267–268.
19. Характеристика смертності населення України / О. М. Орда, О. В. Любінець, Ю. Б. Яценко, О. А. Семенюк // Інновації в медицині. – 2011. – № 7 (2). – С. 61–62.

ОРГАНІЗАЦІЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

В.С. Комар^{1,2}

¹Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина

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

Цель: проанализировать состояние организации восстановительного лечения больных с патологией кожи и подкожной клетчатки в санаторных условиях.

Материалы и методы. Изучались статистические данные о количестве и контингенте больных, находившихся на лечении в ДП «Санаторий «Немиров» в 2006–2014 годах, в т.ч. по классу «Болезни органов

кожи и подкожной клетчатки». Методы исследования: библиосемантический, системного подхода, структурно-логического анализа, медицинской статистики, информационный.

Результаты. В течение 2006–2014 г. в санатории пролечились 17858 пациентов, из них 18,79% – больные с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки; наиболее частой патологией был псориаз (49,87%). В результате проведенного лечения у всех больных, в т.ч. с патологией кожи и подкожной клетчатки, отмечалось улучшение состояния, уменьшилось количество больных с ограниченным самообслуживанием, выросла способность самостоятельно передвигаться.

Выводы. Восстановительное лечение на санаторном этапе способствует повышению эффективности лечения и снижению потери работоспособности. Восстановительное лечение в условиях санатория дает возможность через ускорение процесса восстановления основных функций кожи улучшить иммунную защиту организма, нормализовать состояние нервной системы, очистить организм, улучшить общее состояние пациента, способствовать росту его функций жизнедеятельности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: санаторий, патология кожи и подкожной клетчатки, восстановительное лечение.

THE ORGANIZATION OF REHABILITATION TREATMENT IN PATIENTS WITH DISEASES OF THE SKIN AND SUBCUTANEOUS TISSUE IN THE SANATORIUM CONDITIONS

V.S. Komar^{1,2}

¹Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

²PE „Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Objectives: to analyze the organization of rehabilitation treatment in patients with diseases of the skin and subcutaneous tissue in the sanatorium conditions.

Materials: patients who were treated at the state-owned enterprise «Nemyriv» Sanatorium» from 2006 to 2014, including the «Diseases of the Skin and Subcutaneous Tissue» class. Study **methods:** bibliography research and semantic methods, systematic approach, structural and logical analysis, medical statistical and information methods.

Findings. At the sanatorium over the period of 2006 to 2014 17.858 patients were treated, of which 18.79% – patients with diseases of the skin and subcutaneous tissue, the most common disease was psoriasis (49.87%). As a result of the conducted treatment the improvement has been noted in all patients, including those with diseases of the skin and subcutaneous tissue, the number of patients with disability has been reduced, the ability to move independently has been increased.

Conclusions. Rehabilitation treatment at the sanatorium level improves the effectiveness of treatment and reduces disability. Via the accelerating process of main skin functions restoration, rehabilitation in the sanatorium conditions improves the immune defense of the body, brings back to normal the state of nervous system, cleanses the body, improves the patient's general state of health, promotes the development of his life functions.

KEY WORDS: sanatorium, diseases of the skin and subcutaneous tissue, rehabilitation treatment.

Рукопис надійшов до редакції 07.10.2016 р.

Відомості про автора:

Комар Володимир Степанович – асистент кафедри організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

УДК 614.25:377.61:613.816
DOI 10.11603/1681-2786.2016.3.7005

В.В. КРУЧАНИЦЯ

АНТИАЛКОГОЛЬНА РОБОТА ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

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

Мета: визначити основні напрямки антиалкогольної діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря (ЛЗПСЛ) в умовах реформування галузі охорони здоров'я.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження стали результати попередніх досліджень автора з вивчення детермінант зловживання населенням алкогольними напоями та аналіз наукових публікацій за темою. Основні методи дослідження – бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, описового моделювання, експертних оцінок та системного підходу. Запропоновані напрямки антиалкогольної діяльності ЛЗПСЛ були оцінені 50 експертами.

Результати. Експертами найбільше підтримано наступні види антиалкогольної діяльності ЛЗПСЛ: усі види інформаційно-просвітницької роботи, включаючи створення школи здоров'я «Тверезе життя»; створення психореабілітаційних амбулаторних центрів за місцем роботи або на базі сімейних амбулаторій; міжсекторальний підхід до антиалкогольної діяльності на рівні громади, включаючи залучення до такої роботи церкви. Найменше підтримано наступні види антиалкогольної діяльності ЛЗПСЛ: лікування та диспансерний нагляд осіб, що зловживають алкоголем, за розробленою спільно з лікарем-наркологом програмою.

Висновки. Запропоновано підходи до організації антиалкогольної роботи ЛЗПСЛ, використання яких має забезпечити ефективність профілактичних та лікувальних заходів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: лікар загальної практики – сімейний лікар, антиалкогольна робота, види діяльності, функціонально-організаційна модель, алгоритм впровадження.

Україна належить до числа країн, у яких ринок алкогольної продукції значно перевищує 1 млрд дол. на рік. Горілчаний ринок України – третій за обсягом у світі (після Росії та США). За оцінками фахівців, до 94% всієї виробленої у світі горілки припадає на п'ять колишніх радянських республік: Російська Федерація, Україна, Білорусь, Казахстан та Узбекистан [7].

Україна за рівнем споживання алкоголю на душу населення на рік займає одне з провідних місць у світі. Так, за даними Глобальної доповіді ВООЗ про стан в галузі алкоголю та здоров'я (лютий 2011 р.), середній світовий показник споживання алкогольних напоїв дорівнює 6,1 л на одну особу на рік. Україна за цим показником зайняла 5-е місце серед 189 країн світу, для яких ВООЗ вирахував цей показник, з рівнем споживання алкоголю 15,6 л на одну особу [8].

Алкоголь залишається фактором, який відчутно впливає на здоров'я населення. Наразі на спиртне та сигарети населення витрачає більше, ніж на хліб і молоко. Україна за рівнем споживання алкоголю на душу населення на рік займає чільне місце у світі. Населенню України досі властивий північний тип споживання алкогольних напоїв. Алкогольні напої будь-якої міцності фактично вільно доступні для дітей, підлітків та молоді [10;12].

Аналіз наукових даних вказує на те, що, незважаючи на значний арсенал засобів та методів

© В.В. Кручаниця, 2016

боротьби з алкоголізмом, ефективність профілактичних заходів та лікування хворих з алкогольною залежністю є досить низькою [5;6].

В Україні триває реформування системи надання медичної допомоги населенню [3;9] з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики – сімейної медицини [4;11]. При цьому лікар загальної практики – сімейний лікар (ЛЗПСЛ) є медичним працівником першого контакту і забезпечує найбільш доступну медичну допомогу [1;2].

Мета роботи: визначити основні напрямки антиалкогольної діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря в умовах реформування галузі охорони здоров'я.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження стали результати попередніх власних досліджень з вивчення детермінант зловживання населенням алкогольних напоїв та аналіз наукових публікацій за цією темою. Основними методами дослідження були бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, описового моделювання, експертних оцінок та системного підходу.

Запропоновані напрямки антиалкогольної діяльності ЛЗПСЛ були оцінені експертами. Групу експертів склали 50 осіб, серед яких чотири доктори та 11 кандидатів медичних наук. Кваліфікація практичних лікарів та організаторів охорони

здоров'я була підтверджена наявністю в них вищої або першої кваліфікаційної категорії.

Результати дослідження та їх обговорення. На підставі отриманих в ході попередніх досліджень результатів та даних наукової літератури нами були запропоновані та надані експертам для оцінки основні види антиалкогольної діяльності ЛЗПСЛ. Експертна оцінка здійснювалася за 10-бальною шкалою: повна підтримка – 10 балів, повна неприйнятність – 0 балів.

Результати експертної оцінки наведено в таблиці 1. Аналіз показав, що експерти найбільше підтримують наступні види антиалкогольної діяльності ЛЗПСЛ: усі види інформаційно-просвітницької роботи, у тому числі створення школи здоров'я «Тверезе життя», створення психореабілітаційних амбулаторних центрів за місцем роботи або на базі сімейних амбулаторій, міжсекторальний підхід до антиалкогольної діяльності на рівні громади, включаючи залучення до такої роботи церкви.

Таблиця 1. Перелік видів антиалкогольної діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря (бали)

Вид діяльності	Бал
Інформаційно-просвітницька робота на антиалкогольну тему на рівні громади	10,0
Інформаційно-просвітницька робота на антиалкогольну тему на рівні сімей	10,0
Індивідуальна інформаційно-просвітницька робота на антиалкогольну тему	9,9
Інформаційно-просвітницька робота на антиалкогольну тему з групами підвищеного ризику вживання алкоголю	9,8
Інформаційно-просвітницька робота на антиалкогольну тему в навчальних закладах	9,5
Організація роботи школи здоров'я «Тверезе життя»	9,4
Створення психореабілітаційних амбулаторних центрів за місцем роботи або на базі сімейних амбулаторій	9,8
Запровадження руху в молодіжному середовищі за принципом «Рівний рівному»	8,9
Диспансерний нагляд за особами, що зловживають алкоголем, за програмою, розробленою спільно з лікарем-наркологом	4,8
Міжсекторальний підхід до антиалкогольної діяльності на рівні громади	9,1
Лікування осіб, що зловживають алкоголем, за програмою, розробленою спільно з лікарем-наркологом	4,2
Залучення до антиалкогольної діяльності церкви	9,4
Психологічна підтримка членів сімей осіб, що зловживають алкогольними напоями	8,5

Найменше експерти підтримали наступні види антиалкогольної діяльності ЛЗПСЛ: лікування осіб, що зловживають алкоголем, за програмою, розробленою спільно з лікарем-наркологом, та диспансерний нагляд за особами, що зловживають алкоголем, за програмою, розробленою спільно з лікарем-наркологом.

Дана робота ЛЗПСЛ має проводитися (залежно від напрямку) за міжсекторальним принципом у співпраці з місцевою громадою, недержавними організаціями, правоохоронними органами, закладами охорони здоров'я, які надають спеціалізовану медичну допомогу, релігійними закладами та общинами і бути скерованою не тільки на осіб високого ризику зловживання алкоголем та осіб, які вже ним зловживають, але й на їхнє найближче оточення, передусім сім'ю, колег по роботі та неформальних «друзів».

Ключовою ідеєю запропонованої антиалкогольної діяльності ЛЗПСЛ є послідовне вирішення пріоритетної задачі з підвищення ефективності профілактичних антиалкогольних заходів при підвищенні доступності та якості медичної допомоги особам, які зловживають алкоголем, та які прийняли рішення позбавитися даної негативної звички.

З використанням результатів експертного оцінювання було розроблено функціонально-організаційну модель антиалкогольної діяльності ЛЗПСЛ (рис.). Складовими даної моделі визначено види антиалкогольної діяльності, які здійснює ЛЗПСЛ, залежно від категорії населення: загальне населення; групи підвищеного ризику зловживання алкоголем; особи, які зловживають алкоголем; найближче оточення осіб, які зловживають алкоголем.

Центральним елементом запропонованої моделі виступає ЛЗПСЛ, який забезпечує надання комплексу організаційних, профілактичних та лікувальних і оздоровчих заходів, як усьому прикріпленому населенню, так і групам підвищеного ризику, особам, що зловживають алкоголем, із визначенням такої важливої цільової групи, як близьке оточення осіб, які зловживають алкоголем.

З метою забезпечення впровадження та ефективності запропонованої функціонально-організаційної моделі антиалкогольної діяльності ЛЗПСЛ нами розроблено алгоритм її впровадження в систему охорони здоров'я України (табл. 2).

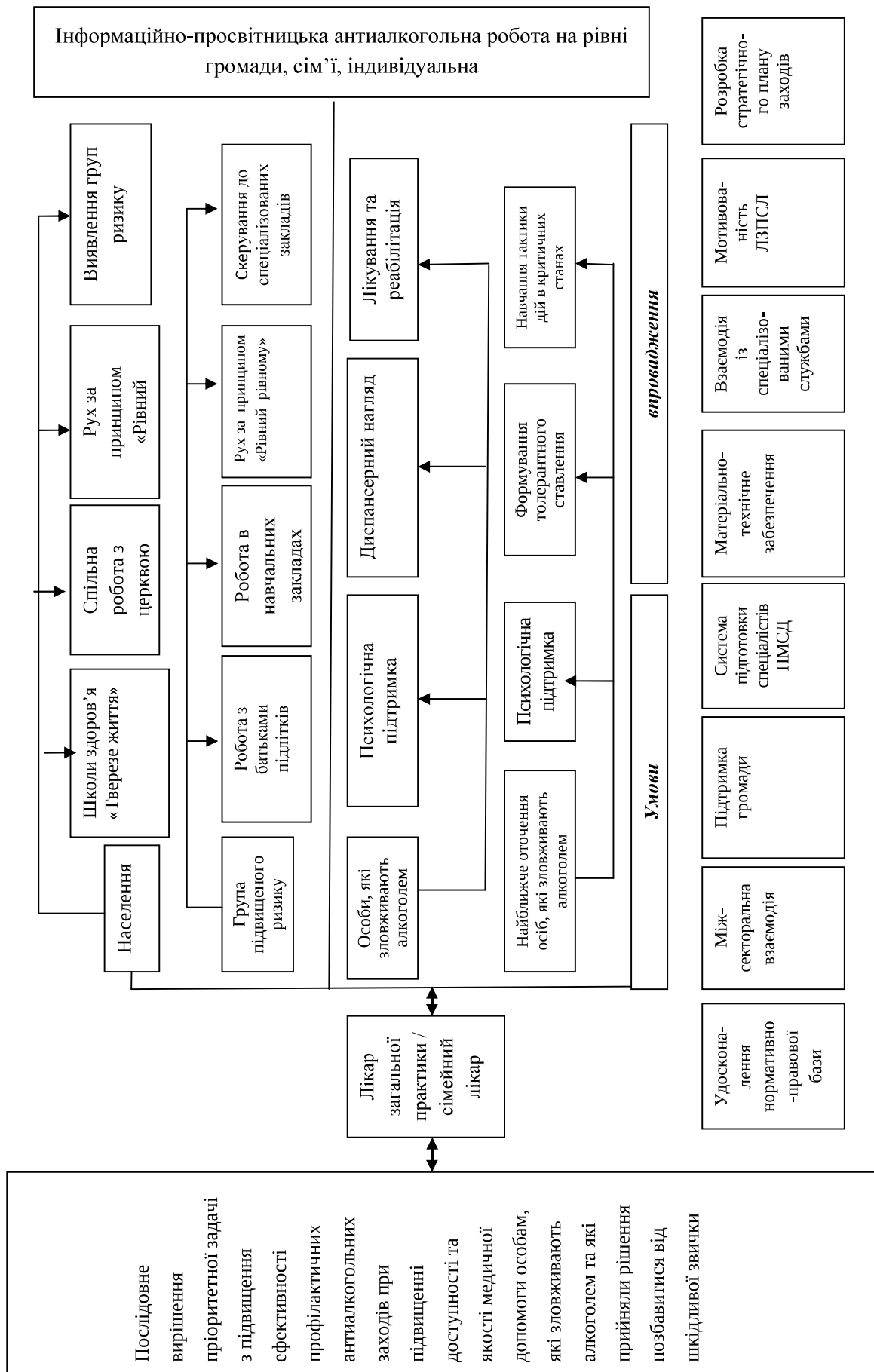


Рис. Функціонально-організаційна модель антиалкогольної діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря

Таблиця 2. Алгоритм впровадження функціонально-організаційної моделі антиалкогольної діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря в систему охорони здоров'я України

Етап впровадження	Рівень впровадження		
	Центральний	Регіональний	Місцевий
Перший етап. Протягом 6–8 місяців	Прийняття необхідних законодавчих та нормативно-правових актів. Розробка методичного забезпечення. Комунікації з цільовими групами	Підготовка стратегічного плану заходів. Комунікації з цільовими групами	Підготовка матеріально-технічної та методичної бази ПМСД. Комунікації з цільовими групами
Другий етап. Протягом до 6 місяців	Створення системи підготовки кадрів. Комунікації з цільовими групами	Підготовка ЛЗПСЛ (тренінг). Комунікації з цільовими групами	Розробка єдиного локального протоколу на рівні адміністративної одиниці. Комунікації з населенням
Третій етап. Протягом до 6–8 місяців	Аналіз та усунення ризиків і проблем. Комунікації з цільовими групами	Розробка інформаційних матеріалів для ПМСД. Визначення джерел фінансування. Комунікації з цільовими групами	Підготовка плану міжсекторальної антиалкогольної діяльності. Підготовка сімейних медсестер. Дооснащення сімейних амбулаторій. Комунікації з цільовими групами
Четвертий етап. Постійно	Методичний супровід. Підготовка кадрів. Моніторинг та оцінка	Контроль за визначеними індикаторами. Фінансування. Комунікації з цільовими групами	Забезпечення комплексного надання медичної допомоги на первинному рівні. Комунікації з цільовими групами

Висновки

Таким чином, розроблено та, з урахуванням експертної оцінки, запропоновано підходи до організації антиалкогольної роботи ЛЗПСЛ, викорис-

тання яких має забезпечити ефективність профілактичних та лікувальних заходів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності антиалкогольної діяльності ЛЗПСЛ.

Список літератури

1. Будник Т. Навантаження лікарів загальної практики - сімейної медицини в амбулаторії / Т. Будник // Практика управління медичним закладом. – 2012. – № 1. – С. 89–90.
2. Гавриленко Л. Обов'язки сімейного лікаря / Л. Гавриленко // Практика управління медичним закладом. – 2012. – № 9. – С. 98–99.
3. Деякі уроки реформи охорони здоров'я України / Слабкий Г. О., Лехан В. М., Надутий К. О. [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 3. – С. 7–22.
4. Ждан В. М. Особливості роботи сімейного лікаря на етапі первинної медичної допомоги / В. М. Ждан, Д. С. Зазикіна, Б. Л. Флегантова // Семейная медицина. – 2012. – № 4. – С. 86.
5. Иванец Н. Н. Современные проблемы наркологии / Н. Н. Иванец // Наркология. – 2002. – № 6. – С. 2–7.
6. Кручаниця В. В. Смертність населення Закарпатської області в наслідок вживання алкоголю / В. В. Кручаниця // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 2 (34). – С. 59–62.
7. Обзор алкогольного рынка Украины [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.b.com.ua/rus/marketing/tendensy/7596/>. – Название с экрана.
8. Одна из причин распространения алкоголизма среди украинцев [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.zdorovja.com.ua/content/view/364/179/>. – Название с экрана.
9. Охорона здоров'я України: проблеми та напрямки розвитку / Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. [та ін.] // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 4. – С. 5–19.
10. Рівень поширеності і тенденції вживання тютюну, алкогольних напоїв, наркотичних речовин серед учнівської молоді України : аналітичний звіт / Укр. ін-т соц. досліджень ім. О. Яременка. – Київ, 2011. – 178 с.
11. Слабкий Г. О. Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Г. О. Слабкий, І. С. Зозуля, А. І. Зозуля // Сімейна медицина. – 2014. – № 3 (53). – С. 25–27.
12. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – Київ, 2013. – 464 с.

АНТИАЛКОГОЛЬНАЯ РАБОТА ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ – СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

В.В. Кручаница

Ужгородский национальный университет, г. Ужгород, Украина

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

Цель: определить основные направления антиалкогольной деятельности врача общей практики – семейного врача (ВОПСВ) в условиях реформирования отрасли здравоохранения.

Материалы и методы. Материалами исследования стали результаты предыдущих исследований автора по изучению детерминант злоупотребления населением алкогольными напитками и анализ научных публикаций по теме. Основные методы исследования – библиосемантический, структурно-логического анализа, описательного моделирования, экспертных оценок и системного подхода. Предложенные направления антиалкогольной деятельности ВОПСВ были оценены 50 экспертами.

Результаты. Эксперты наиболее поддержали следующие виды антиалкогольной деятельности ВОПСВ: все виды информационно-просветительской работы, включая создание школы здоровья «Трезвая жизнь»; создание психореабилитационных амбулаторных центров по месту работы или на базе семейных амбулаторий; межсекторальный подход к антиалкогольной деятельности на уровне общественности, включая привлечение к такой работе церкви. Наименьшую поддержку получили следующие виды антиалкогольной деятельности ВОПСВ: лечение и диспансерное наблюдение лиц, злоупотребляющих алкоголем, по разработанной совместно с врачом-наркологом программе.

Выводы. Предложены подходы к организации антиалкогольной работы ВОПСВ, использование которых должно обеспечить эффективность профилактических и лечебных мероприятий.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: врач общей практики – семейный врач, антиалкогольная работа, виды деятельности, функционально-организационная модель, алгоритм внедрения.

ANTI ALCOHOL ACTIVITY OF GENERAL PRACTITIONER-FAMILY DOCTOR

V.V. Kruchanytsia

Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine,

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

Goal of study: to define principal directions of anti alcohol activity of general practitioner-family doctor in the frames of reforms in health care branch.

Materials and methods. Biblisemantic method, the methods of structural-and-logical analysis, of descriptive modeling, of expert assessments and systemic approach were used as the principal methods of study. The results of previous personal research on studying the determinants of population alcohol abuse and the analysis of scientific publications on specified theme were taken as materials for research. The proposed directions of anti alcohol activity of general practitioner-family doctor were assessed by 50 experts.

Results. The highest support was given by the experts to the following types of anti alcohol activity of general practitioner-family doctor: all kinds of information and education including the organizing of health school «Sober life»; creation of psycho-rehabilitational outpatient centers in the place of work or on the basis of family ambulatory units; inter professional approach to anti alcohol activities at the community level including the attraction of the Church.

The experts' lowest support was given to the following types of anti alcohol activity of general practitioner-family doctor: treatment of alcohol abusers according to the program, developed in cooperation with narcologist and dispensary supervision of persons abusing alcohol according to the program, developed in cooperation with narcologist.

Conclusions. Approaches of general practitioner-family doctor to anti alcohol activity, the use of which is to ensure the effectiveness of preventive and remedial measures are proposed.

KEY WORDS: general practitioner-family doctor, anti alcohol activity, types of activity, functional-and-organizational model, algorithm of implementation.

Рукопис надійшов до редакції 14.10.2016 р.

