

Україна. Здоров'я нації

ЗАСНОВНИКИ

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

Головний редактор журналу – Слабкий Г.О.

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

Відповідальний редактор – Ситенко О.Р.

Літературний редактор – Ратаніна О.М.

Дизайн і верстка – Кривенко С.М.

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

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Голова редакційної колегії Лехан В.М.

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

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

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

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

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Голова редакційної ради Запорожан В.М. (Одеса)

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

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

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

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

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

Журнал включено до Переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук (наказ Міністерства освіти і науки України від 12.05.2015 р. № 528).
Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
Протокол № 5 від 17.08.2017 р.

Адреса редакції: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна
Тел./факс: +380 44 576-41-19; 576-41-09
Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 21116-10916ПР від 24.12.2014 р.
Підписано до друку 18 серпня 2017 р. Загальний наклад 200 прим. Зам. № 4125

Видавець:

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

Видавник:

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

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

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

© ДУ «Український інститут стратегічних досліджень
Міністерства охорони здоров'я України», 2017
© ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», 2017
© ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 2017

FOUNDERS

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

Chief Editor – Slabkiy G.O.

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

Executive Editor – Sytenko O.R.

Literary Editor – Ratanina O.M.

Design and layout – Kryvenko Ye.M.

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

EDITORIAL COLLEGIUM

Chairman of the Editorial Collegium Lekhan V.M.

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

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

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

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

EDITORIAL BOARD

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

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

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

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

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

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

The journal is included in the list of scientific professional publications of Ukraine, where the results of the theses for scientific degrees of doctor and candidate of Sciences can be published (Decree of the Ministry of education and science of Ukraine from 12.05.2015, № 528). It is recommended for print by the Academic Council of the PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine". Protocol № 5 of 17.08.2017.

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

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

Signed for publication on August 18, 2017. The total circulation is 200 copies. Order № 4125

Editor:

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

Publisher:

"SEA NP "Kolomitsyn V.Yu."

Certificate of State registration B02 № 257914 from 09.12.2002

Printed in MEC "Medinform"

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

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

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

ЗМІСТ

Сторінка редактора

<i>Слабкий Г.О.</i> Проблеми кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України	5
---	---

Актуальна тема

<i>Жаховський В.О., Лівінський В.Г., Кудренко М.В., Слабкий Г.О., Мельник І.П., Ясінський В.П.</i> Роль та місце цивільних закладів охорони здоров'я в системі медичного забезпечення військ	10
---	----

Здоров'я населення: тенденції та прогнози

<i>Габорець Ю.Ю., Дудіна О.О.</i> Динаміка захворюваності дитячого населення України в регіональному аспекті та поширеності між ними хвороб	18
--	----

<i>Дудник С.В.</i> Порівняльна характеристика і сучасні тенденції рівня дитячої смертності в Україні, державах Європейського регіону та країнах пострадянського простору	29
---	----

Питання демографічного розвитку

<i>Romanova A.P., Krasko O.V., Popov A.S.</i> On dynamic urban male population mortality in the Republic of Belarus at the turn of the 20 th and the 21 st centuries	36
---	----

<i>Ціборовський О.М., Чепелевська Л.А.</i> Детермінанти демографічної ситуації в Україні	42
---	----

Організація медичної допомоги

<i>Білак-Лук'янчук В.Й.</i> Характеристика функціонально-організаційної системи подолання стигми та дискримінації по відношенню до людей, що живуть з ВІЛ	49
--	----

<i>Клименко В.І., Кремсарь І.М., Коваленко А.В.</i> Ресурсне забезпечення центрів первинної медико-санітарної допомоги та профілактика хвороб системи кровообігу	56
---	----

<i>Лобас М.В.</i> Оцінка сільським населенням Черкаської області доступності та якості первинної, вторинної та екстреної медичної допомоги	63
---	----

<i>Ринда Ф.П., Ситенко О.Р.</i> До питання застосування профілактичних методів у практичній діяльності лікарів загальної практики – сімейних лікарів	68
---	----

<i>Слабкий Г.О., Качур О.Ю.</i> Характеристика системи променевої діагностики в умовах реформування системи медичної допомоги на регіональному рівні	74
---	----

Реформування системи охорони здоров'я

<i>Грузева Т.С.</i> Компетентнісний підхід до підготовки фахівців громадського здоров'я в Ягелонському університеті	84
--	----

<i>Децик О.З., Соломчак Д.Б.</i> Перспективні напрями удосконалення організації урологічної допомоги на регіональному рівні	91
--	----

<i>Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Шафранський В.В.</i> Епідеміологічний нагляд як основна функція громадського здоров'я	97
---	----

<i>Таралло В.Л.</i> Оздоровчі програми: стратегія дій, контроль їх ефективності	101
--	-----

Наука – практиці охорони здоров'я

<i>Фейса С.В., Чоней І.В.</i> Використання неінвазивних маркерів стеатозу та фіброзу в діагностиці неалкогольної жирової хвороби печінки у хворих на предіабет та цукровий діабет другого типу	105
---	-----

<i>Якубовська І.А., Матюха Л.Ф.</i> Вплив комплексного лікування із застосуванням дієтотерапії на харчовий статус та функціональний стан жовчного міхура хворих на хронічні захворювання біліарної системи на тлі ожиріння	112
---	-----

Глосарій

<i>Ратанина О.М., Слабкий В.Г., Качала Л.А., Миронюк В.І.</i> Термины, употребляемые в Международной стандартной классификации образования	119
---	-----

Ювілей

До ювілею професора Івана Миколайовича Солоненка	126
--	-----

CONTENT

Editor's page

- Slabkiy G.O.*
Problems of staffing
of the health care system of Ukraine (In Ukr.) 5

Actual theme

- Zhakhovsky V.O., Livinsky V.G., Kudrenko M.V.,
Slabkiy G.O., Melnyk I.P., Yasynskiy V.P.*
The role and place of civilian health institutions
in the system of medical support of troops 10

Health of the population: tendencies and forecasts

- Gaborets Yu.Yu., Dudina O.O.*
Dynamics of the incidence of childhood
in Ukraine in the regional aspect
and the prevalence of disease among them 18

- Dudnyk S.V.*
Comparative characteristics and modern
tendencies of the level of infant mortality in Ukraine,
the countries of the European region
and the post-Soviet states 29

Issues of demographic development

- Romanova A.P., Krasko O.V., Popov A.S.*
On dynamic urban male population mortality
in the Republic of Belarus at the turn
of the 20th and the 21st centuries 36

- Tsiborovsky O.M., Chepelevska L.A.*
Determinants
of the demographic situation in Ukraine 42

Organization of health care

- Bilak-Lukianchuk V.Y.*
Characteristic of functional and organizational
system to cope with stigma and discrimination
in relation to the people living with HIV 49

- Klymenko V.I., Kremsar I.M., Kovalenko A.V.*
Resource provision of primary health care centers
and prevention of circulatory system diseases 56

- Lobas M.V.*
Estimation of accessibility and quality of primary,
secondary and emergency medical care
by the rural population of Cherkassy region 63

- Rynda F.P., Sytenko O.R.*
To the issue of application
of preventive methods in practical activities
of general practice / family medicine 68

- Slabkiy G.O., Kachur O.Yu.*
Characteristics of the system of radial diagnostics
in terms of reforming the system of medical care
at regional level 74

Reforming of public health system

- Gruzieva T.S.*
Competent approach to training of public health
professionals at the Jagiellonian University 84

- Detsyk O.Z., Solomchak D.B.*
Perspective directions of the urological
care improvement at the regional level 91

- Slabkiy G.O., Myronyuk I.S., Shafranskiy V.V.*
Epidemiological supervision
as the main function of public health 97

- Tarallo V.L.*
Wellness programs: strategy for action,
monitoring of their effectiveness 101

Science for health care practice

- Feisa S.V., Chopei I.V.*
Non-invasive markers of a steatosis
and fibrosis in diagnostics of non-alcoholic
fatty liver disease in patients with prediabetes
and type 2 diabetes mellitus 105

- Yakubovska I.A., Matykha L.F.*
Influence of complex treatment
with the use of dietotherapy on nutritional status
and functional state of gallbladder in patients
with chronic diseases of the biliarian system
against the background of obesity 112

Glossary

- Ratanina O.M., Slabkiy V.G.,
Kachala L.O., Myronyuk V.I.*
The terms in International
Standard Classification of Education 119

Anniversary

- To the anniversary of Professor
Ivan M. SOLOMONENKO (In Ukr.) 126

УДК 614.2.007(477)

Г.О. Слабкий

Проблеми кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України

Головний редактор

Незважаючи на заяви керівників галузі про значний надлишок лікарів в Україні, статистичні дані вказують на те, що рівень забезпеченості фахівцями, які безпосередньо займаються лікувальною справою, є достовірно нижчим, ніж у провідних країнах Європи. І це на тлі медико-демографічної кризи в Україні та відсутності сучасних високотехнологічних, а відповідно, й високоєфективних технологій медичної допомоги. У країнах Європи зареєстровано такий рівень забезпеченості лікарями (без урахування керівників закладів та їхніх заступників, стоматологів, статистиків, методистів тощо): Норвегія – 41,6 на 10 тис. населення; Швеція – 37,7; Болгарія – 37,3; Чехія – 36,7; Німеччина – 36,0; Італія – 34,9; Франція – 34,5; Велика Британія – 27,4. За даними Європейського регіонального бюро ВООЗ, середній показник у Європейському регіоні становить 32,2 (дані за 2014 рік). Аналогічний показник в Україні становить 24,9 на 10 тис. населення (2016 рік). При цьому маємо строкату регіональну статистику: м. Київ – 35, Івано-Франківська область – 33, Чернівецька – понад 31, Львівська – майже 31, Миколаївська – 21,7; Херсонська – 22,8; Кіровоградська – 24,5.

Укомплектованість штатних посад лікарями (фізичними особами) в лікувальних закладах МОЗ України становить 78,6% (в обласних лікарнях – 84%, міських – 79%, ЦРЛ – 76%, сільських лікарських амбулаторіях – 69%). Різниця між штатними лікарськими посадами і фізичними особами – близько 35 тис. осіб, при тому, що майже 13 тис. посад обіймають сумісники. Особливо низька укомплектованість штатних посад лікарів у Луганській області – 58%, Донецькій – 64%, Миколаївській – 69%, Київській – 75%, Запорізькій – 76%, Житомирській – 77%. Як можна забезпечити надання доступної та якісної медичної допомоги, якщо, наприклад, рівень укомплектованості штатних посад в обласній клінічній лікарні Донецької області ледь перевищує 23%, Миколаївської – 56%, в обласних дитячих лікарнях Луганської та Миколаївської областей – 27 і 57% відповідно, навіть у Київській обласній – 60%? Що вже говорити про районні лікарні. Так, у Луганській області показник укомплектованості штатних посад ледь перевищує 52%, Херсонській – 63%, Запорізькій – 65%, Чернігівській – 68%.

Критичним є рівень укомплектованості штатних посад лікарів за такими спеціальностями: лікарі-

лаборанти – 28%, бактеріологи – близько 45%, патологоанатоми – майже 54%, судові психіатри-експерти – майже 55%, лікарі-імунологи – 60%, психотерапевти – 64%, лікарі-ендоскопісти – 66%, лікарі функціональної діагностики – 68%, наркологи – близько 70%, анестезіологи – 72%, серцево-судинні хірурги – 73%, рентгенологи – 73%.

Переглянувши таку статистику, хочеться запитати: де ж зайві лікарі? Хіба що в західних областях виникає певний надлишок кадрів: там лікарі іноді працюють на 0,5 ставки, оскільки змінювати місце проживання вони не бажають.

На кінець 2016 року в Україні залишалися вакантними майже 22 тис. лікарських посад (і не лише сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів, фізіотерапевтів, але й хірургів, анестезіологів). При цьому частка осіб пенсійного віку серед лікарів становить 24%.

Укомплектованість штатних посад фізичними особами молодших спеціалістів з медичною освітою становить майже 95% (у лікувальних закладах – майже 87%). Однак при цьому потрібно врахувати «нецивілізоване» співвідношення між лікарями і середніми медичними працівниками (в Україні воно становить 1:2,1, що не може забезпечити повноцінного медичного догляду за хворими в закладах охорони здоров'я). За даними ВООЗ, оптимальним є співвідношення 1:4 – саме такий показник у Канаді й США, хоча можемо «втішитися» тим, що в Мексиці, Перу, Сальвадорі й Чилі на одного лікаря взагалі припадає менше однієї медичної сестри.

Наразі в Україні не вистачає майже 100 тис. медсестер. І заповнити цю прогалину поки що неможливо, особливо в «тяжких» відділеннях. Можна лише уявити героїнь, які погодяться працювати в реанімації, де на 4 лікарі – 1 медсестра, котра обслуговує хворих, що перебувають на апаратах штучного дихання. При цьому заробітна плата фахової медсестри в Україні у 7–8 разів нижча, ніж у сусідній Польщі, де, крім того, медичні працівники мають достойний соціальний пакет і забезпечені житлом.

Нині в закладах охорони здоров'я активно впроваджуються засади сімейної медицини. Наводимо дані щодо наявності посад лікарів загальної практики – сімейних лікарів та їх зайнятість у 2016 році (табл. 1).

Таблиця 1

Посади лікарів загальної практики – сімейних лікарів та їх зайнятість у 2016 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Штатні посади	Зайняті посади	Фізичні особи на зайнятих посадах	Різниця між штатними та зайнятими посадами	Різниця між штатними посадами і фізичними особами	% укомплектованості штатних посад з урахуванням сумісництва	% укомплектованості штатних посад фізичними особами
Україна	18 719,25	15 976,75	13696	2 742,50	5 023,25	85,35	73,17
Вінницька	1 143,50	920,75	819	222,75	324,50	80,52	71,62
Волинська	504,25	452,00	384	52,25	120,25	89,64	76,15
Дніпропетровська	1 821,75	1 597,25	1350	224,50	471,75	87,68	74,10
Донецька	816,00	612,50	510	203,50	306,00	75,06	62,50
Житомирська	775,00	685,25	561	89,75	214,00	88,42	72,39
Закарпатська	713,00	665,75	637	47,25	76,00	93,37	89,34
Запорізька	855,00	744,00	623	111,00	232,00	87,02	72,87
Івано-Франківська	464,75	425,25	400	39,50	64,75	91,50	86,07
Київська	836,00	703,50	592	132,50	244,00	84,15	70,81
Кіровоградська	426,50	325,25	253	101,25	173,50	76,26	59,32
Луганська	229,50	179,25	150	50,25	79,50	78,10	65,36
Львівська	994,50	963,25	921	31,25	73,50	96,86	92,61
Миколаївська	600,00	474,50	377	125,50	223,00	79,08	62,83
Одеська	1 453,25	1 156,50	981	296,75	472,25	79,58	67,50
Полтавська	892,00	720,50	598	171,50	294,00	80,77	67,04
Рівненська	412,25	377,50	339	34,75	73,25	91,57	82,23
Сумська	427,00	377,50	320	49,50	107,00	88,41	74,94
Тернопільська	645,50	568,75	529	76,75	116,50	88,11	81,95
Харківська	1 001,00	863,75	716	137,25	285,00	86,29	71,53
Херсонська	417,25	305,75	224	111,50	193,25	73,28	53,68
Хмельницька	603,25	535,50	480	67,75	123,25	88,77	79,57
Черкаська	598,00	503,00	398	95,00	200,00	84,11	66,56
Чернівецька	480,25	443,00	374	37,25	106,25	92,24	77,88
Чернігівська	478,00	395,50	321	82,50	157,00	82,74	67,15
м. Київ	1 131,75	981,00	839	150,75	292,75	86,68	74,13

Лави сімейних лікарів із кожним роком зростають. Порівняно з 2013 роком показник забезпеченості такими фахівцями збільшився: з 2,7 на 10 тис. населення до 3,4 у 2016 році (найбільшими успіхами можуть похвалитися Вінниччина, Закарпаття, Чернівецька та Тернопільська області – понад 5).

Однак укомплектованість сільських лікарських амбулаторій лікарями (фізичними особами) не досягає 70%, при цьому кількість сільських лікарських амбулаторій, в яких жодна посада не заміщена лікарем, має певні коливання, але за останні три роки має тенденцію до збільшення і в 2016 році становить 484 амбулаторії. Це значить, що більше ніж півмільйона населення країни залишилося без первинної медичної допомоги. Найбільша кількість таких амбулаторій існує в Донецькій (93), Полтавській (66), Дніпропетровській (39),

Харківській (33), Одеській (32) областях. При цьому необхідно зазначити, що в обласних центрах даних регіонів функціонують вищі медичні навчальні заклади IV рівня акредитації.

Глибинними причинами ситуації, що склалася із забезпеченням сільського населення сімейними лікарями являються низький рівень заробітної плати практично при ненормованому робочому дні, відсутність умов для якісного виконання професійних умов, незабезпеченість житлом, відсутність умов для професійного зростання та професійного росту, мінімальні умови для культурного дозвілля.

Підтвердженням вказаного є те, що не забезпечено житлом 105 медичних працівників первинної ланки медичної допомоги у Дніпропетровській, по 91 в Івано-

Франківській та Херсонській, 33 у Запорізькій областях. Подібна ситуація склалася в інших областях.

Значна кількість будівель, у яких розташовано заклади первинної медичної допомоги, потребує капітального ремонту. Таких закладів у Дніпропетровській області – 97, Закарпатській – 72, Запорізькій – 113, Тернопільській – 60, Харківській – 210.

Відмічається незадовільний рівень забезпеченості первинної ланки медичної допомоги санітарним автотранспортом. Так, у Дніпропетровській області заклади первинної медичної допомоги забезпечені санітарним автотранспортом на 68,0% від потреби, у Закарпатській – на 32,0%, Запорізькій – на 44,0%, Сумській – на 43,5%, Харківській – на 47,9%, Черкаській – на 35,4%. При чому біля половини існуючого складу санітарного автотранспорту експлуатується понад вісім років.

На низький рівень можливостей сімейних лікарів надавати якісну та ефективну ПМД відповідно до затверджених компетенцій вказує й те, що в країні майже відсутні заклади первинної ланки, укомплектовані обладнанням та засобами медичного призначення відповідно до затверджених МОЗ України табелів оснащення – галузевого стандарту.

Так само у понад 700 ФАПах немає жодного молодшого спеціаліста з медичною освітою. З точки зору доказового менеджменту такий стан речей не дає змоги забезпечити доступну та якісну первинну медичну допомогу всьому населенню – понад півмільйона громадян країни позбавлені можливості її отримати.

Чому сімейні лікарі не поспішають у «глибинку» – зрозуміло всім. А чи знають керманічі галузі, як виправити ситуацію?

У країнах Середньої Азії подібні проблеми вирішують двома шляхами: на державному рівні створюють соціально-економічні умови для утримання медичних працівників на селі або ж організують їх роботу в «непрестижних» місцях вахтовим методом. Мабуть, третього не дано. Особливо після відміни державного розподілу випускників медичних вишів, які навчалися за бюджетні кошти. Нехай тепер держава думає, куди вона витратила ці кошти і хто їх відпрацює на селі.

Негативно позначиться на забезпеченні первинної ланки (особливо на селі) медичними кадрами ще одна, в цілому позитивна новація – «перетворення» сімейних лікарів на фізичних осіб-підприємців. Адже після цього на них звалиться ведення економічно-господарської діяльності та бухгалтерського обліку і звітності, до чого вони не готові. І їх цього ніхто не навчає. Їм доведеться сплачувати низку податків, утримувати амбулаторію й автотранспорт, проводити закупівлю засобів медичного призначення, дезінфекційних засобів і ліків для надання невідкладної медичної допомоги, оплачувати адміністративні витрати, курси підвищення кваліфікації, виплачувати заробітну плату молодшому та середньому медичному персоналу і водію (якщо спроможуться на автотранспорт). Порахувавши «сухий залишок» при

задекларованому рівні фінансування первинки, багато лікарів, особливо старшого віку, узагалі підуть із галузі. Хто їх замінить?

Хоча сама по собі згадана новація є позитивною, однак, як завжди, проблема в тому, що не враховуються життєві реалії та контекст реалізації ідеї. На жаль, така доля може спіткати і рішення щодо зміни фінансування національної системи охорони здоров'я. Урядом прийнято кілька розпоряджень, в яких сформовані стратегічні напрямки розбудови фінансової системи. Зокрема, вони стосуються впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги, механізму співфінансування надання медичних послуг пацієнтами шляхом прямої оплати чи через механізм добровільного медичного страхування, утворення єдиного національного замовника медичних послуг як окремого центрального органу виконавчої влади, створення нових можливостей для реалізації місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я, автономізації постачальників медичної допомоги, запровадження ефективних методів оплати різних видів медичної допомоги та контракування (перехід від пасивних до активних закупівель) тощо.

У цілому позитивний крок з автономізації закладів охорони здоров'я може бути дискредитований тим, що держава не вирішила дуже важливого завдання: змінивши свій юридичний статус і ставши неприбутковими некомерційними підприємствами, заклади охорони здоров'я вимушені будуть сплачувати всі податки, оскільки вже багато років поспіль до державних реєстраційних статистичних форм не вносяться відповідні зміни.

Невтішні реалії сьогодення – міграція лікарів на роботу за кордон (зазвичай туди виїждять кваліфіковані спеціалісти) та не менш загрозливі перспективи (через значну частку осіб пенсійного віку серед практикуючих лікарів, яка в деяких областях становить третину загальної кількості спеціалістів) – можуть призвести до кадрової кризи в галузі, особливо її первинної ланки (табл. 2).

У даній ситуації, після відміни державного розподілу й за відсутності реєстру вакансій і фонду заробітної плати в медичних закладах, молодим лікарям важко влаштуватися на роботу. А «закривати» амбразури державної недбалості щодо медицини за існуючої перспективи влаштуватися на роботу за кордоном уже ніхто не хоче.

До речі, МОЗ має у своєму розпорядженні галузевий кадровий реєстр, дані якого практично недоступні навіть для організаторів охорони здоров'я! Тому за бажання на його основі можна розробити міжвідомчий реєстр вакантних посад у системі охорони здоров'я і зрештою зробити його загальнодоступним.

Усі ці аспекти мають бути враховані в майбутньому пошуку резервів з підготовки медичних кадрів. Нині «оголошено війну» поганій якості підготовки та низькій кваліфікації українських лікарів. На це спрямована й ініціатива МОЗ підвищити прохідний бал для абітурієнтів. Ніхто не проти реалізації такої ідеї.

Таблиця 2

Кількість та питома вага працюючих пенсіонерів – лікарів і середнього медичного персоналу в загальній чисельності лікарів і середнього медичного персоналу закладів охорони здоров'я системи МОЗ України у 2016 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Пенсіонери			
	лікарі		середній медичний персонал	
	кількість осіб	% до лікарів – фізичних осіб	кількість осіб	% до СМП фізичних осіб
Україна	36 522	26,2	40915	12,6
<i>Область</i>				
Вінницька	1381	24,1	1238	8,3
Волинська	880	25,0	1176	11,5
Дніпропетровська	3062	27,6	3507	14,8
Донецька	1777	33,9	2514	18,0
Житомирська	1069	25,4	1180	9,5
Закарпатська	1111	25,7	838	8,3
Запорізька	1712	26,7	2032	14,0
Івано-Франківська	1412	22,2	1402	10,0
Київська	1647	28,0	2104	15,9
Кіровоградська	990	32,7	998	11,4
Луганська	614	32,6	472	9,1
Львівська	2841	25,3	3588	15,2
Миколаївська	1023	31,6	1236	17,1
Одеська	2259	28,8	2737	19,2
Полтавська	1332	24,3	1307	10,1
Рівненська	976	23,0	1005	8,7
Сумська	908	23,3	823	7,5
Тернопільська	1150	25,9	1088	9,9
Харківська	2324	23,0	3015	15,0
Херсонська	987	30,5	978	11,5
Хмельницька	1278	27,6	1234	10,2
Черкаська	1356	32,6	1344	11,9
Чернівецька	777	28,2	653	7,7
Чернігівська	1006	28,2	1072	10,4
<i>м. Київ</i>	2650	22,7	3374	18,4

Однак проблема не стільки в низькому «стартовому потенціалі» майбутнього лікаря, скільки у відсутності можливості набути сучасні знання й практичні навички і головне – постійно застосовувати їх на практиці. Проведені за нашою участю дослідження закладів охорони здоров'я вторинного рівня підтвердили відсутність умов для надання якісної медичної допомоги навіть хворим у критичних станах. Лікарі не мають можливості виконувати клінічні протоколи через відсутність необхідного обладнання чи витратних матеріалів, проблеми з організацією робочого процесу тощо. Наприклад, на вторинному рівні нереально дотриматися «золотого стандарту» лікування інсультів, тому знання та вміння лікарів тут особливої погоди не роблять. Подібні проблеми потребують комплексних рішень. Зрештою, як і питання визначення потреби в

кадрах. Бо говорити про те, що у нас «зайві лікарі», і нехай краще їх буде менше та кращі, – це одне, а забезпечити реальну потребу в них і високу якість підготовки – зовсім інше.

На сьогодні в системі охорони здоров'я України не визначено обґрунтованої потреби в медичних кадрах, і тому заяви чиновників про надлишок медичних кадрів є декларативними і бездоказовими. До того ж вони не враховують об'єктивної медико-демографічної ситуації в державі, а порівняння кадрового забезпечення з іншими країнами проводиться некоректно (там до статистичних даних не вносять адміністративний ресурс, в Україні ж рахують усіх, хто працює в галузі). Зрозуміло, що забезпечити ефективне державне замовлення на підготовку медичних кадрів без урахування реальних потреб неможливо. А це надзвичайно складний,

трудомісткий і фінансово затратний процес, який потребує об'єктивної картини щодо стану здоров'я населення, проведення хронометражних досліджень, розрахунку реальної потреби в діагностичній, консультативній, профілактичній, амбулаторно-поліклінічній, стаціонарній, плановій, невідкладній і екстреній медичній допомозі тощо. Наразі такі дані відсутні, а МОЗ України не поспішає замовляти подібні дослідження. Використовувати ж статистичні звіти щодо стану здоров'я населення під час будь-яких розрахунків у галузі охорони здоров'я можна лише умовно. Адже вони ґрунтуються на даних звернень населення по медичну допомогу і не є об'єктивними – останнім часом збідніле населення дедалі частіше відкладає звернення до лікарів навіть в ургентних станах, що статистично відображає зниження рівня захворюваності та поширеності хвороб, а отже, й покращення здоров'я населення. У це ніхто навіть не вірить, тож чи можна на основі такої статистики ухвалювати відповідальні рішення?

З відміною наказу МОЗ України № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» медичні заклади не отримали методологію формування штатного розпису, а головні лікарі не мають механізму визначення потреби в медичних кадрах. Методики розрахунку потреб закладів охорони здоров'я також не

затверджені, тому скасований наказ фактично використовують донині.

Повертаючись до «вступних баталій», погоджуся з тим, що вимоги до абітурієнтів потрібно підвищити. Це стосується і вступу за держзамовленням, і контрактників. Низький рівень базових знань не дає змоги студентам оволодіти складною програмою підготовки лікарів, яку, до речі, також необхідно змінювати і розробляти відповідно до сучасних досягнень медичної науки та кращої практики. Також потрібно всіляко сприяти вступу до медичних вишів IV рівня акредитації випускників медичних коледжів, адже це найбільш професійно мотивовані студенти (на сьогодні їм складно потрапити до лав студентів медичних вишів). Однак, враховуючи кризову кадрову ситуацію в галузі, недопустимо зменшувати кількість студентів-медиків. Інша річ, що необхідно розробити і застосувати механізми їх утримання в системі, бо випускників у нас достатньо, а кадрова ніша галузі не заповнена. Не останню роль у цьому відіграє зниження престижу професії медичного працівника – знову ж таки через рівень оплати праці (табл. 3), який незіставний з терміном підготовки спеціаліста, напруженістю й інтенсивністю роботи, високою відповідальністю, незадовільними умовами праці, слабкою системою соціального захисту тощо.

Таблиця 3

Динаміка середньомісячної заробітної плати за видами економічної діяльності у 2010–2016 рр. у розрахунку на одного штатного працівника, грн/дол. США

Вид діяльності	Рік						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Промисловість, грн	2584	3123	3500	4115	3988	4791	5910
дол. США	325	392	438	515	335	200	217
Освіта, грн	1893	2087	2527	2918	2724	3132	3787
дол. США	238	262	316	365	229	131	139
Охорона здоров'я та соціальна допомога, усього, грн	1633	1780	2201	2726	2441	2853	3368
дол. США	206	223	275	341	205	119	124
лікарі, грн	2618	2658	3632	3573	3442	3814	4860
дол. США	330	334	455	447	289	159	179
молодші спеціалісти з медичною освітою, грн	1775	1817	2516	2413	2394	2720	3378
дол. США	224	228	315	302	201	113	124
<i>Співвідношення заробітної плати (разу)</i>							
у промисловості до охорони здоров'я	1,75	1,59	1,51	1,63	1,41	1,68	1,75

Узагалі ж ВООЗ розробила низку технічних інструментів і керівних принципів для оцінки кадрових ресурсів охорони здоров'я, які рекомендовано використовувати під час планування і розроблення кадрової стратегії. Ще у 2008 р. Україні запропонували здійснити таку оцінку (за технічної підтримки ВООЗ)

та розробити стратегію розвитку кадрового потенціалу в охороні здоров'я. Однак донині цього не зроблено. Вочевидь, очільники галузі всіх каденцій не бажають ефективно вирішувати кадрові проблеми. А на сьогодні є нагальним питанням розробка стратегічної програми розвитку кадрової політики в охороні здоров'я країни.

УДК 614.2

В.О. Жаховський¹, В.Г. Лівінський¹, М.В. Кудренко², Г.О.Слабкий³, І.П. Мельник⁴, В.П. Ясінський⁵

Роль та місце цивільних закладів охорони здоров'я в системі медичного забезпечення військ

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

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

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

⁴Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону, м. Вінниця, Україна

⁵Львівський державний університет внутрішніх справ МВС України, м. Львів, Україна

Мета – дослідження потреби та визначення порядку залучення цивільних закладів охорони здоров'я для медичного забезпечення військ.

Матеріали та методи. Об'єкт дослідження – система медичного забезпечення Збройних Сил України на мирний і воєнний час. Предмет – цивільні заклади охорони здоров'я в системі медичного забезпечення військ. Методи дослідження – історичний, бібліографічний, аналітичний, системного підходу.

Результати. Вирішення завдання побудови сучасної системи медичного забезпечення військ супроводжується пошуками нових організаційних форм ефективного та раціонального використання наявних військових і цивільних медичних ресурсів та науковим обґрунтуванням цих організаційних форм.

Висновки. Створення тимчасових функціональних об'єднань для надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги пораненим і хворим військовослужбовцям є найбільш раціональним, економічно вигідним, доцільним і перспективним варіантом використання цивільних закладів охорони здоров'я під час формування системи медичного забезпечення військ на особливий період.

Ключові слова: медична служба, медичне забезпечення, система лікувально-евакуаційних заходів, військові та цивільні заклади охорони здоров'я.