Відомості про автора:

Кручаниця Василь Васильович – пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; тел. служб.: +38(044) 576-41-19.

Г.О. СЛАБКИЙ, Н.С. ЗАЩИК

ДО ПИТАННЯ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ В РЕЗУЛЬТАТІ САМОРУЙНІВНОЇ ПОВЕДІНКИ

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

Мета: вивчити та проаналізувати рівень саморуйнівної поведінки населення України.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності за період 2011–2015 років. У ході роботи використано статистичний та бібліосемантичний методи.

Результати. Отримані результати вказують на високий рівень самогубств населення України з тенденцією до його зменшення. Показники самогубств населення відрізняються за регіонами країни. Враховуючи недосконалість статистичної звітності, отримані дані можуть бути недостатньо об'єктивними.

Висновки. Ситуація щодо самогубств в країні потребує розробки державної програми зі збереження психічного здоров'я населення.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: самогубство, показник, протидія.

Самогубства – це глобальна проблема, яка охопила увесь світ. Незважаючи на думку, що самогубства більше поширені в країнах із високим достатком громадян, насправді 75% самогубств стається в країнах із середнім та низьким рівнем доходів населення. Самогубства є розповсюдженою причиною смерті в різних вікових групах населення. Крім того, що люди помирають або страждають у результаті скоєної суїцидальної спроби, випадки самогубства завдають важких непрямих збитків сім'ям та друзям, а також місцевим громадам та країні в цілому [1;4].

Щороку у результаті самогубства помирає понад 800 000 людей. Це друга за частотою причина смерті у віці від 15 до 29 років. Існують дані, що серед дорослого населення на кожного загиблого в результаті самогубства припадає понад 20 осіб, які скоїли суїцидальну спробу [6].

Слід зазначити, що реєстрація самогубств є складною багаторівневою процедурою, яка включає медичні та юридичні аспекти і залучає ряд офіційних державних органів. Найчастіше самогубства реєструються невірно, тобто без дотримання формулювань Міжнародної класифікації хвороб і проблем, що пов'язані зі здоров'ям 10-го перегляду (МКХ-10): «випадки пошкодження з невизначеними намірами» (коди Y10–Y34), «нещасні випадки» (коди V01–X59), «наслідки нападу з метою убивства чи нанесення пошкоджень» (коди X85–Y09), «неуточнені та невідомі причини смерті» (коди R95–R99) [2;3;5].

Мета роботи: вивчити та проаналізувати рівень самогубств населення України.

© Г.О. Слабкий, Н.С. Защиц, 2016

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження стали дані державної статистичної звітності за період 2012–2015 років. У ході дослідження використано статистичний та бібліосемантичний методи. Статистичні дані за 2014 і 2015 рр. наведені без урахування даних з тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції.

Результати дослідження та їх обговорення. Дані щодо смертності населення України внаслідок навмисного самоушкодження за їх розподілом за місцем проживання та статтю в 2012–2015 рр. наведено у таблиці 1. Як видно з таблиці, рівень смертності населення України від навмисного самоушкодження за роки дослідження має тенденцію до зниження з показником 18,847 на 100 тис. населення в 2015 році. Найвищий рівень показника зареєстровано у 2013 р. – 20,591. Показник смертності населення України від навмисного самоушкодження відрізняється за типами поселення. Так, показник у міських поселеннях (14,028) у 1,997 ($p \leq 0,05$) рази менший, ніж у сільській місцевості (28,011). Показник смертності населення України від навмисного самоушкодження також відрізняється залежно від статі – у жінок він у 5,0 ($p \leq 0,01$) рази нижчий, ніж у чоловіків, – 6,584 і 32,967 на 100 тис. населення відповідної статі відповідно.

Окремо було проаналізовано показники смертності населення України внаслідок навмисного самоушкодження за місцем розселення та статтю у 2015 р. у розрізі регіонів (табл. 2). Аналіз наведених в таблиці даних державної статистичної

Таблиця 1. Смертність населення України внаслідок навмисного самоушкодження.
Розподіл за місцем проживання та статтю. 2012-2015 рр.

Рік	Міські поселення та сільська місцевість		Міські поселення		Сільська місцевість	
	осіб	на 100 000 нас.	осіб	на 100 000 нас.	осіб	на 100 000 нас.
Обидві статі						
2012	9060	19,871	5025	16,014	4035	28,386
2013	9367	20,591	5210	16,615	4157	29,415
2014	7970	18,534	4296	14,461	3674	27,636
2015	7575	18,847	3899	14,028	3676	28,011
Рік	Міські поселення та сільська місцевість		Міські поселення		Сільська місцевість	
	осіб	на 100 000 нас. відповідної статі	осіб	на 100 000 нас. відповідної статі	осіб	на 100 000 нас. відповідної статі
Чоловіки						
2012	7363	34,936	4006	27,835	3357	50,226
2013	7549	35,868	4143	28,790	3406	51,170
2014	6414	32,207	3398	24,900	3016	48,112
2015	6149	32,967	3080	24,121	3069	49,396
Жінки						
2012	1697	6,922	1019	5,999	678	9,003
2013	1818	7,438	1067	6,289	751	10,046
2014	1556	6,740	898	5,591	658	9,366
2015	1426	6,584	819	5,397	607	8,891

звітності вказує на суттєві відмінності показника у різних регіонах України. Найнижчий показник (5,212) зареєстровано у м. Києві, а найвищий – у Сумській області (29,865). Різниця становить 5,73 ($p \leq 0,01$) рази. Різниця даного показника серед міського населення коливається від 4,011 у Львівській до 25,107 у Кіровоградській області і становить 6,26 ($p \leq 0,01$) рази. Різниця даного показника серед сільського населення коливається від 7,878 у Львівській області до 49,564 у Чернігівській області і становить 6,29 ($p \leq 0,01$) рази.

Встановлено достовірну різницю у показниках смертності населення внаслідок навмисного самоушкодження між регіонами України за статтю. Так, найнижчий показник серед чоловіків у 2015 р. зареєстровано у м. Києві (8,561), а найвищий – у Херсонській області (44,201), що становить 5,16 ($p \leq 0,01$) рази. Серед жінок найнижчий показник зареєстровано в Кіровоградській (1,499), а найви-

щий – у Запорізькій (11,518) області, що становить 7,68 ($p \leq 0,01$) рази.

За показниками смертності населення внаслідок навмисного самоушкодження між чоловіками та жінками в розрізі регіонів за місцем їх проживання теж зареєстровані достовірні відмінності.

Висновки

Результати дослідження вказують на високий рівень самогубств населення України з тенденцією до його зменшення. Показники самогубств населення відрізняються за регіонами країни. Враховуючи недосконалість статистичної звітності, отримані дані можуть бути недостатньо об'єктивними. Ситуація щодо самогубств в Україні потребує розробки державної програми із збереження психічного здоров'я населення.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності діяльності із профілактики самогубств серед населення України.

Список літератури

1. Комплексний план дій в області психического здоров'я на 2013–2020 гг. Женева : Всемирная организация здравоохранения, 2013 [Электронный документ]. – Режим доступа : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-ru.pdf?ua=1 (по состоянию на 20 августа 2014 г.). – Название с экрана.
2. Forty years of increasing suicide mortality in Poland: undercounting amidst a hanging epidemic? / Hofer P., Rockett I. R., Varnik P. [et al.] // BMC Public Health. – 2012. – Vol. 11 (12). – P. 644.

Таблиця 2. Смертність населення України внаслідок навмисного самоушкодження. Розподіл за регіонами. 2015 рр.

Регіон	Обидві статі						Чоловіки						Жінки						
	міські поселення та сільська місцевість		міські поселення		сільська місцевість		міські поселення та сільська місцевість		міські поселення		сільська місцевість		міські поселення та сільська місцевість		міські поселення		сільська місцевість		
	на 100 000 нас.	осіб.	на 100 000 нас.	осіб.	на 100 000 нас.	осіб.	на 100 000 нас. відно-відної статі	осіб.	на 100 000 нас. відно-відної статі	осіб.	на 100 000 нас. відно-відної статі	осіб.	на 100 000 нас. відно-відної статі	осіб.	на 100 000 нас. відно-відної статі	осіб.	на 100 000 нас. відно-відної статі	осіб.	
	на 100 000 нас.	осіб.	на 100 000 нас.	осіб.	на 100 000 нас.	осіб.	на 100 000 нас. відно-відної статі	осіб.	на 100 000 нас. відно-відної статі	осіб.	на 100 000 нас. відно-відної статі	осіб.	на 100 000 нас. відно-відної статі	осіб.	на 100 000 нас. відно-відної статі	осіб.	на 100 000 нас. відно-відної статі	осіб.	
Вінницька	387	24,092	143	17,566	244	30,797	326	43,922	117	31,119	209	57,065	61	7,059	26	5,935	35	8,215	на 100000 нас. відно-відної статі
Волинська	183	17,549	57	10,449	126	25,337	159	32,304	50	19,831	109	45,403	24	4,359	7	2,386	17	6,609	на 100000 нас. відно-відної статі
Дніпропетровська	783	23,976	576	21,091	207	38,712	621	41,552	454	36,560	167	66,074	162	9,146	122	8,192	40	14,186	на 100000 нас. відно-відної статі
Житомирська	311	24,845	122	16,584	189	36,621	258	44,377	99	29,159	159	65,739	53	7,906	23	5,806	30	10,940	на 100000 нас. відно-відної статі
Закарпатська	152	12,070	50	10,704	102	12,875	118	19,533	34	15,445	84	21,877	34	5,189	16	6,478	18	4,409	на 100000 нас. відно-відної статі
Запорізька	458	26,026	284	20,912	174	43,313	348	43,241	208	33,798	140	73,931	110	11,518	76	10,234	34	16,010	на 100000 нас. відно-відної статі
Ів.Франківська	200	14,467	72	11,929	128	16,434	168	25,707	59	20,800	109	29,470	32	4,390	13	4,063	19	4,645	на 100000 нас. відно-відної статі
Київська	389	22,476	174	16,162	215	32,868	334	41,702	150	29,985	184	61,195	55	5,915	24	4,164	31	8,771	на 100000 нас. відно-відної статі
Кіровоградська	289	29,584	154	25,107	135	37,140	229	50,917	120	42,949	109	63,985	60	11,383	34	10,180	26	13,462	на 100000 нас. відно-відної статі
Львівська	140	5,521	62	4,011	78	7,878	120	9,986	45	6,192	75	15,789	20	1,499	17	2,075	3	0,582	на 100000 нас. відно-відної статі
Миколаївська	282	24,284	150	18,945	132	35,723	231	42,961	121	33,460	110	62,477	51	8,179	29	6,742	22	11,373	на 100000 нас. відно-відної статі
Одеська	541	22,604	242	15,123	299	37,698	427	37,964	187	25,020	240	63,598	114	8,986	55	6,449	59	14,191	на 100000 нас. відно-відної статі
Полтавська	395	27,355	164	18,350	231	41,983	324	48,694	134	32,753	190	74,145	71	9,119	30	6,190	41	13,947	на 100000 нас. відно-відної статі
Рівненська	209	17,994	68	12,284	141	23,195	176	31,922	53	20,690	123	41,670	33	5,409	15	5,043	18	5,756	на 100000 нас. відно-відної статі
Сумська	334	29,865	174	22,715	160	45,409	274	53,501	142	40,939	132	79,864	60	9,898	32	7,635	28	14,967	на 100000 нас. відно-відної статі
Тернопільська	121	11,331	34	7,150	87	14,688	106	21,255	29	13,129	77	27,715	15	2,636	5	1,964	10	3,180	на 100000 нас. відно-відної статі
Харківська	279	10,239	161	7,330	118	22,332	229	18,127	133	13,120	96	38,466	50	3,421	28	2,367	22	7,890	на 100000 нас. відно-відної статі
Херсонська	312	29,293	163	25,000	149	36,068	250	50,574	131	44,201	119	60,117	62	10,862	32	8,998	30	13,943	на 100000 нас. відно-відної статі
Хмельницька	243	18,724	90	12,328	153	26,948	209	34,696	75	22,142	134	50,824	34	4,889	15	3,833	19	6,248	на 100000 нас. відно-відної статі
Черкаська	299	23,970	113	15,957	186	34,493	234	40,916	81	25,092	153	61,423	65	9,623	32	8,304	33	11,374	на 100000 нас. відно-відної статі
Чернігівська	287	27,325	102	15,065	185	49,564	236	49,420	84	27,162	152	90,322	51	8,904	18	4,894	33	16,100	на 100000 нас. відно-відної статі
Чернівецька	106	11,649	36	9,206	70	13,490	78	18,227	28	15,457	50	20,261	28	5,809	8	3,812	20	7,350	на 100000 нас. відно-відної статі
м. Київ	151	5,212	151	5,212	0	0,000	115	8,561	115	8,561	0	0,000	36	2,317	36	2,317	0	0,000	на 100000 нас. відно-відної статі

3. *Massive increase in injury deaths of undetermined intent in ex USSR Baltic and Slavic countries: Hidden suicides?* / Varnik P., Sisask M., Varnik A. [et al.] // *Scand. J. Public Health.* – 2010. – Vol. 38 (4). – P. 395–403.
4. *Preventing suicide: a global imperative.* – Geneva: World Health Organization, 2014 [Electronic resource]. – URL: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>. – Title from screen.
5. *Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark* / Varnik P., Sisask M., Varnik A. [et al.] // *In. j. Prev.* – 2012. – Vol. 18 (5). – P. 321–5.
6. *WHO mortality database documentation: 1 May 2013 update.* Geneva: World Health Organization, 2013 [Electronic resource]. – URL: http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/, accessed 19 May 2014. – Title from screen.

К ВОПРОСУ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ САМОРАЗРУШАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

Г.А. Слабкий, Н.С. Защик

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

Цель: изучить и проанализировать уровень саморазрушающего поведения населения Украины.

Материалы и методы. Материалами исследования стали данные отраслевой статистической отчетности за период 2011–2015 годов. В ходе работы использованы статистический и библиосемантический методы.

Результаты. Полученные результаты указывают на высокий уровень самоубийств населения Украины с тенденцией к его уменьшению. Показатели самоубийств населения отличаются в регионах страны. Учитывая несовершенство статистической отчетности, полученные данные могут быть недостаточно объективными.

Выводы. Ситуация относительно самоубийств в стране требует разработки государственной программы по сохранению психического здоровья населения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: самоубийство, показатель, противодействие.

TO THE PROBLEM OF POPULATION MORTALITY DUE TO SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR

G.O. Slabkiy, N.S. Zashchik

PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine", Kyiv, Ukraine

Goal of study: to consider and analyze the level of self-destructive behavior of the population in Ukraine.

Materials and methods. The data of branch statistical reports for the period of the years 2011–2015 were used as material for study. Statistical and bibliosemantic methods of study were used in the course of research.

Results. The results obtained indicate the high level of suicides among the population of Ukraine with the tendency to increase. Suicide indices of population differ by regions of the country. Taking into account the inadequacy of statistical accounting and reporting the data may be insufficiently objective.

Conclusions. The situation with suicides in the country requires the development of the State program of preserving mental health of population.

KEY WORDS: suicide, indie, counteraction.

Рукопис надійшов до редакції 18.10.2016 р.

Відомості про авторів:

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., в.о. директора ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; тел. служб.: +38(044) 576-41-19.

Защик Наталія Сергіївна – лікар-психіатр КЗ «Острозька обласна психіатрична лікарня» Рівненської обласної ради, пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».

УДК 614.2:616.12-005.4-037(477)
DOI 10.11603/1681-2786.2016.3.7007

Н.О. ТЕРЕНДА

ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПРОГНОЗНІ ОЦІНКИ ЗАГАЛЬНОЇ ТА ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В УКРАЇНІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна

Мета: вивчити динаміку показників поширеності та захворюваності населення України на ішемічну хворобу серця (ІХС) у регіональному аспекті протягом 1996–2014 років та спрогнозувати їх зміни до 2025 року.

Матеріали і методи. Матеріалом дослідження слугували дані Центру медичної статистики МОЗ України про рівень первинної захворюваності та поширеності ІХС серед населення України. У роботі використано епідеміологічний, демографічний, статистичний методи дослідження.

Результати. Використовуючи метод демографічного районування, проведено оцінку змін поширеності та захворюваності ІХС в Україні та окремих її районах протягом 1996–2014 років. Спрогнозовано тенденцію до подальшого зростання ІХС, як в Україні, так і в деяких її районах.

Висновки. Протягом останніх 19 років в Україні істотно зросла поширеність (у 2,1 разу) та захворюваність (у 1,6 разу) на ІХС. Найбільше ці показники змінилися у Південному та Південно-Східному районах України. Прогнозні показники щодо поширеності та захворюваності на ІХС свідчать про тенденцію до їх зростання, особливо у Південно-Східному та Південному районах.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ішемічна хвороба серця, поширеність, первинна захворюваність, прогноз.

Низка досліджень, що проводилися починаючи з 70-х років ХХ століття, показує неухильне зростання поширеності серцево-судинних захворювань протягом останніх десятиліть [1;6]. Хвороби системи кровообігу (ХСК) займають перше місце в структурі загальної захворюваності та друге місце в структурі первинної захворюваності населення України.

Найбільш визначальними та соціально значущими серед ХСК за поширеністю залишаються ішемічна хвороба серця (ІХС) (33,7%) та гіпертонічна хвороба (ГХ) (46,0%) [2;3]. Саме для даних нозологій спостерігаються найвищі темпи приросту. За період 2001–2011 рр. поширеність ГХ та ІХС зросли, відповідно, на 58,0% та 49,8% [4;5].

Мета роботи – вивчити динаміку показників поширеності та захворюваності населення України на ішемічну хворобу серця у регіональному аспекті протягом 1996–2014 років та спрогнозувати їх зміни до 2025 року.

Матеріали і методи. Матеріалом дослідження слугували дані галузевої статистичної звітності Центру медичної статистики МОЗ України про рівень первинної захворюваності та поширеності стенокардії та ІХС серед населення України.

У дослідженні використано демографічне районування [7]. Територіальною одиницею вибрано адміністративні області за такими ознаками, як

показники відтворення населення та його віково-статевий склад, чисельність, особливості розміщення, розміри території. Виділено п'ять районів: Західний (Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська та Чернівецька області), Центральний (Вінницька, Житомирська, Київська, Кіровоградська, Хмельницька і Черкаська області), Північно-Східний (Полтавська, Сумська і Чернігівська області), Південно-Східний (Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Луганська і Харківська області) та Південний (АР Крим, Миколаївська, Одеська і Херсонська області).

У роботі використано епідеміологічний, демографічний методи дослідження. Статистична обробка аналізів результатів дослідження проводилася із застосуванням комп'ютерних статистичних пакетів програм Statistica 6.0 та Microsoft Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. На першому етапі дослідження було вивчено та згруповано дані щодо поширеності та первинної захворюваності на ІХС у регіональному аспекті протягом 1996–2014 років.

Загальна захворюваність на ІХС в Україні зросла у 2014 р. порівняно із 1996 р. у 2,1 разу. Районні особливості зростання поширеності цієї патології полягають в істотному зростанні її у Південному районі з 9593,2 до 24918,8 на 100 тис. нас. (у 2,6 разу) та у Південно-Східному – з 9343,3 до 23504,8

© Н.О. Теренда, 2016

на 100 тис. нас. (у 2,5 разу). Також слід зазначити, що у 1996 р. показник поширеності ІХС у Південному та Південно-Східному районах був нижчий за загальноукраїнські показники (відповідно 90,6% та 88,2%), а у 2014 р. він уже перевищував їх (відповідно 113,1% та 106,7%). У Центральному та

Північно-Східному районах спостерігається найменше зростання загальної захворюваності на ІХС у 2,1 разу (відповідно з 12908,1 на 100 тис. нас. у 1996 р. до 26897,1 на 100 тис. нас. у 2014 р. та з 11206,5 на 100 тис. нас. у 1996 р. до 23480,0 на 100 тис. нас. у 2014 р.) (табл. 1).

Таблиця 1. Динаміка поширеності ІХС в Україні за період 1996–2014 рр. (на 100 тис. нас.)*

Територія	1996 р.	2000 р.	2005 р.	2010 р.	2014 р.
Україна	10594,2	14567,0	20751,4	23455,8	22034,1
Південний район	9593,2	13501,4	19055,7	23041,2	24918,8*
Центральний район	12908,1	17166,7	22594,5	25850,4	26897,1
Західний район	10189,3	14012,4	19358,7	22321,5	22612,0
Південно-Східний район	9343,3	13353,4	20711,5	23301,5	23504,8*
Північно-Східний район	11206,5	14665,6	20570,7	22402,4	23480,0

Примітка. Статистичні дані подані без урахування даних із Автономної Республіки Крим, Донецької і Луганської областей через відсутність моніторингових даних з тимчасово окупованих територій.

При детальнішому аналізі можна відмітити найвищі рівні загальної захворюваності на ІХС в Україні за період 2012–2013 рр., які співвідносилися з усіма регіонами.

Серед областей можна відмітити найбільше зростання поширеності ІХС у Запорізькій – з 5439,1 на 100 тис. нас. до 20416,7 на 100 тис. нас. (3,8 разу), Херсонській – з 6940,9 на 100 тис. нас. до 23775,4 на 100 тис. нас. (3,4 разу) та Дніпропетровській – з 8601,84 на 100 тис. нас. до 26 425,00 на 100 тис. нас. (3,1 разу) областях. Найменші темпи збільшення загальної захворюваності на ІХС в Україні за досліджуваний період спостерігалися у Сумській – з 12453,4 на 100 тис. нас. до 21298,3 на 100 тис. нас. (1,7 разу) та Чернівецькій – з 14150,2 на 100 тис. нас. до 25965,4 на 100 тис. нас. (1,8 разу) областях.

Подібні тенденції спостерігалися і при вивченні динаміки первинної захворюваності на ІХС в Україні протягом 1996–2014 років.