Вступ

Медичне забезпечення є окремим видом забезпечення Збройних Сил України (ЗС України) і являє собою систему заходів щодо збереження та зміцнення здоров'я особового складу, запобігання виникненню та розповсюдженню хвороб, надання медичної допомоги військовослужбовцям, їх лікування і відновлення працездатності та боєздатності після поранень, захворювань і травм. Основою медичного забезпечення військ у воєнний час є система лікувально-евакуаційних заходів, яка являє собою сукупність взаємопов'язаних принципів організації надання медичної допомоги пораненим та хворим, їх евакуації, лікування і реабілітації, а також призначених для цього сил і засобів медичної служби, а її сутність полягає в етапному лікуванні поранених з їх евакуацією за призначенням [7].

Для реалізації завдань щодо медичного забезпечення військ формується відповідна організаційна структура медичної служби, основу якої становлять медичні підрозділи військових частин і з'єднань, мобільні і стаціонарні військово-медичні заклади, комплексу яких достатньо для виконання завдань за призначенням у мирний час та в обмежених збройних конфліктах.

В особливий період, під час бойового застосування військ, комплект сил і засобів медичної служби має забезпечити потреби щодо надання медичної допомоги

безпосередньо на полі бою та в районах бойових дій, проте для надання спеціалізованої і високо-спеціалізованої медичної допомоги пораненим, їх лікування до повного одужання та медичної реабілітації власних сил і засобів завжди недостатньо.

Історичні аспекти розвитку системи лікувально-евакуаційних заходів уже досліджувалися авторами статті та висвітлювалися раніше у цьому авторитетному виданні, проте питання залучення цивільних закладів охорони здоров'я для медичного забезпечення військ потребує більш детального вивчення [19].

Мета роботи – дослідження потреби та визначення порядку залучення цивільних закладів охорони здоров'я для медичного забезпечення військ.

Матеріали та методи

Об'єкт дослідження – система медичного забезпечення Збройних Сил України на мирний і воєнний час. Предмет – цивільні заклади охорони здоров'я в системі медичного забезпечення військ. Методи дослідження – історичний, бібліографічний, аналітичний, системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

Історичний досвід свідчить, що у давні часи, коли успіх всієї війни визначався однією або двома

вирішальними битвами, після їх закінчення пораненим надавали медичну допомогу на полі бою, а потім відвозили для одужання до монастирів або існуючих лікувальних закладів (лечебниць) [10]. У подальшому, з розвитком та удосконаленням організаційної структури військ, до їх складу почали включати спочатку окремих медичних фахівців, а згодом – медичні підрозділи та власні військові госпіталі. Проте на завершальних етапах системи лікувально-евакуаційних заходів завжди мало місце залучення та використання для лікування поранених (хворих) військовослужбовців існуючої мережі цивільних закладів охорони здоров'я.

Вітчизняний досвід підтверджує, що принципова схема лікувально-евакуаційних заходів у Радянській Армії передбачала широке використання госпіталів тилу країни для спеціалізованого лікування поранених [10].

Багато країн світу, які мають потужні збройні сили та розвинену військово-медичну службу, зокрема США, Німеччина, Великобританія, Франція, Норвегія, також передбачають використання національних цивільних закладів охорони здоров'я на завершальних етапах медичної евакуації і навпаки – військово-медичні заклади використовуються для надання медичної допомоги цивільному населенню під час ліквідації медичних наслідків катастроф техногенного та природного характеру [5, 9, 11, 20]. На таких же принципах формують і розвивають системи медичного забезпечення військ держави, які раніше входили до соціалістичного табору, а нині розбудовують власні збройні сили за стандартами НАТО, це – Угорщина, Республіка Молдова, Польща, Литва, Латвія та Естонія [1, 2, 4, 11].

Особливої уваги заслуговує досвід організації медичного забезпечення збройних сил Ізраїлю, які з моменту проголошення незалежності держави у 1948 р. постійно перебувають в стані війни. В ізраїльській армії медична допомога під час бойових дій надається військовими медиками I та II ешелону, які розташовуються в одно- та п'яти кілометровій зоні від лінії фронту, а їх основним завданням є стабілізація стану поранених та надання необхідної допомоги перед евакуацією в госпіталь, де їм буде надано необхідну хірургічну допомогу. При цьому слід зазначити, що суто військових госпіталів військово-медична служба не має, проте кожна цивільна лікарня Ізраїлю на час кризи має "план Б", тобто у разі потреби стає військовим госпіталем – вона може швидко розгорнути додаткові ліжка у відділеннях невідкладної допомоги та забезпечити їх запасним медичним обладнанням. З цією метою регулярно проводяться навчання та тренування з відпрацюванням елементів взаємодії з пожежниками, місцевою владою, поліцією та військовими [8].

В Україні, зважаючи на обмежену кількість військових закладів охорони здоров'я та їх ліжкового фонду, а також з урахуванням міжнародного досвіду, постановою Кабінету Міністрів України "Про взаємодію медичних служб Збройних Сил та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини" передбачено створення єдиної загальнодержавної системи медичного забезпечення

цивільного населення і військовослужбовців на випадок екстремальних ситуацій, надзвичайного стану і на воєнний час [12].

Як один із шляхів її реалізації та на виконання вимог Указу Президента України "Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 17 квітня 1998 року "Про стан державного матеріального резерву та мобілізаційної підготовки" [15] у Міністерстві оборони (МО) України була опрацьована та встановленим порядком затверджена постанова Кабінету Міністрів України, якою доручалося Міністерству охорони здоров'я України, Міністерству охорони здоров'я Автономної Республіки Крим та управлінням охорони здоров'я обласних державних адміністрацій утворити на базі підвідомчих лікувальних установ Територіальні госпітальні бази (ТерГБ) Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України.

На виконання її положень у МО України були розроблені та затверджені спільними наказами МО України і МОЗ України Положення про територіальні госпітальні бази Міністерства охорони здоров'я України, Положення про органи управління територіальними госпітальними базами Міністерства охорони здоров'я України, штати та табелі до них органів управління і територіальних госпітальних баз Міністерства охорони здоров'я України, а також Інструкція щодо підготовки та проведення відмобілізування територіальних госпітальних баз.

Головними завданнями ТерГБ у воєнний час є надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги пораненим (хворим) військовослужбовцям, їх лікування та реабілітація поза межами збройного конфлікту, а в мирний час – у випадку введення надзвичайного стану, пов'язаного із виникненням надзвичайної ситуації природного або техногенного характеру. ТерГБ у воєнний час займають крайнє положення в системі лікувально-евакуаційних заходів, куди направляються поранені та хворі, які потребують тривалого лікування або є неперспективними до подальшого повернення на військову службу.

Надання медичної допомоги та лікування поранених (хворих) військовослужбовців у ТерГБ здійснюється відповідно до стандартів медичної допомоги та клінічних протоколів, встановлених МОЗ України. Військово-лікарська експертиза поранених і хворих військовослужбовців проводиться після завершення лікування відповідно до вимог постанови Кабінету Міністрів України «Про порядок організації та проведення військово-лікарської експертизи» [14]. Після завершення лікування в ТерГБ військовослужбовці повертаються до військових частин або звільнюються з військової служби.

Опрацювання та затвердження нормативно-правового акту щодо створення ТерГБ, який задекларував участь системи охорони держави у наданні медичної допомоги і лікуванні поранених (хворих) військовослужбовців в особливий період, стало першим реальним кроком на шляху формування на засадах єдиного медичного простору системи воєнної охорони здоров'я держави. Його прийняття дозволило зменшити

мобілізаційне навантаження на людські та матеріальні ресурси держави.

Мирний історичний розвиток України протягом двох останніх десятиріч, відсутність масштабних техногенних і природних катастроф на її території не викликали необхідності реального розгортання ТерГБ, що не дозволило на практиці реалізувати ідею їх формування та застосування, а також виявити слабкі і сильні сторони та оцінити спроможності.

Досвід медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань в антитерористичній операції (АТО), зважаючи на її тривалість та значну кількість санітарних втрат, підтвердив, що існуючим комплектом сил і засобів військово-медичних служб навіть за умов їх підсилення, доукомплектування та використання мобілізаційних ресурсів, активного маневру силами і засобами неможливо повністю забезпечити потреби військ у медичній допомозі. Проблеми з медичним забезпеченням військово-службовців у найгарячіші періоди АТО стали передумовою активного залучення до надання медичної допомоги та лікування поранених ряду центральних районних лікарень в Луганській і Донецькій областях, Дніпропетровської обласної клінічної лікарні імені І.І. Мечникова та клінічних закладів Національної академії медичних наук (НАМН) України, де надано медичну допомогу понад 6,5 тис. поранених і понад 37 тис. хворих військовослужбовців [3]. Проте необхідності розгортання ТерГБ МОЗ України під час АТО встановлено не було, а відтак відповідного рішення на їх формування не приймалося.

Водночас залучення цивільних закладів охорони здоров'я для лікування поранених (хворих) військовослужбовців виявило ряд проблем, обумовлених наявністю нерегульованостей між загальнодержавною і відомчими (військовими) системами охорони здоров'я, що потребувало нагального їх вирішення на загальнодержавному рівні, а саме:

фінансового характеру (фінансування переважної більшості лікарень здійснюється з місцевих бюджетів, а механізм компенсації їхніх витрат на лікування поранених військовослужбовців не визначений);

забезпечення перев'язувальними засобами, ліками, кров'ю, її препаратами та кровозамінниками (лікування поранених потребує значних витрат перев'язувальних матеріалів, ліків, крові і кровозамінників, які перевищують можливості цивільних закладів охорони здоров'я, а порядок забезпечення ними не визначений);

кадрового забезпечення (центральні районні лікарні не мають достатньої кількості відповідним чином підготовленого медичного персоналу для надання медичної допомоги пораненим військовослужбовцям).

З метою вирішення означених та інших нагальних проблем медичного забезпечення військовослужбовців під час АТО, а також налагодження взаємодії медичних служб ЗС України та інших військових формувань з цивільною системою охорони здоров'я були створені відповідні штаби спочатку при МОЗ України, пізніше – при НАМН України, а згодом при МО України, діяльність яких виявилася малоефективною через

відсутність у державі необхідних нормативно-правових актів щодо зазначених проблемних питань.

Видання Міністерством охорони здоров'я України наказу «Про додаткові заходи щодо забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я в умовах особливого періоду та подолання наслідків надзвичайної ситуації державного рівня соціального та воєнного характеру» деякою мірою сприяло вирішенню означених проблем [13]. Так, зазначеним наказом були визначені завдання щодо підготовки цивільних закладів охорони здоров'я до роботи у режимі підвищеної готовності: створення резерву профільних ліжок (не менше 30 %) для надання невідкладної медичної допомоги постраждалим; створення резервів лікарських засобів, виробів медичного призначення, донорської крові та регіональних резервів медичного обладнання для забезпечення цивільного населення під час особливого періоду; затвердження регламентів забезпечення закладів охорони здоров'я необхідними групами лікарських засобів та виробів медичного призначення в умовах особливого періоду; проведення тренінгів щодо взаємодії підрозділів системи екстреної медичної допомоги, закладів охорони здоров'я згідно з територіальними планами реагування на виникнення надзвичайних ситуацій (аварій, техногенних, екологічних катастроф, терористичних актів) з урахуванням вимог особливого періоду.

Не применшуючи важливості проведення зазначених заходів слід зазначити, що видання цього наказу не дозволило у повній мірі вирішити нерегульованості та проблемні питання лікування поранених (хворих) військовослужбовців у цивільних закладах охорони здоров'я, так як орієнтувало та готувало систему охорони здоров'я держави до медичного забезпечення саме цивільного населення під час особливого періоду.

За таких обставин виникла необхідність пошуку нових шляхів залучення цивільних закладів охорони здоров'я на засадах єдиного медичного простору для надання під час АТО пораненим (хворим) військовослужбовцям медичної допомоги, насамперед спеціалізованої і високоспеціалізованої, та їх лікування.

На виконання положень Воєнної доктрини України [16], Концепції розвитку сектору безпеки і оборони України [18] та Стратегічного оборонного бюлетеня України [17] щодо модернізації військової системи охорони здоров'я з максимальною її інтеграцією із цивільною системою охорони здоров'я та в рамках реалізації завдань Військово-цивільного штабу при МО України щодо поліпшення медичного забезпечення АТО у Військово-медичному департаменті Міністерства оборони України опрацьований новий механізм використання можливостей системи цивільної охорони здоров'я для надання спеціалізованої та високо-спеціалізованої медичної допомоги пораненим (хворим) військовослужбовцям, а саме – не шляхом вилучення для зазначених цілей визначених цивільних закладів охорони здоров'я цілісними комплексами, як це передбачено при створенні ТерГБ, а використовуючи лише невелику частину (до 30%) їх ліжкового фонду. При цьому передбачається використовувати насамперед заклади

охорони здоров'я, що мають потужну лікувально-діагностичну і матеріально-технічну базу, укомплектовані висококваліфікованими медичними фахівцями, забезпечені сучасним високотехнологічним обладнанням та ще у мирний час надають спеціалізовану і високоспеціалізовану медичну допомогу.

Практичною реалізацією пропозицій Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України щодо впровадження нового механізму залучення цивільних закладів охорони здоров'я для надання військовослужбовцям вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги на випадок ескалації збройного конфлікту на Сході України стало видання розпорядження Кабінету Міністрів України «Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в антитерористичній операції» (далі – Розпорядження), в опрацюванні якого та підготовці його до видання автори статті взяли безпосередню участь.

Цим Розпорядженням визначено [6]:

1. Рекомендувати обласним державним адміністраціям спільно з органами місцевого самоврядування за пропозиціями МО України у тримісячний строк визначити заклади охорони здоров'я комунальної власності та кількість ліжок, що залучаються для надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям ЗС України, інших утворених відповідно до законів військових формувань та правоохоронних органів, особам рядового і начальницького складу та поліцейським, які беруть участь в антитерористичній операції.

2. Рекомендувати Національній академії медичних наук України:

за пропозиціями МО України у тримісячний строк визначити підпорядковані заклади охорони здоров'я та кількість ліжок, що залучаються для надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям;

забезпечити надання консультативної та методичної допомоги закладам охорони здоров'я, що залучаються для надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям.

3. МОЗ України, МО України, обласним державним адміністраціям спільно з органами місцевого самоврядування за рахунок відповідних медичних працівників підпорядкованих закладів охорони здоров'я, вищих медичних навчальних закладів і державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України» забезпечити надання консультативної та методичної допомоги закладам охорони здоров'я, що залучаються для надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям.

4. МО України та МОЗ України визначити механізм організації надання вторинної (спеціалізованої)

і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям у закладах охорони здоров'я, що для цього залучаються.

На переконання авторів, важливим чинником для забезпечення ефективного функціонування запропонованої моделі стало б вирішення питання державного фінансування видатків для лікування поранених (хворих) військовослужбовців, актуальність якого посилюється тим, що переважна більшість закладів охорони здоров'я нині перебуває у комунальній власності та має вкрай обмежене фінансування. Проте, на превеликий жаль, пункт щодо державного фінансування видатків для лікування поранених і хворих військовослужбовців в цивільних закладах охорони здоров'я був виключений з проекту Розпорядження в процесі його погодження у визначених центральних органах виконавчої влади.

На виконання цього Розпорядження та з метою встановлення механізму надання військовослужбовцям вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та підготовки визначених цивільних закладів охорони здоров'я до роботи на випадок ескалації збройного конфлікту у Військово-медичному департаменті Міністерства оборони України опрацьовано проект спільного наказу Міністерства оборони України та Міністерства охорони здоров'я України «Про визначення механізму надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь в антитерористичній операції» (далі – Наказ).

Проектом цього Наказу передбачено затвердити Інструкцію щодо організації та порядку надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям ЗС України, інших військових формувань та правоохоронних органів, особам рядового і начальницького складу та поліцейським, які беруть участь в антитерористичній операції, та Перелік закладів охорони здоров'я, що для цього залучаються.

З метою врегулювання діяльності цивільних закладів охорони здоров'я щодо медичного забезпечення військовослужбовців під час АТО та належної організації їхньої роботи пропонується об'єднати їх у межах областей, за виключенням Донецької та Луганської, на території яких проводиться АТО, у Тимчасові функціональні об'єднання закладів охорони здоров'я адміністративно-територіальних одиниць (далі – ТФО).

Що ж таке ТФО, як передбачається їх утворювати та організувати їхню роботу?

Тимчасові функціональні об'єднання – це група закладів охорони здоров'я комунальної власності, що розташовані на території окремої адміністративно-територіальної одиниці (області), які виділяють резерв профільних ліжок у межах до 30 % загальної ліжкової місткості для надання медичної допомоги, лікування і реабілітації військовослужбовців ЗС України, інших військових формувань та правоохоронних органів, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в АТО. Вони не є юридичними особами,

не мають власних фондів, балансу, реєстраційних рахунків і печаток.

Метою утворення ТФО є надання своєчасної спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги пораненим і хворим військовослужбовцям, їх лікування та реабілітація.

ТФО утворюються обласними державними адміністраціями спільно з органами місцевого самоврядування за погодженням з МОЗ України та МО України на базі визначених цивільних закладів охорони здоров'я. При цьому заклади охорони здоров'я, на базі яких утворюються ТФО, та заклади охорони здоров'я НАМН України, що залучаються для надання медичної допомоги і лікування військовослужбовців, не припиняють основної діяльності щодо медичного забезпечення населення України.

Основними завданнями ТФО є прийом, реєстрація та статистичний облік поранених (хворих) військовослужбовців, які поступають на лікування; надання їм спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги і лікування; проведення медичної та фізичної реабілітації поранених (хворих).

ТФО і визначені заклади охорони здоров'я НАМН України, що залучаються для надання медичної допомоги, лікування та реабілітації поранених військовослужбовців, відповідно до покладених на них завдань:

організують і здійснюють діяльність згідно відповідної Інструкції;

розпочинають та здійснюють діяльність за замовленням МО України через МОЗ України;

готують резерв профільних ліжок для прийому поранених (хворих) військовослужбовців;

створюють запаси лікарських засобів, виробів медичного призначення, донорської крові та її препаратів;

забезпечують готовність до одночасного прийому не менше 10–15 осіб поранених (хворих) військовослужбовців;

надають медичну допомогу та здійснюють лікування поранених (хворих) військовослужбовців відповідно до стандартів медичної допомоги та клінічних протоколів, встановлених МОЗ України;

ведуть встановлений статистичний і персональний облік поранених (хворих) військовослужбовців, які перебувають (перебували) на стаціонарному лікуванні, а також їх оперативний облік;

проводять облік дефектів та аналіз своєчасності та якості надання медичної допомоги на догоспітальному та госпітальному етапах.

Заклади охорони здоров'я, що входять до ТФО, співпрацюють з закладами охорони здоров'я НАМН України, а також з вищими медичними навчальними закладами та закладами охорони здоров'я МО України.

Військово-лікарська експертиза організовується та проводиться пораненим (хворим) військовослужбовцям після завершення їх лікування відповідно до вимог постанови Кабінету Міністрів України «Про порядок організації та проведення військово-лікарської експертизи» [14].

Загальне керівництво ТФО здійснюється МОЗ України спільно з МО України.

Для безпосереднього керівництва ТФО створюються групи управління при обласних державних адміністраціях. Їх склад визначається керівниками обласних державних адміністрацій за погодженням із МОЗ України і МО України та затверджується відповідними наказами. До складу груп управління включаються фахівці від департаментів (управлінь) охорони здоров'я облдержадміністрацій за напрямками діяльності, за необхідності можуть включатися фахівці від інших структурних підрозділів облдержадміністрацій. Очолювати групи управління мають заступники керівників структурних підрозділів з питань охорони здоров'я облдержадміністрацій. Особовий склад груп управління підлягає бронюванню на період мобілізації та воєнного часу і не може використовуватися для комплектування військових частин.

Для забезпечення ефективного управління та взаємодії ТФО з військово-медичними службами МО України направляє до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я визначених обласних державних адміністрацій представників від органів управління медичним забезпеченням ЗС України, які включаються до складу груп управління.

З метою координації діяльності органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування при обласних державних адміністраціях за рішенням їх голів можуть також створюватися Координаційні ради з питань медичного забезпечення військовослужбовців. Їх діяльність спрямовується на своєчасне вирішення проблемних питань, що виникають в процесі роботи ТФО, та пов'язаних з лікуванням поранених (хворих) військовослужбовців, і здійснюється відповідно до Положення про Координаційну раду, яке затверджується головами відповідних обласних державних адміністрацій.

Заповнення ліжкового фонду ТФО і закладів охорони здоров'я НАМН України, що залучаються для надання медичної допомоги, лікування та медичної реабілітації поранених військовослужбовців, здійснюється МО України та іншими військовими формуваннями з попереднім повідомленням і погодженням щодо кількості та термінів направлення поранених (хворих) військовослужбовців. Медичну евакуацію поранених (хворих) військовослужбовців до закладів охорони здоров'я ТФО і НАМН України здійснюють санітарним транспортом ЗС України та інших військових формувань.

Надання медичної допомоги та лікування поранених (хворих) військовослужбовців здійснюється медичними працівниками закладів охорони здоров'я, що входять до складу ТФО, і закладів охорони здоров'я НАМН України, які залучаються для надання медичної допомоги, лікування та медичної реабілітації поранених військовослужбовців.

Головна перевага запровадження запропонованої функціонально-організаційної моделі полягає у перспективі створення на засадах єдиного медичного простору потужної територіальної системи медичного забезпечення військ, яка б на регіональному рівні

об'єднала зусилля військово-медичних служб і системи цивільної охорони здоров'я та дозволила організувати належне медичне забезпечення військовослужбовців під час дії особливого періоду, надзвичайного стану та інших кризових ситуацій. При цьому, на відміну від ТерГБ, коли цивільні заклади охорони здоров'я вилучатимуться для потреб медичного забезпечення військ цілісними комплексами, створення ТФО не матиме негативного впливу на стан охорони здоров'я цивільного населення у визначених регіонах.

Затвердження і впровадження запропонованого механізму використання можливостей цивільних закладів охорони здоров'я для потреб ЗС України та інших військових формувань дозволить, на переконання авторів, сформуванню в масштабах всієї держави ефективну, дієздатну та завжди готову до роботи систему воєнної охорони здоров'я незалежно від того, на яких кордонах не виникла б загроза національній безпеці. Запропонована система, за необхідності, також може бути успішно застосована у мирний час під час надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру. Робота щодо визначення та запровадження нового механізму залучення цивільних закладів охорони здоров'я для надання медичної допомоги і лікування поранених (хворих) військово-службовців продовжується у МО України та МОЗ України і має конструктивний характер, що дає надію на її швидке та успішне завершення.

Висновки

Системи медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань в особливий період не в змозі самостійно повністю покрити потреби військ у медичному забезпеченні, зокрема щодо надання

пораненим спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги.

Прийняття наприкінці 90-х років нормативно-правового акту щодо створення ТерГБ МОЗ України було своєчасним, прогресивним і перспективним заходом удосконалення системи медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань, проте запропонований механізм залучення цивільних закладів охорони здоров'я для надання медичної допомоги військовослужбовцям під час АТО не застосовувався.

У зоні проведення АТО на засадах єдиного медичного простору сформувалася територіальна система надання медичної допомоги пораненим, яка функціонально об'єднала медичні підрозділи військових частин і з'єднань, військові та цивільні заклади охорони здоров'я. Особливості діяльності зазначеної системи покладено в основу опрацювання нового механізму залучення цивільних закладів охорони здоров'я для надання пораненим (хворим) військовослужбовцям спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги, який передбачає використання для зазначених цілей лише частини їх ліжкового фонду.

Прийняття розпорядження Кабінету Міністрів України «Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в антитерористичній операції» щодо використання можливостей цивільних закладів охорони здоров'я для надання медичної допомоги та лікування поранених (хворих) військовослужбовців шляхом створення Тимчасових функціональних об'єднань є раціональним, економічно вигідним, доцільним і перспективним для формування системи медичного забезпечення військ в особливий період.

Література

1. *Алейников С. В.* Медицинская служба национальных вооруженных сил Латвии / С. В. Алейников // Военно-медицинский журнал. – 2015. – № 8. – С. 58–62.
2. *Анисимов А. С.* Медицинская служба сил обороны Эстонии / А. С. Анисимов // Военно-медицинский журнал. – 2015. – № 6. – С. 61–64.
3. *Верба А. В.* Медичне забезпечення Збройних Сил України: стан та погляди на перспективи розвитку : монографія / А. В. Верба, В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський. – Київ : СПД Чалчинська Н.В., 2017. – 420 с.
4. *Голота А. С.* Медицинская служба вооруженных сил Литвы / А. С. Голота // Военно-медицинский журнал. – 2016. – № 1. – С. 49–53.
5. *Голота А. С.* Медицинская служба вооруженных сил Норвегии / А. С. Голота // Военно-медицинский журнал. – 2014. – № 9. – С. 68–73.
6. *Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в антитерористичній операції* : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24.05.2017 р. № 352-р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/352-2017-p>. – Назва з екрана.
7. *Доктрина медичного забезпечення Збройних Сил України* : затверджена наказом Генерального штабу Збройних Сил України від 04.09.2014 р. № 221 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : – Назва з екрана.
8. *Ізраїльський лікар розповів про досвід військової медицини Ізраїлю* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://galinfo.com.ua/news/izrailskyu_likar_rozpoviv_pro_dosvid_viyskovoi_medytsyny_izrailyu_189706.html. – Назва з екрана. – 01.04.2015.
9. *Медико-санітарна служба Бундесверу* // Інформаційний огляд. – Київ, 2009. – № 4 (38). – 54 с.
10. *Мультиановский М. П.* История медицины / М. П. Мультиановский. – Москва : МедГиз, 1961. – 348 с.

11. *Організація медичного забезпечення збройних сил європейських держав* : навч. посіб. з курсу інозем. мед. термінології / М. І. Бадюк, О. В. Рудинський [та ін.]. – Київ : СПД Чалчинська Н.В., 2014. – 104 с.
12. *Про взаємодію медичних служб Збройних Сил та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини* : постанова Кабінету Міністрів України від 16.10.1995 р. № 819.
13. *Про додаткові заходи щодо забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я в умовах особливого періоду та подолання наслідків надзвичайної ситуації державного рівня соціального та воєнного характеру* : наказ МОЗ України від 18.02.2015 р. № 75 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20150218_0075.html. – Назва з екрана.
14. *Про порядок організації та проведення військово-лікарської експертизи* : постанова Кабінету Міністрів України від 07.09.1993 р. № 708.
15. *Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 17 квітня 1998 року «Про стан державного матеріального резерву та мобілізаційної підготовки»* : Указ Президента України від 14.05.1998 р. № 475.
16. *Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 2 вересня 2015 року «Про нову редакцію Воєнної доктрини України»* : Указ Президента України від 24.09.2015 р. № 555/2015 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/555/2015>. – Назва з екрана.
17. *Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 травня 2016 року «Про стратегічний оборонний бюлетень України»* : Указ Президента України від 06.06.2016 р. № 240/2016 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/documents/2402016-20137>. – Назва з екрана.
18. *Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 4 березня 2016 року «Про Концепцію розвитку сектору безпеки і оборони України»* : Указ Президента України від 15 березня 2016 року № 92/2016 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rnbo.gov.ua/documents/418.html>. – Назва з екрана.
19. *Розвиток системи лікувально-евакуаційних заходів як основи медичного забезпечення військ в особливий період* / В. Я. Білий, В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 3 (39). – С. 5–11.
20. *Чаплик В. В. Медицина надзвичайних ситуацій* : підруч. для студ. вищ. мед. навч. заклад / В. В. Чаплик, П. В. Олійник, С. Т. Омельчук. – Вінниця : Нова Книга, 2012. – 352 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.08.2017 р.

Роль и место гражданских учреждений здравоохранения в системе медицинского обеспечения войск

*В.А. Жаховский¹, В.Г. Ливинский¹, Н.В. Кудренко²,
Г.А. Слабкий³, И.П. Мельник⁴, В.П. Ясинский⁵*
¹Украинская военно-медицинская академия,
г. Киев, Украина

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

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

⁴Военно-медицинский клинический центр
Центрального региона, г. Винница, Украина

⁵Львовский государственный университет
внутренних дел МВД Украины, г. Львов, Украина

Цель – исследование необходимости и определение порядка привлечения гражданских учреждений здравоохранения для медицинского обеспечения войск.

Материалы и методы. Объект исследования – система медицинского обеспечения в мирное и военное

время. Предмет – гражданские учреждения здравоохранения в системе медицинского обеспечения войск. Методы исследования – исторический, библиографический, аналитический, системного подхода.

Результаты. Решение задачи построения современной системы медицинского обеспечения войск сопровождается поиском новых организационных форм эффективного и рационального использования имеющихся военных и гражданских медицинских ресурсов и их научным обоснованием.

Выводы. Создание временных функциональных объединений для оказания специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи раненым и больным военнослужащим есть наиболее рациональным, экономически выгодным, целесообразным и перспективным вариантом использования гражданских учреждений здравоохранения во время формирования системы медицинского обеспечения войск на особый период.

Ключевые слова: медицинская служба, медицинское обеспечение, система лечебно-эвакуационных мероприятий, военные и гражданские учреждения здравоохранения.

The role and place of civilian health institutions in the system of medical support of troops

V.O. Zhakhovsky¹, V.G. Livinsky¹, M.V. Kudrenko²,
G.O. Slabkiy³, I.P. Melnyk⁴, V.P. Yasinskiy⁵

¹Ukrainian military medical academy, Kyiv, Ukraine

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

³SU «Uzhhorod National University», Uzhhorod, Ukraine

⁴Military Clinical Medical Center Central region,
Vinnitsa, Ukraine

⁵Lviv State University of Internal Affairs
of the MIA of Ukraine, Lviv, Ukraine

Purpose – investigation of the need and definition of the procedure for involving civilian health institutions for the medical support of troops.

Materials and methods. The object of the study is the medical support system in peacetime and wartime. Subject –

civilian health institutions in the system of medical support of troops. Methods of research – historical, bibliographic, analytical, systems approach.

Results. The solution of the task of building a modern system of medical support for troops is accompanied by the search for new organizational forms for the effective and rational use of available military and civilian medical resources and their scientific justification.

Conclusions. The creation of temporary functional associations for the provision of specialized and highly specialized medical care to wounded and sick soldiers is the most rational, economically viable, expedient and promising option for using civilian healthcare facilities during the formation of the medical support system for the troops for a special period.

Key words: Medical service, medical care, system of medical evacuation measures, military and civilian health care facilities.

Відомості про авторів

Жаховський Віктор Олександрович – к.н.держ.упр., доц., провідний науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії; вул. Мельникова, 24, м. Київ, 04655, Україна.

Лівінський Володимир Григорович – науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії; вул. Мельникова, 24, м. Київ, 04655, Україна.

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

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

Мельник Ігор Петрович – к.мед.н., заступник начальника Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону з медичної частини, полковник медичної служби; вул. Свердлова, 185, м. Вінниця, 21000, Україна.

Ясінський В'ячеслав Петрович – старший викладач факультету психології Львівського державного університету внутрішніх справ МВС України; вул. Городоцька, 26, м. Львів, 79007, Україна.