Так, первинна захворюваність на ІХС збільшилася в Україні в 2014 р. у 1,6 разу порівняно із 1996 роком. Найбільше вона зросла у Південному – з 794,6 на 100 тис. нас. до 1912,1 на 100 тис. нас. (2,4 разу) та Південно-Східному – з 702,9 на 100 тис. нас. до 1437,3 на 100 тис. нас. (2,0 разу) районах. Найменше змінилися показники первинної захворюваності у Північно-Східному – з 997,3 на 100 тис. нас. до 1357,7 на 100 тис. нас. (1,4 разу), Західному – з 1020,5 на 100 тис. нас. до 1517,0 на 100 тис. нас. (1,5 разу) та Центральному – з 951,7 на 100 тис. нас. до 1428,4 на 100 тис. нас. (1,5 разу) районах. При цьому первинна захворюваність у Південному та Південно-Східному районах у 1996 р. була нижчою порівняно із загальноукраїнськими даними (відповідно на 93,2% та 82,4%), а у 2014 р. уже перевищувала їх (відповідно 138,7% та 104,3%) (табл. 2).

При оцінюванні динаміки первинної захворюваності на ІХС за областями України за досліджува-

Таблиця 2. Динаміка захворюваності на ІХС в Україні за період 1996–2014 рр. (на 100 тис. нас.)*

Територія	1996 р.	2000 р.	2005 р.	2010 р.	2014 р.
Україна	852,6	1513,3	1697,5	1708,4	1378,6
Південний район	794,6	1272,8	1590,9	1952,3	1912,1*
Центральний район	951,7	1659,6	1572,6	1590,7	1428,4
Західний район	1020,5	1558,5	1881,1	1774,2	1517,0
Південно-Східний район	702,9	1524,2	1650,6	1657,8	1437,3*
Північно-Східний район	997,3	1617,9	1506,0	1421,7	1357,7

Примітка. Статистичні дані подані без урахування даних із Автономної Республіки Крим, Донецької і Луганської областей через відсутність моніторингових даних з тимчасово окупованих територій.

ний період виявлено істотне зростання патології у Миколаївській – з 793,2 на 100 тис. нас. до 2567,8 на 100 тис. нас. (3,2 разу), Дніпропетровській – з

685,4 на 100 тис. нас. до 1718,4 на 100 тис. нас. (2,4 разу) областях та Автономній Республіці Крим – з 554,2 на 100 тис. нас. до 1 551,5 на 100 тис.

нас. (2,8 разу – дані за 2013 р.). Найменше зросла первинна захворюваність протягом 1996–2014 рр. у Закарпатській – з 1680,8 на 100 тис. нас. до 1 748,00 на 100 тис. нас. (104,0%) та Чернівецькій – з 1621,2 на 100 тис. нас. до 1705,3 на 100 тис. нас. (105,2%) областях і навіть зменшилася у Київській області – з 1537,2 на 100 тис. нас. до 1381,3 на 100 тис. нас. (89,9%).

Другим етапом дослідження стало прогнозування динаміки поширеності та захворюваності на ІХС в Україні та по районах до 2025 року.

Прогнозні дані свідчать про тенденцію до зростання поширеності ІХС в Україні. Так, загальноукраїнські показники поширеності прогнозовано зростуть з 22034,1 на 100 тис. нас.

у 2014 р. до 34680,5 на 100 тис. нас. у 2025 р. (+63,5%). У інших районах, де спостерігається найістотніше зростання загальної захворюваності на ІХС за досліджуваний період, прогнозуються такі зміни. У Південному районі показник зміниться з 23 916,8 на 100 тис. нас. до 36076,4 на 100 тис. нас. (+49,3%), у Південно-Східному районі – з 23504,8 на 100 тис. нас. до 36475,1 на 100 тис. нас. (+64,4%). Також прогнозовано істотно зросте захворюваність у Центральному районі – з 26 045,5 на 100 тис. нас. до 38180,8 на 100 тис. нас. (+68,2%). В даному районі вона була вищою порівняно із загальноукраїнськими показниками протягом усього періоду спостереження (рис. 1).

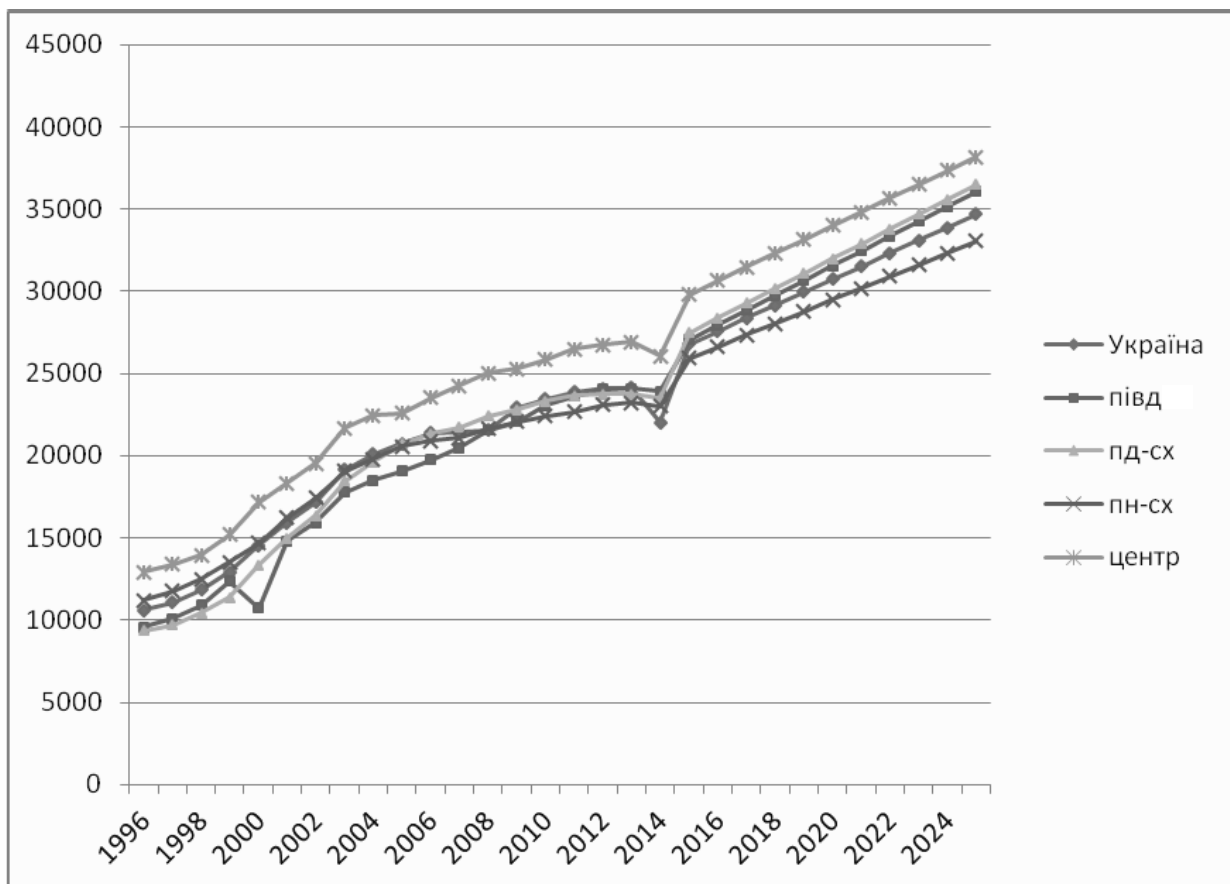


Рис. 1. Прогноз поширеності ІХС в Україні та районах до 2025 року (на 100 тис. нас.)

Подібна тенденція спостерігається і при прогнозуванні первинної захворюваності на ІХС. Так, загальноукраїнські показники зростуть із 1378,6 на 100 тис. нас. у 2014 р. до 2177,6 на 100 тис. нас. у 2025 р. (+61,1%). Рівень первинної захворюваності прогнозовано найбільше зросте у Північно-Східному – з 1357,7 на 100 тис. нас. до 1619,0 на 100 тис. нас. (+83,9%), у Південно-Східному – з 1437,3 на 100 тис. нас. до 2278,2 на 100 тис. нас. (+63,1%) та Південному – з 1912,1 на 100 тис. нас. до 2819,7 на 100 тис. нас. (+67,8%) районах (рис. 2).

Висновки

1. Поширеність ІХС в Україні зросла у 2014 р. порівняно із 1996 р. у 2,1 разу. Найістотніше вона збільшилася у Південному (у 2,6 разу) та Південно-Східному (у 2,5 разу) районах України.
2. Захворюваність на ІХС збільшилася в Україні у 2014 р. у 1,6 разу порівняно із 1996 роком. Найбільше вона зросла у Південному (у 2,4 разу) та Південно-Східному (у 2,0 разу) районах.
3. Прогнозовано поширеність ІХС в Україні до 2025 р. зросте на 63,5%. Найбільше зростання очікується у Центральному (+68,2%), Південно-

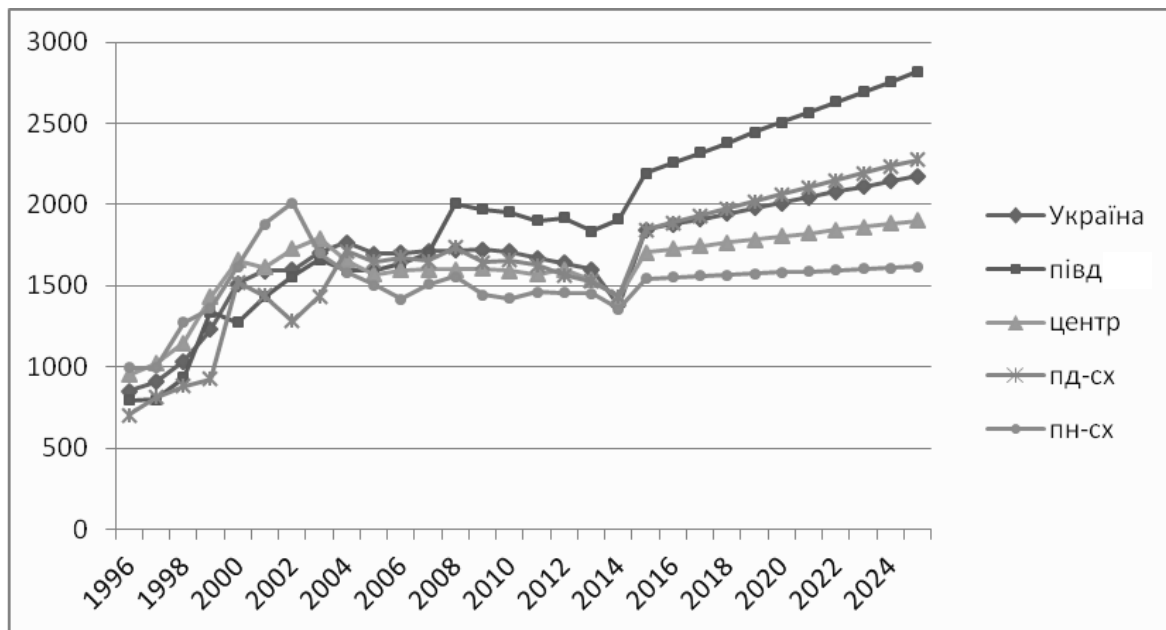


Рис. 2. Прогноз захворюваності ІХС в Україні та районах до 2025 року (на 100 тис. нас.)

Східному (+64,4%) та Південному (+49,3%) районах.

4. Первинна захворюваність на ІХС прогнозовано збільшиться в Україні на 61,1%, у Північно-Східному районі – на +83,9%, у Південно-Східному – на +63,1%, у Південному – на +67,8%.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні динаміки захворюваності та поширеності основних захворювань серцево-судинної системи в Україні та їх прогнозі.

Список літератури

1. Горбась І. М. Епідеміологічна ситуація щодо серцево-судинних захворювань в Україні: 30-річне моніторування / І. М. Горбась // Практична ангіологія. – 2010. – № 9–10 (38–39). – С. 4–10.
2. Дячук Д. Д. Щодо захворюваності дорослого населення України на неінфекційні хвороби / Д. Д. Дячук // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 1. – С. 19–23.
3. Клименко В. І. Хвороби системи кровообігу як медико-соціальна державна проблема / В. І. Клименко // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2007. – № 4. – С. 17–21.
4. Рингач Н. О. Серцево-судинні захворювання в Україні: статистичний аналіз сучасної епідеміологічної ситуації [Електронний ресурс] / Н. О. Рингач, О. О. Чернобрівенко. – Режим доступу : <http://medstrana.com/articles/1639/>. – Назва з екрану.
5. Слабкий Г. О. Визначення проблемних областей України при прогнозуванні захворюваності працездатного населення / Г. О. Слабкий, Д. Д. Айстраханов, Г. В. Курчатова // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2009. – № 1. – С. 28–33.
6. Теренда Н. О. Прогностична оцінка захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу / Н. О. Теренда // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2014. – № 4 (62). – С. 31–35.
7. Яценко Ю. Б. Динаміка захворюваності та смертності внаслідок хвороб системи кровообігу в Україні у регіональному аспекті / Ю. Б. Яценко, Н. Ю. Кондратюк // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2012. – № 3. – С. 25–29.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПРОГНОЗНЫЕ ОЦЕНКИ ОБЩЕЙ И ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В УКРАИНЕ

Н.А. Теренда

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

Цель: изучить динамику показателей распространенности и заболеваемости населения Украины ишемической болезнью сердца (ИБС) в региональном аспекте на протяжении 1996–2014 годов и спрогнозировать их изменения до 2025 года.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили данные Центра медицинской статистики Минздрава Украины об уровне первичной заболеваемости и распространенности ИБС среди

населення України. В роботі використані епідеміологічний, демографічний, статистичний методи дослідження.

Результати. Іспользуя метод демографічного районування, проведена оцінка змін розповсюдженості та захворюваності ІБС в Україні та окремих її районах в період 1996–2014 років. Спрогнозовано тенденцію подальшого зростання ІБС як в Україні, так і в певних її районах.

Висновки. В період останніх 19 років в Україні суттєво зросла розповсюдженість (в 2,1 рази) та захворюваність (в 1,6 рази) ІБС. Більше за все ці показники змінилися в Південному та Південно-Східному районах України. Прогнозні показники по розповсюдженості та захворюваності ІБС свідчать про тенденцію їх збільшення, особливо в Південно-Східному та Південному районах України.

КЛЮЧЕВІ СЛОВА: ішемічна хвороба серця, розповсюдженість, первинна захворюваність, прогноз.

TRENDS AND FORECAST ESTIMATIONS GENERAL AND PRIMARY MORBIDITY ISCHEMIC HEART DISEASE UKRAINE

N.O. Terenda

SHEI «Ternopil State Medical University named after I. Gorbachevskiy Ministry of Health of Ukraine», Ternopil, Ukraine

Purpose: to study dynamics of indicators of prevalence and morbidity for coronary heart disease (CHD) of the population of Ukraine in regional aspect during 1996–2014 and to forecast their changes in 2025.

Materials and methods. As research materials were used the data of Center of Health Statistics of the Ministry of Health of Ukraine on the level of primary incidence and prevalence of CHD in the population of Ukraine. In our research, epidemiological, demographic, statistical methods of research are used.

Results. Using the method of demographic regions, we estimate changes in prevalence and incidence of CHD in Ukraine and its separate regions for 1996–2014. tendency of further growth in CHD is predicted both for Ukraine on the whole and for some districts.

Conclusions. Over the last 19 years in Ukraine prevalence and morbidity of CHD has significantly increased – 2.1 and 1.6 times respectively. More of these indicators have changed in Southern and Southeastern regions of Ukraine. Projected figures on prevalence and incidence of CHD indicate a tendency of their growth, especially in Southeastern and Southern regions.

KEY WORDS: coronary heart disease, prevalence, primary incidence, forecast.

Рукопис надійшов до редакції: 20.09.2016

Відомості про автора:

Теренда Наталія Олександрівна – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; тел.: +38(0352)-52-72-33.

О.П. ВЕНГЕР

ОСОБЛИВОСТІ СУБ'ЄКТИВНОГО КОНТРОЛЮ У ЕМІГРАНТІВ ТА РЕЕМІГРАНТІВ, ХВОРИХ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
м. Тернопіль, Україна

Мета: вивчення особливостей суб'єктивного контролю у емігрантів та реемігрантів, хворих на депресивні розлади.

Матеріали і методи. За допомогою запитальника «Рівень суб'єктивного контролю» та методики вивчення ціннісних орієнтацій було обстежено 585 хворих на депресивні розлади.

Результати. Проведене дослідження особливостей суб'єктивного контролю у 196 емігрантів, 191 реемігрант у порівнянні з 198 не емігрантами, хворими на різні форми депресивних розладів, встановило більшу виразність загальної інтернальності у емігрантів та меншу – у реемігрантів. При цьому у ключових сферах досягнень, сімейних відносин, трудових відносин, міжособистісних відносин емігранти виявляють ознаки інтернальності, а реемігранти – екстернальності. Натомість реемігрантам притаманний інфернальний тип суб'єктивного контролю у сфері невдач. Виявлені закономірності можуть бути пояснені як соціально-психологічними особливостями, так і особистісними характеристиками емігрантів та реемігрантів. Найбільш виразні розбіжності виявлені у хворих на психогенні депресивні розлади, меншою мірою вони виявляються у хворих на ендогенні та органічні депресії. Причини виявлених особливостей можуть полягати як в особистісних особливостях емігрантів та реемігрантів, так і у впливі об'єктивних соціально-психологічних факторів.

Висновки. Виявлені закономірності повинні враховуватися при розробці лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: емігранти, реемігранти, депресивні розлади, суб'єктивний контроль.

Проблема еміграції та рееміграції в Україні входить до числа найбільш актуальних державних та суспільних проблем. Еміграція є одним з наймасовіших соціальних процесів у світі, який останніми роками виявляє очевидну тенденцію до зростання. Кількість українських мігрантів оцінюється у 6,5–7 млн осіб, однак, з урахуванням значної кількості нелегальних мігрантів, ці дані можуть бути значно заниженими [3;7]. Самостійну соціальну, медико-психологічну та психіатричну проблему являє собою рееміграція, масштаби якої порівнянні з масштабами еміграції. Водночас, при значній соціальній та медичній значущості проблеми еміграції та рееміграції в Україні, її дослідженню та вирішенню не приділяється належної уваги.

Депресивні розлади є однією з найпоширеніших та небезпечних психічних патологій. Міграція з сучасних наукових позицій розглядається як один із факторів, що негативно впливає на стан психічного здоров'я, спричинює трансформацію особистісного реагування та дезадаптацію особистості, провокує маніфестацію або екзацербацию ендогенних психічних захворювань [8–9]. Рядом досліджень встановлено наявність негативних особистісних змін, асоційованих з міграцією: емоційної нестійкості, тривожності, фрустрованості, психічної дезадаптації, депресивних розладів [1;2;4;6].

Виходячи з цих положень, **метою** цього дослідження було вивчення особливостей суб'єктивного

контролю у емігрантів та реемігрантів, хворих на депресивні розлади.

Дане дослідження є фрагментом наукової дослідницької роботи «Депресивні розлади у емігрантів та реемігрантів (клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості, сучасні підходи до лікування та реабілітації)», окремі результати якої уже публікувалися.

Матеріали і методи. Обстеження проводилося за допомогою запитальника «Рівень суб'єктивного контролю» [5]. Обстежено 196 осіб, які щонайменше протягом останнього року проживали за межами України і планували найближчим часом повернутися за кордон (емігранти); 191 особу, яка не менше року проживала за межами України і протягом останнього року повернулася для постійного проживання в Україну (реемігранти); 198 осіб, які постійно проживають в Україні і ніколи не виїжджали за її межі для тривалого проживання (не емігранти). Усі обстежені хворі перебували на лікуванні у Тернопільській обласній психоневрологічній лікарні за період 2010–2014 років, їм був встановлений остаточний клінічний діагноз депресивного розладу відповідно до критеріїв МКХ-10. Психогенні депресивні розлади (коди за МКХ-10 F43.21 та F43.22) встановлені у 69 не емігрантів, 68 емігрантів та 67 реемігрантів, ендогенні (коди за МКХ-10 F31.3, F31.4, F32.1, F32.2, F33.1 та F33.2) – відповідно у 65, 66 та 63 осіб, органічні

(код за МКХ-10 F06.3) – відповідно у 64, 62 та 61 осіб; розбіжності між групами незначущі.

Статистичний аналіз результатів проводився за допомогою непараметричного тесту Манна–Вітні.

Результати дослідження та їх обговорення.

Наукові дані щодо особливостей психологічної сфери емігрантів та реемігрантів, хворих на різні форми депресій, є вкрай недостатніми. Виходячи з цього, ми дослідили особливості суб'єктивного контролю емігрантів та реемігрантів, хворих на психогенні, ендогенні та органічні депресивні розлади. Дослідження особливостей суб'єктивного контролю у різних сферах є важливим компонентом вивчення мотиваційного компоненту еміграції. Концепція специфічного типу особистості, асоційованого з еміграцією (яка, втім, має як прихильників, так і супротивників), передбачає також певні особливості мотиваційної сфери та стану суб'єктивного контролю мігрантів. У цьому зв'язку дослідження особливостей внутрішнього суб'єктивного контролю у емігрантів та реемігрантів, хворих на депресивні розлади, має важливе значення як для встановлення особистісних особливостей емігрантів та реемігрантів, так і для розуміння патогенетичних механізмів, які лежать в основі виникнення різних форм депресивних розладів у цієї категорії осіб.

Основу дослідження суб'єктивного контролю у нашому дослідженні складало вивчення інтернальності. В аспекті концепції локусу контролю Д. Роттера інтернальність є індикатором ступеня суб'єктивного контролю як особистісної характеристики, що описує те, якою мірою людина відчуває себе активним суб'єктом власної діяльності, а в якій – пасивним об'єктом дії інших людей і зовнішніх обставин. Використана нами методика дозволяє визначити як загальну інтернальність, так і інтернальність в окремих сферах – досягнень, невдач, сімейних відносин, трудових відносин, міжособистісних відносин, здоров'я і хвороби.

При дослідженні суб'єктивного контролю у емігрантів та реемігрантів, хворих на психогенні депресивні розлади, були виявлені важливі закономірності. При аналізі загальної інтернальності було встановлено, що емігрантам притаманний високий рівень інтернальності. Це єдина група, у якій середній рівень загальної інтернальності перевищує рівень у 5,5 стена, що відповідає інтернальному типу контролю. У емігрантів рівень загальної інтернальності склав $6,04 \pm 1,57$ стена, що свідчить про високий рівень суб'єктивного контролю над будь-якими значущими ситуаціями. Таким людям властиве переконання, що більшість важливих подій у їхньому житті є результатом їхніх власних дій, що вони можуть ними керувати і, отже, відчувають свою власну відповідальність за ці події і за те, як складається їхнє життя в цілому. Натомість реемігрантам притаманний низький рівень загальної

інтернальності ($4,96 \pm 1,44$ стена), що характеризує низький рівень суб'єктивного контролю. Таким особам властива відсутність бачення зв'язку між власними діями і значущими для них подіями життя, вони не вважають себе здатними контролювати власне життя і впевнені, що більшість подій у ньому є результатом випадкового збігу обставин або дій інших людей. Не емігранти за рівнем суб'єктивного контролю займають проміжну позицію; їх показник наближений до середнього рівня ($5,42 \pm 1,59$ стена). Значущі розбіжності за рівнем загальної інтернальності виявлені при порівнянні груп емігрантів та не емігрантів ($p=0,027$), реемігрантів та не емігрантів ($p=0,089$), емігрантів та реемігрантів ($p=0,001$).

Аналіз особливостей суб'єктивного контролю в сфері досягнень виявив ще суттєвіші розбіжності між емігрантами, реемігрантами та не емігрантами. Так, у емігрантів середній рівень інтернальності в цій сфері склав $6,78 \pm 1,74$ стена; це найвищий показник серед усіх груп, він відповідає високому рівню суб'єктивного контролю над емоційно позитивними подіями і ситуаціями, переконанню, що вони самі домагаються успіхів у житті, а також здатні успішно досягати успіхів у майбутньому. Реемігрантам, навпаки, притаманний низький рівень інтернальності ($3,91 \pm 2,29$ стена), що свідчить про схильність приписувати свої успіхи, досягнення і радості зовнішнім обставинам – удачі, щасливій долі або допомозі з боку інших людей. У не емігрантів показник інтернальності в сфері досягнень був у межах середніх значень ($5,42 \pm 2,46$ стена). Значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп емігрантів та не емігрантів ($p=0,001$), реемігрантів та не емігрантів ($p=0,001$), емігрантів та реемігрантів ($p=0,001$).

Зворотною є картина суб'єктивного контролю в сфері невдач. Тут найвищий показник виявлений у реемігрантів ($5,94 \pm 2,44$ стени), дещо нижчий – у емігрантів ($5,85 \pm 1,89$ стени); причому в обох групах він перевищує середній рівень у 5,5 стена. Це свідчить про розвинене почуття суб'єктивного контролю по відношенню до негативних подій і ситуацій, що виявляється у схильності звинувачувати себе у різноманітних невдачах, неприємностях і стражданнях. У не емігрантів рівень інтернальності в сфері невдач складає $5,28 \pm 2,31$ стена, що відповідає середньому рівню. Значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп емігрантів та не емігрантів ($p=0,080$).

Результати аналізу суб'єктивного контролю у сфері сімейних відносин свідчать про високий рівень інтернальності у емігрантів ($6,24 \pm 1,32$ стена). Такі індивіди вважають себе відповідальними за події власного сімейного життя. У реемігрантів виявлений низький рівень інтернальності у сімейних відносинах ($4,46 \pm 1,46$ стена); такі індивіди вважають не себе, а своїх партнерів причиною значущих

ситуацій, що виникають у їхніх родин. У не емігрантів рівень інтернальності в сімейних відносинах є середнім ($5,55 \pm 1,81$ стена). Значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп емігрантів та не емігрантів ($p=0,025$), реемігрантів та не емігрантів ($p=0,001$), емігрантів та реемігрантів ($p=0,001$).

Меншою мірою виражені розбіжності в інтернальності у сфері трудових відносин. Емігрантам загалом притаманний більш високий рівень інтернальності ($5,91 \pm 1,53$ стена). Це відповідає переконанню індивіда у тому, що його дії є важливим фактором в організації власної виробничої діяльності, у відносинах в колективі та у просуванні службою. При цьому у реемігрантів та не емігрантів також виявлений доволі високий рівень інтернальності, хоча й менший, ніж у емігрантів ($5,06 \pm 2,01$ та $5,20 \pm 2,06$ стена відповідно). Значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп емігрантів та не емігрантів ($p=0,058$), емігрантів та реемігрантів ($p=0,018$).

У сфері міжособистісних відносин найвищий рівень суб'єктивного контролю виявлений у емігрантів ($5,94 \pm 1,53$ стена), при цьому він є доволі високим також у реемігрантів та не емігрантів (відповідно $5,16 \pm 1,54$ стена та $5,45 \pm 1,29$ стена). Високий показник за цією сферою свідчить про те, що індивід вважає себе спроможним контролювати свої неформальні відносини з іншими людьми, викликати до себе повагу і симпатію тощо. Значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп емігрантів та не емігрантів ($p=0,073$) та емігрантів й реемігрантів ($p=0,014$).

Інша картина виявлена при аналізі особливостей внутрішнього контролю щодо здоров'я і хвороби: найвищий рівень інтернальності у цій сфері спостерігався у реемігрантів ($6,30 \pm 2,35$ стена), високий – у не емігрантів ($5,80 \pm 2,41$ стена), найменший – у емігрантів ($5,26 \pm 2,90$ стена). Високі показники свідчать про те, що індивід вважає свій спосіб життя багатим в чому відповідальним за своє здоров'я, у хворобі схильний звинувачувати самого себе і вважати, що одужання багатим в чому залежить від його дій. Значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп емігрантів та реемігрантів ($p=0,038$).

У емігрантів та реемігрантів, хворих на ендогенні депресивні розлади, загальні закономірності, виявлені у хворих на психогенні депресії, зберігаються, однак виразність їх є меншою. Так, середній рівень загальної інтернальності у емігрантів становив $5,77 \pm 1,50$ стена, що відповідає інтернальному типу суб'єктивного контролю, а у реемігрантів та не емігрантів – $4,57 \pm 1,49$ стена та $5,18 \pm 1,60$ стена відповідно, що відповідає екстернальному типу суб'єктивного контролю. Значущі розбіжності виявлені при порівнянні рівнів загальної інтернальності між групами емігрантів та не емігрантів ($p=0,048$), реемігрантів та емігрантів ($p=0,036$), емігрантів та реемігрантів ($p=0,001$).

У сфері досягнень найвищий рівень суб'єктивного контролю виявлений у емігрантів ($6,23 \pm 2,19$ стенив), найнижчий – у реемігрантів ($3,95 \pm 2,04$ стенив); у не емігрантів рівень інтернальності у сфері досягнень склав $5,00 \pm 2,58$ стена. Значущі розбіжності за рівнями інтернальності у цій сфері виявлені при порівнянні груп емігрантів та не емігрантів ($p=0,004$), реемігрантів та не емігрантів ($p=0,031$), емігрантів та реемігрантів ($p=0,001$).

У сфері невдач найвищий рівень суб'єктивного контролю виявлений у реемігрантів ($6,52 \pm 2,28$ стенив), менший – у емігрантів ($6,06 \pm 2,15$ стенив) і найнижчий – у не емігрантів ($5,58 \pm 2,40$ стенив), однак в усіх групах показник відповідає інтернальному типу суб'єктивного контролю. Значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп реемігрантів та не емігрантів ($p=0,022$).

Деяко інша картина виявлена при аналізі особливостей суб'єктивного контролю у сфері сімейних відносин. Інтернальний тип контролю виявлений у емігрантів ($5,95 \pm 1,43$ стена), екстернальний – у реемігрантів ($4,63 \pm 1,51$ стена), у не емігрантів показник свідчить про відсутність чіткої тенденції до інтернальності та екстернальності ($5,51 \pm 1,83$ стена). Значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп реемігрантів та не емігрантів ($p=0,004$), емігрантів та реемігрантів ($p=0,001$).

У сфері трудових відносин найвищий рівень суб'єктивного контролю виявлений у емігрантів ($5,98 \pm 1,52$ стена), найнижчий – у реемігрантів ($4,71 \pm 2,23$ стена); показники у не емігрантів займають проміжне положення ($5,23 \pm 2,07$ стена). Значущі розбіжності за цією сферою виявлені при порівнянні груп емігрантів та не емігрантів ($p=0,046$), реемігрантів та емігрантів ($p=0,002$).

Найвищий рівень суб'єктивного контролю у сфері міжособистісних відносин виявлений у емігрантів ($6,00 \pm 1,86$ стенив), він відповідає інтернальному типу. У реемігрантів та не емігрантів рівень інтернальності нижчий і відповідає екстернальному типу (відповідно $4,59 \pm 1,48$ та $5,29 \pm 1,34$ стена). Значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп емігрантів та не емігрантів ($p=0,009$), реемігрантів та не емігрантів ($p=0,005$), емігрантів та реемігрантів ($p=0,001$).

Особливістю суб'єктивного контролю щодо здоров'я і хвороби у хворих на ендогенні депресивні розлади є екстернальний тип контролю у всіх досліджених групах: найнижчий – у реемігрантів ($3,65 \pm 1,94$ стена), децю вищий – у емігрантів ($4,33 \pm 2,38$ стена), найвищий – у не емігрантів ($4,74 \pm 2,29$ стена). Низькі показники інтернальності у цій сфері свідчать про пасивне ставлення до власного здоров'я і хвороби: такі індивіди вважають здоров'я і хворобу результатом дії зовнішніх факторів і сподіваються на те, що одужання прийде в результаті дії інших людей, насамперед ліка-

рів. Значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп реемігрантів та не емігрантів ($p=0,009$).

Особливості суб'єктивного контролю у емігрантів та реемігрантів, хворих на депресивні розлади органічного ґенезу, загалом збігаються з тими, що притаманні хворим на ендогенні депресії, однак мають і певні особливості. Так, інтернальний тип суб'єктивного контролю виявлений у емігрантів (показник загальної інтернальності $5,89\pm 1,47$ стена), екстернальний – у реемігрантів ($4,59\pm 1,5$ стена), проміжний (ближче до екстернального) – у не емігрантів ($5,2\pm 1,61$ стена). Розбіжності у рівнях загальної інтернальності значущі при порівнянні усіх груп: емігрантів та не емігрантів ($p=0,023$), реемігрантів та не емігрантів ($p=0,038$), емігрантів та реемігрантів ($p=0,001$).

Інтернальний тип суб'єктивного контролю у сфері досягнень виявлений у емігрантів ($6,45\pm 1,91$ стени), екстернальний – у реемігрантів та не емігрантів (відповідно $3,90\pm 2,03$ та $4,94\pm 2,55$ стена). Значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп емігрантів та не емігрантів ($p=0,001$), реемігрантів та не емігрантів ($p=0,032$), емігрантів та реемігрантів ($p=0,001$).

У сфері невдач усі три групи обстежених хворих виявляють інтернальний тип суб'єктивного контролю, при цьому найвищі показники інтернальності виявлені у реемігрантів ($6,56\pm 2,28$ стени) та емігрантів ($6,13\pm 2,01$ стени), у не емігрантів вони є суттєво нижчими ($5,64\pm 2,37$ стени). Значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп реемігрантів та не емігрантів ($p=0,025$).

У сфері сімейних відносин емігранти виявляють ознаки інтернальності ($6,05\pm 1,45$ стена), а реемігранти – екстернальності ($4,69\pm 1,49$); показники не емігрантів займають проміжне положення. Значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп реемігрантів та не емігрантів ($p=0,006$), емігрантів та реемігрантів ($p=0,001$).

Аналогічні закономірності виявлені у сфері трудових відносин: показник інтернальності у емігрантів склав $6,11\pm 1,47$ стена, у реемігрантів – $4,79\pm 2,23$ стена, у не емігрантів – $5,25\pm 2,08$ стена. Значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп

емігрантів та не емігрантів ($p=0,025$), емігрантів та реемігрантів ($p=0,002$).

У емігрантів, хворих на органічні депресивні розлади, виявлено інтернальний тип суб'єктивного контролю у сфері міжособистісних відносин (показник інтернальності у сфері міжособистісних відносин становить $6,08\pm 1,87$ стена), у реемігрантів – екстернальний тип ($4,56\pm 1,54$ стена), показник у не емігрантів займає проміжне положення, ближче до екстернального ($5,30\pm 1,35$ стена). Розбіжності значущі при порівнянні груп емігрантів та не емігрантів ($p=0,004$), реемігрантів та не емігрантів ($p=0,005$), емігрантів та реемігрантів ($p=0,001$).

Показник інтернальності щодо здоров'я і хвороби у всіх досліджених груп відповідає інтернальному типу суб'єктивного контролю (у реемігрантів $3,66\pm 1,97$ стена, у емігрантів – $4,37\pm 2,45$ стена, у не емігрантів – $4,75\pm 2,31$ стена). Розбіжності статистично значущі при порівнянні груп емігрантів та реемігрантів ($p=0,010$).

Висновки

Таким чином, дослідження особливостей внутрішнього контролю у емігрантів та реемігрантів, хворих на депресивні розлади, у порівнянні з не емігрантами дозволило встановити ряд закономірностей впливу фактора еміграції: у цілому емігрантам притаманний високий, а реемігрантам – низький рівень загальної інтернальності. Також у емігрантів виявлено високі показники інтернальності у сфері досягнень, сімейних відносин, трудових відносин, міжособистісних відносин. У реемігрантів виявлено ознаки екстернальності за цими сферами, за винятком сфери невдач, де реемігранти виявляють ознаки інтернальності. Виявлені закономірності можуть бути пояснені як соціально-психологічними особливостями, так і особистісними характеристиками емігрантів та реемігрантів.

Основні перспективи подальших досліджень, на наш погляд, полягають у розробці лікувально-реабілітаційних та профілактичних програм для лікування та профілактики депресивних розладів у емігрантів та реемігрантів з урахуванням виявлених закономірностей.

Список літератури

1. *Иванова М. В.* Психическое здоровье мигрантов (клинический, социально-психологический и реабилитационный аспекты): дис... канд. мед. наук : 14.01.18 / Марина Владимировна Иванова; НИИ психического здоровья СО РАМН. – Томск, 2007. – 205 с.
2. *Кириленко Я.* Интердисциплинарные аспекты миграции [Электронный ресурс] / Я. Кириленко, Е. Чуманская // Архив Национальной библиотеки ім. В. Вернадського. – 2011. – Т. 15, № 2 (55). – С. 52–53. – Режим доступу : http://archive.nbuv.gov.ua/portal/chem_biol/Tzhp/2011_2/pdf/52-53.pdf. – Назва з екрану.
3. *Міграція в Україні: факти і цифри* / Міжнародна організація з міграції. – Київ : Представництво МОМ в Україні. – 2011. – 7 с.
4. *Некоторые особенности психологической адаптации мигрантов* [Электронный ресурс] / В. Б. Колянова, В. П. Боряк, Н. В. Барнаш, Л. В. Михайленко. – Режим доступу: http://migrocenter.ru/publ/konfer/kavkaz/m_kavkaz030.php. – Название с экрана.
5. *Реан А. А.* Практическая психодиагностика личности / А. А. Реан. – Санкт-Петербург : Изд-во Санкт-Петербургского ун-та, 2001. – 224 с.
6. *Хармз В. А.* Медико-психологические аспекты нарушения психической адаптации эмигрантов: дис... канд. психол. наук : 19.00.04 / Вахид Аблахад Хармз; Санкт-Петербургский гос. ун-т. – Санкт-Петербург, 2000. – 186 с.

7. Щорічна Доповідь про стан дотримання та захисту прав і свобод людини в Україні Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини: Постанова Верховної Ради України від 05.04.2011 року № 3194-VI // Голос України. – 2011. – № 35. – С. 23–29.
8. *Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to the Netherlands* / J. P. Selten, N. Veen, W. Feller [et al.] // *British Journal of Psychiatry*. – 2001. – № 178. – P. 367–372.
9. *Lauber C. Patterns of Psychiatric Inpatient Care in Migrants: Results from Switzerland* / C. Lauber, B. Lay, W. Rossler // *Swiss Medical Weekly*. – 2006. – № 135. – P. 50–56.
10. *The mental health of migrants* / B. E. Gavin, B. D. Kelly, A. Lane [et al.] // *Irish Medical Journal*. – 2001. – Vol. 94. – P. 229–230.

ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ У ЭМИГРАНТОВ И РЕЭМИГРАНТОВ, БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

О.П. Венгер

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского МЗ Украины», г. Тернополь, Украина

Цель: изучение особенностей субъективного контроля у эмигрантов и реэмигрантов, больных депрессивными расстройствами.

Материалы и методы. При помощи вопросника «Уровень субъективного контроля» и методики изучения ценностных ориентаций было обследовано 585 больных депрессивными расстройствами.

Результаты. Исследование особенностей субъективного контроля у 196 эмигрантов, 191 реэмигранта в сравнении с 198 не эмигрантами, больными разными формами депрессивных расстройств, показало большую выразительность общей интернальности у эмигрантов и меньшую – у реэмигрантов. При этом в ключевых сферах достижений, семейных отношений, трудовых отношений, межличностных отношений эмигранты проявляют признаки интернальности, а реэмигранты – экстернальности. При этом для реэмигрантов характерен инфернальный тип субъективного контроля в сфере неудач. Выявленные закономерности могут объясняться как социально-психологическими особенностями, так и личностными характеристиками эмигрантов и реэмигрантов. Наиболее выразительные отличия выявлены у больных психогенными депрессивными расстройствами, в меньшей мере они выявляются у больных эндогенными и органическими депрессиями. Причины выявленных особенностей могут быть как в личностных особенностях эмигрантов и реэмигрантов, так и во влиянии объективных социально-психологических факторов.

Выводы. Выявленные закономерности должны учитываться при разработке лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: эмигранты, реэмигранты, депрессивные расстройства, субъективный контроль.

FEATURES OF SUBJECTIVE CONTROL IN EMIGRANTS AND REEMIGRANTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

O.P. Venger

Ternopil State Medial University named by I.Ya. Horbachevsky, Ternopil, Ukraine

Aim: to study features of subjective control in emigrants and reemigrants with depressive disorders.

Materials and methods. Using questionnaire «Level of subjective control» and method of study of evaluative orientations were investigated 585 patients with depressive disorders.

Results. Committed study of features of subjective control in 196 emigrants, 191 reemigrants comparing with 198 not emigrants with different forms of depressive disorders, found more expressiveness of the internality in emigrants, less expressiveness in reemigrant. Herewith in main spheres of achievement, family relations, labor relations, interpersonal relations the emigrants show features of internality, and the reemigrants – of externality. Instead, reemigrants has internal type of of subjective control in failure sphere. The found features can be explained as social-psychological features and personal features of emigrants, and reemigrants. The most expressive differences found in patients with psychogenic depressive disorders виявлені у хворих на психогенні депресивні розлади, less they can be identified in patients with with endogenic and organic depressions. The reasons of found features could be in personal features of emigrants and reemigrants and in influence of social-psychological factors.

Conclusions. Found features have to be considered in the development of treatment-rehabilitation and preventive measures.

KEY WORDS: emigrants, reemigrants, depressive disorders, subjective control.

Рукопис надійшов до редакції 10.09.2016 р.

Відомості про автора:

Венгер Олена Петрівна – к.мед.н., доц. кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського»; тел. служб. : +38 (0352) 43-57-74.

УДК 616-036.8-053.31.004.12
DOI 10.11603/1681-2786.2016.3.7009

О.О. ДУДІНА¹, Ю.Ю. ГАБОРЕЦЬ¹, Г.А. ДЗЮБА²

ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЖИВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ НИЗЬКОЮ МАСОЮ ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ

¹ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета: вивчити та проаналізувати показники виживання новонароджених із низькою масою тіла при народженні в умовах впровадження регіоналізації перинатальної допомоги в Україні.

Матеріали і методи. У ході виконання дослідження використано статистичний та бібліосемантичний методи. Матеріалами дослідження стали дані Держкомстату України та перинатального аудиту за 2011–2015 роки.

Результати. Показники виживання новонароджених з дуже малою масою тіла у перші 168 годин життя склали 81,3%–81,9%, у т. ч. з масою тіла при народженні 500–999 г – 64,2%–63,0%, з масою тіла при народженні 1000–1499 г – 90,1%–91,3%. Встановлена позитивна тенденція щодо перинатальної смертності – 8,6 на 1000 народжених живими і мертвими у 2014 р. і 8,5 у 2015 р. та неонатальної – 3,4 і 3,1 на 1000 народжених живими відповідно.

Висновки. Показана ефективність впровадження регіоналізації перинатальної допомоги в країні.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: новонароджені із низькою масою тіла при народженні, виживання, перинатальна допомога, регіоналізація.

Метою регіоналізації перинатальної допомоги визначено підвищення якості, доступності перинатальної допомоги з урахуванням: раціонального використання можливостей існуючої системи надання медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим; створення можливості виходжування дітей з малою та дуже малою масою тіла при народженні, що сприятиме зниженню материнської, перинатальної і малюкової смертності та попередженню дитячої інвалідності [2–5].

Наразі в економічно розвинених країнах зниження перинатальної і малюкової смертності відбувається передусім за рахунок підвищення якості медичної допомоги дітям із дуже малою масою тіла при народженні. За даними ВООЗ, в економічно розвинених країнах виживання новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500–999 г становить 30,0%, а новонароджених з масою тіла при народженні 1000–1499 г – 70% [1]. Виживання дітей із дуже малою масою тіла при народженні в США, Японії і більшості країн Західної Європи досягло 80 і 95% відповідно [6;7].

Мета роботи: вивчити та проаналізувати показники виживання новонароджених із низькою масою тіла при народженні в умовах впровадження регіоналізації перинатальної допомоги в Україні.

Матеріали і методи. У ході виконання дослідження використано статистичний та бібліосемантичний методи. Матеріалами дослідження стали

дані Держкомстату України та перинатального аудиту за 2011–2015 роки.

Результати дослідження та їх обговорення. За даними перинатального аудиту за методикою ВООЗ BABIES-MATRICA, виживання недоношених із надзвичайно малою масою тіла при народженні (500–999 г) за період впровадження регіоналізації перинатальної допомоги мало тенденцію до зростання з 57,58% у 2011 р. до 63,88%, ВШЗ 95% ДІ 1,3 (1,1–1,5) із тенденцією до зменшення у 2015 р. (63,88%) (рис. 1).

При цьому виживання немовлят, народжених із масою тіла при народженні 1000–1499 г, зросло з 87,34% у 2011 р. до 90,41% у 2015 р., ВШ з 95% ДІ 1,4 (1,4–1,6).