УДК 312.6:616-053.2:353.1(477)

Ю.Ю. Габорець, О.О. Дудіна

Динаміка захворюваності дитячого населення України в регіональному аспекті та поширеності між ними хвороб

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

Мета – вивчити та проаналізувати динаміку захворюваності дитячого населення та поширеності між ними хвороб за період 2012–2016 рр.

Матеріали та методи. Інформаційною базою дослідження стали дані галузевої статистичної звітності за 2012–2016 рр. Під час виконання роботи використано статистичний метод.

Результати. З 2012 р. намітилася тенденція до зниження показників захворюваності та поширеності хвороб серед дитячого населення з наступною тенденцією до їх збільшення у 2015–2016 рр. Динаміка зміни показників захворюваності дитячого населення та поширеності серед них хвороб за роки дослідження має достовірні відмінності як за класами хвороб, так і за регіонами України.

Висновки. Отримані результати дослідження мають стати основою для прийняття управлінських рішень з метою оптимізації медичної, у тому числі профілактичної допомоги дитячому населенню.

Ключові слова: дитяче населення, захворюваність, поширеність хвороб, показники, динаміка.

Вступ

Стан здоров'я дитячого населення, який насамперед характеризується показниками захворюваності дітей та поширеності серед них хвороб є важливим показником громадського здоров'я [1–3]. Аналіз даних показників дає змогу виявити проблемні ситуації та визначити пріоритетні організаційні, медичні та профілактичні заходи [4, 5].

Мета роботи – вивчити та проаналізувати динаміку захворюваності дитячого населення та поширеності між ними хвороб за період 2012–2016 рр.

Матеріали та методи

Під час виконання роботи використано статистичний метод. Інформаційною базою дослідження стали дані галузевої статистичної звітності за 2012–2016 рр.

Результати дослідження та їх обговорення

На тлі зменшення чисельності дитячого населення (7 971 638 дітей 0–17 років у 2012 р. і 7 614 006 у 2016 р.) рівні захворюваності і поширеності хвороб залишаються високими – поширеність хвороб становила 1922,8 у 2012 р. і 1777,16 у 2016 р. на 1000 дітей відповідного віку, а захворюваність – 1385,0 та 1316,07 відповідно (рис. 1).

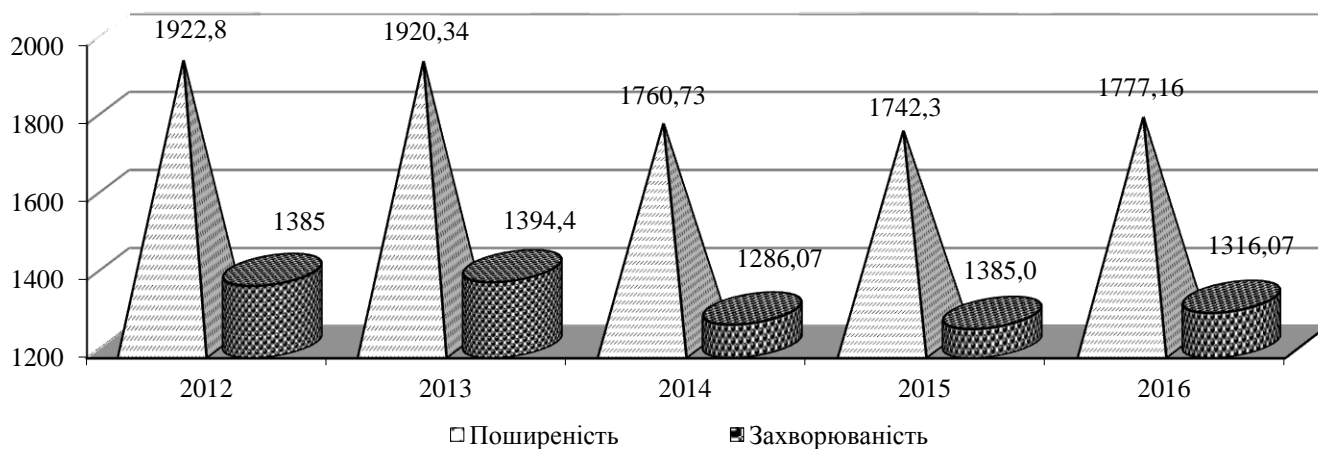


Рис. 1. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед дітей 0–17 років в Україні у 2012–2016 рр. (на 1000 відповідного населення)

Якщо до 2010 рр. і захворюваність, і поширеність хвороб зростали, то, починаючи з 2012 р., намітилася тенденція до їх зниження з наступною тенденцією до збільшення захворюваності у 2015–2016 рр. та поширеності хвороб у 2016 р., що може бути зумовлено воєнними діями на Сході України. Проведений нами аналіз динаміки захворюваності і поширеності хвороб за основними класами засвідчив, що зменшення як захворюваності, так і поширеності хвороб у дітей 0–17 років відбулося за всіма класами, за винятком

новоутворень. Більш інтенсивні темпи зниження поширеності хвороб спостерігалися за класами «Розлади психіки та поведінки», «Деякі інфекційні та паразитарні хвороби», «Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин» (на 22,14%, 19,37% і 18,6% відповідно), а зниження захворюваності – за класами «Розлади психіки та поведінки», «Хвороби системи кровообігу», «Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин» (на 25,34%, 24,52%, 22,31% та 19,47% відповідно), табл. 1.

Таблиця 1
Динаміка захворюваності та поширеності хвороб у дітей 0–17 років в Україні у 2012–2016 рр. (на 1000 відповідного населення)

Клас хвороб		Рік					Зміни у 2016 р. порівняно з 2012 р. (%)
		2012	2013	2014	2015	2016	
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	п	65,26	65,48	55,18	53,36	53,11	81,38
	з	56,14	56,52	47,47	45,58	45,21	80,53
Новоутворення	п	9,08	9,21	8,84	9,02	9,04	99,56
	з	3,62	3,66	3,43	3,44	3,41	94,20
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	п	41,13	39,56	36,83	36,31	35,81	87,07
	з	15,01	14,36	13,46	13,34	12,34	82,21
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	п	87,24	83,42	76,55	73,11	70,34	80,63
	з	19,45	18,07	16,37	15,70	15,11	77,69
Розлади психіки та поведінки	п	33,42	31,38	26,92	26,48	26,01	77,83
	з	5,34	5,26	4,28	4,28	4,04	75,66
Хвороби нервової системи	п	61,64	59,94	54,58	53,53	52,35	84,93
	з	21,28	20,29	19,03	18,45	17,8	83,65
Хвороби ока та його придаткового апарату	п	105,3	104,35	95,47	94,58	93,2	88,51
	з	47,57	47,51	43,46	43,18	41,79	87,85
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	п	46,86	47,13	43,56	43,10	42,02	89,67
	з	42,62	42,89	39,65	39,18	38,09	89,37
Хвороби системи кровообігу	п	38,49	38,78	34,67	34,44	33,75	87,69
	з	10,41	9,90	8,74	8,44	7,85	75,41
Хвороби органів дихання	п	969,85	984,71	918,83	915,65	963,19	99,31
	з	905,25	920,93	858,94	855,49	903,45	99,80
Хвороби органів травлення	п	138,70	133,63	120,13	117,07	114,23	82,36
	з	50,22	49,47	46,99	45,89	45,46	90,52
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	п	86,51	86,22	79,00	77,19	76,63	88,58
	з	74,31	74,00	67,46	65,47	64,76	87,15
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	п	84,60	84,57	73,31	71,57	70,64	83,50
	з	30,17	30,74	26,57	26,04	26,03	86,28
Хвороби сечостатевої системи	п	54,15	53,13	47,79	47,28	46,65	86,15
	з	28,75	28,27	25,38	25,46	25,05	87,13
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	п	29,24	30,10	27,64	28,37	28,69	98,12
	з	6,16	6,24	5,70	5,75	5,63	91,40
Симптоми, ознаки, відхилення від норми, що виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	п	2,66	2,58	2,50	2,50	2,48	93,23
	з	2,02	1,98	1,98	1,97	1,99	98,51
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	п	59,11	57,05	50,73	50,96	51,58	87,26
	з	57,27	55,29	49,06	49,36	50,6	88,35

У структурі захворюваності дітей 0–17 років у 2016 р. традиційно, як і в попередні роки, переважали хвороби органів дихання (68,65%), шкіри та підшкірної клітковини (4,92%), травми, отруєння та деякі інші

наслідки дії зовнішніх чинників (3,8%), хвороби органів травлення (3,45%), деякі інфекційні та паразитарні хвороби (3,44%), хвороби ока та його придаткового апарату (3,18%), (рис. 2).

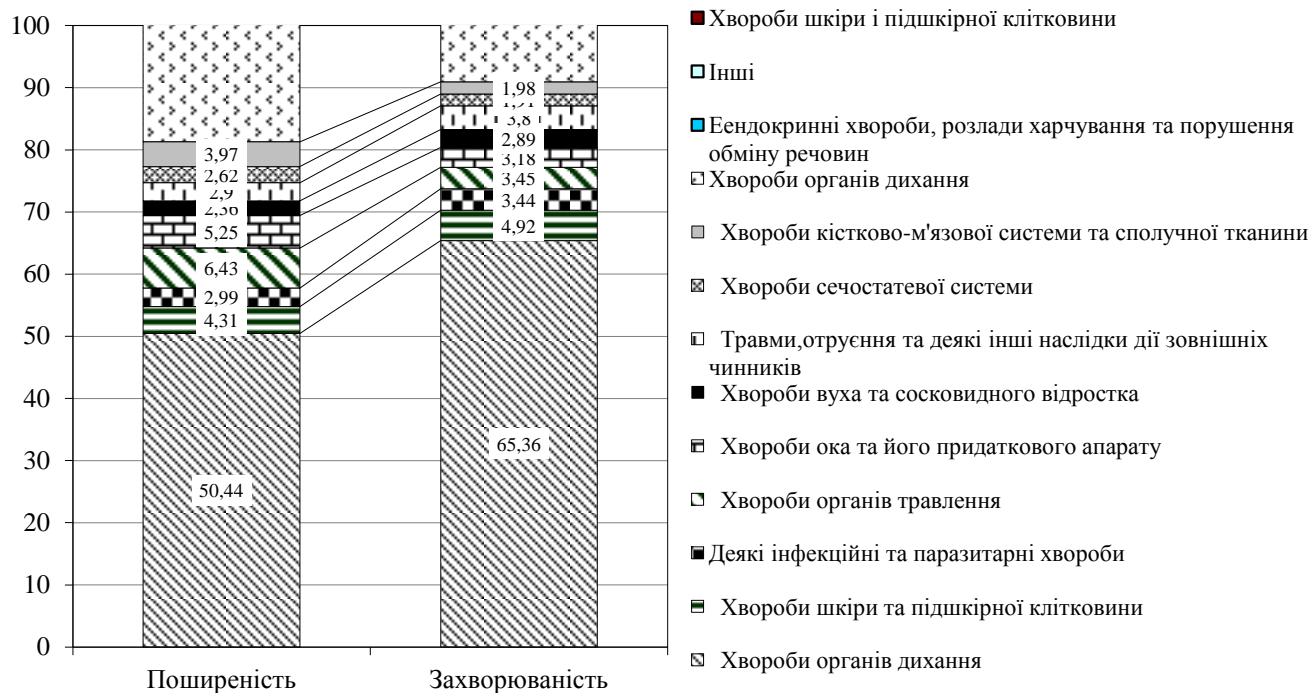


Рис. 2. Структура захворюваності та поширеності хвороб у дітей 0–17 років в Україні у 2016 р. (%)

У структурі поширеності хвороб провідні місця займали хвороби органів дихання (54,2%), органів травлення (6,43%), ока та його придаткового апарату (5,25%).

Враховуючи безумовний вплив на показники, що вивчаються, факторів оточуючого середовища та регіональних особливостей мешкання дитини, інтерес становить розподіл захворюваності та поширеності хвороб за регіонами України. Як і в попередні роки, у

2016 р. відмічається поляризація захворюваності дітей від 938,1 на 1000 дітей відповідного віку у Закарпатській до 1645,28 у м. Києві, 1661,9, у Київській, 1606,14 у Івано-Франківській областях. Регіональні відмінності у показниках поширеності хвороб становили 1,8 разу і коливалися від 1318,5 у Закарпатській до 2397,79 у Київській, 2117,81 у Чернігівській, 2115,28 у Івано-Франківській областях, 2229,95 у м. Києві (рис. 3).



Рис. 3. Рівні захворюваності та поширеності хвороб серед дитячого населення в регіональному аспекті України у 2016 р. (на 1000 дітей 0–17 років)

Враховуючи два вищенаведені показники, до проблемних за станом здоров'я дитячого населення адміністративних територій можна віднести м. Київ, Київську та Івано-Франківську області, в яких у 2016 р. рівні захворюваності і поширеності хвороб були найвищими в Україні.

Виявлено, що індекс накопичення хронічної патології в цілому в Україні у 2016 р. становив 1,35 при поляризації цього показника на окремих територіях від 1,5 у Донецькій, Вінницькій, 1,4 у Волинській, Закарпатській, Полтавській, Рівненській, Чернігівській до 1,2 у Запорізькій, Луганській, Одеській областях.

Така ситуація щодо захворюваності та поширеності хвороб та її відмінності в розрізі регіонів свідчать про те, що зростання захворюваності пов'язане із соціальними, екологічними та економічними чинниками, які є стрижневими у політичному і громадському розвитку країни, і про необхідність пильної уваги до

вирішення проблем, як на рівні держави, так і на рівні сфери охорони здоров'я.

Упродовж усіх п'яти років рівень захворюваності та поширеності хвороб в окремих вікових групах мав свої особливості. Так, загалом в Україні у 2013–2015 рр. рівень захворюваності зменшувався з віком, у 2012 р. рівень захворюваності дітей віком до шести років перевищував захворюваність дітей першого року життя з подальшим зниженням зі збільшенням віку, а у 2016 р. зменшувався до вікової групи 7–14 років зі зростанням його серед підлітків. При цьому впродовж усіх років спостереження поширеність хвороб зростала з віком (табл. 2).

Дані щодо зростання з віком поширеності хвороб за рахунок накопичення хронічних захворювань підтверджуються повіковою динамікою індексу накопичення хвороб у 2016 р. – 1,15 серед дітей 0–6 років включно, 1,46 серед дітей 7–14 років включно та 1,7 серед дітей підліткового віку (табл. 3).

Таблиця 2

Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед дітей різних вікових груп в Україні у 2012–2016 рр. (на 1000 відповідного населення)

Вік дітей		Рік				
		2012	2013	2014	2015	2016
До 1 року	з	1479,5	1450,71	1454,45	1429,18	1487,06
0–6 років	п	1803,3	1780,24	1624,47	1589,9	1681,97
	з	1565,7	1545,44	1410,88	1377,24	1465,43
7–14 років	п	1963,1	1969,05	1801,42	1776,78	1742,21
	з	1284,1	1305,81	1206,39	1198,33	1189,65
15–17 років	п	2109,6	2159,60	2022,28	2083,2	2154,53
	з	1188,2	1220,13	1151,06	1188,6	1249,76

Таблиця 3

Порівняльна характеристика поширеності захворювань за віковими категоріями дітей та основними класами хвороб у 2016 р. (на 1000 дітей)

Клас хвороб	Вік, років		
	0–6	7–14	15–17
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	61,44	48,09	43,48
Новоутворення	8,14	7,7	15,54
Хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	53,55	22,85	22,0
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	22,86	90,21	150,34
Хвороби нервової системи	14,39	34,5	35,09
Розлади психіки і поведінки	30,92	51,21	117,78
Хвороби ока та його придаткового апарату	49,7	110,33	169,68
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	44,93	38,86	42,73
Хвороби системи кровообігу	12,14	40,11	77,98
Хвороби органів дихання	1103,16	871,84	822,37
Хвороби органів травлення	60,82	140,82	191,93
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	78,44	67,52	97,79
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	23,74	85,72	162,89
Хвороби сечостатевої системи	31,42	41,96	104,36
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	32,7	25,71	25,72
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	34,54	62,52	69,32

У зв'язку з неоднозначною ситуацією щодо динаміки захворюваності та поширеності хвороб залежно від віку дітей нами здійснено порівняльну характеристику поширеності захворювань за віковими категоріями дітей та основними класами хвороб за 2016 рік. Як видно з таблиці 3, з віком зменшується лише поширеність хвороб органів дихання (1103,16 у дітей віком 0–6 років, 871,84 у дітей 7–14 років та 822,37 у дітей 15–17 років на 1000 відповідного населення), деяких інфекційних та паразитарних хвороб (61,44; 48,09 і 43,48 відповідно), хвороб крові і кровотворних органів (53,55, 23,85 і 22,0 відповідно), хвороб вуха та соскоподібного відростка (44,93; 38,86; 42,73 відповідно), природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (32,7; 25,71; 25,72), при збільшенні поширеності інших класів хвороб. При цьому у дітей віком 7–14 років у 1,2–3,3 разу, а у дітей віком 15–17 років – у 3,0–3,8 разу частіше, ніж у дітей віком 0–6 років, реєструються хвороби сечостатевої, нервової систем, розлади психіки та поведінки, хвороби органів травлення, ока та його придаткового апарату. Найбільш інтенсивними темпами у дітей віком 7–14 та 15–17 років зростають хвороби ендокринної системи (у 3,9 та 6,5 разу) та хвороби кістково-м'язової системи (у 3,6 та 6,9 разу).

Менш суттєві відмінності виявлені при аналізі повікової структури поширеності хвороб. У структурі поширеності хвороб серед дітей віком 0–6 років провідні рангові місця займають хвороби органів дихання (перше рангове місце), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (друге рангове місце), деякі інфекційні та паразитарні хвороби (третє рангове місце), хвороби ока та його придаткового апарату (четверте рангове місце), хвороби органів травлення (п'яте рангове місце), хвороби крові і кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (3,37%, шосте рангове місце). Останні місця у структурі поширеності хвороб серед дітей віком 0–6 років посідають новоутворення, симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не

класифіковані в інших рубриках, розлади психіки та поведінки (0,92%).

Водночас у структурі поширеності хвороб дітей 7–14 років перше рангове місце посідають хвороби органів дихання, друге – хвороби органів травлення, третє – хвороби ока та його придаткового апарату, четверте – ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин і п'яте – хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини. У структурі поширеності хвороб дітей підліткового віку на першому місці зберігаються хвороби органів дихання, на другому – хвороби органів травлення, на третьому – хвороби ока та його придаткового апарату, на четвертому – хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (7,8%), на п'ятому – ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин. Такі відмінності повікової структури поширеності хвороб можуть бути зумовлені як анатомо-фізіологічними особливостями різних вікових груп дітей, так і співвідносно дією на стан їхнього здоров'я різних факторів (біологічних, екологічних, умов перебування у дошкільних закладах і школах тощо).

Найбільш критичним віковим періодом, який характеризується особливостями морфологічних, функціональних і біологічних змін, що виникають під час адаптації дитини до умов позаутробного життя, є період новонародженості. Наразі вже при народженні майже у кожної шостої дитини відмічаються відхилення у стані здоров'я. Впровадження у діяльність служби охорони здоров'я матері і дитини сучасних перинатальних технологій, що ґрунтуються на доказах, зокрема РПД, родопомочі, орієнтованої на участь сім'ї, демедикалізації пологів, ведення партограми, первинної реанімації та теплового захисту новонароджених, виключно грудного вигодовування тощо, зумовило позитивну динаміку здоров'я новонароджених.

Після народження частота хворих дітей збільшується. У 2016 р. захворюваність дітей на першому році життя становила 1487,06 на 1000 дітей відповідного віку (рис. 4).

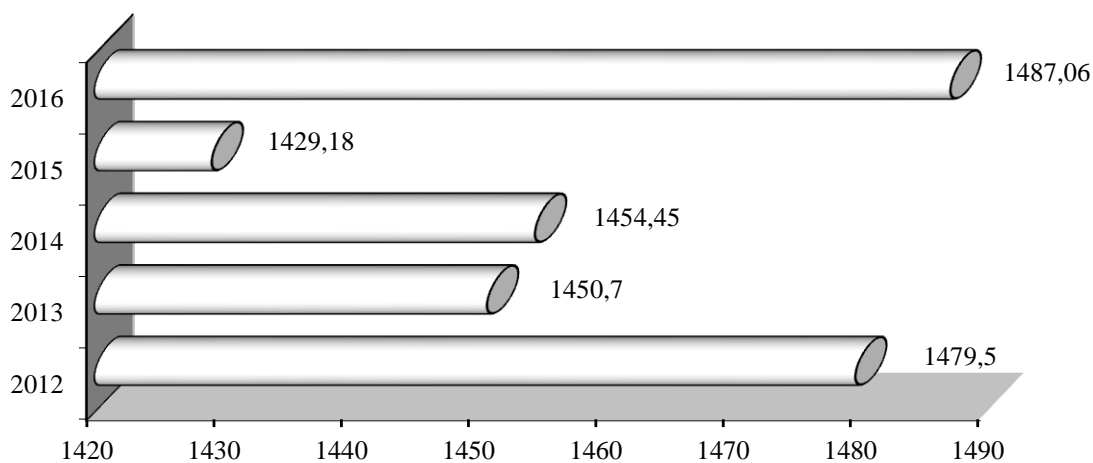


Рис. 4. Динаміка захворюваності дітей першого року життя в Україні у 2012–2016 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)

Переорієнтація перинатальної допомоги та медичного догляду дітей раннього віку на медико-організаційні технології з доведеною ефективністю, збільшення кількості ЛДД, розширення можливостей надання медичної допомоги дітям – мешканцям сільської місцевості, наближення до них спеціалізованої медичної допомоги шляхом організації виїзних бригад сприяли зниженню захворюваності дітей першого року життя з 1479,5 на 1000 дітей відповідного віку у 2012 р. до 1429,18 у 2015 р. з наступною тенденцією до її підвищення до 1487,07 у 2016 році.

Позитивні зрушення у захворюваності цього контингенту дітей у 2013–2015 рр. відбулися за рахунок незначного зниження її за основними класами хвороб, за винятком природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (збільшення на 3,6%). У 2016 р. порівняно з 2012 р. тенденція до збільшення загальної захворюваності дітей першого року життя зумовлена незначним, на 5,57%, зростанням хвороб органів дихання та природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій – на 3,54% (табл. 4).

Усе ще високий рівень захворюваності дітей першого року життя зумовлений значним рівнем хвороб

органів дихання (855,72) та окремих станів, що виникають у перинатальному періоді (136,17), які займають провідні місця у структурі захворюваності дітей першого року життя. Упродовж останніх років захворюваність дітей першого року життя знизилася у 13 регіонах, зросла – у 11 регіонах. На достатньо низькому, менше 1200,0 на 1000 дітей першого року життя, при позитивній динаміці у 2016 р., утримується захворюваність немовлят у Тернопільській, Хмельницькій, Черкаській, Чернівецькій і Чернігівській областях. Водночас на високому, понад 1800,0, утримується захворюваність дітей першого року життя у Запорізькій, Івано-Франківській та Рівненській областях.

У структурі захворюваності дітей першого року життя у 2016 р., як і в попередні роки, перше місце посіли хвороби органів дихання (57,54%), друге – окремі стани, що виникають у перинатальному періоді (9,16%), третє – хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (4,74%), наступні місця – хвороби шкіри та підшкірної клітковини, хвороби нервової системи, хвороби органів травлення, хвороби ока та його придаткового апарату (рис. 5).

Таблиця 4

Динаміка захворюваності дітей першого року життя за основними класами хвороб в Україні у 2012–2016 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)

Клас хвороб	Рік					Зміни у 2016 р. порівняно з 2012 р. (%)
	2012	2013	2014	2015	2016	
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	35,4	34,69	32,80	33,6	31,5	88,98
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	75,4	70,45	71,24	69,3	70,07	92,93
Хвороби нервової системи	66,3	62,79	62,40	62,2	60,66	91,49
Хвороби ока та його придаткового апарату	54,0	52,05	51,76	51,8	50,85	94,17
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	27,3	26,46	27,01	26,2	25,38	92,97
Хвороби органів дихання	810,6	810,37	812,22	793,1	855,72	105,57
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	44,3	44,98	45,97	45,9	45,87	103,54
Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	144,2	137,17	136,02	133,1	136,17	94,43

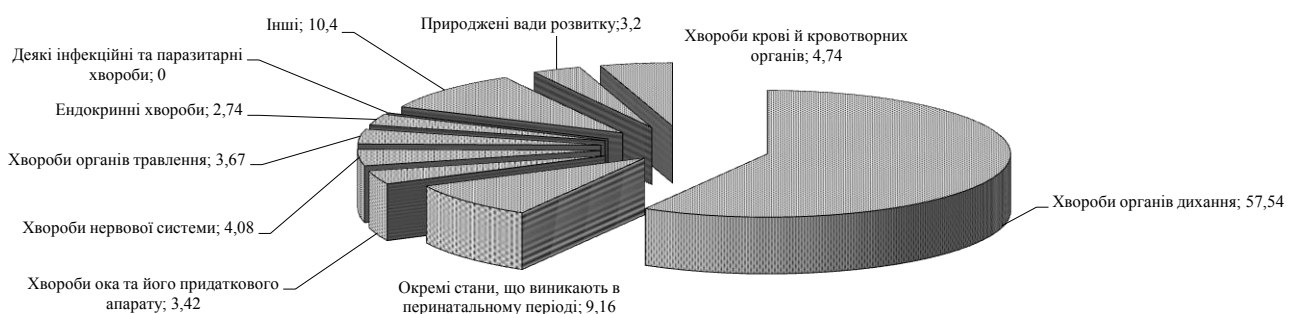


Рис. 5. Структура захворюваності дітей першого року життя за провідними класами хвороб у 2016 р. (%)

Зі збільшенням віку змінюється співвідносна дія факторів, що впливають на стан здоров'я дітей: зменшується ефективність впливу медико-організаційних технологій, зростає роль впливу факторів навколишнього середовища, у тому числі умов перебування в дошкільних закладах. Значну роль відіграють економічний спад і конфлікти, оскільки несприятливо впливають на доступність і своєчасність медичної допомоги. У дошкільному віці закладаються основи фізичного та психічного здоров'я людини, тому стан здоров'я дітей перших шести років життя потребує особливої уваги медичних працівників.

Наразі в Україні функціонує комплексна система профілактики, спрямована на зменшення ризику формування негативних змін стану здоров'я дітей, впроваджується система корекції і підтримки їхнього здоров'я через систему ПМСД, здійснюється впровадження медико-організаційних технологій з доведеною ефективністю.

У 2012–2016 рр. поширеність хвороб у дітей 0–6 років мала позитивну динаміку – 1803,3 на 1000 відповідного населення у 2012 р. і 1681,97 у 2016 році. Аналогічна тенденція характерна і для захворюваності дітей 0–6 років – 1565,7 і 1465,43 відповідно (рис. 6).

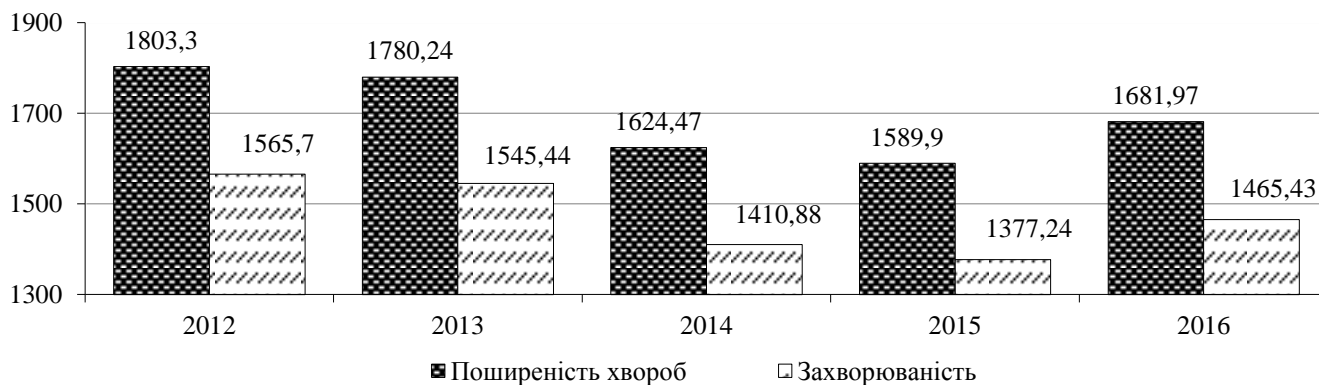


Рис. 6. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб у дітей 0–6 років в Україні у 2012–2016 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)

При загалом позитивній тенденції захворюваності та поширеності хвороб за всіма класами серед дітей віком 0–6 років за період 2012–2016 рр. відбулося більш інтенсивне зниження поширеності ендокринних хвороб, розладів харчування та порушення обміну речовин (28,83 на 1000 відповідного населення у 2012 р. і 22,86 у 2016 р.), деяких інфекційних і паразитарних хвороб (77,35 і 61,44 відповідно), хвороб крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму (64,0 і 53,55 відповідно). Позитивна динаміка захворюваності дітей цієї групи відбулася переважно за рахунок зниження захворюваності деякими інфекційними та паразитарними хворобами (68,77 і 53,33 відповідно), ендокринними хворобами, розладами харчування та порушеннями обміну речовин (12,52 і 9,77 відповідно), розладами психіки та поведінки (4,87 і 3,86 відповідно).

Позитивна тенденція захворюваності та хронічної патології у дітей раннього дошкільного і шкільного віку може бути зумовлена впливом на стан їхнього здоров'я сучасних перинатальних технологій та поліпшенням якості медичної допомоги.

Протягом значного часу у житті дитини провідною соціально детермінованою ознакою життєдіяльності є школа. Численні дослідження доводять, що практично незамінним та єдиним (після сім'ї) фактором, який може впливати на стан здоров'я дітей, у тому числі підліткового віку, є навчальний заклад. Реформування шкільного навчання без урахування стану здоров'я школярів суттєво вплинуло на їх захворюваність.

Інформаційні перевантаження, стресогенні ситуації, модернізація навчального процесу вимагають від дитячого організму великого напруження, що, разом з іншими негативними факторами (обмеження фізичної активності, предметна система виховання, недостатнє природне освітлення тощо), веде спочатку до функціональних порушень, а згодом і до формування органічної патології.

Водночас навчальна діяльність не адаптується до особливостей розвитку і стану здоров'я сучасних школярів, педагоги мають недостатню підготовку з питань збереження і зміцнення здоров'я дитини, все ще зберігається пасивна позиція сім'ї і самих дітей щодо власного здоров'я.

За даними поглибленого дослідження стану здоров'я сучасних школярів та чинників, що на нього впливають, проведеного фахівцями ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків НАМН України» (педіатр, отоларинголог, ендокринолог, психоневролог, окуліст, психолог), виявлено значне погіршення здоров'я дітей за період їхнього навчання в школі. За час навчання у молодшій школі більш поширеними ставали хвороби органів дихання, на друге місце виходили ендокринопатії, на третє – розлади психіки та поведінки, четверту позицію займали хвороби ока та його придаткового апарату. Подальші зміни відбувалися при переході до основної школи – набувала актуальності патологія ендокринної системи, яка на цьому етапі посідала перше рангове місце, розлади психіки та поведінки переходили

на другу позицію, хвороби дихання – на третю, кістково-м'язової системи – на четверту.