Доведено, що виживання новонароджених залежить як від маси тіла при народженні, так і від рівня кваліфікації медичних працівників та оснащення медичним обладнанням закладів перинатальної допомоги. Очікувано найнижчий рівень виживання новонароджених має бути в закладах перинатальної допомоги (ЗПД) первинного рівня, найвищий – у ЗПД III рівня. За даними моніторингу, в Україні виживання новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500–999 г у 2014 р. коливалося від 50,9% у ЗПД I рівня до 64,4% у ЗПД II рівня, 63,6% у ЗПД III рівня, у 2015 р. – відповідно 65,0%, 69,7% і 59,4%. Як у 2014 р., так і в 2015 р., виживання новонароджених із масою тіла при народженні 500–999 г було найвищим у ЗПД II рівня (рис. 2).

© О.О. Дудіна, Ю.Ю. Габорець, Г.А. Дзюба, 2016

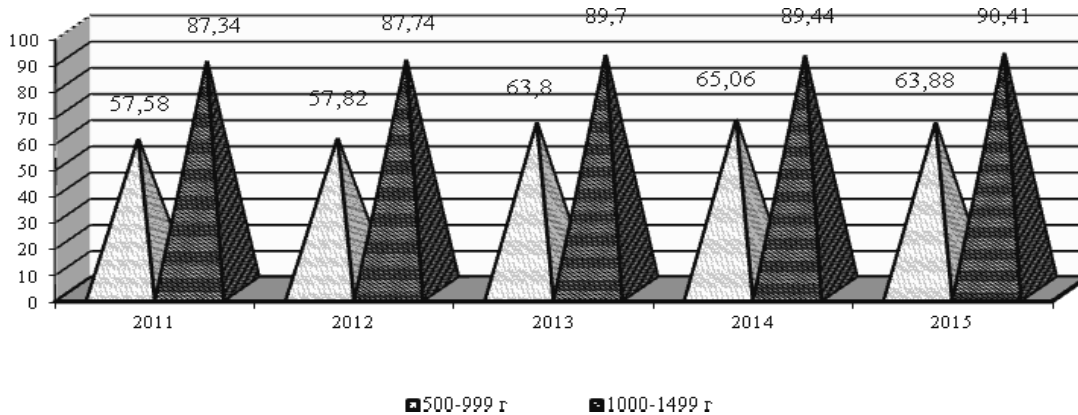


Рис. 1. Вживання новонароджених із низькою масою тіла при народженні (менше 1500 г) після перших 168 годин життя у 2011–2015 рр. (на 100 народжених живими)

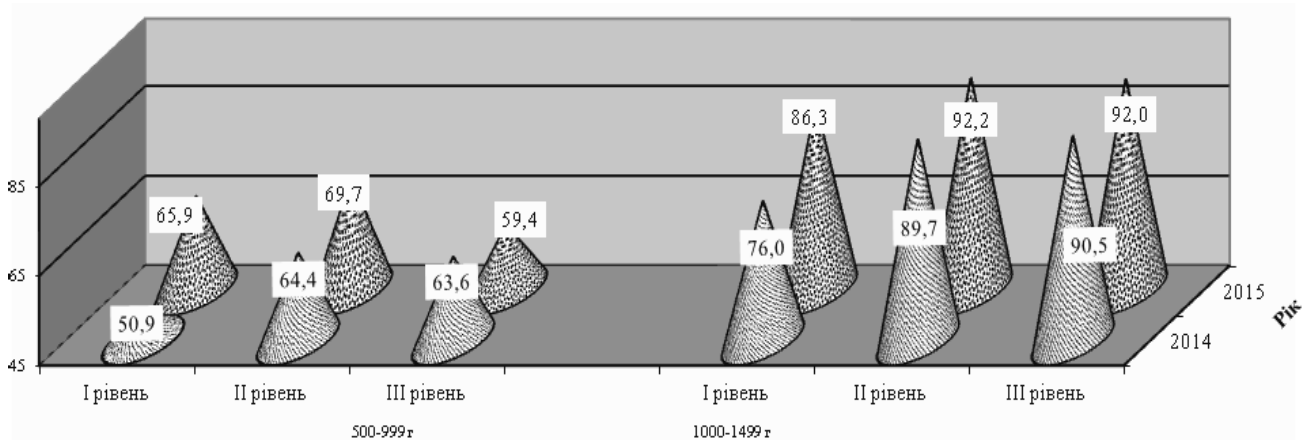


Рис. 2. Залежність вживання новонароджених у перші 168 годин життя від маси тіла при народженні та рівнів ЗПД 2014, 2015 рр., %

При цьому у 2015 р. вживання цієї категорії новонароджених у ЗПД III рівня було нижчим, ніж у ЗПД I та II рівнів. Вживання новонароджених із масою тіла при народженні 1000–1499 г у 2014 р. становило 76,0% у ЗПД I рівня, 89,7% у ЗПД II рівня і 90,5% і у ЗПД III рівня, а у 2015 р. – 86,3%, 92,2%, 92,0% відповідно. Потенційні проблеми з інтерпретацією отриманих результатів вживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні у ЗПД I, II і III рівнів, вірогідно, можуть бути спричинені некоректністю даних реєстрації живонароджених із надзвичайно малою масою тіла при народженні у ЗПД I та II рівнів та недостатньою оснащеністю ЗПД III рівня лікувально-діагностичною апаратурою. Останнє підтверджується тим, що якщо в цілому у 2015 р. у ЗПД III рівня вживання новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г становило 59,4%, то у перинатальних центрах III рівня, створених за сприяння Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства і дитинства» і достатньо оснащених високотехнологічною лікувально-діагностичною апаратурою, – 66,7%, ВШ з 95% ДІ 1,3 (1,0–1,6), а з масою тіла 1000–1499 г – 92,0% і 93,3%, ВШ з 95% ДІ 1,3 (0,9–1,9) відповідно.

У цілому показники вживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні є неоднорідними у часі і в розрізі регіонів. Як видно з таблиці, за даними МіО РГД у 2015 р. надзвичайно високий (95,2%) показник вживання новонароджених із надзвичайно малою масою тіла при народженні зареєстровано у Миколаївській області, високі (більше 75%) – у Волинській, Дніпропетровській, Житомирській, Закарпатській, Чернівецькій, а низькі (менше 40%) – у Івано-Франківській, Кіровоградській, Сумській, Хмельницькій областях. Різниця показників вживання цієї вагової групи новонароджених порівняно з 2014 р. збільшилася у 1,3 рази. Значно менші географічні розбіжності притаманні показникам вживання новонароджених із масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г – від 95,9% у м. Києві, 95,7% у Кіровоградській області до 84%–88% у Чернівецькій, Черкаській, Рівненській, Львівській і Житомирській областях.

Тенденція до зниження вживання новонароджених з надзвичайно малою масою тіла при народженні у 2015 р. порівняно з 2014 р. зумовлена зниженням вживання їх в 7-ми регіонах – Дніпропетровській, Запорізькій, Київській, Львівській, Сумській, Харківській і Херсонській облас-

Таблиця. Характеристика виживання новонароджених з дуже низькою масою тіла при народженні, 2014–2015 рр., %

Адміністративно-територіальна одиниця	Маса тіла при народженні 500–999 г		Маса тіла при народженні 1000–1499 г	
	2014 р.	2015 р.	2014 р.	2015 р.
Вінницька	57,7	73,7	89,5	90,5
Волинська	74,2	76,0	91,4	91,8
Дніпропетровська	79,2	76,7	88,0	91,7
Житомирська	71,8	83,9	82,8	87,3
Закарпатська	67,6	77,8	92,2	92,6
Запорізька	74,5	63,9	94,1	91,8
Івано-Франківська	60,9	31,3	87,8	88,6
Київська	59,5	73,5	83,8	93,6
Кіровоградська	52,9	31,3	93,3	95,7
Львівська	41,5	40,9	85,7	87,7
Миколаївська	87,5	95,2	92,6	93,3
Одеська	56,7	58,6	88,8	91,7
Полтавська	69,0	69,0	90,8	90,8
Рівненська	55,3	59,2	89,9	86,6
Сумська	50,0	36,4	89,2	93,2
Тернопільська	53,8	56,5	92,6	91,3
Харківська	70,3	61,4	93,0	91,6
Херсонська	80,0	46,4	90,5	91,3
Хмельницька	37,9	38,9	88,5	92,4
Черкаська	63,6	72,7	87,8	86,2
Чернівецька	66,7	77,8	93,0	84,0
Чернігівська	43,9	54,3	86,0	94,4
м. Київ	72,3	74,8	96,8	95,9
Усього	64,2	63,0	90,1	91,3

тях, а тенденція до збільшення виживання новонароджених із масою тіла при народженні 1000,0–1499,0 г – за рахунок збільшення його у 15 регіонах.

Ефективність регіоналізації перинатальної допомоги вивчалася і за даними материнських перинатальних і неонатальних втрат, які є основними критеріями якості та рівня організації роботи перинатальних закладів, ефективності впровадження наукових досягнень у практику охорони здоров'я і водночас інтегруючим показником здоров'я жінок репродуктивного віку. За даними моніторингу, в цілому в Україні у 2014 р. зареєстровано 52 (за даними МОЗ України – 66), а у 2015 р. – 49 (за даними МОЗ України – 60) випадків материнських втрат. Такі розбіжності зумовлені відсутністю чітких критеріїв розподілу материнських втрат, безпосередньо чи опосередковано пов'язаних з акушерськими причинами.

При ефективному методичному регулюванні організації перинатальної допомоги основна частка материнських втрат повинна концентруватися у ЗПД третинного рівня. Із 49 материнських втрат у 2015 р. у ЗПД I рівня і поза ЗПД померло 19 жінок, на вторинному і третинному рівнях надання пери-

натальної допомоги – 6 і 24 жінки відповідно. Позитивним є факт збільшення індексу концентрації материнських втрат у ЗПД III рівня до 49,0% проти 36,5% у 2014 р. (ВШ з 95% ДІ 1,5 (0,6–2,98)). Усі випадки материнських втрат відбулися у ЗПД III рівня у Дніпропетровській, Житомирській, Івано-Франківській, Полтавській, Харківській, Хмельницькій областях, 7 із 8 – в Одеській і 4 із 6 – у Запорізькій областях. Потребує посилення робота із забезпечення маршрутизації пацієнток із ризиком материнської смертності у Вінницькій, Закарпатській, Миколаївській, Рівненській і Чернівецькій областях, де усі випадки материнських втрат (відповідно 4, 3, 3, 2, 2) відбулися у ЗПД I рівня або поза ЗПД. У цілому рівень материнської смертності за даними МіО РПД становив 12,8 на 100 тис. народжених живими у 2014 р. і 12,6 у 2015 р. при поляризації цього показника у 2015 р. від 0,0 у Херсонській області, менше 10,0 у Волинській, Дніпропетровській, Львівській, Тернопільській, Хмельницькій, Чернівецькій областях і м. Києві до більше 20,0 у Вінницькій (30,5), Запорізькій (30,2), Одеській (29,2), Сумській (40,8), Чернігівській (21,9) областях.

Одними з основних показників, які рекомендує ВООЗ для оцінки якості надання акушерської і неонатологічної допомоги, є перинатальна і неонатальна смертність.

За даними Держкомстату України, рівень перинатальної смертності за досліджуваний період у цілому мав позитивну тенденцію – 10,1 на 1 тис.

народжених живими і мертвими у 2011 р. і 9,1 у 2015 р., ВШ з 95% ДІ 0,89 (0,86–0,93). Аналогічні дані динаміки перинатальних втрат у ЗПД, підпорядкованих МОЗ України, отримані і на підставі розрахунку показника перинатальної смертності за методикою ВООЗ BABIES-MATRICA – 9,8 у 2011 р. і 8,9 у 2015 р. (рис. 3).

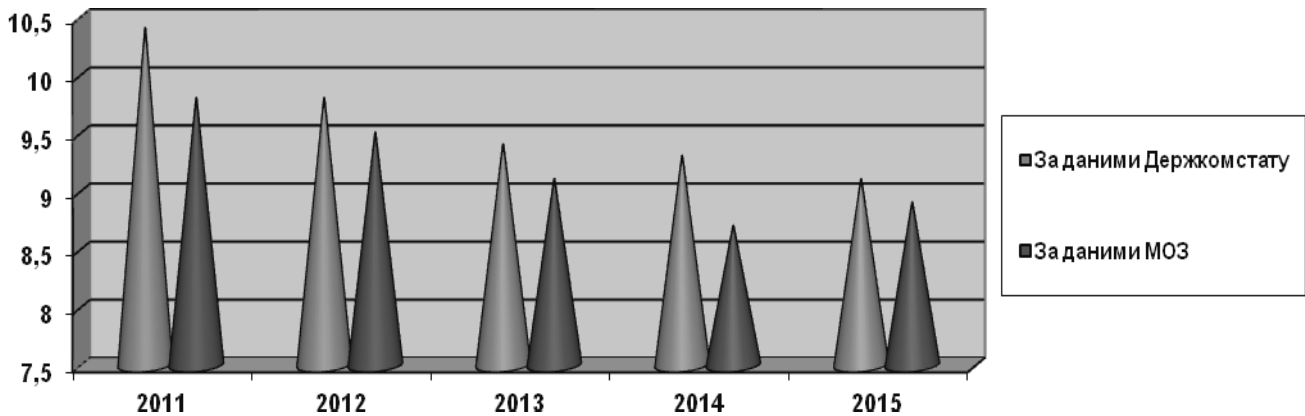


Рис. 3. Порівняльна характеристика динаміки перинатальної смертності в Україні у 2011–2015 рр. на 1 000 народжених живими і мертвими (за даними Держкомстату України та галузевої статистики за BABIES-MATRICA)

При загалом сприятливій динаміці перинатальної смертності рівень її значно перевищує аналогічний показник у середньому по Європі (7,38%) та країнах Євросоюзу (6,57%). Усе ще високий рівень перинатальної смертності у ЗПД, підпорядкованих МОЗ України, зумовлений високим, значно вищим за пересічний по Україні упродовж останніх років, рівнем перинатальних втрат (вище 10,0 на 1000 народжених живими і мертвими) у Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Кіровоградській, Львівській, Харківській і Чернігівській областях. Нижчим від пересічного по Україні упродовж останніх п'яти років, що свідчить про правильність організації перинатальної допомоги, утримувався цей показник у Волинській, Житомирській, Івано-Франківській, Миколаївській, Полтавській, Хмельницькій, Чернівецькій областях та м. Києві.

За даними ВООЗ, рівень перинатальної смертності повинен бути обумовлений високим його рівнем серед народжених із дуже малою масою тіла (менше 1500 г), який, в свою чергу, обумовлений високим його рівнем серед народжених із надзвичайно малою масою тіла (500–999 г).

Аналіз пропорційного показника перинатальної смертності (пропорційне співвідношення маси тіла при народженні до загального числа народжених живими і мертвими у всіх вагових категоріях) за даними BABIES-MATRICA засвідчив зменшення перинатальної смертності в Україні за 2009–2015 рр. за рахунок зниження цього показника у всіх вагових групах немовлят. При цьому рівень пропорційного показника перинатальної смертності

обумовлений високим його рівнем у групі новонароджених із масою тіла 1500 г і більше (проміжною і нормальною вагою тіла при народженні), який майже удвічі перевищує рівень пропорційного показника перинатальної смертності серед народжених із низькою масою тіла при народженні (менше 1500 г) (6,21 і 3,59 у 2011 р. та 5,42 і 3,43 у 2015 р. відповідно), що може свідчити як про некоректність реєстрації народження і смертності дітей із дуже низькою масою тіла при народженні, так і про наявність проблем в організації перинатальної допомоги.

Упродовж усіх років перевищення рівня пропорційного показника перинатальної смертності серед народжених з масою тіла 1500 г і більше над відповідним рівнем серед народжених з масою тіла менше 1500 г зареєстровано в усіх адміністративних територіях України. У 2015 р. рівень пропорційного показника перинатальної смертності серед народжених з масою тіла 1500 г і більше перевищував рівень пропорційного показника перинатальної смертності серед народжених із низькою масою тіла при народженні (менше 1500 г) у Донецькій, Івано-Франківській, Житомирській, Закарпатській, Кіровоградській, Полтавській, Рівненській, Херсонській, Черкаській областях у понад двічі, у Миколаївській області – майже утричі. Лише у Львівській області пропорційний показник перинатальної смертності у ваговій категорії менше 1500 г перевищує аналогічний показник у ваговій категорії 1500 г і більше, а у Дніпропетровській і Харківській і областях ці показники відрізняються несуттєво.

Некоректність цих даних підтверджується частотою народження живими і мертвими з низькою масою тіла при народженні (рис. 4).

За даними ВООЗ, питома вага новонароджених із масою тіла при народженні 1000–1499 г становить від 1% до 1,5% серед усіх народжених живими і мертвими, а з масою тіла при народженні 500–999 г – від 1% до 1,5% відповідно. В Україні у структурі народжених живими і мертвими за масою тіла при народженні діти з масою менше 500–1499 г складають дуже низький відсоток упродовж останніх років – 0,93% у 2011 р. і 1,0% у 2015 році. У 2015 р. частота народжених живими і мертвими з дуже низькою масою тіла при народженні була $\geq 1,0\%$ лише у Дніпропетровській (1,34%),

Запорізькій (1,32%), Львівській (1,3%), Харківській (1,25%), Херсонській (1,0%) областях та м. Києві (1,0%).

Проведений роздільний аналіз динаміки мертвонароджуваності і ранньої неонатальної смертності виявив зміни у співвідношенні цих показників при загальній тенденції до їх зниження. За даними перинатального аудиту за BABIES-MATRICA, у структурі основних складових перинатальної смертності упродовж усіх років спостереження випадки мертвонароджуваності перевищували випадки ранньої неонатальної смертності у 1,6–1,8 разу при високій, вище від орієнтовної (53–55%), питомій вазі мертвонароджених серед перинатальних втрат упродовж останніх трьох років (61,3–64,4%) (рис. 5).

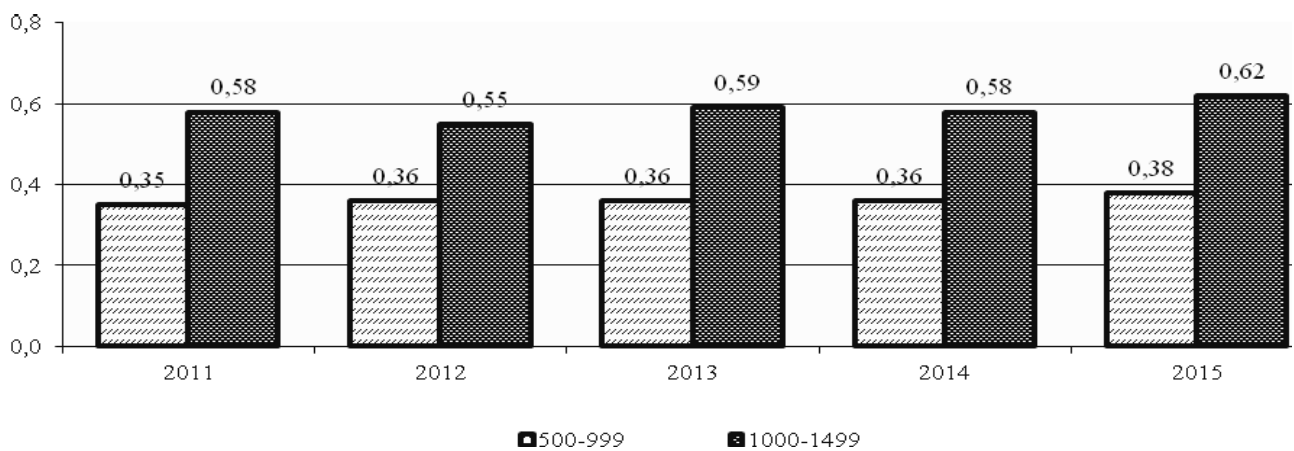


Рис. 4. Динаміка народження живими і мертвими з низькою масою тіла (менше 1500 г) в Україні у 2011–2015 рр. (на 100 народжених живими і мертвими), %

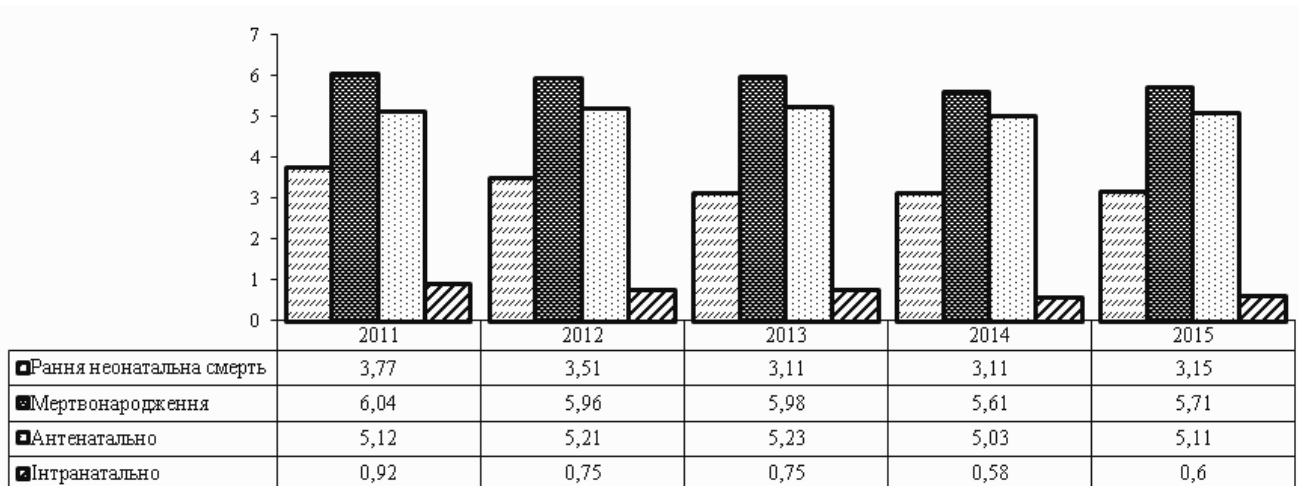


Рис. 5. Динаміка пропорційного показника основних складових перинатальної смертності – мертвонароджуваності і ранньої неонатальної смертності в Україні у 2011–2015 рр. (на 1000 народжених живими і мертвими)

Усе ще велика частка мертвонароджуваності у структурі перинатальної смертності засвідчує необхідність подальшого удосконалення медичної допомоги вагітним, що передбачено наказами МОЗ України від 15.07.2011 р. №417 «Про орга-

нізацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» та від 31.10.2011 р. № 726 «Про удосконалення організації надання допомоги матерям та новонародженим в перинатальних центрах».

Упродовж 2011–2015 рр. пропорційний показник антенатальної загибелі плода залишався на рівні 5,12–5,11 на 1000 народжених живими і мертвими. Проте за зазначений період спостерігається зростання рівня антенатальної загибелі плода при високих, більше 5,0, її показниках – у Запорізькій, Рівненській, Харківській, Херсонській і Чернігівській областях, що потребує вивчення його причин.

Рівень пропорційного показника інтранатальної загибелі плода за цей період знизився з 0,9 на 1000

народжених живими і мертвими у 2011 р. до 0,6 у 2015 р. з позитивною динамікою цього показника в усіх регіонах.

За даними ВООЗ, пропорційний показник ранньої неонатальної смертності серед немовлят з вагою тіла при народженні більше 1500 г орієнтовно становить біля 1,0 на 1000 народжених живими і мертвими. В Україні його рівень не відповідає міжнародним стандартам і становить 1,7 на 1000 народжених живими і мертвими (рис. 6).

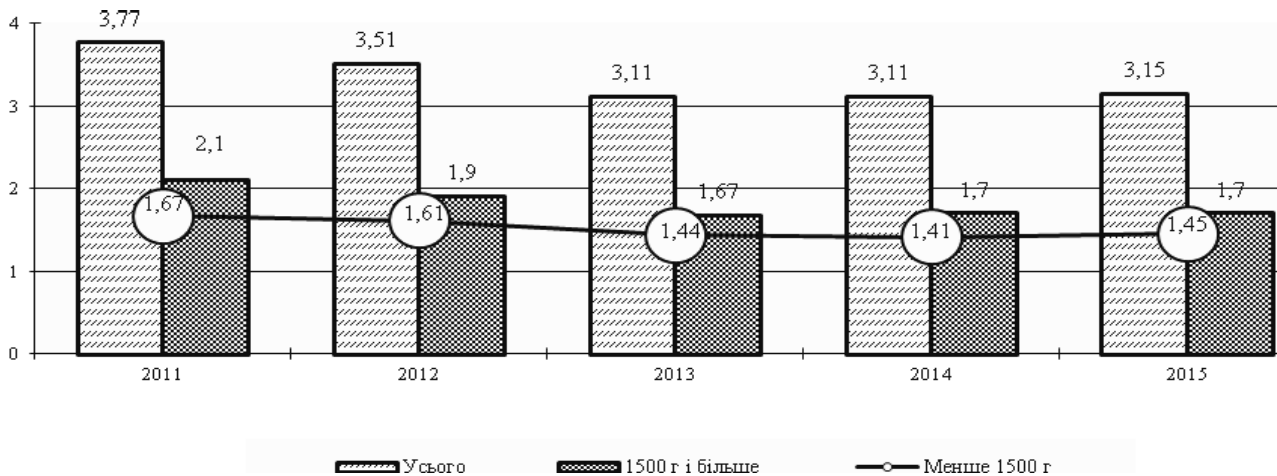


Рис. 6. Динаміка пропорційного показника ранньої неонатальної смертності новонароджених із масою тіла при народженні 1500 г і більше в Україні у 2011–2015 рр. (на 1000 народжених живими і мертвими)

Орієнтовні пропорційні показники ранньої неонатальної смертності новонароджених із масою тіла при народженні 1500 г і більше у 2015 р. зареєстровані лише у Волинській (0,88 на 1000 народжених живими і мертвими), Житомирській (0,84), Київській (1,03) областях, а надвисокі – більше 2,3 – у Донецькій, Луганській, Кіровоградській, Сумській, Тернопільській, і Черкаській областях.

Технологія перинатального аудиту за BABIES-MATRICA дозволяє визначити реальний рівень ранньої неонатальної смертності в регіонах, якщо розрахувати його відповідно до критеріїв ВООЗ стосовно структури народжуваності живими і мертвими за ваговими категоріями. Це один із методів оцінити недооблік рівня ранньої неонатальної смертності в Україні і в розрізі територій та, відповідно, підрахувати, якими були б ці показники, якби структура народжених живими і мертвими за віковими категоріями відповідала категоріям ВООЗ з цих питань. Недооблік у ранній неонатальній смертності – це частково не взяті до уваги втрати народжених живими і мертвими, тобто народження, що не зареєстровані, а це один із резервів збільшення кількості дітей, що народилися.

Найбільше заниження рівня ранньої неонатальної смертності за даними BABIES-MATRICA у 2015 р. (у три і більше разів) виявлено у Волин-

ській, Житомирській, Івано-Франківській, Миколаївській областях (рис. 7). Менше середнього по Україні розходження між фактичним і реальним показником ранньої неонатальної смертності у 2015 р. (менш ніж удвічі) відмічалось лише у Дніпропетровській, Запорізькій, Херсонській областях та м. Києві.

Усі виявлені зміни і взаємозв'язки можна інтерпретувати двояко. Враховуючи, що основна доля втрат у перинатальному періоді припадає на мертвонароджуваність, можна припустити, що в Україні досить успішно впроваджуються сучасні технології медичного догляду новонароджених. З іншого боку, розрахункові дані реального рівня ранньої неонатальної смертності свідчать про великі резерви зниження і постнатальної складової, а отже слід посилювати зусилля, спрямовані на зниження рівня цієї компоненти.

Висновки

Ефективність впровадження регіоналізації перинатальної допомоги підтверджена достатніми порівняно з даними ВООЗ у економічно розвинених країнах показниками виживання новонароджених у перші 168 годин життя: з дуже малою масою тіла 81,3%–81,9%, у т. ч. з масою тіла при народженні 500–999 г – 64,2%–63,0%; з масою тіла при народженні 1000–1499 г – 90,1%–91,3%. При цьому не підтверджена гіпотеза залежності вижи-

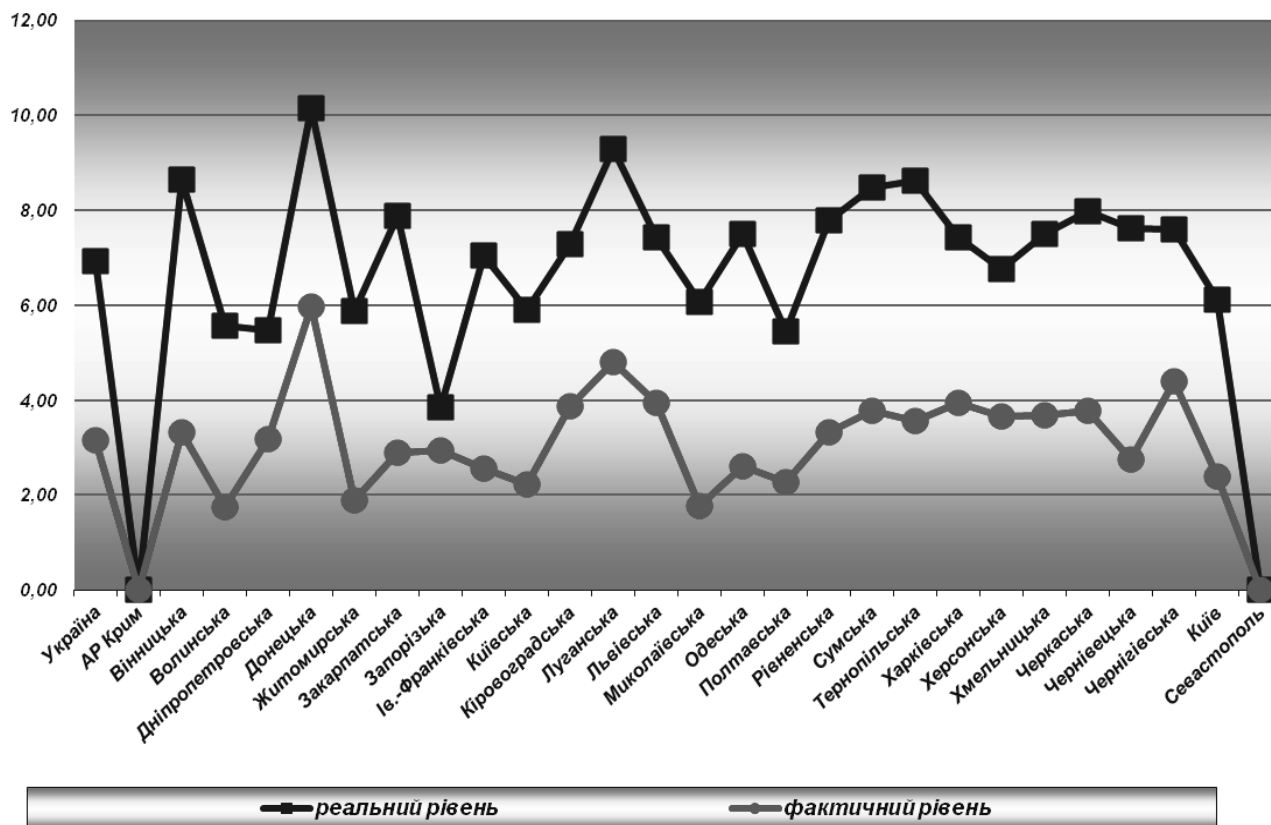


Рис. 7. Характеристика реального і фактичного рівнів ранньої неонатальної смертності в Україні у 2015 р. у розрізі регіонів (на 1000 народжених живими і мертвими)

вання немовлят із дуже малою масою тіла при народженні від рівня ЗПД (найвищий рівень у ЗПД III рівня і найнижчий у ЗПД I рівня) – за даними МіО РПД рівень виживання немовлят цієї вагової категорії у ЗПД II рівня вищий, ніж у ЗПД III рівня.

Характерна і позитивна тенденція у ЗПД перинатальної – 8,6 на 1000 народжених живими і мертвими у 2014р. і 8,5 у 2015 р. та неонатальної

– 3,4 на 1000 народжених живими і 3,1 смертності відповідно при відносно низьких показниках материнської смертності (12,6 на 100 тис. народжених живими у 2014 р. і 12,8 у 2015 р.).

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням якості життя новонароджених дітей із низькою масою тіла при народженні.

Список літератури

1. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин и детей [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/20100910_gswch_russian.pdf. – Название с экрана.
2. Дети: сокращение смертности : информационный бюллетень № 178. Женева, ВОЗ, 2012 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/ru/index.html>. – Название с экрана.
3. Дудіна О. О. Нормативно-правове забезпечення регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / О. О. Дудіна, У. В. Волошина // Економіка і право охорони здоров'я. – 2015. – № 1 (1). – С. 64–69.
4. Дудіна О. О. Оцінка ефективності впровадження медико-організаційних технологій клінічних протоколів / О. О. Дудіна, Р. О. Моїсеєнко, Г. І. Лізунова // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 1 (21). – С. 61–64.
5. Дудіна О. О. Покращення умов для виживання і підвищення якості життя жінок / О. О. Дудіна // Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації 2002–2012». – Київ, 2012. – С. 33–47.
6. Європейська база даних «Здоров'я для всіх» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.euro.who.int/hfad>. – Назва з екрану.
7. Мировая статистика здравоохранения. 2012 год. – Женева : ВОЗ, 2013. – 176 с.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЖИВАННЯ НОВОРОЖДЕНИХ С НИЗКОЮ МАСОЮ ТІЛА ПРИ РОЖДЕННІ

Е.А. Дудіна¹, Ю.Ю. Габорець¹, Г.А. Дзюба²

¹ГУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства здравоохранення України», г. Київ, Україна

²Національна медичинська академія послєдипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Київ, Україна

Цель: изучить и проанализировать показатели выживания новорожденных с низкой массой тела при рождении в условиях внедрения регионализации перинатальной помощи в Украине.

Матеріали і методи. В ході дослідження використані статистичний і бібліосемантичний методи. Матеріалами дослідження стали дані Госкомстата України і перинатального аудиту за 2011–2015 роки.

Результати. Показателі виживання новонароджених з дуже низькою масою тіла в перші 168 годин життя склали 81,3%–81,9%, в т. ч. з масою тіла при народженні 500–999 г – 64,2%–63,0%, з масою тіла при народженні 1000–1499 г – 90,1%–91,3%. Встановлено позитивний тренд щодо перинатальної смертності – 8,6 на 1000 народжених живими і мертвими в 2014 р. і 8,5 в 2015 р. і неонатальної – 3,4 і 3,1 на 1000 народжених живими відповідно.

Висновки. Показано ефективність впровадження регіоналізації перинатальної допомоги в країні.

КЛЮЧЕВІ СЛОВА: новонароджені з низькою масою тіла при народженні, виживання, перинатальна допомога, регіоналізація.

CHARACTERISTIC OF SURVIVAL OF NEWBORNS WITH LOW WEIGHT AT BIRTH

O.O. Dudina¹, Yu.Yu. Gaborets¹, G.A. Dziuba²

¹PE «Ukrainian Institute of Strategic Research MHC of Ukraine», Kyiv, Ukraine

²Shupyk National Medical Academy, Kyiv, Ukraine

Goal of study: to consider and analyze the indices of survival of newborns with low weight at birth in the conditions of implementation of perinatal care regionalization in Ukraine.

Materials and methods. Statistical and bibliosemantic methods were used in the course of research. The data of State Committee of Statistics and perinatal audit for the years 2011–2015 were taken as material for study.

Results. The indices of survival of the newborns with extremely low weight in the first 168 hours of life equal to 81.3%–81.9%, including the babies with the weight 500–999 grams at birth (64.2%–63.0%) and newborns with the weight 1000 – 1499 grams at birth (90.1%–91.3%). Positive trend of perinatal mortality – 8.6 per 1000 of births dead and alive in 2014 and 8.5 in 2015, and neonatal mortality 3.4 per 1000 of births dead and alive and 3.1 respectively is set.

Conclusions. The effectiveness of the implementation of perinatal care regionalization in the country is demonstrated in the article.

KEY WORDS: newborns with low weight at birth, survival, perinatal care, regionalization.

Рукопис надійшов до редакції 21.10.2016 р.

Відомості про авторів:

Дудіна Олена Олександрівна – к.мед.н., с.н.с., завідувач відділення охорони здоров'я матері і дитини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; тел. служб.: +38(044) 576-41-16.

Габорець Юрій Юрійович – пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; тел. служб.: +38(044) 576-41-19.

Дзюба Галина Анатоліївна – к.мед.н., доц. кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

О.В. КЮСЕВА

МОДЕЛЬ ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ Й АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ

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

Мета – розробити математичну модель індивідуального прогнозування ризику розвитку розладів адаптації й адиктивної поведінки у студентів молодших курсів університету для удосконалення лікувально-діагностичних та профілактичних заходів медико-соціальної допомоги.

Матеріали і методи. Проведено комплексну оцінку психоемоційного та адиктивного статусу 1076 студентів молодших курсів університету. За рахунок кластеризації здійснено розподіл на групи; за допомогою методу бінарної логістичної регресії проаналізовано причинно-наслідкові зв'язки та встановлено роль прогностичних чинників ризику у формуванні розладів адаптації й адиктивної поведінки молоді. У дослідженні застосовувалися інформаційно-аналітичний, соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, математико-статистичний методи.

Результати. Доведено, що студенти молодших курсів схильні до вживання ПАР (80,9%). Бінарна логістична регресія визначала вірогідність настання події залежно від значень незалежних змінних. Отримані таблиці специфікацій дозволили розрахувати діагностичні характеристики для цієї моделі: чутливість – 63,4%; специфічність – 58,3%; ефективність – 60,9%.

Висновки. Отримана бінарна логістична регресія є адекватною і працездатною математичною моделлю для індивідуального прогнозу розвитку розладів адаптації й адиктивної поведінки.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: модель, прогнозування, адиктивна поведінка, розлади адаптації, психоактивні речовини, студенти, молодь.

Загальновізнано, що студентський період найсприятливіший для маніфестації психічних захворювань, загострення патологічних рис характеру, підвищення схильності до ситуаційно зумовлених порушень адаптації, а також присутній ризик формування адиктивної поведінки. Водночас вживання психоактивних речовин (ПАР) найчастіше є коморбідною складовою адаптаційних порушень і розладів, особливо в осіб молодого віку, що має тенденцію до зростання їх частоти у всьому світі, у тому числі в Україні [1;4;9].

Особливу увагу привертають студенти молодших курсів вищих навчальних закладів, які зіткнулися із сукупністю стресогенних подій, що можуть негативно позначитися на їхньому психоемоційному здоров'ї [5].

Вирішення медико-соціальної допомоги студентської молоді з розладами адаптації, яка вживає ПАР, розробка дієвих заходів щодо профілактики дезадаптації та адиктивної поведінки належать до провідних завдань держави в галузі охорони здоров'я населення і перспективи подальшого соціального оновлення суспільства, що й обумовило актуальність дослідження.

Мета дослідження – розробити математичну модель індивідуального прогнозування ризику формування розладів адаптації й адиктивної поведінки у студентів молодших курсів університету для ранньої діагностики та профілактики психічної дезадаптації й залежності від ПАР.

Задачі дослідження:

1. Сформувані бази даних клініко-анамнестичних ознак і створити статистичні матриці для подальшого розрахунку регресійного рівняння.

2. Розрахувати та оцінити логічну адекватність (математичну та клінічну) усіх отриманих прогностичних моделей з метою вибору однієї оптимальної.

Матеріали і методи. За умови інформованої згоди, із дотриманням принципів біоетики та деонтології було обстежено 1076 студентів (325 хлопців (30,2%) та 751 дівчину (69,8%)) віком 17–20 років різних факультетів одного з університетів нашої країни: комп'ютерних наук – 104; механіко-математичного – 108; економічного – 300; міжнародного туризму – 274; іноземних мов – 210; юридичного – 80 осіб. Відомо, що більшість студентів мешкають у гуртожитку, оскільки приїждять на навчання з інших міст.

У дослідженні застосовано клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний і математико-статистичний методи. Систематизація даних здійснювалася за допомогою розробленої нами уніфікованої «Карті обстеження студента». Результати опитування вивчалися з позицій частотного аналізу змістовного контексту висловлювань із подальшим визначенням ролі отриманих факторів.

Далі оцінювали їх зв'язок з рівнем психологічного дистресу та ступенем прояву адаптаційних порушень і супутніх психопатологічних радикалів за шкалою SCL-90-R (Symptom CheckList-90-Revised, L.R. Derogatis, в адаптації Н.В. Тарабріної, 2001), психофункціональним станом за тестом САН, рівнем розвиненості життєстійкості за методикою «Тест життєстійкості» – Hardiness Survey (Maddi et al., 1984, скринінгової версії Є.М. Осіна, 2013), life satisfaction parameter Satisfaction with Life Scale (SWLS E. Diener et al., 1985, в адаптації Д.А. Леонтьєва, Є.М. Осіна, 2008). Для визначення персоніфікованих особливостей досліджуваних було застосовано характерологічний запитальник Х. Шмішека. Комплексну оцінку адиктивного статусу молоді проводили за допомогою методики AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) – тест для виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, розроблений в 1989 році робочою групою ВООЗ та системи AUDIT-подібних тестів [6–8;10].

Математичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою пакета програм Statistica for Windows 7.0. [3;11].

Методом багатомірної статистики (метод бінарної логістичної регресії) вивчалися причинно-наслідкові зв'язки та встановлювалася роль прогностичних чинників ризику у формуванні розладів адаптації та вживання молоддю ПАР.

Результати дослідження та їх обговорення. На першому етапі виконували скринінгову оцінку психічного та адиктивного стану студентів всієї вибірки (n=1076) молодших курсів університету.

Психофункціональні характеристики досліджували за допомогою САН. Рівень психологічного дистресу та ступінь проявів адаптаційних порушень і супутніх психопатологічних радикалів визначали за допомогою запитальника SCL-90-R. Оцінку адиктивного статусу молоді проводили за допомогою методики AUDIT.

Серед даного контингенту виявлено 871 (80,9%) студента, що вживав ПАР, переважно алкоголь та тютюн. Методом агломеративної мінімальної дисперсії (кластеризація методом «к-серединних») [11] здійснено розподіл на три групи відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10. Вибір метрики кластеризації й завдання алгоритму розбиття студентів на групи містив субшкали SCL-90-R: SOM; INT; DEP; ANX; РНОВ та шкалу САН. Остаточний варіант розбиття об'єктів на групи статистично зна-

чуцій. Групу 1 склали практично здорові студенти (778 (72,3%)), з них вживали ПАР 612 (56,9%) осіб. Молодь з ознаками порушення адаптації – група 2, серед них 186 респондентів вживали ПАР: дівчата – 134 (72%), хлопці – 52 (28%). Студенти з ознаками розладів адаптації – група 3, серед них 73 особи вживали ПАР: дівчата – 41 (56,2%), хлопці – 32 (43,8%). Тобто молодь груп 2 та 3 складала групи ризику щодо виникнення розладів адаптації та формування залежності від ПАР, серед них виявлено 259 (24,1%) студентів з ознаками порушень та розладів адаптації, що вживали ПАР – алкоголь, тютюн, канабіноїди, галюциногени та опіоїди.

Далі, за допомогою методу бінарної логістичної регресії, вивчалися причинно-наслідкові зв'язки та встановлювалася роль прогностичних чинників ризику у формуванні розладів адаптації та вживання молоддю ПАР.

Як відомо [2], регресійний аналіз служить для визначення виду зв'язку і дає можливість для прогнозування значення однієї (залежної) змінної («відгук»), відштовхуючись від значення іншої (незалежної) змінної («предиктора»). Бінарна логістична регресія є спеціальним варіантом множинної лінійної регресії та відрізняється від неї тим, що в якості залежної змінної використовується не кількісна, а дихотомічна (бінарна) змінна, вона має лише два альтернативні значення – «так» або «ні». Крім того, за допомогою індикаторної схеми кодування допускається використання категоріальних (номінальних) змінних також і для предикторів. Таким бінарним змінним присвоюються значення 1 – «є ознака» або 0 – «немає ознаки», залежно від того, до якої категорії належить суб'єкт, зокрема студент молодших курсів.