Аналіз динаміки спостереження за учнями у процесі навчання показав зменшення кількості школярів з I групою здоров'я (здорові) від 10,1% на початку першого класу до 3,8% наприкінці молодшої школи та до 1,5% протягом п'ятого класу ($p < 0,05$). Крім того, у молодшій школі знижувалася чисельність II групи здоров'я (функціональні відхилення) з 59,7% до 46,2%, за рахунок чого збільшувалася кількість учнів із III групою здоров'я (хронічні захворювання) з 30,2% до 49,4%. Негативні тенденції продовжувалися при переході в основну школу: питома вага школярів, що мали III групу здоров'я, в п'ятому класі становила 58,0%, що значно перевищувало чисельність II групи (49,3%, $p < 0,05$).

Загалом, за даними досліджень, лише 30% дітей шкільного віку можуть виконати фізичні нормативи без

ризиком для здоров'я. Лише у 18–24% дітей процеси відновлення функціонального стану організму після виконання нормативів відбуваються сприятливо.

Таким чином, за даними проведених досліджень, діти шкільного віку мають незадовільну функціональну пристосованість до фізичних навантажень при недостатній тренуваності та низькому рівні функціонального резерву серця. Саме тому у віковій групі дітей шкільного віку реєструється найвища поширеність хвороб та починає накопичуватись хронічна патологія.

Як видно на рис. 7, захворюваність дітей віком 7–14 років за проаналізований період мала позитивну тенденцію, загалом знизилася на 7,36% і у 2016 р. становила 1189,65 на 1000 дітей відповідного віку, що нижче захворюваності дітей віком 0–6 років (1465,43).

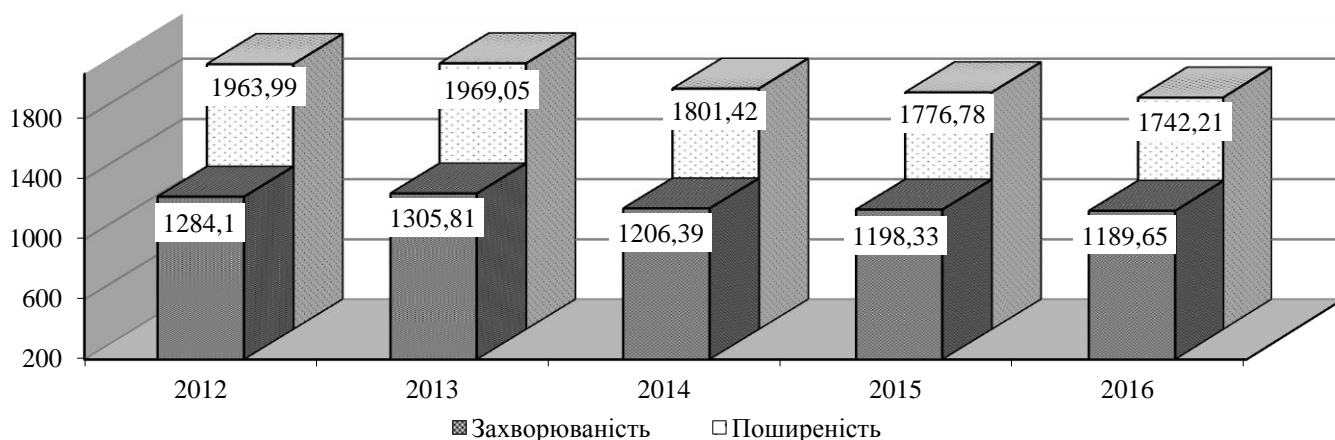


Рис. 7. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб у дітей 7–14 років в Україні у 2012–2016 рр. (на 1000 дітей відповідного віку)

Зниження захворюваності дітей віком 7–14 років відбулося за рахунок зниження її від усіх хвороб. Більш інтенсивними темпами відбулося зниження захворюваності на хвороби системи кровообігу (12,33 на 1000 дітей відповідного віку у 2012 р. і 8,81 у 2016 р.), розлади психіки та поведінки (5,74 і 4,21 відповідно), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (22,99 і 17,04 відповідно).

Поширеність хвороб дітей цієї вікової категорії за роки дослідження зменшилася на 11,25% і становила у 2016 р. 1742,21 на 1000 відповідного населення, що вище аналогічного показника у віковій групі дітей 0–6 років (1681,97).

Більш інтенсивними темпами у дітей віком 7–14 років зменшувалася поширеність розладів психіки та поведінки (46,0 і 34,5 відповідно), ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин (120,14 і 90,21 відповідно), хвороб нервової системи (61,58 і 51,21 відповідно). За цей період зросла лише поширеність новоутворень (7,42 і 7,7 відповідно).

У структурі поширеності хвороб перші п'ять місць займали хвороби органів дихання (I місце), органів травлення (II місце), ока та його придаткового апарату

(III місце), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (IV місце), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (V місце). За рахунок цих класів хвороб було сформовано 74,6% поширеності хвороб у 2016 році.

У структурі захворюваності провідні місця у 2016 р. займали хвороби органів дихання, травми та отруєння, хвороби шкіри та підшкірної клітковини, хвороби органів травлення, хвороби ока та його придаткового апарату.

Значну і найбільш перспективну частину нашого суспільства становлять діти підліткового віку. Стан здоров'я підростаючого покоління є одним із важливих показників благополуччя суспільства і держави, що відображають не тільки справжню ситуацію, але й прогноз на майбутнє. А в період несприятливої демографічної ситуації, що склалася в Україні, тривалого воєнізованого конфлікту на сході, здоров'я дітей підліткового віку набуває особливої цінності. Підлітковий період вважається одним з найкритичніших у житті людини. Анатомо-фізіологічні та психологічні особливості підліткового віку обумовлюють особливий стан організму, певну соціальну незахищеність,

залежність від впливу соціального середовища, як на біологічному, так і на соціально-психологічному рівні. За даними ВООЗ, погіршення умов життя та зниження стабільності у суспільстві обумовлюють зростання стресових станів у підлітковій популяції більше, ніж в інших, що призводить до зростання захворюваності у цій віковій групі. Реалізація генетичної схильності до патологічних відхилень також найчастіше виникає у цьому періоді. Окрім того, прагнення до швидшого дорослішання часто супроводжується засвоєнням шкідливих звичок, що негативно впливають на здоров'я. Не викликає дискусій той факт, що кризові явища у здоров'ї населення, його окремих спільнот і груп

відбуваються дуже швидко й зберігаються довгі роки. Так, діти, що стали хворими у часи кризи, будуть страждати від цього все життя. Тому необхідний ретельний профілактичний медичний нагляд підлітків, що зумовлений появою у них функціональних розладів дезадаптаційного генезу у поєднанні з психологічними характеристиками та порушеннями здоров'я.

Упродовж останніх років здоров'я дітей підліткового віку залишається незадовільним при негативній тенденції: поширеність хвороб коливається в межах 2022,3–2154,53 на 1000 дітей підліткового віку, а захворюваність – 1188,2–1249,76, із найнижчими їх рівнями у 2014 р. (рис. 8).

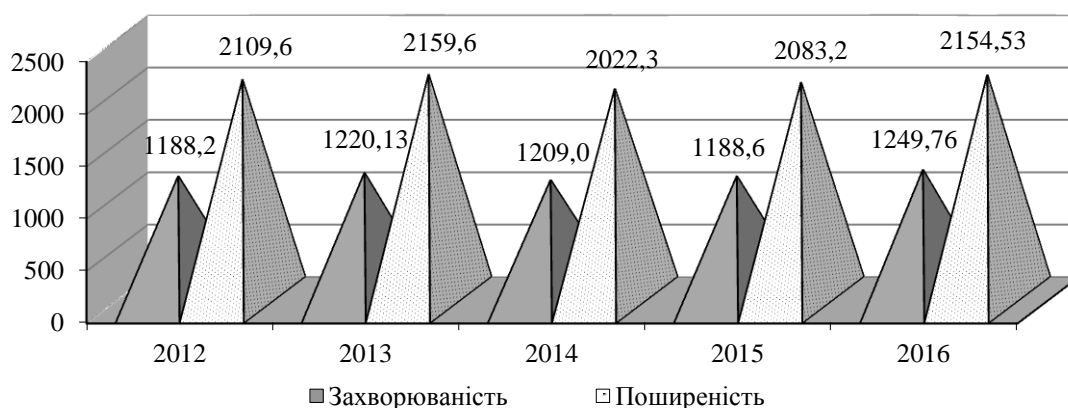


Рис. 8. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб серед дітей підліткового віку в період 2012–2016 рр. в Україні (на 1000 дітей підліткового віку)

Загальна тенденція до зростання захворюваності підлітків зумовлена переважно зростанням новоутворень (5,77 у 2012 р. і 6,7 у 2016 р. на 1000 дітей підліткового віку), хвороб крові і кровотворних органів (7,27 і 8,49 відповідно), органів дихання (645,62 і 728,88 відповідно), органів травлення (51,95 і 57,13 відповідно).

При цьому відмічається позитивна тенденція щодо захворюваності дітей підліткового віку на розлади психіки і поведінки (-26,62%), хвороби системи кровообігу (13,91%), деякі інфекційні та паразитарні хвороби (-10,98%) тощо.

Аналогічна ситуація притаманна динаміці поширеності хвороб дітей підліткового віку: при незначній негативній тенденції поширеності усіх хвороб (+2,13%), спостерігається зниження за вісьмома класами хвороб: деякі інфекційні та паразитарні хвороби; розлади психіки і поведінки; хвороби нервової системи; хвороби ока та його придаткового апарату; хвороби органів травлення; хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини; хвороби сечостатевої системи; травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників. Більш виразна негативна тенденція поширеності спостерігалася щодо хвороб крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму (+15,55%), новоутворень (+13,85%), хвороб органів дихання (+11,7%), природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (+7,17%).

Усе ще високий рівень захворюваності дітей підліткового віку утримується за рахунок високого рівня хвороб органів дихання (728,88), шкіри і підшкірної клітковини (81,78), травм та отруєнь (65,95), а поширеності хвороб – за рахунок хвороб органів дихання (822,37), травлення (191,93), ока та його придаткового апарату (169,68), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (162,99).

Індекс накопичення хвороб цієї вікової категорії дітей був вищим за такий у дітей віком 0–6 та 7–14 років і становив 1,72, переважно за рахунок значного накопичення ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин, розладів психіки та поведінки і природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій, індекс накопичення яких становив 6,0, 8,6 та 14,45 відповідно.

Як і в попередні роки, у 2016 р. спостерігалася регіональна диспропорція захворюваності (у 2,1 разу) і поширеності хвороб (у 2,4 разу), (рис. 9).

На високих рівнях у 2016 р. утримувалися показники захворюваності дітей підліткового віку у Київській (1819,75 на 1000 дітей підліткового віку), Івано-Франківській (1682,65), Харківській (1598,6), Дніпропетровській (1566,46), Рівненській (1513,33), областях та м. Києві (1527,5), а на відносно низьких рівнях (нижче 1100,0) – у Волинській, Закарпатській і Херсонській областях.

Діапазон коливань поширеності хвороб становив від 2500,0 і більше на 1000 дітей відповідного віку у Франківській областях та м. Києві до менше 2000,0 у Київській, Харківській, Дніпропетровській, Івано-Закарпатській, Херсонській, Волинській, Донецькій, Луганській, Одеській областях.



Рис. 9. Захворюваність та поширеність хвороб серед дітей підліткового віку в розрізі регіонів у 2016 р. (на 1 тис. дітей підліткового віку)

Висновки

Отримані результати дослідження мають стати основою для прийняття управлінських рішень з метою оптимізації медичної, у тому числі профілактичної допомоги дитячому населенню.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням та аналізом динаміки показників інвалідності та смертності дітей України в сучасних соціально-економічних умовах.

Література

1. *Габорець Ю. Ю.* До забезпечення права на життя новонароджених недоношених дітей / Ю. Ю. Габорець, О. О. Дудіна // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 1 (42). – С. 103–110.
2. *Досягнення, проблеми та шляхи вирішення питань в охороні здоров'я матерів і дітей* / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Результати діяльності галузі охорони здоров'я: 2012 рік. – Київ, 2013. – С. 37–51.
3. *Слабкий Г. О.* Інвалідність дітей як проблема громадського здоров'я: профілактика та забезпечення ефективної реабілітації / Г. О. Слабкий, В. В. Шафранський, О. О. Дудіна // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 3 (69). – С. 4–9.
4. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України, 2014 рік* / за ред. Квіташвілі О.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ: МВЦ «Медінформ», 2015. – 460 с.
5. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України, 2015 р.* / за ред. В. В. Шафранського; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 452 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.07.2017 р.

**Динамика заболеваемости детского населения
Украине в региональном аспекте и
распространенности между ними болезней**

Ю.Ю. Габорец, Е.Е. Дудина

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

Цель – изучить и проанализировать динамику заболеваемости детского населения и распространенности между ними болезней за период 2012–2016 гг.

Материалы и методы. Информационной базой исследования стали данные отрасли статистической отчетности за 2012–2016 гг. При выполнении работы использован статистический метод.

Результаты. С 2012 г. наметилась тенденция к снижению показателей заболеваемости и распространенности болезней среди детского населения с дальнейшей тенденцией к их увеличению в 2015–2016 гг. Динамика изменения показателей заболеваемости детского населения и распространенности среди них болезней за годы исследования имеет достоверные отличия как по классам болезней, так и по регионам Украины.

Выводы. Полученные результаты исследования должны стать основой для принятия управленческих решений с целью оптимизации медицинской, в том числе профилактической помощи детскому населению.

Ключевые слова: детское население, заболеваемость, распространенность болезней, показатели, динамика.

**Dynamics of the incidence of childhood
in Ukraine in the regional aspect
and the prevalence of disease among them**

Yu.Yu. Gaborets, O.O. Dudina

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

Purpose – to study and analyze the dynamics of the incidence of the child population and the prevalence of disease among them for the period 2012–2016.

Materials and methods. Information base of the research was data of the statistical reporting industry for 2012–2016. At performance of work the statistical method is used.

Results. Since 2012, there has been a trend towards a decrease in the incidence and prevalence of disease among the child population, with a further trend towards an increase in 2015–2016. The dynamics of changes in the incidence rates of the child population and the prevalence of diseases among them over the years of study has significant differences both in the class of diseases and in the regions of Ukraine.

Conclusions. The results of the research should be the basis for making managerial decisions in order to optimize medical, including preventive, care for the children.

Key words: child population, morbidity, prevalence of diseases, indicators, dynamics.

Відомості про авторів

Дудина Олена Олександрівна – к.мед.н., с.н.с., завідувач відділення охорони здоров'я матері і дитини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

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

УДК 614.2:314.4:616-053.2(477)(4)

С.В. Дудник

Порівняльна характеристика і сучасні тенденції рівня дитячої смертності в Україні, державах Європейського регіону та країнах пострадянського простору

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

Мета – вивчити, проаналізувати, надати порівняльну характеристику та визначити тенденції рівня малюкової смертності та смертності дітей у віці до п'яти років життя в Україні та країнах Європейського регіону, країнах пострадянського простору за період 2000–2016 рр.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на підставі бази даних Всесвітньої організації охорони здоров'я за період 2000–2016 рр. Використано такі методи: аналітичний, статистичний, порівняльний аналіз, системний підхід.

Результати та висновки. У ході дослідження визначено сучасні тенденції рівня малюкової смертності та смертності дітей у віці до п'яти років життя в Україні, країнах Європейського регіону та країнах пострадянського простору. За результатами порівняльного аналізу та існуючих прогнозних даних встановлено необхідність щодо укріплення систем охорони здоров'я в ряді європейських країн, у тому числі в Україні, з метою попередження та зниження дитячої смертності.

Ключові слова: рівень дитячої смертності, малюкова смертність, смертність дітей у віці до п'яти років життя, тенденції дитячої смертності.

Вступ

Незмінним індикатором рівня і якості життя, стану здоров'я населення, своєчасності, доступності, адекватності медичної допомоги виступає рівень дитячої смертності, особливо це стосується показників малюкової смертності та смертності дітей у віці до п'яти років життя. На тлі більшості країн європейського регіону, зокрема провідних європейських держав, рівень дитячої смертності в Україні залишається достатньо високим і перевищує загальноєвропейський більш ніж у 2 рази, і це у той час, коли у цивілізованих державах питання щодо охорони здоров'я матерів, новонароджених, дітей та підлітків займає центральне місце, тому що благополуччя у вищезазначених питаннях є основою для отримання здорових майбутніх поколінь.

За даними ВООЗ, у 2015 р. у світі зареєстровано близько 6 мільйонів випадків смерті серед дітей у віці до п'яти років, більш ніж половина з яких – це випадки смерті дітей раннього віку, які можна було лікувати або попередити при наявності доступу до простих та доступних по вартості заходів. Три чверті всіх випадків смерті новонароджених відбуваються протягом першого тижня життя, до двох третин випадків смерті новонароджених можна запобігти шляхом використання відомих ефективних заходів охорони здоров'я при пологах і протягом першого тижня життя. Більшість випадків смерті в неонатальний період відбувається в результаті передчасних пологів, інтранатальних ускладнень (асфіксії дитини при народженні або відсутності дихання при народженні) і інфекцій. Основними причинами смерті дітей протягом перших п'яти років життя після закінчення неонатального періоду

є пневмонія, діарея і малярія та недостатність харчування, що лежить в основі близько 45% всіх випадків смерті дітей і підсилює вразливість дітей перед важкими хворобами.

Рівень дитячої смертності в Європейському регіоні характеризується помітною регіональною диференціацією: можна відзначити, що більш розвинені країни з кращими економічними і соціальними умовами для матерів і новонароджених, а також ефективною системою охорони здоров'я мають помітно менші показники дитячих втрат, а саме найнижчі показники малюкової смертності зареєстровані у країнах Північної Європи (де показник не перевищує 5 в розрахунку на 1000 народжених живими), а найвищі – зосереджені в країнах Центральної Європи (за винятком Чехії та Словенії). Тому у протидії високому рівню дитячої смертності, особливо важливим є вивчення даних щодо рівнів дитячої смертності за кожною з країн та здійснення їх порівняльного аналізу із визначенням провідного досвіду тих країн, які ефективно протидіють дитячим втратам та можливим наступним адаптуванням та запровадженням кращого досвіду [1, 3–7].

Мета роботи – вивчити, проаналізувати, надати порівняльну характеристику та визначити тенденції рівня малюкової смертності та смертності дітей у віці до п'яти років життя в Україні та країнах Європейського регіону, країнах пострадянського простору за період 2000–2016 рр.

Матеріали та методи

Дослідження проведено на підставі даних Баз даних Всесвітньої організації охорони здоров'я за період

2000–2016 рр. Використано такі методи: аналітичний, статистичний, порівняльний аналіз, системний підхід.

Результати дослідження та їх обговорення

Протягом останніх десятиліть, починаючи з 1990-х років досягнуто глобальний прогрес щодо скорочення рівня дитячої смертності. За даними ВООЗ, число випадків смерті дітей у віці до п'яти років у всьому світі зменшилося з 12,7 (12,6–13,0) млн у 1990 р. до 5,9 (5,7–6,4) млн у 2015 р. – це означає, що щодня відбувається 16 тис. випадків смерті в порівнянні з 35 тис. випадків у 1990 році. З 1990 р. глобальний коефіцієнт смертності дітей у віці до п'яти років знизився на 53% – з 91 (89–92) випадки смерті на 1000 живонароджених у 1990 р. до 43 (41–46) в 2015 році. У цілому, прогрес в скороченні смертності дітей у віці до п'яти років у світі прискорюється. Значне скорочення смертності дітей у віці до п'яти років з 2000 р. дозволило запобігти смерті 48 млн дітей у віці до п'яти років [1, 6–8].

За період дослідження (2000–2015 рр.) рівень смертності дітей у віці до п'яти років в Україні знизився на 51,4% (у 2,1 разу) з 18,5‰ у 2000 р. до 9,0‰ у 2015 р., але за даним показником залишається одним із найбільшим як у європейському регіоні в цілому, так і

зокрема серед країн Євросоюзу, де за підсумками 2015 р. її випереджають Румунія (11,1‰), Болгарія (10,4‰) і Туреччина, як країна, що частково розташована у південно-східній Європі (13,5‰). У 2015 р. нижчий за середній показник Євросоюзу смертності дітей у віці до п'яти років (4,0‰) зафіксовано у 18 країнах, а саме у Австрії (3,5‰), Чехії (3,4‰), Данії (2,9‰), Фінляндії (2,3‰), Німеччині (3,7‰), Ісландії (2,0‰), Ірландії (3,6‰), Ізраїль (4,0‰), Італія (3,5‰), Люксембург (1,9‰), Монако (3,5‰), Нідерланди (3,8‰), Норвегія (2,6‰), Португалія (3,6‰), Сан-Марино (2,9‰), Словенія (2,6‰), Швеція (3,0‰), Швейцарія (3,3‰). Слід зазначити, що у переважній більшості європейських країн, рівень смертності дітей у віці до п'яти років життя ще у 2000 р. був нижчим за нинішній український, тобто показник 2015 року. Найбільше зниження рівня дитячої смертності за аналізований період відбулось у Болгарії (на 50,4%), Ісландії (на 50%), Португалії (на 50%), Румунії (на 58,7%), Словенії (на 52,7%), Туреччині (на 65,9%), Люксембурзі (на 60,4%). В цілому, зниження рівня дитячої смертності протягом 2000–2015 рр. відбувався у межах 40–60%. Найменші рівні смертності дітей у віці до п'яти років спостерігаються у Люксембургу (1,9‰), Ісландії (2,0‰), Фінляндії (2,3‰), Норвегії та Словенії (2,6‰), Данії та Сан-Марино (2,9‰) (табл. 1).

Таблиця 1

Рівень дитячої смертності у віці до п'яти років у європейських країнах (на 1000 народжених живими (‰) за даними бази ВООЗ*)

Країна	2000	2005	2010	2015	2015/2000
Австрія	5,5	4,9	4,4	3,5	-36,4
Бельгія	5,8	5,0	4,5	4,1	-29,3
Болгарія	21,0	15,9	13,0	10,4	-50,4
Боснія та Герцеговина	9,2	8,3	7,4	5,4	-41,3
Великобританія	6,6	6,0	5,2	4,2	-36,4
Греція	7,8	5,5	4,7	4,6	-41,0
Данія	5,6	4,9	4,0	2,9	-48,2
Ізраїль	6,9	5,6	4,6	4,0	-42,0
Ірландія	7,1	5,2	4,2	3,6	-49,3
Ісландія	4,0	3,1	2,4	2,0	-50,0
Іспанія	6,5	5,7	4,6	4,1	-36,9
Італія	5,5	4,4	4,0	3,5	-36,4
Люксембург	4,8	3,5	2,4	1,9	-60,4
Монако	5,2	4,5	4,0	3,5	-32,3
Нідерланди	6,2	5,4	4,4	3,8	-38,7
Німеччина	5,4	4,7	4,2	3,7	-31,5
Норвегія	4,9	4,0	3,2	2,6	-46,9
Польща	9,3	7,6	5,8	5,2	-44,1
Португалія	7,2	4,7	3,9	3,6	-50,0
Румунія	26,9	20,9	13,9	11,1	-58,7
Сан-Марино	5,5	4,2	3,5	2,9	-47,3
Сербія	12,6	8,9	7,6	6,7	-46,8
Словаччина	11,7	9,9	8,4	7,3	-37,6

Продовження таблиці 1

Словенія	5,5	4,3	33	2,6	-52,7
Туреччина	39,6	27,7	19,1	13,5	-65,9
Угорщина	11,2	8,3	6,6	5,9	-47,3
Фінляндія	4,3	3,8	3,0	2,3	-46,5
Франція	5,4	4,6	4,3	4,3	-20,4
Хорватія	8,3	6,8	5,4	4,3	-48,2
Чехія	6,6	5,2	4,1	3,4	-48,5
Швейцарія	5,6	5,1	4,5	3,3	-41,1
Швеція	4,1	3,6	3,1	3,0	-26,8

Примітка (тут і далі): * – Source: UNICEF, WHO, World Bank, UN DESA/Population Division Levels and trend in child mortality 2015. UNICEF 2015.

За аналізований період у країнах пострадянського простору також спостерігались тенденції до зниження рівнів дитячої смертності дітей у віці до п'яти років. При цьому, слід зазначити, що ще на початку спостереження (у 2000 р.) у країнах пострадянського простору рівень дитячої смертності був значно вищим за рівень дитячої смертності у країнах європейського регіону у цьому ж році. Протягом 2000–2015 рр. найбільше зниження вищезазначеного показника відбулось у Естонії (на 73,6%), Білорусі (на 67,8%), Грузії (на 66,7%), Казахстані (на 67,7%); найменше зниження спостерігається в

Узбекистані (на 26,2%), Туркменістані (на 37,0%). На даний час у більшості країн пострадянського простору продовжує зберігатися достатньо високий рівень дитячої смертності в порівнянні з аналогічним показником європейського регіону, лише три країни мають рівень дитячої смертності дітей у віці до п'яти років у відповідності до європейського рівня дитячої смертності, а саме: Естонія (2,9%), Білорусь (4,6%), Литва (5,2%). Найвищі показники дитячої смертності мають Туркменістан (51,4%), Таджикистан (44,8%), Узбекистан (39,1%) (табл. 2).

Таблиця 2

Рівень дитячої смертності у віці до п'яти років у країнах пострадянського простору (на 1000 народжених живими (%)) (за даними бази ВООЗ*)

Країна	2000	2005	2010	2015	2015/2000
Азербайджан	74,0	51,7	39,0	31,7	-57,2
Білорусь	14,3	9,4	6,1	4,6	-67,8
Вірменія	30,1	23,4	18,0	14,1	-46,8
Грузія	35,7	24,6	16,6	11,9	-66,7
Естонія	11,0	7,3	4,6	2,9	-73,6
Казахстан	43,6	32,5	21,6	14,1	-67,7
Киргизстан	48,7	39,3	30,0	21,3	-56,3
Латвія	17,2	12,5	9,4	7,9	-54,1
Литва	11,8	9,9	6,7	5,2	-55,9
Молдова	31,3	19,7	17,2	15,8	-59,1
Росія	23,2	16,7	12,0	9,6	-58,6
Таджикистан	93,0	65,2	52,6	44,8	-51,8
Туркменістан	81,6	70,1	60,1	51,4	-37,0
Узбекистан	53,2	54,2	46,1	39,1	-26,5
Україна	18,5	14,5	11,8	9,0	-51,4

За даними ВООЗ, число випадків смерті новонароджених дітей у всьому світі зменшилася з 5,1 (4,9–5,3) мільйона в 1990 р. до 2,7 (2,5–2,9) мільйона у 2015 році. Проте зниження смертності серед новонароджених дітей в 1990–2015 рр. йшло повільніше, ніж серед дітей в постнеонатальний період до п'яти років: 47% в порівнянні з 58% в глобальних масштабах. У 2015 р. протягом першого року життя відбулося близько 4,5 мільйони (75% усіх смертей молодше ніж

п'ять років). Ризик загибелі дитини перед закінченням першого року життя був найвищим у Африканському регіоні ВООЗ (55 на 1000 живонароджених), більш ніж у п'ять разів вище, ніж у Європейському регіоні ВООЗ (10 на 1000 живонароджених).

Протягом 2000–2015 рр. відбулось зниження не тільки рівнів дитячої смертності у віці до п'яти років, як зазначено вище, але і рівнів малюкової смертності в країнах пострадянського простору. На даний час,

показники малюкової смертності країн пострадянського простору також як і смертність дітей до п'яти років залишаються на достатньо високому рівні, лише в Білорусі (3,6%), Естонії (3,8%). Литві (3,8%), сформовано рівні малюкової смертності у межах європейських показників малюкової смертності. Найвищі

рівні малюкової смертності в країнах пострадянського простору зафіксовано у Азербайджані, Казахстані, Киргизстані, Таджикистані, Туркменістані. В Україні рівень малюкової смертності в 2015 р. знизився на 51,3% відносно 2000 р., але значно перевищує аналогічний середньоєвропейський показник (табл. 3).

Таблиця 3

Рівень дитячої смертності першого року життя у країнах пострадянського простору (на 1000 народжених живими (%)) (за даними бази ВООЗ*)

Країна	2000	2005	2010	2015	2016**
Азербайджан	60,6	44,0	33,9	27,9	24,7
Білорусь	11,4	7,4	4,7	3,4	3,6
Вірменія	26,6	20,8	16,1	12,6	13,1
Грузія	31,2	21,9	14,9	10,6	15,6
Естонія	8,8	5,8	3,6	2,3	3,8
Казахстан	37,5	28,6	19,3	12,6	20,3
Киргизстан	41,6	34,2	26,5	19,0	26,8
Латвія	14,5	10,7	8,2	6,9	5,3
Литва	9,6	8,1	5,6	3,3	3,8
Молдова	20,0	16,9	14,7	13,6	12,3
Росія	19,7	14,4	10,3	8,2	6,9
Таджикистан	74,3	54,1	44,7	38,5	32,8
Туркменістан	66,1	57,8	50,4	43,7	35,5
Узбекистан	52,7	45,9	39,6	33,9	18,6
Україна	15,8	12,5	10,1	7,7	8,0

Примітка (тут і далі): ** – попередні дані за 2016 рік.

У країнах Європейського регіону також тривають тенденції до поступового зниження малюкової смертності. Найнижчий рівень малюкової смертності у 2015 р. спостерігаються у Чехії, Данії, Фінляндії, Ісландії, Італії, Люксембургу, Монако, Норвегії, Сан-Марино, Словенії, Швеції. Найвищі рівні сформовано у Туреччині (11,6%), Румунії (9,7%), Болгарії (9,3%). За попередніми даними, показники малюкової смертності у 2016 р. у

більшості країн європейського регіону на відміну від 2015 р. мали тенденцію до зростання, але підкреслимо, що це попередні дані, а саме це стосується Австрії, Бельгії, Боснії та Герцеговини, Хорватії, Данії, Фінляндії, Німеччини, Греції, Ісландії, Ірландії, Ізраїлі, Італії, Люксембургу, Норвегії, Португалії, Сан-Марино, Словенії, Швеції, Швейцарії, Туреччині, Великобританії (табл. 4).