За допомогою бінарної логістичної регресії вивчали залежність дихотомічних змінних від декількох незалежних змінних, що мали будь-який вигляд статистичної шкали. Йдеться про деяку подію, яка може статися або не статися, тобто існує альтернатива в настанні події, зокрема розладів адаптації та вживання ПАР. У нашому випадку бінарна логістична регресія розраховувала вірогідність настання події залежно від значень незалежних змінних.

У загальному вигляді вірогідність (p) настання події розраховується за формулою:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-z}}$$

де e – експонента, рівна 2,718;

$Z = Const \cdot a_0 + b_1 \cdot X_1 + b_2 \cdot X_2 + \dots + b_n \cdot X_n$ (типовий приклад рівняння множинної лінійної регресії);

X_1 – значення незалежних змінних (чинників ризику);

$Const \cdot a_0$ і b – коефіцієнти рівняння регресії (розрахунок цих коефіцієнтів і є завданням бінарної логістичної регресії).

Таким чином, множинна лінійна регресія дозволяє прогнозувати кількісне значення залежної змінної на підставі відомих значень незалежних змінних, а бінарна логістична регресія прогнозує вірогідність події (результату), що знаходиться в межах від 0 до 1. Якщо ми отримуємо p від 0 до 0,5, то подія не настане (вірогідність цього менше 50%); інакше (якщо $p > 0,5$) передбачається настання події з вірогідністю більше 50%. Отже, в даному випадку йдеться про створення такої математичної моделі прогнозу, що дозволяє оцінювати міру ризику настання несприятливого результату в особі молодого віку.

Побудову прогностичної моделі проводили в два етапи. Перший етап – формування бази даних клініко-анамнестичних ознак і створення статистичної матриці для подальшого розрахунку регресійного рівняння. Другий етап – безпосередній розрахунок й оцінка логічної адекватності (математичної та клінічної) усіх отриманих прогностичних моделей з метою вибору однієї оптимальної.

На першому етапі було проаналізовано скринінгову оцінку психічного та адиктивного стану 1076 осіб молодого віку, що навчалися в університеті.

У нашому випадку основним завданням моделювання є прогноз ризику розвитку розладів адаптації та адиктивної поведінки. Така модель є експрес-прогнозом. У якості показника-відгука, що прогнозується, зазначено ризик розвитку розладів адаптації («сприятливий результат» – відсутність у студента розладів адаптації та адиктивної поведінки і «несприятливий результат» – наявність ризику виникнення розладів адаптації і вживання ПАР). У якості ознак, що передують результату адаптаційного процесу та включені до моделі як незалежні чинники ризику (причини), визначена сукупність значущих ознак, які достовірно пов'язані з результатами, отриманими у студентів на ранніх етапах діагностики.

У початкову навчальну матрицю включено 20 ознак, що визначено анамнестичним і клініко-психодіагностичним методами. Їх перелік наведено в таблиці.

Таблиця. Ознаки, які включені в початкову навчальну матрицю для створення прогностичної регресійної моделі

Змінна-предиктор (незалежна ознака)	Код ознака	Градація ознака	Код градації ознака	Кількість спостережень (n)
Медико-соціальний фактор Ф 01	X ₁	Важко	101	467
		Частково	102	298
		Легко	103	311
Психосоціальний фактор Ф 02	X ₂	Не дуже	101	49
		Достатньо	102	731
		Дуже	103	296
Соціальний фактор (мікросоціальний) Ф 03	X ₃	Частково	101	511
		Згоден	102	364
		Повністю	103	201

Медико-соціальний фактор «Ф 01» (на емоційному рівні це виражалось в появі відчуття тривожної напруженості в нових умовах) містить: Фактор 2; Фактор 5; Фактор 12, а саме:

1. Фактор 2 (питання 4.6; 4.7; 4.8): «Наскільки легко Вам розмовляти на теми, що Вас по-справжньому хвилюють?» – 3і старшою(ими) сестрою (сестрами); – 3 кращими друзями; – 3 друзями тієї самої статі, що і ти.

2. Фактор 5 (питання 26; 30): «Як Ви оцінюєте своє ставлення до університету в даний час? Чи зазнаєте Ви відчуття напруженості під час виконання завдань (як у групі, так і вдома)?»

3. Фактор 12 (питання 27.5): «Я втомлююсь від занять».

Психосоціальний фактор «Ф 02» (на емоційному рівні це відображалось відчуттям щастя та задоволення життям) містить: Фактор 3; Фактор 4; Фактор 13, а саме:

1. Фактор 3 (питання 6.1; 6.2; 6.3; 6.4): «Наскільки добре Ваша мати знає: хто Ваші друзі; як Ви витрачаєте свої гроші; де Ви буваєте після університету; що Ви робите у вільний час».

2. Фактор 4 (питання 36): «У цілому, чи можете сказати, що Ви: дуже щасливий (а); досить щасливий (а); не дуже щасливий (а)».

3. Фактор 13 (питання 35): «Як Ви думаєте, який матеріальний добробут Вашої сім'ї? Високий; вище середнього; середній».

Соціальний фактор (мікросоціальний) – відбиває функціональні сімейні відносини, на емоційному рівні це відображалось почуттям упевненості в собі) «Ф 03» містить: Фактор 8, а саме:

1. Фактор 8 (питання 29.3; 29.4): «Будь ласка, вкажіть, наскільки Ви згодні з нижченаведеними твердженнями. Мої батьки: заохочують мене добре учитися; цікавляться, як йдуть мої справи в університеті».

Далі, на другому етапі, отримували коефіцієнти регресії методом зворотної селекції за процедурою «quasi-Newton оцінювання» (максимальна кількість ітерацій – 50). У якості критерію перевірки значущості використовували статистику Вальда (Wald), яка застосовує розподіл χ^2 і є квадратом відношення відповідного коефіцієнта до його стандартної помилки.

У цілому статистичну (математичну) адекватність отриманих моделей оцінювали за величиною критерію χ^2 (критерій статистичної значущості впливу на залежну змінну усіх предикторів заданої моделі), а також використовували графічний аналіз (візуалізації гістограми залишків і діаграми розсіяння спостережуваних та передбачених значень).

В усіх процедурах бінарного логістичного аналізу розраховувався досягнутий рівень значущості (p), критичний рівень приймався за 0,0001.

Розв'язання задачі логістичного регресійного аналізу реалізовано за допомогою процедури Logistic Regression Statistica 7.0. За підсумками розрахунків із декількох варіантів моделей в остаточну прогностичну модель бінарної логістичної регресії включена 3 ознака – чинника ризику розвитку ранніх несприятливих результатів (ризик розвитку розладів адаптації вживання ПАР) (табл.).

Як бачимо, усі коефіцієнти логістичного регресійного рівняння і в цілому модель є статистично значущими ($\chi^2=9,1$; $df=4$; $p=0,0459$). Графічний аналіз також показав, що саме ця прогностична модель найбільш статистично адекватна. В отриманій моделі спостерігається узгодження гістограми залишків із нормальним розподілом (рис. 1), а діаграма розсіяння показує, що вибрана модель добре відповідає даним, і точки спостережуваних та передбачених значень розташовуються уздовж прямої лінії (рис. 2).

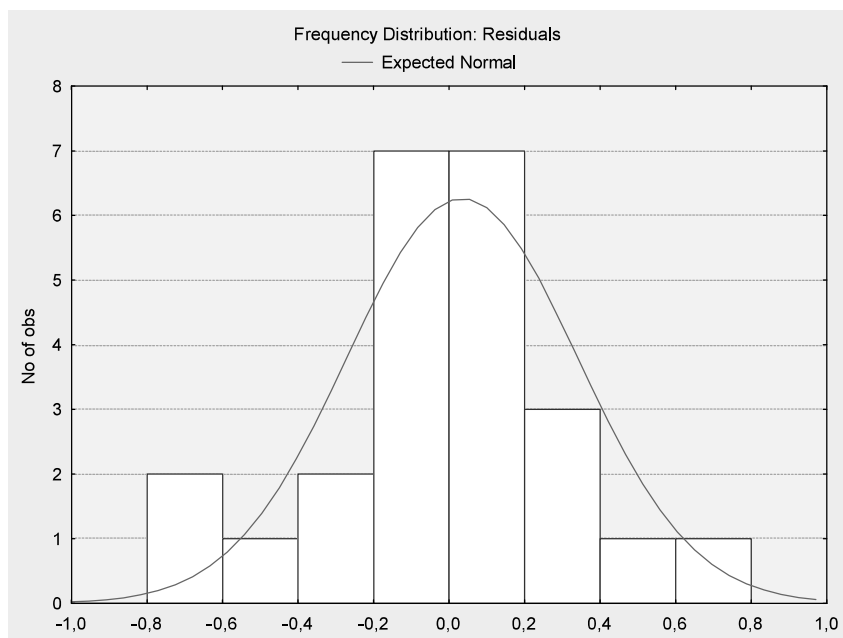


Рис. 1. Гістограма координації залишків логістики рівняння регресії з нормальним розподілом

Таким чином, в остаточному вигляді рівняння бінарної логістичної регресії є наступним:

$$p = \frac{1}{1 - 2,718^{-98,37 - 0,333X_1 - 1,088X_2 + 0,473X_3}}$$

Отримані таблиці специфікацій дозволили розрахувати діагностичні характеристики для цієї моделі: чутливість – 63,4%; специфічність – 58,3%; ефективність – 60,9%; прогностичну цінність додатного результату – 90,0%; прогностична цінність від'ємного результату – 21,2%. Як видно, усі отримані діагностичні характеристики досить високі. Тому цю модель можна використати як діагностичний тест. Застосування цієї прогностичної моделі в практиці медико-соціальної допомоги можна продемонструвати на наступних клінічних прикладах.

Приклад №1. Студент А., 17 років, хлопець. Поєднання відповідей на питання анкети визначає характеристику чинників: «Ф 01»=101 бал, «Ф 02»=101 бал, «Ф 03»=101 бал.

Підставивши в модель ці значення чинників ризику, отримуємо вірогідність розвитку несприятливого результату 99,2%. Тобто високий ризик вірогідності розвитку дезадаптації і вживання ПАР.

Приклад №2. Студентка К., 18 років, дівчина. Поєднання відповідей на питання анкети визначає характеристику чинників: «Ф 01»=102 бали, «Ф 02»=102 бали, «Ф 03»=102 бали. Підставивши в модель ці значення чинників ризику, отримуємо вірогідність розвитку несприятливого результату 84,2%. Тобто у такому разі вірогідність ризику розвитку розладів адаптації та адиктивної поведінки знижується.

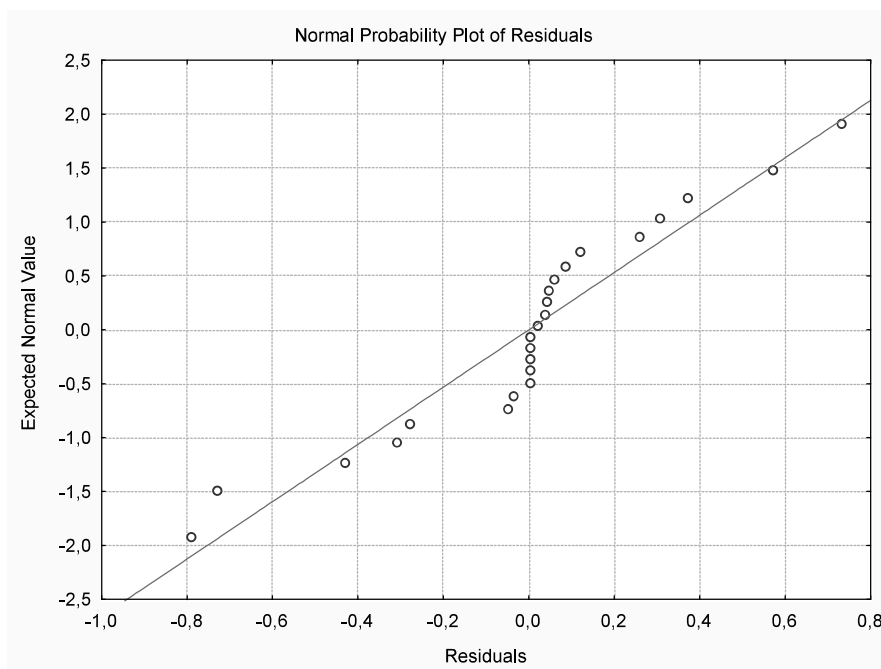


Рис. 2. Нормальний імовірнісний графік розсіяння логістичного регресійного рівняння

Приклад №3. Студент Н., 17 років, хлопець. Поєднання відповідей на питання анкети визначає характеристику чинників: «Ф01»=103 бали, «Ф 02»=103 бали, «Ф 03»=103 бали. Підставивши в модель ці значення чинників ризику, отримуємо вірогідність розвитку несприятливого результату 67,3%. Тобто у такому разі вірогідність ризику розвитку розладів адаптації та адиктивної поведінки є, але вона не така виразна.

Висновки. Таким чином, бінарна логістична регресія, що отримана нами, є адекватною і праце-

здатною математичною моделлю для індивідуального прогнозування ризику формування розладів адаптації й вживання ПАР особами молодого віку, сприяє удосконаленню лікувально-діагностичних та профілактичних заходів медико-соціальної допомоги даному контингенту, є пріоритетним **перспективним напрямком подальших досліджень** оцінки ймовірності психічного дистресу та нових ресурсів психологічної підтримки студентів молодших курсів в умовах вищих навчальних закладів.

Список літератури

1. *Артемчук А. Ф.* Экологические основы коморбидности аддиктивных заболеваний / А. Ф. Артемчук, И. К. Сосин, Т. В. Чернобровкина ; под. ред. д.мед.н., проф. Т. В. Чернобровкиной. — Харьков : Коллегиум, 2013. — С. 349–445.
2. *Дрейпер Н.* Прикладной регрессионный анализ / Н. Дрейпер, Г. Смит. — Москва : ИД «Вильямс», 2007. — С. 255–310.
3. *Ермолаев О. Ю.* Математическая статистика для психологов: Учебник / О. Ю. Ермолаев. — 2-е изд., испр. — Москва : Московский психолого-социальный институт : Флинта, 2003. — С. 29–52 (Библиотека психолога).
4. *Красик Е. Д.* Нервно-психические заболевания у студентов / Е. Д. Красик, Б. С. Положий, Е. А. Крюков. — Томск, 1982. — С. 7.
5. *Краснова В. В.* Социальная тревожность как фактор эмоционального благополучия у студентов / В. В. Краснова // Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии : тезисы общероссийской конф. с междунар. уч., Самара, 2013 г. / Самарский гос. ун-т ; под ред. проф. Н. Г. Незнанова, проф. В. Н. Краснова [и др.]. — Самара, 2013. — С. 420–421.
6. *Осин Е. Н.* Факторная структура краткою версти Теста жизнестойкости / Е. Н. Осин // Организационная психология. — 2013. — Т. 3, № 3. — С. 42–60.
7. *Реан А. А.* Практическая психодиагностика личности : учебное пособие / А. А. Реан. — Санкт-Петербург : Изд-во СПб. ун-та, 2001. — 224 с.
8. *Система AUDIT-подобных тестов для комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции [Электронный ресурс] / Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф. [и др.] // Новости украинской психиатрии. — Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper313.htm>. — Название с экрана.*
9. *Табачников С. І.* Аналіз причин та мотивів вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків в світі розробки комплексної багаторівневої системи його медико-соціальної корекції та профілактики / С. І. Табачников, А. М. Вієвський // Архів психіатрії. — 2012. — Т. 18, № 1. — С. 93–99.
10. *Тарабрина Н. В.* Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. — Санкт-Петербург : Питер, 2001. — С. 146–149.

11. Халафян А. А. «Statistica 6». Статистический анализ данных : учебник / А. А. Халафян. – 3-е изд. – Москва : ООО «Бином-Пресс», 2008. – С. 220–240.
12. *The Satisfaction with Life Scale* / Diener E., Emmons R. A., Larsen R. J., Griffin S. // *Journal of Personality Assessment*. – 1985. – Vol. 49, № 1. – P. 71–75.

МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ И АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ

Е.В. Киосева

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

Цель – разработать математическую модель индивидуального прогнозирования риска развития расстройств адаптации и аддиктивного поведения у студентов младших курсов университета для усовершенствования лечебно-диагностических и профилактических мероприятий медико-социальной помощи.

Материалы и методы. Проведена комплексная оценка психоэмоционального и аддиктивного статуса 1076 студентов младших курсов университета. Методом бинарной логистической регрессии проанализированы причинно-следственные связи и установлена роль прогностических факторов риска в формировании расстройств адаптации и аддиктивного поведения. В исследовании применялись информационно-аналитический, социально-демографический, клинико-anamnestический, клинико-психопатологический, психодиагностический, математико-статистический методы.

Результаты. Доказано, что студенты младших курсов склонны к употреблению ПАВ (80,9%). Бинарная логистическая регрессия определяла достоверность наступления события в зависимости от значений независимых переменных. Полученные спецификационные таблицы позволили рассчитать диагностические характеристики для этой модели: чувствительность – 63,4%; специфичность – 58,3%; эффективность – 60,9%.

Выводы. Представленная бинарная логистическая регрессия является адекватной и работоспособной математической моделью для индивидуального прогноза развития расстройств адаптации и аддиктивного поведения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: модель, прогнозирование, аддиктивное поведение, расстройства адаптации, психоактивные вещества, студенты, молодежь.

MODEL OF PROGNOSTICATION OF RISK OF DEVELOPMENT OF DISORDERS OF ADAPTATION AND ADDICTIVE BEHAVIOR OF STUDENTS OF JUNIOR COURSES

О. Киосева

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

Purpose – to work out the mathematical model of individual prognostication of risk of development of disorders of adaptation and addictive behavior of the students of junior courses of university for the improvement of curatively-diagnostic and prophylactic events of medical and social help.

Materials and methods. A complex estimation of the addictive and psychoemotional status of 1076 junior students of the University is conducted through clustering distribution made by groups, using the method of binary logistic regression analysis of causal relationships, and established prognostic role of risk factors in shaping the adaptation disorders and addictive behaviors of youth. Research methods: information-analytical methods, socio-demographic methods, clinical and medical history methods, clinical and abnormal psychology methods, psychodiagnostic methods, mathematical and statistical methods.

Results. It is well-proven that the students of junior courses are apt to the use of PAS (80.9%). Binary logistic regression determined the authenticity of the event depending on the values of the independent variables. The got tables of specifications allowed to expect diagnostic descriptions for this model: sensitiveness – 63.4%; specificity – 58.3%; efficiency – 60.9%;

Conclusions. Binary logistic regression that is got by us is an adequate and capable working mathematical model for the individual prognosis of development of disorders of adaptation and addictive behavior.

KEY WORDS: addictive behavior, adjustment disorder, psychoactive substances, students, the youth.

Рукопис надійшов до редакції 19.10.2016 р.

Відомості про автора:

Киосева Олена Вікторівна – к.мед.н., докторант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ.

О.Є. СІЧКОРІЗ

ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАННЯ СЛУХАЧІВ ЦИКЛІВ ІНТЕРНАТУРИ ТА СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ ЗА ФАХОМ «КЛІНІЧНА ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА»

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

Мета – підбір нових інтерактивних методів навчання слухачів циклів інтернатури та спеціалізації за фахом «Клінічна лабораторна діагностика».

Матеріали і методи. Для оцінки існуючих та розробки нових методик інтерактивних методів навчання застосовано методи системного підходу та системного аналізу.

Результати. Запропоновано поряд із старими педагогічними методами, які визначаються як «пасивні» та «монолог», використання нових інтерактивних методів. Серед форм навчальної діяльності інтернів та слухачів нормам сучасної педагогіки найбільше відповідає метод кооперативних груп.

Висновки. Впровадження інтерактивних технологій навчання дозволить вирішити наступні навчальні цілі: розвиток критичного мислення у слухачів циклів інтернатури та спеціалізації за фахом «Клінічна лабораторна діагностика», розширення їх комунікативної компетентності; формування здатності вибору оптимальних варіантів ефективної взаємодії учасників; підвищення мотивації до навчання даної дисципліни; удосконалення професійного рівня слухачів та інтернів за фахом «Лабораторна діагностика».

КЛЮЧОВІ СЛОВА: організація навчання, лабораторна діагностика, інтерактивні методи навчання, метод кооперативних груп, цикли інтернатури.

Первинна спеціалізація (інтернатура) є обов'язковою формою післядипломної підготовки випускників усіх факультетів вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації незалежно від підпорядкування та форми власності, після закінчення якої їм присвоюється кваліфікація лікаря-спеціаліста з певного фаху. Навчання в інтернатурі за фахом «Лабораторна діагностика» спрямоване на вивчення теоретичних знань, формування умінь і практичних навичок, необхідних лікарю-спеціалісту-лаборанту для самостійної роботи з основних розділів лабораторної діагностики [2;7]. Підготовка лікарів-лаборантів в інтернатурі проводиться за індивідуальними навчальними планами, розробленими на підставі типового навчального плану і програми інтернатури. Типовим навчальним планом передбачено: 5 місяців на базі стажування (780 год.), на кафедрі клінічної лабораторної діагностики та суміжних кафедрах 6 місяців навчання (936 год.).

Первинну спеціалізацію на кафедрах клінічної лабораторної діагностики здобувають лікарі, навчаючись в інтернатурі, та біологи, навчаючись на циклах спеціалізації. Кількісне співвідношення інтернів та слухачів спеціалізації протягом 20 років становило від 1 до 15 інтернів та 70–40 слухачів щороку.

Сучасні вимоги до професійної діяльності і до процесу навчання спрямовані загалом на здатність вирішувати задачі, які постануть перед фа-

хівцями у практичній діяльності. Досягти такого рівня підготовки спеціалістів старими педагогічними методами, які визначаються як «пасивні» та «монолог», неможливо [3;4;8].

Мета дослідження – підбір нових інтерактивних методів навчання слухачів циклів інтернатури та спеціалізації за фахом «Клінічна лабораторна діагностика».