Таблиця 4

Рівень дитячої смертності першого року життя у європейських країнах (на 1000 народжених живими (%)) (за даними бази ВООЗ*)

Країна	2000	2005	2010	2015	2016**
Австрія	4,6	4,0	3,6	2,9	3,4
Бельгія	4,8	4,1	3,6	3,3	3,4
Болгарія	17,9	13,6	11,2	9,3	8,5
Боснія та Герцеговина	7,9	7,1	6,4	5,1	5,6
Велика Британія	5,6	5,1	4,4	3,5	4,3
Греція	6,9	4,8	4,1	3,6	4,6
Данія	4,6	4,1	3,3	2,9	4,0
Ізраїль	5,6	4,5	3,7	3,2	3,5
Ірландія	5,9	4,4	3,5	3,0	3,7
Ісландія	3,1	2,4	1,9	1,4	2,1
Іспанія	5,4	4,8	3,9	3,5	3,3

Продовження таблиці 4

Італія	4,7	3,7	3,4	2,9	3,3
Люксембург	3,9	2,8	1,9	1,5	3,4
Монако	4,2	3,7	3,2	2,8	1,8
Нідерланди	5,1	4,5	3,7	3,2	3,6
Німеччина	4,4	3,9	3,5	3,1	3,4
Норвегія	4,0	3,2	2,6	2,0	2,5
Польща	8,1	6,6	5,0	4,5	4,5
Португалія	5,5	3,7	3,1	3,0	4,4
Румунія	23,2	18,2	12,1	9,7	9,6
Сан-Марино	4,9	3,7	3,1	2,6	4,4
Сербія	10,9	7,7	6,6	5,9	5,9
Словаччина	10,2	8,4	7,0	5,8	5,2
Словенія	4,5	3,5	2,7	2,1	4,0
Туреччина	32,1	23,2	16,4	11,6	18,2
Угорщина	9,7	7,2	5,7	5,3	5,0
Фінляндія	3,5	3,1	2,5	1,9	2,5
Франція	4,4	3,8	3,5	3,5	3,3
Хорватія	7,1	5,8	4,6	3,6	9,5
Чехія	5,6	4,4	3,4	2,8	2,6
Швейцарія	4,6	4,3	3,9	3,4	3,8
Швеція	3,4	3,0	2,5	2,4	2,6

Останнім часом у всьому світі відзначаються тенденції до скорочення рівнів малюкової смертності та смертності дітей у віці до п'яти років, але, за прогнозами ВООЗ, при збереженні нинішніх тенденцій приблизно половина з 69 мільйонів випадків смерті серед дітей у 2016–2030 рр. відбудеться в неонатальний період, частка випадків смерті новонароджених дітей зросте з 45% випадків смерті серед дітей у віці до п'яти років в 2015 р. до 52% в 2030 році. Більш того, 63 країнам необхідно прискорити темпи виконання завдання в рамках Цілей у галузі сталого розвитку (ЦСР) щодо скорочення рівня смертності новонароджених дітей до 12 випадків смерті на 1000 живонароджених до 2030 р. Цілі в галузі сталого розвитку (ЦСР), прийняті Організацією Об'єднаних Націй (ООН) у 2015 р., спрямовані на забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю всіх дітей, а саме завдання 3.2 в складі Ц.3 полягає в тому, щоб до 2030 р. покласти край запобіжної смертності новонароджених і дітей у віці до п'яти років. До того ж, у глобальному порядку денному в галузі охорони здоров'я дітей з'являються нові пріоритети, такі як вроджені пороки розвитку, травми і неінфекційні захворювання (хронічні респіраторні хвороби, набуті хвороби серця, онкологічні захворювання дітей, діабет і ожиріння). За даними ВООЗ, кожна 33-тя дитина народжується з вродженими вадами розвитку, тобто щорічно народжується 3,2 млн дітей з інвалідністю, обумовленою вродженими вадами. Глобальний тягар хвороб, обумовлений неінфекційними захворюваннями, що вражають дітей у дитинстві і пізніше в житті, швидко зростає, незважаючи на те, що багатьом факторам ризику можна запобігати. Травми (дорожньо-транспортний

травматизм, утоплення, опіки і падіння) є однією з трьох основних причин смерті і стійкої інвалідності серед дітей у віці 5–15 років. За оцінками, у 2012 р. в результаті насильства і ненавмисних травм загинуло 740 тис. дітей у віці до 15 р., при чому 90% цих випадків смерті відбулося в результаті ненавмисних травм. Аналогічно зросло глобальне число дітей із зайвою вагою – імовірно з 32 млн у 2000 р. до 42 млн у 2013 р., в тому числі в країнах з широкою поширеністю недостатності харчування серед дітей. За оцінками, при збереженні цих тенденцій поширеність зайвої ваги серед дітей у віці до п'яти років у світі зростає до 2025 р. з 7% до 11% [1, 3–7].

Висновки

У ході дослідження визначено сучасні тенденції рівня малюкової смертності та смертності дітей у віці до п'яти років життя в Україні, країнах Європейського регіону та країнах пострадянського простору. За результатами порівняльного аналізу та існуючих прогнозних даних встановлено необхідність щодо укріплення систем охорони здоров'я у ряді європейських країн, у тому числі в Україні, з метою запровадження адекватних сучасних заходів, що мають сприяти максимальному попередженню дитячої смертності та зниженню рівня дитячої смертності в цих країнах. З урахуванням вищенаведеного необхідно забезпечити дітям загальне охоплення, вільний доступ до основних медико-санітарних послуг з відповідною їх якістю за допомогою використання наступних стратегій: належний догляд за новонародженими вдома і своєчасне лікування

ускладнень в медичних закладах; комплексне ведення хвороб дитячого віку всіх дітей у віці до п'яти років; розширення програми імунізації; годування дітей грудного (грудне годування) та раннього віку; кваліфікованої медичної допомоги під час вагітності та пологів, а також усунення нерівностей і соціальних детермінант поганого стану здоров'я.

Перспективи подальших досліджень

Потребують подальшого поглибленого всебічного дослідження системи охорони здоров'я та державна

політика відносно охорони здоров'я матері та дитини у країнах з низькими рівнями дитячої смертності з метою вивчення особливостей надання медичної допомоги дитячому контингенту в даних країнах, існуючої соціальної політики та стандартів, а також факторів, що впливають і сприяють формуванню позитивних змін у запобіганні дитячим втратам у цих країнах із подальшою розробкою ефективної політики для досягнення наступних позитивних зрушень у формуванні рівня дитячої смертності в Україні.

Література

1. *Разработка* показателей для целевых ориентиров политики Здоровье-2020. Первое совещание группы экспертов. Утрехт, Нидерланды, 18–19 июня 2012 г. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 [Electronic resource]. – Access mode : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/172510/Developing-indicators-for-the-Health-2020-targets-Rus.pdf. – Title from screen. – По состоянию на 29 мая 2013 г.
2. *Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being* // In: Health in All Policies International Meeting, Adelaide, 13–15 April 2010. – Geneva : World Health Organization, 2010.
3. *Completing the audit cycle for quality care in perinatal, newborn and child health* / A. M. Bergh, R. Pattinson, M. Belizán [et al.] for the Synergy Group. – Pretoria : MRC Research Unit for Maternal and Infant Health Care Strategies, University of Pretoria, 2012.
4. *Epidemiology and causes of preterm birth* / R. L. Goldenberg, J. F. Culhane, J. D. Iams, R. Romero // *Lancet*. – 2008. – Vol. 371. – P. 75–84. – doi: 10.1016/S0140-6736(08)60074-4.
5. *From evidence to action to deliver a healthy start for the next generation* / E. Mason, L. McDougall, J. E. Lawn [et al.] // *Lancet*. – 2014. – Vol. 384. – P. 455–467.
6. *National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis* / H. Blencowe, S. Cousens, F. B. Jassir [et al.] // *Lancet Glob. Health*. – 2016. – Vol. 4. – P. e98–e108.
7. *UNICEF. Child mortality estimates*. New York: United Nations Children's Fund; 2015 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.childmortality.org/index.php?r=site/index>. – Title from screen. – Accessed 19 July 2016.
8. *World Health Organization* [Electronic resource]. – Access mode : http://gamapserv.who.int/gho/interactive_charts/MDG4/atlas.html?indicator=i1. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.07.2017 р.

Сравнительная характеристика и современные тенденции уровня детской смертности в Украине, государствах Европейского региона и странах постсоветского пространства

С.В. Дудник

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

Цель – изучить, проанализировать, предоставить сравнительную характеристику и определить тенденции уровня младенческой смертности и смертности детей в возрасте до пяти лет жизни в Украине и странах Европейского региона, странах постсоветского пространства за период 2000–2016 гг.

Материалы и методы. Исследование проведено на основании базы данных Всемирной организации здравоохранения за период 2000–2016 гг. Используются следующие методы: аналитический, статистический, сравнительный анализ, системный подход.

Результаты и выводы. В ходе исследования определены современные тенденции уровня младенческой смертности и смертности детей в возрасте до пяти лет в Украине, странах Европейского региона и странах постсоветского пространства. По результатам сравнительного анализа и существующих прогнозных данных установлена необходимость укрепления систем здравоохранения в ряде европейских стран, в том числе в Украине, с целью предупреждения и снижения детской смертности.

Ключевые слова: уровень детской смертности, младенческая смертность, смертность детей в возрасте до пяти лет, тенденции детской смертности.

Comparative characteristics and modern tendencies of the level of infant mortality in Ukraine, the countries of the European region and the post-Soviet states

S.V. Dudnyk

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

Purpose – to examine, analyze, provide comparative characteristics and determine tendencies of the level of infant mortality and mortality of children under the age of five in Ukraine and the countries of the European Region, and the post-Soviet states for the period 2000–2016.

Materials and methods. The study was conducted on the basis of the database of the World Health Organization. The following methods were used: analytical, statistical, comparative analysis, a systematic approach.

Results and conclusions. During the study were identified current tendencies of the level of the level of infant mortality and mortality of children under the age of five in Ukraine, the countries of the European Region, and the post-Soviet states. Based on the results of the comparative analysis and existing forecast data, the need to strengthen health systems in a number of European countries, including Ukraine, has been established with a view to preventing and reducing of child mortality.

Key words: the level of child mortality, infant mortality, mortality of children under the age of five, tendencies in child mortality.

Відомості про автора

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

UDC 314.4:616-055.1(1-21)(476),,19",,20"

A.P. Romanova¹, O.V. Krasko², A.S. Popov¹

On dynamic urban male population mortality in the Republic of Belarus at the turn of the 20th and the 21st centuries

¹Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education, Minsk, Belarus

²United Institute of Informatics Problems of the National Academy of Sciences of Belarus, Minsk, Belarus

Purpose – to evaluate the impact of the changes in the age structure on mortality rates and to analyze mortality trends among urban male population in the Republic of Belarus during 1959–2015.

Materials and methods. The data on the natural urban population movement during 1959–2015 have been analyzed. Crude and standardized mortality rates have been calculated using the direct standardization according to the world standard (Standard "World"). JoinPoint software was used to study time trends.

Results. The urban male mortality growth continued during 43 years (1959–2002). The implementation of a set of measures of state programs ensured social control over the urban male population mortality. The rate of annual mortality decrease exceeded the annual increase rate during the period of death rate growth more than 2 fold.

Conclusions. The changes in the urban male population age structure affected the crude mortality rates. Throughout the study period, the urban male population mortality grew 1.5 fold. Crude rates increased by 2.4 times. Since 2002, the trend towards a decline in the urban male population mortality has emerged and has been kept till 2015.

Key words: mortality, urban population mortality, male mortality, mortality trends.

Introduction

Since the 1970s – 1980s, in the BSSR, a new type of population reproduction has emerged and resulted in the onset of the depopulation, which threatened the demographic security of the country. For the first time in the republic, the death rate exceeded the birth rate in 1993. The demographic situation was characterized by a gradual decline in the birth rate, a decreased size of children and persons of working age in the structure of the population and, as a consequence, the aging of the population. An increased share of people over 60 years with a substantially higher mortality led to the growing crude mortality rates calculated per 1000 of average annual population. A decline in the birth rate and an increase in the mortality changing the age structure and leading to the aging of the population reflect the features of demographic development in Russia, Belarus and Ukraine in the post-Soviet period.

In 1913, in the territory of modern Belarus, the overall mortality rate was 25.5‰. In 1922, in the BSSR, the mortality fell by 43%, and in 1927, by another 14.7%. The lowest overall mortality rate of 6.6‰ was observed in the 1960s, then the death rate began to grow [4]. Socio-economic crisis resulted in transformed demographic trends. For a short period from 1990 to 1999, the overall mortality rate grew from 10.7‰ to 14.2‰. High death rate in 1990–1996 testified to an unfavorable demographic situation in Belarus. During this period, the mortality growth made 22.4%. The greatest increase in mortality in 1993 coincided with the onset of the depopulation. The death rate among the population of Belarus continuously increased up to 2005.

Male overmortality is currently considered to be a demographic phenomenon, which began in the 1980s. The

essence of this phenomenon is the excessive mortality among men compared to that among women in most age groups [7]. The overmortality of men aged 20–50 years versus that of women is one of the essential features of the mortality among the population of the Republic of Belarus in the second half of the 20th and the beginning of the 21st century. In some years, the male death rate exceeded female by 3–5 times that resulted in a significant difference in life expectancy over the past decades [2, 5]. Since the 1960s, an intensive increase in mortality, male overmortality as an excess male mortality versus female (gender aspect), rural overmortality as an excess rural mortality versus urban (territory aspect) determined the study of mortality among subpopulations to be an actual direction of the research.

Mortality is the most objective medico-social indicator reflecting the public health status [6]. Death rate along with birth rate determines the continuous reproduction of the population and the succession of generations. The overall mortality rate does not fully characterize the mortality as a phenomenon, since this indicator is affected by the changes in the population age structure. The predominance of older age groups in the population structure causes a decrease in birth rate and an increase in death rate [9, 16]. The change in the age structure influences not only the growth of mortality rates but also increased differences in mortality between urban and rural population. In the rural population structure, the number of elderly and senile people grows more rapidly as compared to urban. The intensive drain of the young working population to the cities has led to the situation that in rural areas the predominant population are elderly and senile people. An increase in urban and rural mortality began in the 1960s, and the rural population death rate is currently higher than that of the urban population [3]. When evaluating the crude rates, it

has been established that for 45 years (1969–2005) the urban mortality index grew 2 fold [8].

The analysis of dynamic mortality based on the study of standardized rates allows eliminating (excluding) the impact of the age structure of different subpopulations on mortality rates. Most of the dynamic mortality studies among different subpopulations of the Belarusian population and their comparison estimated crude mortality rates, and only in a small number of national studies, the dynamics of standardized mortality rates among urban and rural population was evaluated. Within 1960–2013, an increased mortality rate was related, to a certain extent, to the growth of number of people over 60 years in the structure of the urban population (17.2% by 2013) [10]. According to some authors, an established excess of standardized mortality rates over the crude ones during 1982–2007 determines an increased proportion of deaths in young ages [1]. The change in the age structure influenced the crude death rates among the urban population of the republic. Within 1959–2015, the growth of crude mortality rates was 1.6 times higher than that of standardizes rates. The annual mortality decrease rate (2002–2015) exceeded 3 fold the annual mortality increase rate. Standardized mortality value observed in 1964 was registered by 2015 [18]. The Board of the Ministry of Health of the Republic of Belarus noted that in order to stabilize the main medical and demographic indicators in 2017, a set of measures including an analysis of the demographic situation is required [12]. Targeted planning of actions aimed at improving the health of the population should be based on a constant study of morbidity, dynamic mortality and its causes. Due to the fact that the reduced mortality and increased life expectancy are in the sphere of demographic interests of the state and society, the study of mortality is an actual direction of medical and demographic research.

Purpose – to evaluate the impact of the changes in the age structure on mortality rates and to analyze mortality trends among urban male population in the Republic of Belarus during 1959–2015.

Materials and methods

The data on the natural urban population movement during 1959–2015 have been used. State statistical reporting forms and official data on calculating the primary data from statistical agencies were used as sources of information.

A part of statistical data was obtained from the national State Archives of the Republic of Belarus. Specific (further crude) and standardized mortality rates among urban male population have been calculated using the direct standardization according to the world standard (Standard “World”) approved by WHO [19] JoinPoint software [Joinpoint Regression Program, Version 4.3.1.0 – April 2016; Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, National Cancer Institute] was used to study time trends as well as MS EXCEL 2010.

Results and discussion

The process of urbanization, which began in the early 20th century on the territory of modern Belarus, was accompanied by the concentration of the population in urban areas. However, the BSSR still remained predominantly an agrarian republic because in 1924 rural residents accounted for 83.74%, in 1927 – 82.37%, in 1933 – 82.28% in the structure of the population. Despite an increased total size of the urban population, its share in the population structure began to grow only in the 1930s [4]. In 1940, the proportion of urban residents was 21.7%. The process of urbanization in the BSSR actively continued in the second half of the 20th century. The rural population of working age became a source for the urban population growth. By 1974, the population of the BSSR was urbanized, since the number of urban residents was practically similar to that of rural [17]. In the second half of the 20th century, not only the population size but urban-to-rural male ratio changed due to internal migration.

Throughout this period, urban male mortality undergoes some changes. In 1965, the lowest value of crude 5.50‰ and standardized 9.11‰ urban male mortality was observed. Extreme maximum values of crude 13.04‰ and standardized 13.74‰ rates were seen in 2010 and 1999, respectively. Minimum and maximum standardized rates exceeded the crude mortality rates among urban males by 1.2 and 1.1 times, respectively. The range of extreme minimum and maximum standardized mortality values made 4.63‰ and was 1.6 fold lower than that of crude rates 7.54‰. The period of the range of extreme standardized mortality values made 34 years (1965–1999) and was 11 years shorter compared to that of the crude mortality rates range among urban males (1965–2010) (table 1).

Table 1
Crude and standardized mortality rates (WHO, 2000)
among urban male population in the Republic of Belarus during 1959–2015 (‰)

Year	Crude mortality rate	Standardized mortality rate	Year	Crude mortality rate	Standardized mortality rate
1959	6.98	10.72	1995	11.25	13.62
1960	5.91	9.18	1999	12.46	13.74
1961	5.73	9.16	2000	11.76	12.88
1962	5.97	9.74	2001	12.24	13.01
1963	5.92	9.48	2002	13.00	13.55
1964	5.61	9.13	2003	12.76	13.16
1965	5.50	9.11	2004	12.48	12.70

Continuation of Table 1

1966	5.51	9.25	2005	12.84	12.90
1967	5.65	9.59	2006	12.67	12.52
1968	5.71	9.53	2007	12.25	11.89
1969	6.09	10.43	2008	12.41	11.84
1970	5.84	9.8	2009	12.74	11.75
1975	6.39	10.27	2010	13.04	11.86
1979	7.23	11.11	2011	13.03	11.68
1980	7.11	11.01	2012	12.02	10.78
1985	7.51	11.13	2013	11.71	10.46
1989	7.80	10.83	2014	11.48	10.24
1990	8.10	11.12	2015	11.12	9.88

Up to 2005, standardized values exceeded crude mortality values, and only since 2006, crude rates began to exceed the standardized. From 1965 (5.15‰) to 2010 (11.10‰), urban male population mortality calculated on the basis of crude rates grew by 2.4 times. From 1965 (9.11‰) to

1999 (13.74‰), mortality calculated on the basis of standardized rates increased by 1.5 times, being 1.6 fold lower. In 2015, crude urban male mortality rate of 11.12‰ was similar to that of 1995, and standardized rate of 9.88‰ to that of 1970 (table 1, figure 1).

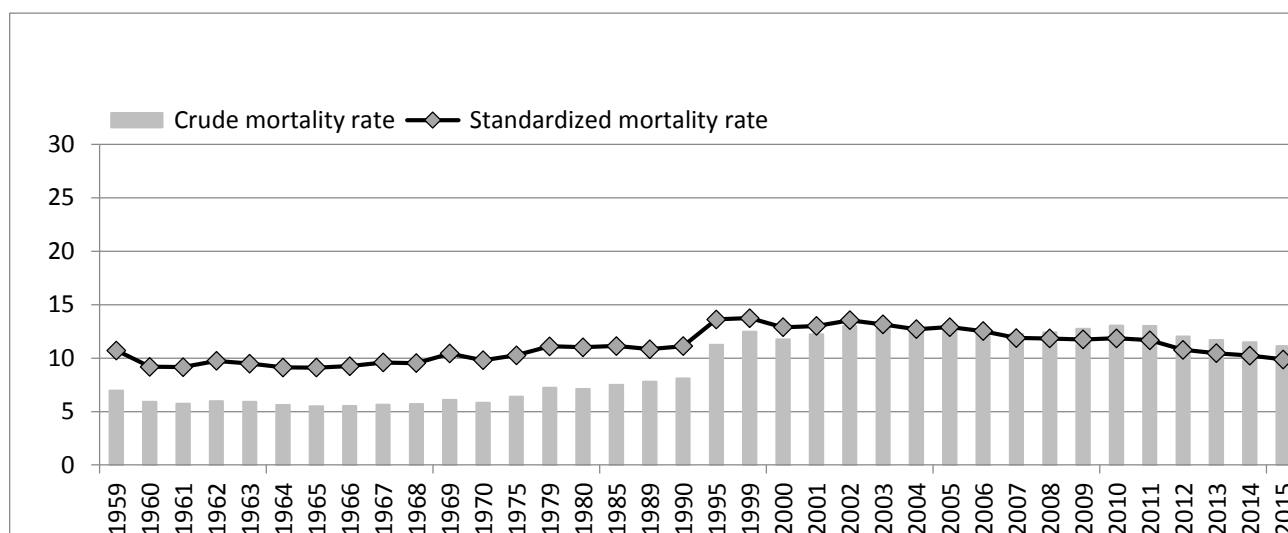


Figure 1. Dynamic crude and standardized mortality rates among urban male population in the Republic of Belarus during 1959–2015

Due to the revealed differences in time ranges, values and ratios of the minimum and maximum mortality rates, the research of time trends of standardized mortality rates among urban male population of the Republic of Belarus during 1959–2015 has been conducted using JoinPoint software for

the analysis of population time trends. Segmented-linear regressive models were used to evaluate the rates of an increase/decrease in mortality among this subpopulation throughout the study period. The results of the study are presented in table 2 and figure 2.

Table 2
Mortality trends among urban male population in the Republic of Belarus during 1959–2015 (%)

Mortality trend/ beginning	Mortality trend/end	Increase/decrease rate (%)	95%CI	Statistical significance (P)
1959	2002	0.9	0.8;1.1	≤0,05
2002	2015	-2.1	-2.6;1.6	≤0,05

From 1959 to 2002, the male urban mortality growth was observed ($P \leq 0.05$) with an annual increase rate of 0.9(95%CI 0.8;1.1)%. The peak in the urban male mortality

was registered in 2002, after that a decline in the mortality ($P \leq 0.05$) with an annual decrease rate of -2.1(95%CI -2.6; -1.6)% was observed up to 2015.

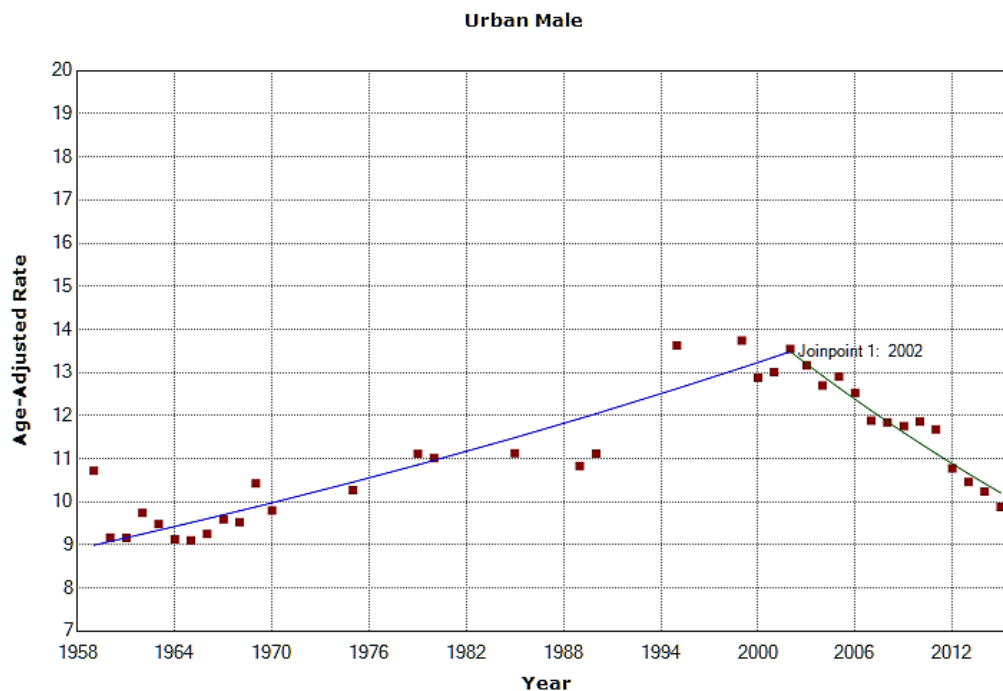


Figure 2. Mortality trends among urban male population in the Republic of Belarus during 1959–2015

The period of the urban male mortality growth continued 43 years (1959–2002). In 2002, the trend in the urban male mortality changed its direction towards a decrease. In 2002–2015, the rate of the annual urban male mortality decrease was -2.1 (95%CI -2.6;-1.6)% and exceeded 2.3 fold the annual rate of mortality increase of 0.9(95%CI 0.8;1.1)% in 1959–2002.

A rapid growth of the rural male mortality compared to urban was related to the changes in the age structure of the population due to an increased share of the elderly, especially in the rural area. The age structure of urban males influenced crude mortality rate values. From 1959 to 2004, the values of standardized mortality rates exceeded those of crude rates testifying to a more pronounced mortality among the urban male population observed in this period. The urban male age structure shifted in favor of young men of working age, who constantly moved to cities and thus leveled the mortality intensity among this subpopulation for a long time. A high birth rate in the 1960s–1970s also resulted in a slow accumulation of the elderly and senile people in the urban male structure. In 2005, the urban male population age structure corresponded to that of a standard age structure (WHO, 2000), so that both standardized and crude mortality rates had similar values. Crude rates have begun to exceed standardized only since 2006, when there have been observed the changes in the age structure towards the accumulation of elderly people in the population. Subsequently, the difference in the values of standardized and crude mortality rates was small amounting to 1.24% in 2015.

Due to the negative demographic trends testifying to a crisis of social, biological, economic and medical bases of the nation evolution, the Law of the Republic of Belarus “On Demographic Security” was adopted in 2002, with the National Program of Demographic Security being its main form of implementation [11]. Since 2007, two National Programs of Demographic Security of the Republic of Belarus for 2007–2010 and for 2011–2015 were consecutively adopted and implemented in the country [14, 15]. Since 2016, the State Program “People’s Health and Demographic Security of the Republic of Belarus” for 2016–2020 has been implemented [13]. During the past decade, as a result of a complete set of state actions within state programs, the rate of the annual urban male population decrease exceeded 2.3 fold the annual rate of an increase seen during the period of the mortality growth.

Demographic regulation takes place in the conditions and with due account of the actively changing external environment affected not only by natural, but also social crises. The environment is influenced by the activities of society, occurrence and impact of a large number of factors, which are difficult to be predicted and evaluated in real-time conditions. Strategic and tactical decisions on demographic regulation are taken in a highly uncertain environment. The impact on the society demographic behavior has a delayed, prolonged effect, which can change over time due to the ongoing events. The results of studying mortality and its dynamics throughout a long period of time can be used for evaluating the efficiency of programs that ensure the

demographic security of the county and for developing a set of measures aimed at protecting public health.

The dynamic study of standardized mortality rates allowed making the following **conclusions**:

– Negative medico-social trends among urban male population of the Republic of Belarus began to grow since the 1960s. Urban male population mortality growth continued for 43 years (1959–2002).

– The change in the age structure among urban men affected and still affects crude mortality rates values. Throughout the study, the urban male population mortality

grew 1.5 fold, being lower as compared to the mortality increase estimated on the basis of crude rates (2.4 fold).

– Since 2002, the trend towards a decline in the urban male population mortality has emerged and has been kept till 2015. In 2015, standardized mortality rate among urban men was similar to that of 1970, and crude to that of 1995.

– The implementation of a set of measures of state programs ensured social control over the urban male population mortality. The rate of annual mortality decrease exceeded the annual increase rate during the period of death rate growth more than 2 fold.

References

1. *Антипов В. В.* Динамика смертности в Республике Беларусь / В. В. Антипов // Анализ и оценка эффективности управленческих решений в современном здравоохранении : материалы Респ. науч.-практ. конф. организаторов здравоохранения Респ. Беларусь, Минск, 22 окт. 2009 г. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь [и др.] ; под ред. И. Э. Липницкого [и др.]. – Минск, 2009. – С. 101–105.
2. *Антипов В. В.* Медико-демографические характеристики эпидемиологического перехода в Беларуси / В. В. Антипов, С. И. Антипова // Медицинские новости. – 2014. – № 3. – С. 26–31.
3. *Антипова Е. А.* Демографическое развитие городов Беларуси в условиях глобализации / Е. А. Антипова // Седьмые Валентеевские чтения. Демографическое развитие: вызовы глобализации : материалы междунар. конф., г. Москва, 15–17 нояб. 2012 г. / под ред. В. А. Ионцева [и др.]. – Москва, 2012. – С. 220–226.
4. *Богомолья И. М.* Процесс урбанизации в БССР в 20–30-е гг. XX в. / И. М. Богомолья // Весці БДПУ. Сер. 2. – 2015. – № 2. – С. 66–69.
5. *Вальчук, Э. А.* Основы организационно-методической службы и статистического анализа в здравоохранении / Э. А. Вальчук, Н. И. Гулицкая, Ф. П. Царук. – Минск : Харвест, 2007. – 398 с.
6. *Калинина Т. В.* Гендерные аспекты смертности населения / Т. В. Калинина // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – № 2. – С. 4–8.
7. *Кальченко Е. И.* Менеджмент в здравоохранении: Избранные понятия и термины / Е. И. Кальченко. – Санкт-Петербург : [б. и.], 1995. – 45 с.
8. *Лин О. Д.* Динамика в территориальных (город, село) группах населения Беларуси / О. Д. Лин // Вестник РГМУ. – 2008. – № 2. – С. 243.
9. *Лисицын Ю. П.* Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. для студентов / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 544 с.
10. *Матвейчик Т. В.* Проблемы в состоянии здоровья населения Республики Беларусь : возрастные аспекты смертности / Т. В. Матвейчик, В. В. Антипов, С. И. Антипова // Медицинские новости. – 2015. – № 4. – С. 57–64.
11. *О демографической безопасности Республики Беларусь : Закон Респ. Беларусь*, 4 янв. 2002 г., № 80-3 // КонсультантПлюс Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
12. *О демографической ситуации [Электронный ресурс] : постановление коллегии Министерства здравоохранения*, 15 марта 2017 г., № 3.5 // КонсультантПлюс Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
13. *Об утверждении Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь*, 14 марта 2016 г., № 200 // КонсультантПлюс Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
14. *Об утверждении Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010 годы [Электронный ресурс] : Указ Президента Респ. Беларусь*, 26 марта 2007 г., № 135 // КонсультантПлюс Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
15. *Об утверждении Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 годы [Электронный ресурс] : Указ Президента Респ. Беларусь*, 11 авг. 2011 г., № 357 // КонсультантПлюс Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2017.
16. *Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. пособие / под ред. Н. Н. Пилипцевича.* – Минск : Новое знание, 2015. – 782 с.
17. *Предыбайло С.* Сельское население Беларуси: демографический анализ / С. Предыбайло, Д. Г. Лин. – Минск : Право и экономика, 2013 – 324 с.
18. *Романова А. П.* Динамика смертности городского населения Республики Беларусь за 1959–2015 годы / А. П. Романова // Вісник проблем біології і медицини. – 2017. – Вип. 2. – С. 346–351.