Матеріали і методи. Застосовано методи системного підходу та системного аналізу для оцінки існуючих та розробки нових методик інтерактивних методів навчання.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами запропоновано «інтерактивні» методи, які стимулюють пізнавальну активність та самостійну роботу слухачів (інтернів). Інтерактивні методи навчання, на відміну від традиційних, ґрунтуються на активній взаємодії учасників навчального процесу, де основною є взаємодія слухачів між собою, що дозволяє активізувати навчальний процес, зробити його цікавішим та менш виснажливим для учасників. Основними ознаками цих методів навчання є самостійна робота, проблемні і творчі завдання, питання слухачів (інтернів) до викладача і все те, що розвиває творче мислення, забезпечує постійну, активну взаємодію всіх учасників процесу навчання, передбачає моделювання життєвих ситуацій, спільне розв'язання проблем [8;10].

Серед сучасних інтерактивних методів навчання виділяють: метод конкурентних груп, метод коо-

перативних груп, кейс-метод, метод мозкового штурму, метод практичного ситуаційного тренінгу, метод міждисциплінарних конференцій тощо [1;3–6].

Серед форм навчальної діяльності інтернів та слухачів нормам сучасної педагогіки найбільше відповідає метод кооперативних груп. За кооперативної форми організації навчальної діяльності основна роль відведена спілкуванню та взаємодії слухачів один з одним [10]. Ознаки колективної роботи: наявність у всіх учасників спільної мети; поділ праці, функцій і обов'язків; співпраця і товариська взаємодопомога; суспільно корисна діяльність усіх і кожного зокрема.

Ефективність методу кооперативних груп полягає в тому, що обсяг роботи, виконаний групою, завжди є більшим, ніж виконаний кожним з її членів. Спільні дії у малих групах, обговорення матеріалу з іншими, навчання один одного дають можливість краще зрозуміти матеріал, опанувати необхідні навички і вміння [8;10]. Співпраця у групі зумовлює вищий рівень досягнень і більшу продуктивність, зростання самоповаги її учасників. Метод кооперативних груп дозволяє розвинути творче мислення, провести взаємне навчання, вдосконалення шляхом багатосторонньої комунікації, залучити всіх, без винятку, слухачів у процес обговорення та обґрунтування власної думки, розвинути вміння вести професійну дискусію, виховати повагу до колег та альтернативних ідей і пропозицій, створює оптимальні умови для створення колективного інтелектуального продукту.

Залежно від кількості учасників групи формують по 3–6 осіб (2 і більше груп). Не практикують групи з двох осіб, які забезпечують високий рівень обміну інформацією, однак низький рівень розбіжності думок. Також розбіжність думок складніше подолати в групі з парною кількістю членів.

Найчастіше слухачів розподіляють на групи з урахуванням зацікавленості певною клінічною проблемою. Доцільно комплектувати групи слухачів за принципом однакового рівня академічної успішності. Така однорідність сприяє однаковим темпам обробки матеріалу і запобігає пасивності окремих її членів, які покладаються на більш обізнаних колег [2;5;10].

Перед формуванням груп перед слухачами чітко ставлять певні критерії їх оцінювання.

Метод кооперативних груп в інтерактивному навчанні можна реалізувати у формі диспуту, дискусії, дебатів, «круглого столу» або створення проблемної ситуації через рольову гру [1;5].

Обов'язковою умовою ефективності занять є ставлення до слухачів як до рівноправних учасників процесу навчання. Слухач не повинен боятися висловлювати будь-яку свою думку, навіть хибну, поставити несподіване запитання, перейти до обговорення супутніх проблем. Викладач по-

винен бути готовим до виникнення нестандартних ситуацій, висловлювання різних думок щодо вирішення завдання. Тому він має бути висококваліфікованим фахівцем, надавати слухачам необхідну інформацію, скеровувати дискусію у потрібному напрямку, бути спостерігачем, модератором, а не активним учасником [10].

На підготовчому етапі викладач формує групи, забезпечує переліком джерел фахової літератури, алгоритмами, питаннями і задачами різного ступеня складності, клінічними і лабораторними даними, відеофільмами тощо, відповідно до теми заняття. Кожною групою розробляється план вирішення однієї клінічної проблеми з різних точок зору.

Надалі викладач спостерігає за ходом дискусії, відмічає відповідність варіантів вирішення клінічної проблеми. Важливим моментом є виявлення слухача-лідера. Усі відповіді обґрунтовуються та коментуються слухачами і коригуються викладачем. Таким чином, усі слухачі залучені до навчального процесу.

На заключному етапі викладач оцінює результат роботи кожної групи та кожного слухача за виробленими критеріями оцінювання. Фіксується вихідний рівень знань, високо оцінюється нестандартне вирішення проблеми, яке можливе при опануванні додаткової літератури. Оцінюється ступінь самостійних рішень у розв'язанні поставленої задачі, ініціативи, точність виконання маніпуляцій, вміння працювати в команді. Вищі оцінки отримує та група слухачів, яка знайшла більш змістовне, раціональне обґрунтування вирішення поставленого завдання [8;10].

Прикладом використання інтерактивних методів навчання є впровадження методу кооперативних груп на практичному занятті за темою "Лабораторна діагностика гемолітичних анемій".

При проведенні практичного заняття було створено три групи слухачів та три групи інтернів. Кожна група повинна була розробити план диференційної діагностики гемолітичної анемії у пацієнта з різних точок зору.

Перша група слухачів та перша група інтернів вивчали морфологію еритроцитів, показники загального аналізу крові та кісткового мозку.

Друга група слухачів та друга група інтернів вивчали біохімічні показники крові та сечі.

Третя група слухачів та третя група інтернів оцінювали результати імунологічних досліджень – прямої та непрямої проби Кумбса.

Наприкінці заняття кожна група звітувала про результати діагностики: формулювала загальні діагностичні висновки, враховуючи морфологічні, біохімічні та імунологічні показники.

При порівнянні трьох груп інтернів і трьох груп слухачів виявилось, що лікарі-інтерни краще орієнтувались у патогенезі та морфологічних методах дослідження, слухачі-біологи легше інтерпретува-

ли результати біохімічних та імунологічних досліджень. Але й інтерни, і слухачі однаково впевнено вийшли на диференційний діагноз.

Висновки

Впровадження інтерактивних технологій у різних комбінаціях в практику навчання інтернів та слухачів з клінічної лабораторної діагностики дозволяє розвивати їх творче аналітичне мислення, розширити комунікативну компетентність, забезпечує формування здатності вибору оптимальних

варіантів ефективної взаємодії як слухачів, так і викладачів, сприяє підвищенню мотивації до навчання даної дисципліни, що дозволяє підвищити фаховий рівень та вдосконалити диференційну діагностику.

Перспективи подальших досліджень полягають у проведенні поглибленої оцінки якості знань інтернів та слухачів із клінічної лабораторної діагностики у результаті використання інтерактивних технологій навчання.

Список літератури

1. Луцук Б. Д. Покращення підготовки спеціалістів лабораторної діагностики – вимога сучасності / Б. Д. Луцук, О. О. Ястремська // *Лабораторна діагностика*. – 2007. – № 3 (41). – С. 62–64.
2. Мокия–Сербина С. А. Применение основных положений доказательной медицины при подготовке специалистов по клинической лабораторной диагностике / С. А. Мокия–Сербина, Т. И. Ельчанинова, С. Г. Ситало // *Лабораторна діагностика*. – 2013. – № 4 (66). – С. 39–42.
3. Морозова В. Т. Подготовка преподавателей кафедр клинической лабораторной диагностики / В. Т. Морозова // *Клиническая лабораторная диагностика*. – 2001. – № 4. – С. 23–35.
4. Морозова В. Т. Подготовка специалистов для клинических лабораторий: мера традиций и поиска (комментарий координатора проблемы в научном комитете конгресса) / В. Т. Морозова // *Клиническая лабораторная диагностика*. – 2001. – № 4. – С. 35–38.
5. Муц Б. М. Застосування педагогічних програмних засобів освіти в навчальному процесі вищої школи / Б. М. Муц // *Медична освіта*. – 2013. – № 1. – С. 40–42.
6. Опыт сотрудничества при организации образования по лабораторной медицине / А. В. Индутный, В. Е. Высокогорский, Д. Б. Сапрыгин [и др.] // *Клиническая лабораторная диагностика*. – 2011. – № 7. – С. 50–53.
7. Подальші шляхи розвитку вищої освіти України / В. В. Лазориниць, М. В. Банчук, О. П. Волосовець [та ін.] // *Медична освіта*. – 2010. – № 2. – С. 10–17.
8. Проблеми підготовки кадрів з діагностики туберкульозу для клініко-діагностичних лабораторій загальної лікувальної мережі та можливі шляхи поліпшення / Т. В. Іваненко, Т. В. Сенчева, М. Ф. Новохатська [та ін.] // *Лабораторна діагностика*. – 2012. – № 1 (59). – С. 39–41.
9. Рішення проблемних питань при впровадженні основних положень ЄКТС у ВНМУ ім. М. І. Пирогова / В. М. Мороз, Ю. Й. Гумінський, Л. Ф. Фоміна, Т. Л. Полесья // *Медична освіта*. – 2013. – № 2. – С. 40–42.
10. Ситало С. Г. Застосування інтерактивних методів навчання при викладанні клінічної лабораторної діагностики / С. Г. Ситало, Т. І. Ельчанинова // *Лабораторна діагностика*. – 2015. – № 3 (73). – С. 15–17.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ СЛУШАТЕЛЕЙ ПРОГРАММ ИНТЕРНАТУРЫ И СПЕЦИАЛИЗАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА»

О.Е. Сичкориз

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина

Цель – подбор новых интерактивных методов обучения слушателей циклов интернатуры и специализации по специальности «Клиническая лабораторная диагностика».

Материалы и методы. Для оценки существующих и разработки новых методик интерактивных методов обучения применялись методы системного подхода и системного анализа.

Результаты. Предложено наряду со старыми педагогическими методами, которые определяются как «пассивные» и «монолог», использование новых интерактивных методов. Среди форм учебной деятельности интернов и слушателей по нормам современной педагогики наиболее подходит метод кооперативных групп.

Выводы. Внедрение интерактивных технологий обучения позволит решить следующие учебные цели: развитие критического мышления у слушателей циклов интернатуры и специализации по специальности «Клиническая лабораторная диагностика» и расширение их коммуникативной компетентности; формирование способности выбора оптимальных вариантов эффективного взаимодействия участников; повышение мотивации к обучению данной дисциплины; совершенствование профессионального уровня слушателей и интернов по специальности «Лабораторная диагностика».

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: организация обучения, лабораторная диагностика, интерактивные методы обучения, метод кооперативных групп, циклы интернатуры.

ORGANIZATION OF TRAINING AT INTERNSHIP AND SPECIALIZATION PROGRAMS IN THE SPECIALTY “CLINICAL LABORATORY DIAGNOSTICS”

O.Ye. Sichkoriz

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Purpose: Selection of new interactive methods of teaching students at internship and specialization cycles in the specialty «Clinical Laboratory Diagnostics».

Materials and methods. Methods of system approach and system analysis were used to evaluate the existing and to develop new techniques of interactive teaching methods.

Results. Along with the old teaching methods defined as «passive» and «monologue», the use of new interactive methods is proposed. Among the forms of educational activity of interns and students according to the norms of modern pedagogy, the method of co-operative groups is considered the most appropriate.

Conclusions. Implementation of interactive teaching technologies will achieve the following learning objectives: development of critical thinking in students of internship and specialization cycles in «Clinical Laboratory Diagnostics» and expansion of their communicative competence; forming ability to select the best options of effective interaction between the participants; increase motivation to learn the discipline; improve the professional skills of students and interns in the specialty «Laboratory Diagnostics».

KEY WORDS: **organization of training, laboratory diagnostics, interactive learning methods, method of co-operative groups, internship cycles.**

Рукопис надійшов до редакції 24.10.2016 р.

Відомості про автора:

Січкоріз Орест Євгенович – к.мед.наук, доц. кафедри дитячих інфекційних хвороб Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; служб. тел.: +38 (032) 276-93-74.

Журнал належить до Переліку наукових фахових видань України, у яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукового ступеня кандидата і доктора наук у галузі медицини (наказ Міністерства освіти і науки України від 07.10.2015 №1021).

Журнал індексується Google Scholar, CrossRef, Index Copernicus і ULRICHSWEB GLOBAL SERIALS DIRECTORY (США).

Тематична спрямованість журналу: питання державної політики охорони здоров'я; теоретичні основи охорони здоров'я; концептуальні основи реформування галузі; питання профілактики в охороні здоров'я; медико-демографічні та медико-соціологічні дослідження; вивчення та прогнозування здоров'я населення, розробка моделей управління здоров'ям; медичні проблеми здорового способу життя; організація охорони здоров'я населення; питання управління охороною здоров'я; економіка охорони здоров'я, страхова медицина; нормативне, правове, кадрове, інформаційне, матеріально-технічне, фінансове забезпечення системи охорони здоров'я; сучасні медичні технології; проблеми підготовки медичних кадрів та організація післядипломної освіти; організація санітарно-епідеміологічної служби; комплексна інформація системи охорони здоров'я, її правове, інформаційне, програмне і технічне забезпечення; організація наукових досліджень у системі охорони здоров'я та впровадження нововведень; питання історії медицини, медичної етики та деонтології; проблеми організації наукової медичної інформації; організація охорони здоров'я та управління нею в екстремальних умовах; міжнародний досвід з організації охорони здоров'я; міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я тощо.

Статті, які друкуються в журналі «Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України», мають можливість отримувати універсальний цифровий ідентифікатор об'єкту DIGITAL OBJECT IDENTIFIER (DOI) системи бібліографічних посилань CrossRef. Використання DOI дозволяє представити вітчизняні наукові досягнення світовому товариству, покращує обмін науковою інформацією, сприяє підвищенню рейтингу та цитованості науковців в Україні та за кордоном. Цифровий ідентифікатор об'єкту DOI є необхідною ланкою доступності друківаних статей для їх аналізу наукометричними базами даних.

До редакції (за адресою: 02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3) подаються роботи, що раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал.

Правила подання матеріалу для опублікування:

Матеріал має супроводжуватись офіційним направленням від установи, в якій він був виконаний, з візою керівництва (наукового керівника), завіреною круглою печаткою установи, експертним висновком (внутрішньою рецензією установи) та гарантійним листом про оплату із розрахунку **93,6 грн за 1800 знаків**. Оплата за публікацію здійснюється установою або автором. Окремо оплачується присвоєння публікації індексу DOI. Якщо матеріал не має гарантійного листа, він не розглядається, автору не повертається, а передається на розгляд лише після погашення заборгованості.

На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, прізвище, ім'я та по батькові (повністю), посада, науковий ступінь, поштова та електронна адреси, номери телефонів (службовий, мобільний).

Авторський текстовий оригінал має складатися з трьох примірників українською мовою та одного англійською мовою:

- тексту (обсяг оригінальних статей, у тому числі рисунків, літератури, реферату, не більше ніж 8 с., оглядів літератури, лекцій, проблемних статей - не більше ніж 12 с., коротких повідомлень, рецензій – не більше ніж 7 с.);
- списку літератури (якщо в статті є посилання, не більше ніж 20 літературних джерел, в оглядах – не більше ніж 50);
- таблиць;
- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;
- рефератів російською, українською та англійською мовами. Текст реферату усіма мовами повинен обов'язково містити назву статті, авторів, установу, мету, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; **обсяг реферату становить не більше 175 слів** (включно з прізвищем автора та назвою статті і установи, у якій працює автор).

Статті набираються на комп'ютері, зберігаються у форматі rtf і подаються у роздрукованому вигляді та на електронному носії/електронною поштою (s.nauka@ukr.net).

На першій сторінці зазначаються: індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, місто в дужках, назва статті, назва установи, де працюють автори.

Список літератури подається відразу під текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, а також іноземних, опубліковані російською чи українською мовою, далі іноземних авторів, а також вітчизняних, опубліковані іноземною мовою. Всі джерела повинні бути пронумеровані та мати не більше ніж 5-річну давність. Посилання в тексті позначаються цифрами у квадратних дужках, мають відповідати нумерації у списку літератури. Оформлення бібліографії здійснюється за новим стандартом з бібліографічного опису ДСТУ 7.1:2006. Скорочення слів і їх поєднань наводять згідно з ДСТУ 3582-97 “Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила”.

Текст реферату слід друкувати шрифтом 12 пунктів з міжрядковим інтервалом – 1,5, додержуючись таких розмірів берегів (полів): верхній і нижній – 20 мм, лівий – 25 мм, правий – 10 мм.

Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають бути в чорно-білій гаммі, будуються в тих самих програмах, що і текстовий файл, та подаються разом із текстовим файлом. Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщують у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводять його назву, пояснення усіх 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 створюються у редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень слід наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб Х перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопесю (Х, ХІ). Назви фірм і апаратів слід наводити в оригінальній транскрипції. Скорочення у тексті слів, імен, термінів (крім загальноновідомих) не допускається. Абrevіатура розшифровується після першого згадування і далі по тексту залишається незмінною.

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 матеріалів може бути без пояснення причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

Придбати журнал можна за передплатою та в роздріб. Вартість передплати за один номер для юридичних та фізичних осіб становить 63 гривні 20 копійок. З приводу придбання звертатися за тел.: (0352) 52-80-09.

Редакційна рада

Редакція журналу "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України" інформує, що у зв'язку з прийняттям постанови президії Вищої атестаційної комісії України від 15.01.2003 р. №7-05/1 "Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків ВАК України", до розгляду з приводу надрукування в журналі будуть прийматися тільки ті статті, які відповідають вимогам нижче-наведеної постанови.

Бюлетень ВАК України, №1, 2003
Атестаційний процес: нормативна база

ПРО ПІДВИЩЕННЯ ВИМОГ ДО ФАХОВИХ ВИДАНЬ,
ВНЕСЕНИХ ДО ПЕРЕЛІКІВ ВАК УКРАЇНИ
ПОСТАНОВА
ПРЕЗИДІЇ ВИЩОЇ АТЕСТАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ УКРАЇНИ
від 15.01.2003 №7-05/1

Необхідною передумовою для внесення видань до переліку наукових фахових видань України є їх відповідність вимогам пункту 7 постанови президії ВАК України від 10.02.1999 р. №1-02/3 «Про публікації результатів дисертацій на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук та їх апробацію». Однак окремі установи-засновники таких видань не дотримуються вимог до складу редакційної колегії видань, не організують належним чином рецензування та відбір статей до друку, не надсилають свої наукові видання до бібліотек, перелік яких затверджено постановою президії ВАК України від 22.05.1997 р. №16/5, тим самим обмежуючи можливість наукової громадськості знайомитися із результатами дисертаційних досліджень. У зв'язку з цим президія Вищої атестаційної комісії України

ПОСТАНОВЛЯЄ:

1. Попередити установи-засновники наукових фахових видань, що у разі відсутності видань у фондах визначених ВАК бібліотек вони будуть вилучені з переліку наукових фахових видань України, в яких дозволяється друкувати результати дисертаційних досліджень.
2. Установам-засновникам фахових видань оновити склади редакційних колегій так, щоб більшість у них становили фахівці, основним місцем роботи яких є установа-засновник фахового видання.
3. Редакційним колегіям організувати належне рецензування та ретельний відбір статей до друку. Зобов'язати їх приймати до друку у виданнях, що виходитимуть у 2003 році та у подальші роки, лише наукові статті, які мають такі необхідні елементи: постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями; аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття; формулювання цілей статті (постановка завдання); виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтування отриманих наукових результатів; висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку.
4. Спеціалізованим ученим радам при прийомі до захисту дисертаційних робіт зарахувати статті, подані до друку, починаючи з 2003 року, як фахові лише за умови дотримання вимог до них, викладених у п.3 даної постанови.
5. Встановити обов'язковим подання до ВАК України разом із клопотанням про внесення видання до переліку фахових також копії свідоцтва про державну реєстрацію друкованого засобу у Державному комітеті інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України.
6. Зобов'язати установи, які є засновниками фахових видань, протягом 2003 року надсилати до ВАК України один контрольний примірник видання із супровідним листом.
7. Експертним радам ВАК України провести до 1 січня 2004 року аналіз наукового рівня публікацій у фахових виданнях і подати президії ВАК України пропозиції щодо внесення відповідних змін до переліку фахових видань.

Голова ВАК України
Вчений секретар ВАК України

В.В. Скопенко
Л.М. Артюшин

ДО ВІДОМА РЕКЛАМОДАВЦІВ

З 1999 р. видається журнал "Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України".

Тематика журналу:

- питання державної політики охорони здоров'я;
- концептуальні основи реформування галузі;
- дослідження та прогнозування здоров'я населення;
- питання управління, економіки та інформатизації системи охорони здоров'я;
- проблеми підготовки медичних кадрів;
- правове та інформаційне забезпечення галузі тощо.

Крім того, на сторінках журналу розміщуються різноманітні рекламні матеріали.

Періодичність випуску журналу – раз на квартал.

Слід зазначити, що журнал розрахований на керівників закладів охорони здоров'я усіх рівнів (головні лікарі районних, міських, обласних лікарень і санепідемстанцій), співробітників кафедр соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, кафедр і циклів медичної інформатики медичних закладів освіти, науковців-медиків та лікарів різних спеціальностей, студентів вищих медичних закладів освіти та курсантів закладів післядипломної освіти.

Розцінки на розміщення реклами:

кольорова на вклейці: двостороння – 300 у.о., одностороння – 170 у.о.

чорно-біла на аркушах формату А4 – 100 у.о.

рекламні статті – 150 у.о. за 1 авт. арк. (40 000 знаків).

З приводу розміщення Вашої реклами в журналі звертайтеся за телефоном: **(044) 576-41-09; 576-41-19.**

З надією на плідну співпрацю

Головний редактор

О.М. Дзюба

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.93 №326 “Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики”, рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.98 №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 хвороб десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного співставлення.

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, Український інститут громадського здоров'я МОЗ України (з 2008 р. – ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”) пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи), вартість якого становить 120 грн.

Довідки та замовлення за телефонами: **(044) 576-41-19**.

Редактор: О. В. Шумило
Художнє оформлення: І. В. Бутенко
Технічний редактор: С. Т. Демчишин
Комп'ютерна верстка: О. І. Пухальська
Перекладач: Н. Т. Кучеренко

Підп. до друку 28.10.2016. Формат 60x84/8. Папір офсет.
Друк офсет. Ум. друк. арк 7,44. Обл.-вид. арк. 7,79. Наклад 600. Зам. № 270