19. Age standardization of rates: a new WHO standard / O. B. Ahmad [et al.]. – Geneva : World Health Organization, 2001. – 14 p. – (GPE Discussion Paper Series ; № 31).

Дата надходження рукопису до редакції: 11.07.2017 р.

Про динаміку смертності чоловічого міського населення Республіки Білорусь на рубежі ХХ–ХХІ століть

Г.П. Романова¹, О.В. Красько², А.С. Попов¹

¹Білоруська медична академія післядипломної освіти, м. Мінськ, Республіка Білорусь

²Об'єднаний інститут проблем інформатики Національної академії наук Білорусі, м. Мінськ, Республіка Білорусь

Мета – оцінити вплив змін вікової структури на формування показників смертності та провести аналіз трендів смертності міських чоловіків Республіки Білорусь у 1959–2015 роки.

Матеріали та методи. Використані дані природного руху міського населення за 1959–2015 роки. Проведено розрахунок грубих і стандартизованих показників смертності методом прямої стандартизації за світовим стандартом (Standard “World”). Аналіз часових трендів проведено з використанням програмного забезпечення JoinPoint.

Результати. Зростання рівня смертності міських чоловіків продовжувалося протягом 43 років (1959–2002). Реалізація комплексу заходів державних програм забезпечили соціальний контроль над смертністю чоловіків, які проживають у містах. Темпи щорічного убутку смертності більш ніж удвічі перевищили щорічний темп приросту в період зростання рівня смертності.

Висновки. Зміни вікової структури міських чоловіків впливали на грубі показники смертності. Смертність міських чоловіків протягом періоду дослідження зросла в 1,5 разу. Підвищення грубих показників становило 2,4 разу. З 2002 р. сформувалася та набула сталого характеру тенденція зниження смертності чоловічого міського населення, яка зберігалася до 2015 року.

Ключові слова: смертність, смертність міського населення, смертність чоловіків, тренди смертності.

О динамике смертности мужского городского населения Республики Беларусь на рубеже ХХ–ХХІ столетий

А.П. Романова¹, О.В. Красько², А.С. Попов¹

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Республика Беларусь

²Объединенный институт проблем информатики Национальной академии наук Беларуси, г. Минск, Республика Беларусь

Цель – оценить влияние изменения возрастной структуры на формирование показателей смертности и провести анализ трендов смертности городских мужчин Республики Беларусь в 1959–2015 годы.

Материалы и методы. Использованы данные естественного движения городского населения за 1959–2015 годы. Проведен расчет грубых и стандартизованных показателей смертности методом прямой стандартизации по мировому стандарту (Standard “World”). Анализ временных трендов проведен с использованием программного обеспечения JoinPoint.

Результаты. Рост смертности городских мужчин продолжался в течение 43 лет (1959–2002). Реализация комплекса мероприятий государственных программ обеспечили социальный контроль над смертностью мужчин, проживающих в городах. Темпы ежегодной убыли смертности более чем в 2 раза превысили ежегодный темп прироста в период роста смертности.

Выводы. Изменение возрастной структуры городских мужчин оказывало влияние на грубые показатели смертности. Смертность городских мужчин в течение периода исследования выросла в 1,5 раза. Рост грубых показателей составил 2,4 раза. С 2002 г. сформировалась и приобрела устойчивый характер тенденция снижения смертности мужского городского населения, которая сохранялась до 2015 года.

Ключевые слова: смертность, смертность городского населения, смертность мужчин, тренды смертности.

Відомості про авторів

Романова Ганна Петрівна – к.мед.н., доц., доцент кафедри громадського здоров'я та охорони здоров'я Білоруської медичної академії післядипломної освіти; вул. П. Бровки, 3/3, м. Мінськ, Республіка Білорусь.

Красько Ольга Володимирівна – к.техн.н., доц., провідний науковий співробітник Об'єднаного інституту проблем інформатики Національної академії наук Білорусі; вул. Сурганова, 6, м. Мінськ, Республіка Білорусь.

Попов Антон Сергійович – аспірант кафедри громадського здоров'я та охорони здоров'я Білоруської медичної академії післядипломної освіти; вул. П. Бровки, 3/3, м. Мінськ, Республіка Білорусь.

УДК 614.2:314.4(477)

О.М. Ціборовський, Л.А. Чепелевська

Детермінанти демографічної ситуації в Україні

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

Мета – визначити чинники, які впливають на демографічну ситуацію в Україні.

Матеріали: статистичні матеріали державних органів статистики України (1993–2014 рр.), Центру медичної статистики (1996–2014 рр.), щорічні доповіді Українського інституту громадського здоров'я / стратегічних досліджень МОЗ України (1996–2014 рр.), праці українських фахівців у галузі соціальної медицини та демографії.

Методи: системного підходу, статистичний, соціологічного аналізу.

Результати. Визначено, що, незважаючи на деякі позитивні зміни в динаміці основних демографічних показників населення України, демографічна ситуація в країні залишається однією з найгірших в Європі. Виділено низку чинників, які мають вплив на таку ситуацію. Вони об'єднані у дві групи: «Умови та спосіб життя» і «Медичні чинники». Показано їхню роль, зокрема, матеріального забезпечення сімей, чинників виховання, а також екологічного і санітарного контролю. Наголошено на негативному впливі воєнного конфлікту на сході.

Висновки. Визначено коло заходів, які мають визначати соціальну політику держави, спрямовану на підвищення народжуваності та зниження смертності населення.

Ключові слова: демографічна ситуація, Україна.

Вступ

Демографічні показники чисельності та розміщення населення, його вікового та соціального складу, народжуваності та смертності, природного приросту (або скорочення) населення, середньої очікуваної тривалості життя є одним з основних показників стану здоров'я народу. Оскільки вони залежать від впливу багатьох як природних, так і соціально-економічних чинників, то їх аналіз дозволяє дати характеристику умов і якості життя населення. Тому їх динаміка є важливим соціальним критерієм ступеню розвитку і добробуту суспільства.

Більше того, що демографічні процеси в свою чергу впливають на процеси і результати економічного, соціального і культурного розвитку нації, на розвиток продуктивних сил і стан національної безпеки. Тому вивчення та аналіз їхньої динаміки стає вкрай необхідним для обґрунтування і формування соціальної політики держави [2–4].

Величина інтегральних показників природного приросту (скорочення) населення та середньої очікуваної тривалості життя залежать від величини показників народжуваності та смертності, які характеризують частоту конкретних випадків народження і смерті. Тому дію різних чинників на загальну демографічну ситуацію легше простежити саме через їх вплив на ці показники.

Мета роботи – визначити чинники які впливають на демографічну ситуацію в Україні.

Матеріали та методи

У роботі використано статистичні матеріали державних органів статистики України (1993–2014 рр.), Центру медичної статистики (1996–2014 рр.), щорічні доповіді Українського інституту громадського здоров'я / стратегічних досліджень МОЗ України (1996–2014 рр.), праці українських фахівців в галузі соціальної медицини та демографії, а також методи системного підходу, статистичний, соціологічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз динаміки показників народжуваності і загальної смертності населення України за 1990–2015 рр. засвідчує, що зменшення числа народжень і збільшення випадків смерті призвів до природного скорочення населення і відповідно до депопуляції України (табл. 1) [1, 8].

Незважаючи на деякі коливання показники народжуваності і незначного зменшення рівня загальної смертності, показник природного скорочення населення зберігається, а демографічна ситуація в Україні залишається однією з найнеблагополучніших в Європі після Росії, Білорусі, Молдови.

Порівняно з іншими країнами Європи в Україні спостерігається одне з найбільших скорочень середньої очікуваної тривалості життя і найбільша різниця цього показника у чоловіків та жінок (табл. 2).

Таблиця 1
Основні демографічні показники населення України

Рік	Народжуваність на 1000 населення	Смертність на 1000 населення	Природний приріст (скорочення) на 1000 населення)	Середня очікувана тривалість життя		Смертність немовлят (померлих у віці до 1 року на 1000 живонароджених)
				чоловіків	жінок	
1990	12,7	12,1	0,6	65,7	75,0	12,8
1995	9,6	15,4	-5,8	61,2	72,6	14,7
2000	7,8	15,4	-7,6	62,1	73,6	11,9
2001	7,7	15,3	-7,6	62,3	73,7	11,3
2002	8,1	15,7	-7,6	62,0	73,6	10,3
2003	8,5	16,0	-7,5	62,6	74,1	9,6
2004	9,0	16,0	-7,0	62,6	74,1	9,6
2005	9,0	16,6	-7,6	61,8	73,9	10,0
2006	9,9	16,2	-6,3	62,2	73,9	9,8
2007	10,2	16,4	-6,2	61,8	73,8	11,0
2008	11,0	16,3	-5,3	62,3	74,0	10,0
2009	11,1	15,3	-4,2	64,4	74,8	9,4
2010	10,8	15,3	-4,5	65,2	75,2	9,1
2011	11,0	14,6	-3,6	66,0	75,9	9,0
2012	11,4	14,6	-3,2	66,1	76,0	8,4
2013	11,0	14,6	-3,6	66,3	76,2	8,0
2014	10,8	14,7	-3,9	66,3	76,4	7,8
2015	9,6	13,9	-4,3	-	-	-

Таблиця 2
Порівняльна таблиця показників середньої очікуваної тривалості життя населення України та деяких країн світу (2009–2012 рр.)

Країна	Рік											
	2009			2010			2011			2012		
	всього	чол.	жінок	всього	чол.	жінок	всього	чол.	жінок	всього	чол.	жінок
Україна	-	-	-	70,4	65,3	75,5	71,0	66,0	75,9	71,2	66,1	76,0
Австралія	81,5	79,3	83,9	-	-	-	82,0	79,7	84,2	-	-	-
Австрія	-	-	-	80,3	77,7	83,2	81,2	79,3	83,9	-	-	-
Азербайджан	-	-	-	73,6	70,9	76,1	-	-	-	73,9	71,3	76,6
Білорусь	-	-	-	70,4	64,6	76,5	-	-	-	72,2	66,6	76,6
Бельгія	-	-	-	80,0	77,4	82,6	80,5	77,8	83,2	-	-	-
Болгарія	-	-	-	73,6	70,0	77,2	74,3	70,7	77,8	-	-	-
Вірменія	-	-	-	74,1	70,6	77,2	-	-	-	74,3	70,9	77,5
Грузія (2008)	74,2	69,3	79,0	-	-	-	-	-	-	73,9	70,4	77,7
Данія	-	-	-	79,2	77,1	81,2	79,9	77,8	81,9	-	-	-
Естонія	-	-	-	-	-	-	76,3	71,2	81,1	83,1	79,9	86,4
Індія	64,1	62,6	65,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Італія	-	-	-	81,4	79,2	84,4	82,7	80,1	85,3	-	-	-
Казахстан	-	-	-	68,4	69,5	73,3	-	-	-	69,6	64,8	74,3
Канада	81,2	79,1	83,3	80,8	78,6	83,2	-	-	-	-	-	-
Китай	73,3	71,6	75,1	73,3	71,6	75,0	-	-	-	-	-	-
Латвія (2007)	71,2	65,8	76,5	-	-	-	-	-	-	73,8	68,4	79,6

Продовження таблиці 2

Литва	–	–	–	73,5	68,0	78,8	–	–	–	–73,9	68,4	79,6
Молдова	–	–	–	69,1	65,0	73,4	–	–	–	71,1	67,2	75,0
Німеччина	–	–	–	80,2	77,5	82,7	80,8	78,4	83,2	–	–	–
Нідерланди	80,6	78,5	82,7	–	–	–	81,3	79,4	83,1	–	–	–
Норвегія	–	–	–	81,0	78,9	83,2	81,4	79,1	83,6	–	–	–
Польща	–	–	–	76,2	72,1	80,6	76,9	72,6	81,1	–	–	–
Росія	68,7	62,8	74,7	–	–	–	–	–	–	70,2	64,5	75,9
Румунія	–	–	–	73,5	69,8	77,3	74,6	71,0	78,2	–	–	–
Велика Британія	–	–	–	80,4	78,5	82,4	81,1	79,1	83,1	–	–	–
США	78,7	76,2	81,2	–	–	–	78,7	76,3	81,1	–	–	–
Туреччина	72,1	69,7	74,5	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Угорщина	74,0	71,1	77,9	–	–	–	75,1	71,2	78,7	–	–	–
Фінляндія	–	–	–	80,0	76,7	83,2	80,6	77,3	83,8	–	–	–
Франція	–	–	–	81,6	78,1	84,8	82,3	78,7	85,7	–	–	–
Швейцарія	–	–	–	82,4	80,1	84,5	82,8	80,5	85,0	–	–	–
Швеція	–	–	–	81,1	79,5	83,5	81,9	79,9	83,8	–	–	–
Японія (2008)	82,7	79,3	86,1	–	–	–	82,7	79,4	85,9	–	–	–

Примітка: показники Грузії (2008), Латвії (2007), Японії (2008) подано в графі 2009 р.

Така ситуація змушує шукати причини цього негативного явища, щоб обґрунтувати, опрацювати та реалізувати заходи, спрямовані на його ліквідацію.

Головними причинами смертності населення України, особливо серед чоловіків працездатного віку, залишаються хвороби системи кровообігу, зокрема, інсульт та інфаркт міокарду, та онкологічні

захворювання, а також травми та інші зовнішні причини (табл. 3). Порівняно на високому рівні залишаються коефіцієнти смертності від інфекційних захворювань, зокрема, від туберкульозу і ВІЛ/СНІДу [5].

Багатолітні спостереження засвідчують, що на рівень народжуваності впливає як стан здоров'я майбутніх батьків, так і умови та спосіб їхнього життя.

Таблиця 3

Смертність населення України за причинами смерті у 2011–2014 рр. (на 100 тис. нас.)

Причина смерті	Рік				
	2011	2012	2013	2014	2014 у % до 2013
Усього померлих	1454,0	1454,5	1456,1	1470,4	101,0
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби, у т.ч.:	30,7	30,2	27,9	25,5	91,5
туберкульоз	15,2	15,2	14,1	12,2	86,4
ВІЛ	12,6	12,0	11,0	10,2	93,0
Новоутворення	194,6	203,2	202,7	195,1	96,2
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0,7	0,6	0,5	0,6	112,1
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	5,5	5,5	5,3	5,2	97,5
Розлади психіки та поведінки	3,2	3,4	3,6	3,7	103,9
у т.ч. розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	1,8	2,0	2,2	2,2	98,3
Хвороби нервової системи	13,2	13	13,1	13,7	104,4
Хвороби системи кровообігу	963,4	957,5	968,2	989,8	102,2
у т.ч. ішемічна хвороба серця	626,0	631,6	648,6	678,0	104,2
Хвороби органів дихання	39,1	37,2	36,1	34,4	95,4
у т.ч. грип і пневмонія	10,7	11,6	11,9	11,6	97,7

Продовження таблиці 3

Хвороби органів травлення	55,2	60,8	61,5	58,7	95,4
у т.ч. алкогольні хвороби печінки	5,1	5,7	5,9	5,0	84,0
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	1,0	1,3	1,1	1,2	107,0
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	1,3	1,3	1,3	1,2	92,8
Хвороби сечостатевої системи	6,5	6,9	6,7	6,3	93,5
Ускладнення при вагітності, пологах та в післяпологовому періоді	0,2	0,2	0,1	0,2	160,5
Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	5,1	5,1	4,7	4,6	96,9
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	4,2	4,0	3,7	3,5	95,1
Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних і лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	37,3	34,2	32,5	33,5	103,0
Зовнішні причини смертності	92,7	90,0	87,0	93,3	107,3

Серед медичних чинників звичайно важливу роль грає безпліддя, гінекологічні та урологічні захворювання, венеричні захворювання, ВІЛ/СНІД, а також інші тяжкі захворювання, зокрема, системи кровообігу та нервової системи, інфекційні хвороби, наслідки травм. Тому доступність та якість медичної допомоги, особливо гінекологічної, урологічної, венерологічної, має особливе значення для збереження дітородної функції як жіночого, так і чоловічого організму.

Проте ще більше значення має профілактика зазначених захворювань. Передусім вона полягає в здоровому способі життя, починаючи з дитячого віку, повноцінному харчуванні, раціональному режимі, заняттях фізкультурою і спортом, гігієнічних умовах життя і праці, сприятливих екологічних умовах, виключенням раннього та безладного статевого життя, абортів, зловживання тютюнокурінням, алкоголем та наркотиками.

Заходи, спрямовані на підвищення народжуваності, обов'язково мають передбачати доступність профілактики та лікування зазначених хвороб і створення здорових умов харчування, побуту, навчання і праці, здорового способу життя, раціонального режиму та відпочинку.

Зазначені медичні та соціальні чинники звичайно впливають і на передчасну смертність. Серед захворювань, які найчастіше стають безпосередньою причиною смерті, особливу увагу заслуговують хвороби системи кровообігу, зокрема інсульти та інфаркти міокарду, і онкологічні захворювання, а також зовнішні причини, зокрема автотранспортні пригоди, нещасні випадки на виробництві, кримінальні злочини. Звичайно, справжньою катастрофою є воєнні конфлікти, які здебільшого забирають життя здорових молодих людей.

Запобігання передчасних смертей вимагає як удосконалення і поширення зазначених та інших засобів профілактики, так і підвищення якості та доступності екстреної, кардіологічної, неврологічної, хірургічної допомоги, суворого дотримання безпеки руху, будівництва і праці, збереження миру і громадського

порядку, а також забезпечення здорового способу життя, раціонального режиму праці та відпочинку [2–4].

Основні домінанти демографічної ситуації проілюстровано на схемі.

Така ситуація зберігається протягом тривалого часу і таким чином свідчать про серйозні недоліки як в умовах і способі життя населення України, так і в стані здоров'я та системі охорони здоров'я.

Звичайно незалежна Україна успадкувала економічну кризу від радянських часів, але тяжкий стан народного господарства обумовлювався і власними невдачами молоді держави. В економічній політиці 1990-х років було більше прорахунків, ніж досягнень.

По-перше, українська управлінська еліта не мала достатнього досвіду. Вона несміливо приймала рішення, тому що раніше її привчали тільки виконувати вказівки союзного центру.

По-друге, навіть вдалі рішення важко втілювалися в життя. Виконавча вертикаль радянських часів була зруйнована, а створення нової постійно натрапляло на перешкоди, спричинені політичною боротьбою.

По-третє, після зруйнування попередньої системи управління економіка перестала бути командною, але не стала ринковою. Вона перебувала у хаотичному стані [5].

Перед світовою кризою 2008–2009 рр. Україна істотно наблизилася до економічної стабілізації. Проте ця криза, внутрішня політична боротьба і зовнішня агресія в Криму та Донбасі не могли не вплинути на всі детермінанти демографічної ситуації, зокрема, на соціально-економічні чинники і стан охорони здоров'я. Бідність населення, суттєве зменшення фінансування соціальних і медичних заходів безсумнівно перешкодили поліпшенню демографічної ситуації в країні. Так званий процес дерегуляції безпідставно торкнувся екологічного та санітарного контролю і тому погіршив перший та повністю зруйнував другий.

Фактично було зірвано реформу системи охорони здоров'я. Не запровадивши проект державного соціального медичного страхування, держава кардинально зменшила фінансування галузі. Через

погане матеріальне забезпечення і незадовільну підготовку спеціалістів було дискредитовано первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини.

Через недостатнє фінансування висококваліфікована спеціалізована медична допомога, особливо хірургічні профілі її, стали недоступними

більшості громадян. Ефективні ліки через необґрунтовано високі ціни теж недоступні, особливо для хронічно хворих, а безкоштовне забезпечення деяких контингентів їх часто не виконується. Фактично припинено їх диспансеризацію [6].



Рис. *Схема детермінантів демографічної ситуації*

Ганебно виглядає організація добродійна допомога тяжкохворим дітям і дорослим, пораненим та інвалідам, коли батьки або волонтери ... по телевізору або в метро збирають кошти, щоб врятувати їх.

Серйозної корекції потребує соціальна політика держави, яка має бути спрямована на поліпшення матеріального забезпечення населення, його умов і способу життя, а також удосконалення системи охорони здоров'я, зокрема, підвищення доступності та якості медичної допомоги, розширення профілактичної роботи, поліпшення медикаментозного забезпечення, посилення санітарного та екологічного контролю. Зазначені заходи мають поліпшити житлові умови та умови праці, забезпечити здорове харчування, раціональний режим праці та відпочинку [7].

Доцільно відновити діяльність санітарно-епідеміологічної служби, проведення диспансеризації дітей та певних контингентів населення, забезпечити фінансування і функціонування державних програм боротьби з туберкульозом, гіпертонічною хворобою, онкологічними захворюваннями.

Таким чином, державна політика, спрямована на підвищення народжуваності і зниження передчасної смертності населення, має включати великий комплекс

як медичних, так і соціальних заходів. Звичайно, її реалізація потребує низки організаційних рішень і фінансових витрат, підвищення рівня санітарної освіти і громадського виховання.

На нашу думку, тільки реалізація зазначених заходів зможе нормалізувати демографічну ситуацію в Україні, суттєво поліпшити умови і спосіб життя українського народу.

Висновки

Демографічна ситуація в Україні залишається незадовільною і характеризується низьким рівнем народжуваності, високим рівнем смертності, особливо чоловіків працездатного віку, природним скороченням населення, зниженням середньої очікуваної тривалості життя, особливо великою різницею цього показника у чоловіків і жінок.

Така ситуація зумовлена дією багатьох чинників, які характеризують як умови та спосіб життя населення, так і стан охорони його здоров'я.

Тому комплекс заходів, спрямованих на поліпшення умов і способу життя населення, удосконалення системи охорони здоров'я, підвищення

доступності та якості медичної допомоги, має стати основою соціальної політики держави.

До цих заходів мають належати:

– створення нормальних умов життя, навчання і праці населення, відновлення служби, яка має здійснювати контроль за їх дотриманням;

– забезпечення населення здоровим харчуванням, запровадження контролю за виробництвом, продажем та якістю харчових продуктів;

– забезпечення суворого контролю за чистотою навколишнього середовища, особливо повітря і водних ресурсів, видалення і знешкодження сміття;

– посилення виховання здорового способу життя в дошкільних закладах, школах, на виробництві, в засобах масової інформації;

– запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування населення, а також державного фінансування особливо важливих закладів охорони здоров'я;

– підвищення доступності та якості педіатричної, акушерсько-гінекологічної, екстреної, кардіологічної, неврологічної та інших видів спеціалізованої медичної допомоги;

– відновлення диспансеризації дітей та хронічно хворих, інвалідів, ветеранів війни та праці, державне фінансування відповідних програм;

– створення Національного добродійного фонду «Здоров'я» при Міністерстві охорони здоров'я за участю добродійників та громадських організацій, куди б громадяни могли звертатися за допомогою і одержувати її за показаннями;

– передбачення будівництва та експлуатації соціального житла, доступного для всіх громадян;

– розширення мережі дитячих дошкільних заходів;

– створення мережі спортивних шкіл і майданчиків для занять дітей та дорослих.

Література

1. *Населення України. 1993–2014: Демографічний щорічник* / Державний комітет статистики України. – Київ, 1994–2015.
2. *Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи* / Міністерство охорони здоров'я України, Український інститут громадського здоров'я / за заг. ред. В. М. Пономаренка. – Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. – 309 с.
3. *Панорама охорони здоров'я населення України* / за заг. ред. А. В. Підаєва, О. Ф. Возіанова, В. Ф. Москаленка. – Київ : Здоров'я, 2003. – 305 с.
4. *Трагедія, якої можна уникнути: подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи* / Світовий банк. – Київ : ВЕРСО-04, 2009. – 72 с.
5. *Ціборовський О. М. Динаміка демографічної ситуації у зв'язку з соціально-економічними умовами в Україні: історико-медичне дослідження (1991–2008 рр.)* / О. М. Ціборовський. – Київ, 2010. – 50 с.
6. *Ціборовський О. М. Проблеми системи охорони здоров'я України і шляхи її розв'язання в сучасних історичних умовах (1991–2008 рр.)* / О. М. Ціборовський. – Київ, 2010. – 42 с.
7. *Чепелевська Л. А. Проблеми покращення медико-демографічної ситуації в Україні* / Л. А. Чепелевська, О. М. Ціборовський, Л. А. Карамзіна // *Депресія: давай поговоримо* : матеріали міжнародної науково-практичної конференції до Всесвітнього дня здоров'я 2017, м. Київ, 06–07 квітня 2017 р. – Київ, 2017. – С. 189–191.
8. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я. 1996–2014* / Міністерства охорони здоров'я України, Український інститут громадського здоров'я. – Київ, 1997–2015.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.05.2017 р.

Детерминанты демографической ситуации в Украине

О.М. Циборовский, Л.А. Чепелевская

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

Цель – определить факторы, влияющие на демографическую ситуацию в Украине.

Материалы: статистические материалы государственных органов статистики (1993–2014 гг.), Центра медицинской статистики (1996–2014 гг.), ежегодные доклады Украинского института общественного здоровья / стратегических исследований МЗ Украины (1996–2014 гг.), работы украинских специалистов в области социальной медицины и демографии. **Методы:** системного подхода, статистический, социологического анализа.

Результаты. Показано, что, несмотря на некоторые положительные изменения в динамике основных демографических показателей населения Украины, демографическая ситуация в стране остается одной из худших в Европе. Определен ряд социальных и медицинских факторов, которые влияют на такую ситуацию.

Выводы. Определен круг мероприятий, которые должны определять социальную политику государства, направленную на повышение рождаемости и снижение смертности населения.

Ключевые слова: демографическая ситуация, Украина.

Determinants of the demographic situation in Ukraine

O.M. Tsiborovsky, L.A. Chepelevska

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

Purpose – to identify the factors that influence the demographic situation in Ukraine.

Materials: statistical materials of the state statistical bodies (1993–2014), the Center for Medical Statistics (1996–2014), the annual reports of the Ukrainian Institute of Public Health / Strategic Researches Ministry of Health Care of Ukraine (1996–2014), the work of Ukrainian specialists in social medicine and demography. **Methods:** systemic approach, statistical, sociological analysis.

Results. It is shown that, despite some positive changes in the dynamics of the main demographic indicators of the population of Ukraine, the demographic situation in the country remains one of the worst in Europe. A number of social and medical factors have been identified that affect this situation.

Conclusions. A range of measures has been defined that should determine the social policy of the state aimed at increasing the birth rate and reducing the death rate of the population.

Key words: demographic situation, Ukraine.

Відомості про авторів

Циборовський Олег Михайлович – к.мед.н., с.н.с., лікар-методист центру розроблення та моніторингу дотримання медичних стандартів ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

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

УДК 616.98:578.27:316.647.82

В.Й. Білак–Лук'янчук

Характеристика функціонально-організаційної системи подолання стигми та дискримінації по відношенню до людей, що живуть з ВІЛ

Закарпатський центр з профілактики та боротьби із СНІДом, м. Ужгород, Україна

Мета – розробити та представити функціонально-організаційну систему подолання стигми та дискримінації по відношенню до людей, що живуть з ВІЛ.

Матеріали та методи. Інформаційною базою дослідження виступили дані досвіду країн світу в подоланні стигми та дискримінації по відношенню до людей, що живуть з ВІЛ. При виконанні роботи використано такі методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, описового моделювання. Методичною основою дослідження став системний підхід.

Результати. Розроблена та запропонована комплексна міжсекторальна система зменшення та подолання стигми та дискримінації по відношенню до людей, що живуть з ВІЛ. Система носить державний характер і в своїй діяльності за рівнями управління поділяється на національний, регіональний та місцевий. Стратегічні напрями діяльності, об'єкти, суб'єкти та методи впливу, необхідні ресурси та індикатори моніторингу і оцінки залежать від рівня управління.

Висновки. Для досягнення позитивних результатів в подоланні стигми та дискримінації по відношенню до людей, що живуть з ВІЛ, необхідні зусилля та ресурси всіх секторів – державного та приватного. У населення країни необхідно сформулювати таке відношення до людей, що живуть з ВІЛ та нас оточують, якого вони хотіли б до себе у разі появи особистих проблем.

Ключові слова: люди, що живуть з ВІЛ, стигма, дискримінація, подолання, функціонально-організаційна система, характеристика.

Вступ

В умовах розвитку епідемії ВІЛ-епідемії в Україні [6] відмічається високий рівень стигми та дискримінації по відношенню до людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ) [6, 7]. Дане явище сприяє збільшенню темпів поширення ВІЛ/СНІДу серед населення [5]. При цьому політика ВООЗ скерована на зниження рівня стигми та дискримінації по відношенню до ЛЖВ [1–3].

Мета роботи – розробити та представити функціонально-організаційну систему подолання стигми та дискримінації по відношенню до ЛЖВ.

Матеріали та методи

Інформаційною базою дослідження виступили дані досвіду країн світу в подоланні стигми та дискримінації по відношенню до ЛЖВ. При виконанні роботи використано такі методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, описового моделювання. Методичною основою дослідження став системний підхід.

Результати дослідження та їх обговорення

Робота зі зниження стигми та дискримінації по відношенню до ЛЖВ є складним та багатокомпонентним процесом. Даним процесом має бути охоплено як все населення, так і окремі групи інформаційного впливу.

Розроблена модель системи подолання стигми та дискримінації по відношенню до ЛЖВ (рис.).

Метою системи є зниження і подолання стигми і дискримінації по відношенню до ЛЖВ в країні.

Дана модель має наступні складові: рівні, стратегічні напрями, методи впливу, об'єкти впливу, суб'єкти впливу, ресурси, моніторинг та оцінка.

Рівні. В запропонованій моделі виділено наступні рівні діяльності у сфері подолання стигми та дискримінації по відношенню до ЛЖВ: національний, регіональний та місцевий.

Стратегічні напрями. Стратегічні напрями діяльності залежать від рівня діяльності. Так, для національного рівня задачею є удосконалення законодавчої та нормативно-правової бази, забезпечення комунікацій з визначеного питання та забезпечення медичних працівників безпечними умовами праці. Стратегічним напрямом діяльності регіонального рівня є забезпечення виконання чинного законодавства України в кожному регіоні. На місцевому рівні, в системі охорони здоров'я, стратегічні напрями діяльності скеровані для впливу на дві категорії учасників процесу: медичних працівників та пацієнтів.

По відношенню медичних працівників це створення безпечних умов праці, запровадження обов'язкової відповідальності за порушення прав пацієнтів та надання всім медичним працівникам достовірної інформації про шляхи передачі ВІЛ та методи професійного захисту від інфікування ВІЛ та захисту в повсякденному житті.

Мета	Рівні	Стратегічні напрями	Методи впливу	Об'єкти впливу	Суб'єкти впливу	Ресурси	Моніторинг і оцінка	
Зниження і подолання стигми і дискримінації по відношенню до ЛЖВ	Національний	Удосконалення законодавчої бази	Законодавчий	Міністерство охорони здоров'я України	Верховна Рада України, КМУ, МОЗ України	Людські: підготовка документів, адвокація Політична воля для прийняття	Система та механізми контролю виконання.	
		Удосконалення нормативно-правової бази	Законодавчий, економічний, інформаційний, організаційний					
		Забезпечення соціальної підтримки ЛЖВ	Інформаційний					
		Комунікації	Виробничий	Керівник органу управління охороною здоров'я	КМУ України	Фінансові, кадрові (соц. працівники, юристи, психологи), інформаційні	Критерії відповідальності за невиконання	
		Безпечні умови праці медичних працівників	Виробничий	Керівник органу управління охороною здоров'я державної адміністрації	Органи управління охороною здоров'я ОДА	Фінансові, матеріально-технічні, інформаційні		
	Регіональний	Забезпечення виконання чинного законодавства	Організаційний, Правовий, Економічний, Інформаційний	Керівник органу управління охороною здоров'я державної адміністрації Керівник регіонального центру профілактики та боротьби зі СНІДом	Керівники ЗОЗ	Організаційні, управлінські, правові, фінансові, інформаційні	Індикатори організації, процесу, результату	
								Керівники навчальних закладів
					ЗМП	Організаційні, управлінські, правові, інформаційні		
					Правоохоронні органи	Організаційні, управлінські, правові, інформаційні		
					Керівники НДО	Організаційні, управлінські, правові, фінансові, інформаційні		
					Пацієнтські організації	Організаційні, управлінські, правові, фінансові, інформаційні		
	Місцевий (ЗОЗ)	Для медичних працівників: створення безпечних умов праці, відповідальність за порушення прав пацієнтів	Адміністративний Виробничий Інформаційний	Керівник закладу охорони здоров'я, відповідальна особа	Лікарі	Організаційні, фінансові, правові, матеріально-технічні, інформаційні	Індикатори організації, процесу, результату	
								Середні медичні працівники
								Молодші медичні працівники
		Для пацієнтів: забезпечення прав пацієнтів	Інформаційний	Пацієнти	Пацієнти	Людські: підготовлені фахівці		

Рис. Концептуальна модель системи подолання стигми та дискримінації по відношенню до людей, що живуть з ВІЛ

По відношенню пацієнтів це забезпечення прав пацієнтів в усіх закладах охорони здоров'я. Важливим стратегічним напрямком діяльності у визначеному напрямку є забезпечення населення та всіх пацієнтів закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) доступною достовірною інформацією з питань шляхів передачі ВІЛ та способів профілактики інфікування, прав пацієнтів та шляхів їх захисту.

В кожному закладі охорони здоров'я має бути розроблена та впроваджені комплексна система забезпечення прав пацієнтів та подолання стигми і дискримінації по відношенню до ЛЖВ.

Методи впливу. В запропонованій моделі методи впливу залежать від рівня впливу та стратегічного напрямку діяльності.

На національному рівні основними методами впливу є: законодавчий, економічний, інформаційний, та організаційний. На національному рівні мають бути прийняті законодавчі акти, дія яких скерована на підтримку ЛЖВ та подолання стигми і дискримінації до даної категорії населення. Відповідні міністерства та відомства мають прийняти галузеві програми скеровані на профілактику ВІЛ та подолання стигми і дискримінації по відношенню до ЛЖВ. Насамперед це стосується МОЗ, МОН, Міністерства внутрішніх справ, Міністерства праці і соціальної політики, Міністерства аграрної політики та продовольства України, Міністерства інформаційної політики, Міністерства молоді та спорту, Міністерства культури, Міністерства з питань тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб.

На національному рівні, в рамках державної програми з ВІЛ/СНІДу, мають бути передбачені заходи з подолання стигми та дискримінації по відношенню до ЛЖВ та рівень їх фінансування. Значного фінансування потребують інформаційні програми, які мають бути комплексними та значними по часу і відповідати основним міжнародним підходам до здійснення комунікативної політики.

При формування державного бюджету мають бути передбачені видатки на створення безпечних умов праці медичних працівників і в першу чергу захисту медичних працівників від професійного інфікування ВІЛ (вірусних гепатитів, враховуючи ідентичність шляхів інфікування) та обов'язкового їх страхування на випадок професійного захворювання на ВІЛ.

На регіональному рівні основними методами впливу є: організаційний, правовий, економічний, інформаційний. Дані методи впливу мають використовуватися комплексно, носити міжсекторальний характер і скерованими на забезпечення виконання чинного законодавства. Звертається увага на інформаційний метод впливу. Для його ефективного застосування мають бути розроблені комплексні інформаційні програми із охопленням всіх верств населення. Для подальшого ефективного застосування даного методу на місцевому рівні рекомендується регіональним центрам громадського здоров'я, які наразі створюються в країні, запровадити роботу постійно діючого міжсекторального цільового семінару з питань ВІЛ/СНІДу. До занять в семінарі

необхідно запрошувати спеціалістів, активістів, волонтерів, які є прихильниками подолання стигми та дискримінації по відношенню до ЛЖВ, з метою підготовки пропагандистів даного руху, а також осіб, особливо із числа керівників різного рівня, соціальних працівників, педагогів, працівників ЗМІ, які проявляють стигму та дискримінацію по відношенню до ЛЖВ.

На місцевому рівні основними методами впливу є: адміністративний, виробничий та інформаційний. Комплексне та професійне використання вказаних методів має дати найкращий результат враховуючи індивідуальний та груповий рівень впливу.

На місцевому рівні бажано до формування толерантного відношення до ЛЖВ населення в цілому та окремих його груп співпрацювати із служителями церкви.

Об'єкти впливу. На національному рівні об'єктом впливу є: Міністерство охорони здоров'я України.

На регіональному рівні об'єктом впливу є: керівник органу управління охороною здоров'я державної адміністрації та керівник регіонального центру профілактики та боротьби зі СНІДом (регіонального центру громадського здоров'я).

На місцевому рівні об'єктом впливу є: керівник закладу охорони здоров'я, відповідальна за даний розділ роботи особа.

Суб'єкти впливу. На національному рівні суб'єктом впливу є Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України (КМУ), Центр громадського здоров'я МОЗ України, органи управління охорони здоров'я ОДА.

На регіональному рівні суб'єктом впливу є керівники підприємств, закладів, установ, організацій регіонального рівня та їх працівники, ЗМІ, правоохоронні органи, керівники НДО, лікарські та пацієнтські організації.

На місцевому рівні суб'єктом впливу є: особи, які приймають рішення на місцевому рівні, керівники підприємств, закладів, установ, організацій місцевого рівня та їх працівники, місцеві громади, медичні працівники, вчителі, пацієнти закладів охорони здоров'я.

Ресурси. Для проведення роботи з зменшення та подолання стигми і дискримінації по відношенню до ЛЖВ необхідні значні фінансові, інформаційні, людські ресурси та методичні та навчальні матеріали, відповідна нормативно-правова база.

Головною умовою початку комплексної діяльності в зазначеному напрямку необхідна політична воля осіб, що приймають рішення на всіх рівнях управління до проведення в країні такої роботи.

На національному рівні основними необхідними ресурсами є людські, які потрібні для підготовки законодавчих та нормативно-правових актів та адвокації їх прийняття, розробки інформаційних, методичних та навчальних матеріалів; ЗМІ та інформаційні технології для проведення інформаційних компаній на рівні держави; фінансові та матеріально-технічні для забезпечення роботи на національному рівні.

На регіональному та місцевому рівнях основними необхідними ресурсами є: людські, організаційні, фінансові, правові, матеріально-технічні, інформаційні.

Моніторинг та оцінка. Моніторинг і оцінка діяльності має здійснюватися за індикаторами структури, процесу і результату. Головним результатом діяльності є зниження стигми та дискримінації по відношенню до ЛЖВ. Даний показник можна встановити двома шляхами. Першим є рівень звернень ЛЖВ до правоохоронних органів з питань порушення їх прав в тому числі в закладах охорони здоров'я. Другим шляхом є визначення рівня стигми та дискримінації до ЛЖВ при проведенні соціологічних досліджень серед різних категорій населення на різних територіях.

Рекомендації зі скорочення стигми і дискримінації у зв'язку з ВІЛ у галузі охорони здоров'я

Особливої актуальності питання зниження стигматизації ЛЖВ набуває в умовах реформування системи медичної допомоги населенню України та інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІД у систему первинної медичної допомоги та загальну медичну мережу. Результати дослідження свідчать, по-перше, що і медичні працівники, і пацієнти медичних закладів мають деякі негативні погляди і переконання стосовно людей, які живуть з ВІЛ; по-друге, як одні, так і другі не виключають можливість інфікування ВІЛ під час надання послуг; по-третє, респонденти обох категорій повідомляють про випадки відмов у наданні медичних послуг людям на підставі фактичного або приписуваного ВІЛ-статусу, що свідчить про збереження практики стигматизації цих людей, хоча і меншою мірою, ніж у попередні роки. Поки медичні працівники усіх закладів, незалежно від профілю, не відчуватимуть себе у повній безпеці під час надання послуг ВІЛ-інфікованим пацієнтам, прояви стигми і дискримінації, пов'язаних з ВІЛ, скоріше, збережуться. Це вказує на необхідність включення до галузевої угоди, колективних договорів і угод усіх закладів системи охорони здоров'я, до відповідних розділів, що регламентують питання охорони праці та здоров'я працівників, взаємних зобов'язань сторін щодо зниження стигми та дискримінації, пов'язаних з ВІЛ, сприяння діалогу з питань стигматизації і ризиків ВІЛ-інфікування медичних працівників, підвищення рівня знань медичних працівників щодо того, як вони можуть захиститися від інфікування ВІЛ на робочому місці, а також необхідності здійснення моніторингу ситуації до того часу, поки не будуть отримані дані, що підтверджували б позитивні

зміни у ставленні медичних працівників до людей, які живуть з ВІЛ.

Пропозиції щодо запобігання поширенню стигми і дискримінації, пов'язаних з ВІЛ, у галузі охорони здоров'я:

- активізувати діяльність різного роду координаційних рад, що стосуються протидії поширенню соціально небезпечних хвороб, співпрацю між лікарями, працівниками неурядових організацій, спільнотами ЛЖВ;
- покращити навчальні модулі з питань ВІЛ/СНІДу, включивши до них огляд положень закону про ВІЛ, питання запобігання стигмі й дискримінації;
- підвищувати рівень знань медичних працівників усіх рівнів з питань ВІЛ, з питань особистої безпеки, адже незнайомий ризик завжди сприймається гостріше, ніж ризик, про який людина знає і в контексті якого сама може вживати заходів захисту;
- проводити інформаційні заходи для головних лікарів і старших медичних сестер з тим, щоб вони далі доносили потрібну інформацію до лікарів і середнього та молодшого медичного персоналу;
- проводити більше різних навчальних тренінгів, конференцій, семінарів з питань ВІЛ;
- створити на робочому місці можливості для підвищення медичними працівниками рівня своїх знань з питань стигми і дискримінації;
- збільшити фінансування ЗОЗ, задовольнивши їх потреби у медичному устаткуванні та засобах особистого захисту.

Існує зв'язок між рівнем поінформованості про ВІЛ/СНІД та забезпечення засобами індивідуального захисту медичних працівників закладів охорони здоров'я і рівнем стигми та дискримінації, пов'язаних з ВІЛ, – чим краще людина забезпечена засобами захисту і чим краще вона поінформована про необхідність їх використання, тим у людини менше страху зустрічі надавати послуги ВІЛ-інфікованому пацієнту.

Поінформованість і професійна та соціальна захищеність медичних працівників – головні фактори, які сприяють можливості зниження рівня стигми і дискримінації в закладах охорони здоров'я.

Далі наводимо узагальнені пропозиції щодо заходів із подолання стигми та дискримінації по відношенню до ЛЖВ серед різних категорій населення (табл.).

Таблиця

Узагальнені пропозиції щодо заходів із подолання стигми та дискримінації по відношенню до людей, що живуть з ВІЛ, серед різних категорій населення

Цільова група	Захід	Активності
Медичні працівники	Курси підвищення кваліфікації; семінари, тренінги за місцем роботи; наставництво	Удосконалити зміст програм підвищення кваліфікації медичних працівників з ВІЛ/СНІДу з метою включення питань, пов'язаних зі стигмою і дискримінацією Роз'яснення медичним працівникам персональної відповідальності за ненадання людині медичних послуг або вчинення інших дій стигматизуючого/дискримінуючого характеру на підставі фактичного чи підозрюваного ВІЛ-статусу

Продовження таблиці

	Профспілкові конференції, збори, наради	Сприяти включенню питань профілактики ВІЛ, а також запобігання стигми та дискримінації у зв'язку з ВІЛ, у ЗОЗ, до галузевої угоди та колективних договорів на рівні ЗОЗ
	Всі види комунікацій	Проводити інформаційно-роз'яснювальну роботу серед медичних працівників щодо чинного законодавства, а також нормативних актів, що стосуються захисту працівників галузі від інфікування на робочому місці, обов'язкового медичного страхування, постконтактної профілактики, тощо.
	Управлінський аудит	Посилення контролю за дотриманням чинного законодавства та нормативних актів щодо забезпечення медичних працівників засобами індивідуального захисту; дотримання при роботі з хворими санітарно-епідеміологічних норм та правил з охорони праці; необхідності у випадку виробничої аварії серед працівників екстреного тестування на ВІЛ; доступності для працівників медичних закладів заходів екстреної профілактики інфікування ВІЛ на робочому місці з використанням АРТ; належної реєстрації усіх аварій та нещасних випадків з високим ризиком інфікування ВІЛ на виробництві
	Семінари, конференції, круглі столи	Забезпечити обмін інформацією та досвідом щодо випадків стигми та дискримінації медичних працівників до пацієнтів, а також з питань розв'язання проблем, пов'язаних зі стигмою та дискримінацією медичних працівників
Сфера праці	Проводити періодичне навчання для заінтересованих осіб	Ознайомлення їх з існуючою політикою щодо ВІЛ/СНІДу на робочому місці, програмами профілактики ВІЛ/СНІДу у сфері праці, заходами із запобігання стигми і дискримінації, пов'язаним з ВІЛ, а також міжнародним досвідом протидії цим явищам
		Організувати практику надання консультацій з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу в сфері праці та з питань дискримінації та стигматизації ВІЛ-інфікованих та членів їхніх сімей
Навчальні заклади	Тематичні семінари та тренінги для викладачів та вчителів	Інформування про шляхи передачі ВІЛ, профілактику ВІЛ-інфікування, організацію медико-соціальної допомоги ЛЖВ, права ЛЖВ. Формування толерантного ставлення до ЛЖВ, у тому числі молоді та співробітників
	Аудиторна та позааудиторна робота із учнями та студентами	Інформування про шляхи передачі ВІЛ, профілактику ВІЛ-інфікування, організацію медико-соціальної допомоги ЛЖВ, права ЛЖВ. Формування толерантного ставлення до ЛЖВ, у тому числі однолітків та вчителів
Медіа	Міжсекторальна взаємодія	Виготовлення та поширення соціальної реклами, з метою сприяння толерантному ставленню суспільства до людей, які живуть з ВІЛ
		Висвітлювати заходи з профілактики ВІЛ-інфекції, що ґрунтуються на принципах поваги прав та гідності людини і пропагують здоровий спосіб життя, традиційні духовні, морально-етичні та культурні цінності, відповідальну поведінку, в тому числі через засоби масової інформації та Інтернет-мережі
НУО	Групові та індивідуальні консультації	Організація і проведення роботи громадськими організаціями з пацієнтами медичних закладів з питань захисту своїх прав за принципом «рівний – рівному»; поширення практики судового вирішення спорів щодо порушення прав пацієнтів медичних закладів
		Активізація діяльності громадських організацій серед медичних працівників та пацієнтів ЗОЗ щодо проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи з питань ВІЛ та захисту прав пацієнтів
Загальне населення	Всі види комунікацій	Виховання у людей культури захисту своїх прав, поваги і гідного ставлення до них, а також навчання вимогам дотримання цих прав
	Всі види комунікацій	Інформування громадян про шляхи передачі та профілактику інфікування ВІЛ, їхні права у разі інфікування ВІЛ, включаючи право на недискримінацію, а також на отримання медичних послуг, та про можливі шляхи захисту цих прав у разі їх порушення

Продовження таблиці

	Телевізійні програми	Телевізійні програми про людей, які живуть з ВІЛ
	Богослужіння, сповіді	Формування здорового способу життя та толерантного ставлення до ЛЖВ
Пацієнти	Всі види комунікацій	Інформування про права пацієнтів та шляхи їх захисту
ЛЖВ	Всі види комунікацій	Надання повної інформації про права та способи їх захисту. Надання правової, соціальної та медичної підтримки.
На рівні держави	Зміна законодавства	Доповнення чинного законодавства нормами, які більш суворо регулюють питання захисту прав споживачів у сфері надання медичних послуг/допомоги
		Державної підтримки громадян у напрямі захисту своїх прав у сфері охорони здоров'я
		Внести зміни до діючої нормативно-правової та інструктивно-методичної бази МОЗ України з питань профілактики внутрішньолікарняного та професійного зараження ВІЛ-інфекцією з урахуванням Рекомендацій ВООЗ
Особи, які грубо порушують права ЛЖВ	Керівники закладів та установ. Правоохоронні органи	Притягнення до відповідальності. Висвітлення випадків у ЗМІ

Висновки

Розроблена та запропонована комплексна міжсекторальна система зменшення та подолання стигми та дискримінації по відношенню до ЛЖВ. Система носить державний характер і в своїй діяльності за рівнями управління розділяється на національний, регіональний та місцевий.

Для досягнення позитивних результатів необхідні зусилля та ресурси всіх секторів державного та

приватного сектору. У населення країни необхідно сформулювати таке відношення до людей які нас оточують, якого вони хотіли б до себе у разі появи особистих проблем.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням результатів впровадження комплексної міжсекторальної системи зменшення та подолання стигми і дискримінації по відношенню до ЛЖВ.

Література

1. ВООЗ і МОП: Спільні керівні принципи ВООЗ/МОП щодо постконтактної профілактики з метою попередження інфікування ВІЛ (Женева, 2008) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/PEP/en>. – Назва з екрана.
2. ВООЗ: Інтеграція гендерного аспекту в програми протидії ВІЛ/СНІДу у сфері охорони здоров'я: інструмент задоволення потреб жінок (Женева, 2009) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.who.int/gender/documents/gender_hiv/en/index.html. – Назва з екрана.
3. ВООЗ: Рекомендації щодо управління якістю у багатодисциплінарних службах безпеки та гігієни праці (Женева, 1999) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.who.int/gender/documents/gender_hiv/en/index.html. – Назва з екрана.
4. Дослідження стигми і дискримінації, пов'язаних з ВІЛ-статусом, серед медичних працівників і по відношенню до пацієнтів в Україні: Заключний звіт / Л. М. Амджадін, Ю. О. Привалов, Г. І. Чепурко; виконано Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАН України. – Київ, 2012. – 154 с.
5. Звіт про науково-дослідну роботу «Профілактика ВІЛ/СНІДу на робочому місці в системі охорони здоров'я України (пілотне дослідження)» / ДУ «Інститут медицини праці АМН України». – Київ, 2009.
6. Іванов С. В. Глобальна епідемія СНІДу. Загальний стан проблеми / С. В. Іванов, М. М. Шупенько, В. М. Король // Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія. – 2006. – № 3–4 (9). – С. 183–189.
7. Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс Стигми. – Київ : Інжиніринг, 2011 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://network.org.ua/assets/books/download_books/Cbroshurawww.pdf. – Назва з екрана.
8. Стигма в зв'язі с ВИЧ: Межстрановой анализ результатов исследования на основе «Индекса стигматизации людей, живущих с ВИЧ» в Эстонии, Молдове, Польше, Турции и Украине [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://www.gnpplus.net/en/programmes/human-right/plhivstigma-index>. – Название с экрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.08.2017 р.

Характеристика функціонально-організаційної системи подолання стигми і дискримінації в відношенні людей, живущих з ВІЧ*В.І. Білак–Лук'яничук*Закарпатський центр профілактики і боротьби со СПІДом,
г. Ужгород, Україна

Цель – розробити і представити функціонально-організаційну систему подолання стигми і дискримінації по відношенню к людям, живущим с ВІЧ.

Матеріали та методи. Інформаційною базою дослідження виступили дані досвіду країн світу в подоланні стигми і дискримінації по відношенню к людям, живущим с ВІЧ. При виконанні роботи використані наступні методи: бібліосемантичний, структурно-логічний аналіз, описательного моделювання. Методичною основою дослідження став системний підхід.

Результати. Розроблена і запропонована комплексна міжсекторальна система зниження і подолання стигми і дискримінації по відношенню к людям, живущим с ВІЧ. Система має державний характер і в своїй діяльності по рівням управління розділяється на національний, регіональний і місний. Стратегічні напрями діяльності, об'єкти, суб'єкти і методи впливу, необхідні ресурси і індикатори моніторингу і оцінки залежать від рівня управління.

Висновки. Для досягнення позитивних результатів в подоланні стигми і дискримінації по відношенню к людям, живущим с ВІЧ, необхідні зусилля і ресурси як державного, так і неправительственного сектора. У населення країни необхідно сформувати таке відношення к людям, живущим с ВІЧ, якє вони хотіли б к себе в случает появи личних проблем.

Ключевые слова: люди, живущие с ВІЧ, стигма, дискримінація, подолання, функціонально-організаційна система, характеристика.

Characteristic of functional and organizational system to cope with stigma and discrimination in relation to the people living with HIV*V.Y. Bilak–Lukianchuk*Transcarpathian Center of AIDS Prophylaxis
and Counteraction, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to develop and introduce functional and organizational system to cope with stigma and discrimination in relation to people living with HIV.

Materials and methods. The following methods were used for the research: bibliosemantic method, methods of structural and logical analysis and descriptive simulation. The system approach became the methodical basis of the study. The informational basis of the research are information and experience of different countries in overcoming stigma and discrimination in relation to people living with HIV.

Results. The complex cross-sectoral system of reducing and overcoming stigma and discrimination in relation to people living with HIV was developed and proposed. The system is of public governance and divided into national, regional and local levels. Directions of activity, objects, subjects and methods of influence, necessary resources and also monitoring and estimating indicators depend on the level of management.

Conclusions. To achieve positive results in overcoming stigma and discrimination in relation to people living with HIV it needs efforts and resources of all private and state sectors. It is very important to form positive and careful attitude to people living with HIV.

Key words: people living with HIV, stigma, discrimination, overcoming, functional and organizational system, characteristic.

Відомості про автора

Білак–Лук'яничук Вікторія Йосипівна – завідувач центру МіО Закарпатського центру профілактики та боротьби із СНІДом; вул. Другетів, 72, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Ресурсне забезпечення центрів первинної медико-санітарної допомоги та профілактика хвороб системи кровообігу

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Мета – провести аналіз ресурсного забезпечення центрів первинної медико-санітарної допомоги Запорізької області щодо забезпечення профілактичних заходів у зв'язку з хворобами системи кровообігу дорослого населення.

Матеріали та методи. Проведено дослідження стану ресурсного забезпечення 32 центрів первинної медико-санітарної допомоги Запорізької області (генеральна сукупність) та аналіз знань лікарів первинної ланки про провідні фактори ризику хвороб системи кровообігу.

Результати. На підставі аналізу проспективних наукових досліджень, проведених у різних країнах світу, даних ВООЗ виділено основні чинники ризику хвороб системи кровообігу у двох основних групах: модифіковані та не модифіковані. На підставі анкетування лікарів первинної ланки показано низький рівень їх знань про відповідність нормативним значенням показників, зміни яких є фактором ризику виникнення чи ускладнення провідних нозологій класу хвороб системи кровообігу. Показано недосконалість ресурсного забезпечення центрів первинної медико-санітарної допомоги: кадрового, матеріально-технічного, споруди.

Висновки. Встановлено високу потребу не тільки в підвищенні рівня кадрового укомплектування та зміцнення матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу населенню, але й підвищенні рівня базових та спеціальних знань із питань профілактики хвороб системи кровообігу серед лікарів первинної ланки.

Ключові слова: хвороби системи кровообігу, ресурси, профілактика.

Вступ

Стратегічний курс державного розвитку України на інтеграцію до Європейського Союзу має на меті досягнення високих соціальних та економічних показників розвинених країн. Стан забезпечення та функціонування однієї з провідних сфер життєдіяльності – медичної галузі країни – це ознака, що характеризує суспільний прогрес і суттєво впливає на державний розвиток [12].

Незважаючи на те, що сучасний розвиток кардіології та кардіохірургії в Україні характеризується активним втіленням нових технологій обстеження та лікування, до теперішнього часу відсутня позитивна динаміка показників здоров'я, які пов'язані з серцево-судинною патологією. Значне «помолодшання» серцево-судинної та мозкової патології свідчить про те, що сьогодні в нашому суспільстві не працюють ефективні технології профілактики, а присутня лише констатація та більш успішне лікування сформованих патологічних станів [3].

Сучасний стан впровадження профілактичної роботи вже давно потребує загальнодержавного підходу, в рамках якого охорона здоров'я населення має бути включена до всіх відповідних заходів політики держави.

За оцінками дослідження Всесвітнього економічного форуму і Гарвардського університету, відсутність адекватної системи профілактики та неінфекційна захворюваність впродовж найближчих 20 років коштуватимуть глобальній економіці більш ніж

30 трлн доларів США, що еквівалентно 48% глобального ВВП, тобто при запровадженні недостатньо ефективних профілактичних заходів зростає кількість хронічних станів [23].

На жаль, провідною причиною інвалідності та смертності в Європі та Україні залишаються ХСК. Так, смертність від серцево-судинних захворювань в країнах Європейського регіону Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) становить майже 50% усіх випадків смерті, 35% – у країнах Європейського Союзу, в той час як у нашій країні – близько 65%. Кількість дорослих, які мають ХСК, досягла 26,4 млн осіб, що становить 57,5% населення нашої держави, з них 9,6 млн – особи працездатного віку (2015 р). За прогнозом до 2030 р. в світі від ХСК загине близько 23,3 млн осіб [6], головним чином від захворювань серця та інсульту, які лишатимуться єдиними основними причинами смерті.

Мета роботи – провести аналіз ресурсного забезпечення центрів первинної медико-санітарної допомоги Запорізької області щодо забезпечення профілактичних заходів у зв'язку з хворобами системи кровообігу дорослого населення.

Матеріали та методи

Бібліосемантичний аналіз міжнародних документів, діючих нормативно-правових актів, наукових досліджень стосовно проблеми серцево-судинних захворювань. Дослідження стану технічного забезпечення 32 центрів первинної медико-санітарної допомоги

(ЦПМСД) Запорізької області (генеральна сукупність) відповідно до примірного таблицю оснащення, затвердженого наказом МОЗ України від 27.12.2013 р. № 1150 [17], стану забезпечення лікарями та середнім медичним персоналом ЦПМСД. Нами за умови інформованої згоди проведено анкетування 120 лікарів первинної ланки по анкетам закритого типу, вибраних довільно (випадковим механічним відбором).

Результати дослідження та їх обговорення

Сьогодні профілактична медицина стає загально визнаним стандартом, оскільки світовий досвід свідчить про те, що зниження підвищених рівнів факторів ризику (ФР) супроводжується зниженням рівня захворюваності та смертності населення внаслідок хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ).

Так, у Канаді була створена програма «Канадська ініціатива здорового серця». Великих успіхів у зниженні смертності від ХСК має Фінляндія, де в результаті здійснення інтегрованих профілактичних заходів за останні 20 років вдалося знизити смертність від ХНІЗ на 60% [7].

Зниження частоти ХСК в західних країнах Європи відбулося завдяки вдосконаленню первинної і вторинної профілактики, а також поліпшенню терапевтичних та хірургічних методів лікування хворих.

Отже, актуальною та вкрай важливою є розробка заходів щодо подолання цих негативних тенденцій. Тому питання профілактики, які в усьому цивілізованому світі стали основною ефективною стратегією подовження тривалості життя, набувають особливої актуальності і для нашої держави [21].

Так, країни члени ВООЗ узгодили між собою перелік цільових показників по зниженню смертності на 25% до 2025 р. від чотирьох основних ХНІЗ у осіб у віці 30–70 років [6]. За даними ВООЗ, понад 3/4 усієї смертності від серцево-судинної патології можна попередити за допомогою відповідних змін способу життя [6].

За різними даними тільки у 17–25% дорослого населення країни не має ні ішемічної хвороби серця, ні ФР. Решта дорослого населення потребує первинної або вторинної профілактики [5].

За останні 20 років накопичено великий обсяг наукової літератури про негативні наслідки відсутності профілактики ХСК, при цьому вкрай мало результатів з їх профілактики, особливо на рівні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), що вимагає проведення нових досліджень в цьому напрямку. В системі охорони здоров'я існують служби, які займаються роботою з населенням, в основному, на індивідуальному рівні – дільничний або сімейний лікар і центри медичної профілактики в структурі суспільної охорони здоров'я [4].

В умовах реформування системи охорони здоров'я установи ПМСД відіграють провідну роль в профілактиці хвороб серед населення [15, 18, 20]. На думку Ю.П. Лісіцина [10], у системі ПМСД повинно

реалізуватися до 90% всієї потреби в діагностичній та профілактичній допомозі.

Як відомо, основним видом діяльності сімейних лікарів є профілактична робота [18]. Саме сімейний лікар має унікальну можливість коригувати ФР у пацієнтів за допомогою медикаментозних і немедикаментозних втручань. Однак, за даними опитувань, ставлення більшості медичних працівників до профілактики, заходів щодо зміни способу життя на сьогодні залишається скептичним, а їх ефективність береться під сумнів, тому що вони вважають, що результати профілактики незначні та не виправдовують затрачених зусиль. Лікарі є недостатньо поінформованими щодо критеріїв і методів корекції ФР [2, 19].

За даними різних наукових досягнень, головними причинами (за даними соціологічного опитування) неефективної роботи лікарів первинної ланки при проведенні профілактичної роботи, є жорсткий ліміт часу на прийомі, маса рутинної паперової роботи, відсутність узгоджених рекомендацій з ведення хворих і особливо осіб з ФР, нечіткі критерії оцінки ефективності профілактики і відсутність мотивації праці, але відповідно до змін нормативно – правової бази між дільничним терапевтом та сімейним лікарем існує велика різниця, навіть у функції лікарської посади: сімейні лікарі мають прикріплене населення, а не час, відведений на прийом. У зв'язку з цим подальшого вивчення потребують питання мотивації профілактичної діяльності персоналу медичної організації [8, 16]. Переважна більшість медичної спільноти вважає, що розробка та впровадження в практику методичних рекомендацій із питань профілактики ХСК на рівні медичних працівників первинної ланки сприятиме поліпшенню здоров'я населення України, але інші доводять, що треба змінити ментальність та ставлення населення до свого здоров'я [3].

Важливість проблеми потребує необхідної підготовки медичних працівників. Так, на посаду сімейного лікаря призначаються спеціалісти, які пройшли підготовку в інтернатурі за спеціальністю «загальна практика-сімейна медицина» (ЗПСМ) або терапевти чи педіатри, що пройшли шестимісячні курси зі спеціалізації ЗПСМ. Цього досвіду недостатньо для формування навичок щодо профілактичної роботи, зокрема, визначення ФР ХСК на ранніх етапах розвитку, тобто ще до виникнення серйозних захворювань серця та судин.

Проблема профілактики ХНІЗ може бути вирішена за рахунок створення так званого інформаційного поля або відповідного інформаційного впливу в трьох напрямках: на медичних працівників первинних структур охорони здоров'я за допомогою різних методів удосконалення переддипломної підготовки і післядипломної освіти; на осіб із ФР, у тому числі при сприянні лікарів ЗПСМ; на населення в цілому – через засоби масової інформації. Населення є самостійною ланкою в профілактиці, виступаючи одночасно і як об'єкт, і як суб'єкт профілактики. Аналіз отриманих даних вітчизняних вчених виявив, що тільки половина [14] опитаних отримувала інформацію про здоров'я

будь-коли. Лише 7% населення відвідували хоча б раз на рік лекції з питань здоров'я, а 8% читали брошури та пам'ятки про здоров'я щотижня і 17% – щомісяця [19].

Лікар ЗПСМ повинен усвідомити та донести до пацієнтів те, що профілактичні заходи, спрямовані на регулювання модифікованих факторів кардіоваскулярного ризику, є найбільше дієвим інструментом в боротьбі з ще нерозвиненою хворобою. А здійснення цього виду діяльності дасть змогу суттєво поліпшити стан здоров'я населення за рахунок зниження рівня захворюваності, кількості ускладнень та інвалідизації.

Відповідно до сучасних рекомендацій, профілактика ХСК має базуватися на концепції ФР розвитку ХСК, основою яких є модифікація способу життя та зниження ФР з метою запобігання виникненню захворювань ще на доклінічних стадіях їх розвитку. Майже 60% загального тягаря хвороб у Європейському регіоні ВООЗ припадає на 7 провідних поведінкових та біологічних ФР, а саме на високий кров'яний тиск (12,8%), тютюн (12,3%), алкоголь (10,1%), підвищений рівень холестерину у крові (8,7%), надмірну масу тіла (7,8%), недостатнє споживання фруктів і овочів (4,4%), малорухомий спосіб життя (3,5%) [2].

Критерії ФР ХСК виявляються та оцінюються за даними анкетування пацієнтів, вимірювання артеріального тиску (АТ), антропометрії, визначення у крові рівнів загального холестерину та глюкози.

Сімейний лікар повинен пропонувати виконувати прості правила для здорового серця: не курити; прогулюватися мінімум 30 хвилин на день; вживати п'ять порцій фруктів або овочів протягом дня; підтримувати рівень АТ на рівні менше ніж 120/80 мм рт. ст.; контролювати масу тіла і підтримувати індекс маси тіла (ІМТ) на рівні не більше 25 кг/м²; підтримувати показники загального холестерину на рівні до 5 ммоль/л, холестерину ліпопротеїдів низької щільності – до 3 ммоль/л; вміст глюкози крові – до 6 ммоль/л [8]. Для підвищення ефективності профілактики лікар може також використовувати допоміжні матеріали (пам'ятки, буклети, відеоматеріали, Інтернет-ресурси тощо).

За даними нашого опитування 82% лікарів ЗПСМ знають, що найпоширенішим ФР ХСК серед населення світу є підвищений рівень АТ, але лише кожен третій з них знає, що оптимальний рівень АТ здорової людини (36%) повинен бути не вище ніж 120/80 мм рт. ст. Правильні відповіді про нормальний рівень глюкози крові натщесерце здорової людини надало 79% опитаних, надлишкову вагу за ІМТ – 51% лікарів, в той час як про критичні показники окружності талії здорової людини обізнано взагалі лише 13%, а нормальний рівень фізичної активності здорової людини – 28%. Результати анкетування про нормальний рівень холестерину крові здорової людини, помірне вживання та стандартну дозу алкоголю не досягли навіть 20%, по кожній окремо. Навіть про те, що мінімальний рівень ризику куріння – це 0 цигарок за день знали тільки 64% лікарів. Таким чином, 100% правильних відповідей не було надано лікарями не про один загальновідомий ФР ХСК.

Однак навіть якщо сімейний лікар знає та хоче навчити пацієнта вести здоровий спосіб життя, дотримуватися здорового харчування та надає йому відповідні рекомендації щодо профілактики ХСК, все одно неабияку роль відіграє матеріально-технічна база медичних установ, в яких працюють лікарі ЗПСМ.

У всіх ключових документах Всесвітньої організації сімейних лікарів висвітлена значна і соціальна роль лікарів ЗПСМ, однак у багатьох країнах світу лікарі первинної ланки працюють у неналежних умовах, без достатнього оснащення і фінансування [13, 23]. На жаль, ЦПМСД нашої країни не є виключенням.

Одним із найголовніших ФР розвитку ХСК є підвищений АТ. Так, 9,4 млн щорічних випадків смерті, що відповідає 16,5% усіх випадків смерті, може бути обумовлено підвищенням кров'яного тиску [7]. Серед мешканців країн Європи та США поширеність цього ФР становить 25%. Артеріальна гіпертензія підвищує ризик смерті від ХСК у 3 рази. Якщо не вжити термінових профілактичних заходів, прогнозується зростання кількості смертей від ХСК до 20 млн випадків до 2020 р. [14].

Також, за результатами багатофакторного аналізу даних 26-річного Фремінгемського дослідження, ожиріння є вагомим ФР ХСК як у чоловіків, так і в жінок [1]. Прогнозують, що у 2020 р. надмірну масу тіла матимуть 2,3 млрд дорослого населення світу, ожиріння – 700 млн. У Європі до 2020 р. загальна кількість дорослих, які страждають від ожиріння, досягне 150 млн, а дітей до 15 млн [2]. Виявлення рівня глюкози в крові та діагностування гіперглікемії є важливим фактором профілактики ХСК. Відповідно до кількості лікарів, а також молодших спеціалістів з медичною освітою, що здійснюють обслуговування вдома, кожен заклад надання ПМСД повинен мати апарат визначення рівня глюкози крові у комплекті. Ще одним із провідних ФР ХСК є порушення ліпідного обміну, а саме гіперхолестеринемія та гіпертригліцеридемія. За даними літератури ризик виникнення ішемічної хвороби серця (ІХС) при підвищеному рівні холестерину збільшується у 2,2–5,5 рази [1].

В рейтингу країн Європейського регіону ВООЗ у 2011 р. Україна посіла четверте місце за поширеністю куріння серед чоловіків, п'яте місце – за споживанням алкоголю на душу населення. У той же час завдяки цілеспрямованій антитютюнової політики рівень куріння в західних країнах за останні десятиліття істотно знизився. Середній рівень поширеності куріння в країнах Західної Європи становить 34% серед чоловіків і 25% серед жінок. У країнах Східної Європи курять 47% чоловіків і 20% жінок. У США поширеність куріння серед дорослого населення в середині 1990-х років становила менше 25%. В останні роки ці показники знизилися до 24% серед чоловіків і 21% – серед жінок, а в деяких штатах – до 20% і 14% відповідно. Значення тютюнокуріння як ФР ХСК і передчасної смерті доведено численними дослідженнями і є загально визнаним фактом. За даними Фремінгемського дослідження [22], тютюнокуріння вдвічі підвищує ризик розвитку

стенокардії та інфаркту міокарда і майже в 5 разів – виникнення раптової смерті. Встановлено, що близько третини випадків смерті від ІХС пов'язано з тютюнокурінням [23].

Водночас, за показниками здорового способу життя, такими як рівень фізичної активності, споживання овочів і фруктів на людину в день, країна посідає 31-ше місце серед інших європейських країн. Фізична активність – є одним з факторів, на який можна активно впливати. Слід зазначити, що в осіб, які ведуть малорухомий спосіб життя, ризик виникнення артеріальної гіпертензії на 20–50% вищий, ніж у фізично активних [19].

З вищенаведеного стає зрозуміло, для чого кожен заклад надання ПМСД повинен мати відповідне діагностичне обладнання та вироби медичного призначення для контролю над ФР (АТ, ІМТ, рівень

холестерину крові та ін.). Відповідно до отриманих даних з ЦПМСД Запорізької області на запит щодо забезпеченості медичним обладнанням та виробами медичного призначення, затвердженими наказом МОЗ України від 27.12.2013 р. № 1150 [17], що використовуються у роботі лікарями та середнім медичним персоналом для профілактики ХСК, встановлено, що протягом 2013–2015 рр. спостерігається дуже повільна позитивна динаміка, але жодна позиція з таблиця оснащення не досягла 50%, у середньому лише 25% (табл.). Результати інвентаризації ЦПМСД підтвердили, що матеріально-технічний стан більшості з них не відповідає сучасним вимогам, відсутнє обладнання для здійснення елементарних діагностичних та лікувальних процедур, значна частина техніки фізично та морально зношені, будівлі потребують капітального ремонту.

Таблиця
Динаміка забезпеченості закладів ПМСД медичним обладнанням, %
(згідно з переліком Примірною таблиця оснащення ЦПМСД,
затвердженим наказом МОЗ України від 27.12.2013 р. № 1150)

Найменування обладнання	Станом на 01.01.2013 р.	Станом на 01.01.2015 р.
Тонometr із набором манжет	40	48
Стетофонендоскоп	28	36
Отоофтальмоскоп	4	13
Рулетка вимірвальна	2	4
Глюкометр	4	10
Ростомір	29	41
Ваги медичні (для дорослих)	31	32
Електрокардіограф	35	42
Загальна укомплектованість	19	25

Також однією з головних проблем є забезпечення первинної ланки відповідними кадрами з урахуванням кваліфікації, освіти, спеціалізації та інших характеристик. Аналіз укомплектованості штатних посад ЦПМСД лікарями показав, що в середньому вона є достатньою 80,2% (40,1÷95,3%). Спостерігається різниця в укомплектованості між лікарями та молодшими спеціалістами із медичною освітою (у середньому – 94,4%). Ситуація ускладнюється віковою структурою кадрового складу. Кожен четвертий медичний працівник у закладах, що надають ПМСД (26%) досяг пенсійного віку, протягом двох років майже кожен п'ятий лікар досягне його.

Висновки

Аналіз міжнародного та вітчизняного досвіду засвідчив, що ресурсне забезпечення закладу охорони здоров'я: робоче місце лікаря первинної ланки, кадровий потенціал, споруда, матеріально-технічне оснащення мають значний вплив на профілактику хвороб системи кровообігу серед населення.

Стрімке зростання поширеності хвороб системи кровообігу в світі обумовлено значною розповсюдженістю керованих чинників ризику, недотриманням населенням здорового способу життя, недосконалістю існуючих у країні профілактичних заходів, а також низьким рівнем знань медичних працівників, у т.ч. і лікарів, опитування яких показало, що 100% правильних відповідей не було надано не про один загальновідомий фактор ризику хвороб системи кровообігу.

Показано, що забезпечення первинної ланки відповідними кадрами є достатнім – 80,2% (40,1÷95,3%), але спостерігається різниця в укомплектованості між лікарями та середнім медичним персоналом. Ситуація ускладнюється віковою структурою кадрового складу: кожен четвертий медичний працівник у закладах, що надають ПМСД (26%) досяг пенсійного віку, протягом двох років майже кожен п'ятий лікар досягне його.

Встановлено, що забезпеченість медичним обладнанням та виробами медичного призначення, затвердженими наказом МОЗ України від 27.12.2013 р. № 1150 є незадовільною: жодна позиція не досягла 50%, у середньому лише 25%.

Перспективи подальших досліджень

Перехід до широкого запровадження в медичну практику сімейної медицини є досить тривалим, болючим і складним процесом і потребує передусім не лише правового забезпечення її розвитку, але й бажання самих медичних працівників і населення змінити ситуацію на краще. Розвиток загальної практики – сімейної медицини

створює реальні умови для впровадження профілактики у життя. Важливими кроками, що потрібні для успішного втілення профілактичного напрямку хвороб системи кровообігу в роботу сімейного лікаря, залишаються створення системи матеріальної зацікавленості, достатнього ресурсного забезпечення та покращення освіти фахівців із питань профілактики та здорового образу життя.

Література

1. *Баланси та споживання основних продуктів харчування населенням України* : статистичний збірник / за ред. Н. С. Власенко. – Київ, 2013. – 56 с.
2. *Басиев В. А.* Анализ факторов риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний / В. А. Басиев // *Фундаментальные и прикладные аспекты создания биосферно-совместимых систем* : I международная научно-техническая интернет-конференция, г. Орел, 1–15 декабря 2012 г. – Орел, 2012.
3. *Доклад о человеческом развитии 2011. Устойчивое развитие и равенство возможностей: лучшее будущее для всех* / пер. с англ.; ПРООН. – Москва : Весь мир, 2011. – 188 с.
4. *Доступность и качество амбулаторно-поликлинической помощи* / Н. К. Гусева, В. А. Соколов, И. А. Соколова [и др.] // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2013. – № 2. – С. 16–18.
5. *Європейська база даних «Здоров'я для всіх»* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.euro.who.int>. – Назва з екрана.
6. *Здоровье-2020. Основы европейской политики и стратегии для XXI века* [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>. – Название с экрана.
7. *Клочков В. П.* Международные проекты по снижению сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний населения / В. П. Клочков // *Инновационное образование и экономика*. – 2015. – № 19. – С. 53–59.
8. *Лашкул З. В.* Соціально-гігієнічне дослідження факторів ризику серцево-судинних захворювань серед лікарів різних фахових груп, з'ясування ставлення лікарів до проблем профілактики / З. В. Лашкул // *Запорізький медичний журнал*. – 2014. – № 3. – С. 23–25.
9. *Лехан В. М.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // *Україна. Здоров'я нації*. – 2010. – № 1 (13). – С. 5–23.
10. *Лисицын Ю. П.* Санология – наука об общественном здоровье и здоровом образе жизни / Ю. П. Лисицын. – Москва, 2001. – 231 с.
11. *Модель организации медицинской помощи населению Белгородской области* / М. А. Степчук, Т. М. Пинкус, Д. П. Боженко [и др.] // *Медицина. Фармация*. – 2012. – № 10 (129), Вып. 18. – С. 84–94.
12. *Новая европейская политика здравоохранения Здоровье – 2020* // *Шестидесят первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. EUR/RC61/Inf. Doc. / 4* (Баку, Азербайджан, 12–15 сентября 2011 г.). – Копенгаген : ЕРБ, 2011.
13. *Окремі аспекти процесу управління системи забезпечення якості медичної допомоги на сучасному етапі* / В. В. Степаненко, О. А. Цімейко, О. В. Калюжна [та ін.] // *Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я*. – 2007. – № 4. – С. 56–59.
14. *Основные показатели здоровья в Европейском регионе ВОЗ. 2013: В центре внимания – неинфекционные заболевания*. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2013. – 10 с.
15. *Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина* : монографія / В. М. Князевича, З. М. Митник, Г. О. Слабкий [та ін.] ; МОЗ України. – Київ, 2010. – 404 с.
16. *Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2011–2012 роки*. – Київ : Центр медичної статистики МОЗ України, 2013. – 328 с.
17. *Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів* : наказ МОЗ України від 27.12.2013 р. № 1150 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20131227_1150.html. – Назва з екрана.
18. *Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, перспективи* / В. В. Лазоришинець, Р. В. Салютін, Г. О. Слабкий [та ін.]. – Київ, 2014. – 207 с.
19. *Скибчик В. А.* Прогностична цінність факторів ризику серцево-судинних захворювань для визначення тривалості життя 50-річних жінок / В. А. Скибчик, С. Д. Бабляк, Ю. О. Матвієнко // *Український медичний часопис*. – 2012. – № 1 (84), Т. I–II. – С. 131–132.
20. *Слабкий Г. О.* Нові підходи до організації первинної медико-санітарної допомоги / Г. Слабкий, К. Надутий, Л. Матюха // *Практика управління медичним закладом*. – 2011. – № 7. – С. 16–22.

21. 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.
22. Aakre C. A. Comparison of clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation / C. A. Aakre, C. J. McLeod, S. S. Cha // Stroke. – 2014. – Vol. 45 (2). – P. 426–431.
23. Australian Bureau of Statistics. Australian Health Survey: Updated results 2011–2012. Cat no. 4364.0.55.003. – Canberra : ABS; 2013.
24. European action plan for strengthening public health capacities and services [Electronic resource]. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe. 2012. – Access mode : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf. – Title from the screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.07.2017 р.

Ресурсное обеспечение центров первичной медико-санитарной помощи и профилактика болезней системы кровообращения

В.И. Клименко, И.Н. Кремсарь, А.В. Коваленко
Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Цель – провести анализ ресурсного обеспечения центров первичной медико-санитарной помощи Запорожской области по обеспечению профилактических мероприятий в связи с болезнями системы кровообращения взрослого населения.

Материалы и методы. Проведено исследование состояния ресурсного обеспечения 32 центров первичной медико-санитарной помощи Запорожской области (генеральная совокупность) и анализ знаний врачей первичного звена о ведущие факторы риска болезней системы кровообращения.

Результаты. На основании анализа проспективных исследований, проведенных в различных странах мира, данных ВОЗ выделены основные факторы риска болезней системы кровообращения в двух основных группах: модифицированные и немодифицированные. На основании анкетирования врачей первичного звена показан низкий уровень их знаний о соответствии нормативным значениям показателей, изменения которых является фактором риска возникновения или осложнения ведущих нозологий класса болезней системы кровообращения. Показано несовершенство ресурсного обеспечения центров первичной медико-санитарной помощи: кадрового, материально-технического, сооружения.

Выводы. Установлена высокая потребность не только в повышении уровня кадрового укомплектования и укрепления материально-технического обеспечения учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медицинскую помощь населению, но и в повышении уровня базовых и специальных знаний по вопросам профилактики болезней системы кровообращения среди врачей первичного звена.

Ключевые слова: болезни органов системы кровообращения, ресурсы, профилактика.

Resource provision of primary health care centers and prevention of circulatory system diseases

V.I. Klymenko, I.M. Kremsar, A.V. Kovalenko
Zaporizhzhya State Medical University,
Zaporizhzhya, Ukraine

Purpose – conducting analysis of resources provision of primary health care centers of Zaporizhzhya region for provision of preventive measures in connection with diseases of the blood circulation system of the adult population.

Materials and methods. Research of the state of resource support of 32 primary health care centers in the Zaporizhzhya region (general population) and analysis of the knowledge of primary care physicians about the leading risk factors for circulatory system diseases.

Results. Based on the analysis of prospective scientific studies conducted in different countries of the world, WHO data highlighted the main risk factors for circulatory system diseases in two main groups: modified and unmodified. Based on the questioning of primary care physicians, low level of their knowledge about conformity of normal values of indicators, changes which are a risk factor for the occurrence or complication of leading nosologies of the class of diseases of the circulatory system, is shown. The imperfection of the resource support of the primary health care centers is shown: personnel, material and technical, buildings.

Conclusions. There is a high need not only to increase the level of staffing and strengthen the material and technical support of health facilities providing primary medical care to the population, but also to raise the level of basic and specialized knowledge on the prevention of circulatory diseases among primary care physicians.

Key words: cardiovascular diseases, resources, prevention.

Відомості про авторів

Клименко Вікторія Іванівна – д.мед.н., проф., завідувач кафедри охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи Запорізького державного медичного університету; просп. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, Україна.

Кремсарь Ірина Миколаївна – асистент кафедри охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи Запорізького державного медичного університету; просп. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, Україна.

Коваленко Андрій В'ячеславович – к.мед.н., асистент кафедри охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи Запорізького державного медичного університету; просп. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035, Україна.

УДК 614.2:616-082:65.018(477.46)

М.В. Лобас

Оцінка сільським населенням Черкаської області доступності та якості первинної, вторинної та екстреної медичної допомоги

Управління охорони здоров'я Черкаської обласної державної адміністрації, м. Черкаси, Україна

Мета – вивчити оцінку сільським населенням Черкаської області доступності та якості первинної та вторинної медичної допомоги.

Матеріали та методи. За спеціально розробленою та затвердженою рішенням біоетичної комісії Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України анкетною опитано 400 сільських жителів Черкаської області. Під час виконання даного дослідження використано соціологічний та статистичний методи.

Результати. Результати соціологічного опитування вказують на те, що для сільських жителів Черкаської області найбільш доступною фізично та економічно і якісною є екстрена медична допомога.

Висновки. Отримані результати соціологічного дослідження щодо доступності та якості первинної, вторинної та екстреної медичної допомоги повинні бути використані в процесі структурної перебудови системи надання медичної допомоги, яка має бути скерована на забезпечення доступності та якості передусім первинної медико-санітарної допомоги для сільського населення області.

Ключові слова: сільські жителі, медична допомога, доступність, якість, опитування, оцінка.

Вступ

В умовах реформування системи надання медичної допомоги населенню [3, 4, 6, 7], яке проводиться в Україні важливе значення приділяється доступності [2, 5] та якості [1, 5] медичної допомоги. Для визначення рівня доступності та якості медичної допомоги важливе значення мають соціологічні дослідження, які проводяться серед населення.

Дане і визначило актуальність даного дослідження та його мету і методи.

Мета роботи – вивчити оцінку сільським населенням Черкаської області доступності та якості первинної та вторинної медичної допомоги.

Матеріали та методи

Під час виконання даного дослідження використано соціологічний та статистичний методи. За спеціально розробленою та затвердженою рішенням біоетичної комісії Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України анкетною опитано 400 сільських жителів Черкаської області. Дані про респондентів наведено в таблиці 1.

Характеристика респондентів, які взяли участь у дослідженні, в цілому відповідає структурі сільського населення області.

При проведенні дослідження збережено конфіденційні дані про респондентів.

Зібраний статистичний матеріал оброблено за допомогою програми Statistica-6 та MS Excel.

Таблиця 1

Характеристика респондентів

Показник	Абс.	%
Чоловік	154	38,5
Жінка	246	61,5
Вік		
Працездатний	128	32,0
Старший за працездатний	272	68,0
Соціальний статус		
Працює	41	10,25
Приватний підприємець	33	8,25
Безробітний	54	13,5
Інвалід	42	10,5
Пенсіонер	211	52,75
Інше	19	4,75
Наближеність місця проживання до районного центру		
Наближено	237	59,25
Віддалено	163	40,75

Результати дослідження та їх обговорення

На першому етапі дослідження вивчалися та аналізувалися дані щодо оцінки респондентами стану власного здоров'я. Отримані результати наведено в таблиці 2.

Таблиця 2
Оцінка стану власного здоров'я

Показник	Абс.	%
Практично здоровий	27	6,75±1,3
Щорічно має гострі захворювання за відсутності хронічних	31	7,75±1,3
Має 1 хронічне захворювання	112	28,0±2,2
Має 2–3 хронічні захворювання	95	23,75±2,1
Має 4–5 хронічних захворювання	76	19,0±2,0
Має більше 5 хронічних захворювання	59	14,75±1,8

За даними таблиці 2, тільки 58 (14,5±1,8%) респондентів із числа жителів Черкаської області не мають хронічних захворювань. А 59 (14,75±1,8%) мають більше 5 хронічних захворювань, 76 (19,0±2,0%) – 4–5 хронічних захворювань, 95 (23,75±2,1%) – 2–3 хронічні захворювання і 112 (28,0±2,2%) – 1 хронічне захворювання.

Далі вивчалися питання диспансерного нагляду осіб, які мають хронічні хвороби. Таких осіб серед респондентів було 342 (85,5±1,8%). Отримані результати наведено в таблиці 3.

За отриманими та наведеними в таблиці 3 даними, 26,9±2,2% респондентів, які мають хронічні

захворювання, знаходиться під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики – сімейного лікаря, 41,8±2,5% знаходиться під диспансерним наглядом у лікаря-спеціаліста поліклініки, а 31,3±2,3% під диспансерним наглядом не знаходяться.

Наступним кроком дослідження було вивчення частоти звертання респондентів по лікарську медичну допомогу. Вивчалось питання звернення сільського населення по медичну допомогу до лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-спеціалістів, а також звернення по стаціонарну та екстрену медичну допомогу. Отримані результати наведено в таблиці 4.

Таблиця 3
Диспансерний нагляд

Показник	Абс.	%
Знаходиться під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики – сімейного лікаря	92	26,9±2,2
Знаходиться під диспансерним наглядом у лікаря-спеціаліста поліклініки	143	41,8±2,5
Не знаходиться	107	31,3±2,3

Таблиця 4
Частота звернення по лікарську медичну допомогу

Показник	Абс.	%
<i>Звернення до лікаря загальної практики – сімейного лікаря</i>		
Щорічно	78	19,5±2,0
Не кожного року	136	34,0±2,4
До 5 разів на рік	97	24,25±2,1
Більше 5 разів на рік	89	22,25±2,0
<i>Звернення до лікарів-спеціалістів поліклініки</i>		
Щорічно	174	43,5±2,5
Не кожного року	37	9,25±1,4
До 5 разів на рік	143	35,75±2,4
Більше 5 разів на рік	46	11,5±1,6
<i>По стаціонарну допомогу</i>		
Щорічно	164	41,0±2,5
Не кожного року	179	44,75±2,5
Декілька разів на рік	57	14,25±1,7
<i>По екстрену медичну допомогу</i>		
Щорічно	62	15,5±1,8
Не кожного року	115	28,75±2,3
Декілька разів на рік	182	45,5±2,5
Щомісяця	41	10,25±1,5

Аналіз наведених в таблиці 4 даних вказує на достовірні відмінності в показниках звернення сільського населення за медичною допомогою в розрізі її рівнів та видів. Так, по медичну допомогу до лікарів-спеціалістів поліклініки та екстрену медичну допомогу сільське населення в цілому звертається частіше, ніж до лікарів загальної практики – сімейних лікарів.

Структура звернень сільського населення Черкаської області по стаціонарну медичну допомогу виглядає наступним чином: не кожного року – 44,75±2,5%, щорічно – 41,0±2,5%, по декілька разів на рік – 14,25±1,7%.

Далі вивчалоя та аналізувалося питання оцінки доступності та якості первинної медико-санітарної допомоги (табл. 5).

Таблиця 5
Оцінка доступності та якості
первинної медико-санітарної допомоги

Показник	Абс.	%
<i>Фізична доступність</i>		
Доступна	184	46,0±2,5
Скоріше доступна, ніж недоступна	71	17,75±1,9
Скоріше недоступна, ніж доступна	92	23,0±2,1
Недоступна	53	13,25±1,7
<i>Економічна доступність</i>		
Доступна	116	29,0±2,3
Скоріше доступна, ніж недоступна	109	27,25±2,2
Скоріше недоступна, ніж доступна	81	20,25±2,0
Недоступна	94	23,5±2,1
<i>Якість медичної допомоги</i>		
Якісна	128	32,0±2,4
Скоріше якісна, ніж неякісна	112	28,0±2,2
Скоріше неякісна, ніж якісна	87	21,75±2,1
Неякісна	73	18,25±2,0

За наведеними в таблиці 5 даними, в цілому позитивно оцінюють фізичну і економічну доступність первинної медико-санітарної допомоги та якість незначна більшість респондентів. Так, фізично доступною первинну медичну допомогу вважає 255 (63,75±2,4%), економічно доступною первинну медичну допомогу – 225 (56,25±2,5%), якісною – 240 (60,0±2,4%) респондентів. Фізично недоступною первинну медичну допомогу вважає 53 (13,25±1,7%), економічно недоступною первинну медичну допомогу вважає 94 (23,5±2,1%) та неякісною – 73 (18,25±2,0%) респондентів.

Результати оцінки респондентами доступності та якості вторинної амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги наведено в таблиці 6.

За наведеними в таблиці 6 даними, в цілому позитивно оцінюють фізичну і економічну доступність вторинної амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги та її якість незначна більшість респондентів. Так, фізично доступною вторинну амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу вважає 209 (52,25±2,5%), економічно доступною вторинну амбулаторно-поліклінічну медичну

допомогу вважає 265 (66,25±2,4%) та якісною – 276 (69,0±2,4%) респондентів. Фізично недоступною вторинну амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу вважає 84 (21,0±2,0%), економічно недоступною вторинну амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу вважає 71 (17,75±1,9%) та неякісною – 39 (9,75±1,5%) респондентів.

Таблиця 6
Оцінка доступності та якості вторинної
амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги

Показник	Абс.	%
<i>Фізична доступність</i>		
Доступна	91	22,75±2,1
Скоріше доступна, ніж недоступна	118	29,5±2,3
Скоріше недоступна, ніж доступна	107	26,75±2,2
Недоступна	84	21,0±2,0
<i>Економічна доступність</i>		
Доступна	96	24,0±2,1
Скоріше доступна, ніж недоступна	169	42,25±2,5
Скоріше недоступна, ніж доступна	64	16,0±1,8
Недоступна	71	17,75±1,9
<i>Якість медичної допомоги</i>		
Якісна	187	46,75±2,5
Скоріше якісна, ніж неякісна	89	22,25±2,1
Скоріше неякісна, ніж якісна	85	21,25±2,0
Неякісна	39	9,75±1,5

У цілому респонденти оцінили доступність та якість вторинної амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги вище, ніж первинної медичної допомоги.

Далі вивчалоя питання оцінки респондентами доступності та якості вторинної стаціонарної медичної допомоги. Отримані результати наведені в таблиці 7.

Таблиця 7
Оцінка доступності та якості
вторинної стаціонарної медичної допомоги

Показник	Абс.	%
<i>Фізична доступність</i>		
Доступна	105	26,25±2,2
Скоріше доступна, ніж недоступна	143	35,75±2,4
Скоріше недоступна, ніж доступна	101	25,25±2,2
Недоступна	51	12,75±1,7
<i>Економічна доступність</i>		
Доступна	36	9,00±1,4
Скоріше доступна, ніж недоступна	102	25,50±2,2
Скоріше недоступна, ніж доступна	164	41,0±2,5
Недоступна	98	24,5±2,2
<i>Якість медичної допомоги</i>		
Якісна	40	10,0±1,5
Скоріше якісна, ніж неякісна	217	54,25±2,5
Скоріше неякісна, ніж якісна	97	24,25±2,1
Неякісна	46	11,5±1,6

За наведеними в таблиці 7 даними, в цілому респонденти достатньо позитивно оцінюють фізичну доступність вторинної стаціонарної медичної допомоги та її якість, а економічну доступність позитивно оцінює незначна частина респондентів. Так, фізично доступною вторинну стаціонарну медичну допомогу вважає 246 (61,5±2,4%), економічно доступною вторинну стаціонарну медичну допомогу вважає 138 (34,5±2,4%) та якісною – 257 (64,25±2,4%) респондентів. Повністю фізично недоступною вторинну стаціонарну медичну допомогу вважає 51 (12,75±1,7%), економічно недоступною вторинну стаціонарну медичну допомогу вважає 98 (24,5±2,2%) та неякісною – 46 (11,5±1,6%) респондентів.

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу щодо оцінки респондентами доступності та якості екстреної медичної допомоги. Отримані результати наведено в таблиці 8.

Так, фізично доступною екстрену медичну допомогу вважає 341 (85,25±1,8%), економічно доступною екстрену медичну допомогу вважає 339 (85,84,75±1,8%) та якісною – 332 (83,0±1,9%) респондентів. Повністю фізично недоступною екстрену медичну допомогу вважає 15 (3,75±0,9%), економічно недоступною екстрену медичну допомогу вважає 14 (3,5±0,9%) та неякісною – 19 (4,75±1,1%) респондентів. Своєчасною екстрену медичну допомогу вважає 191 (47,8±2,5%) респондентів, а повністю несвоєчасною – 97 (24,25±2,1%) опитаних.

Порівняльна характеристика результатів соціологічного опитування вказує на те, що для сільських жителів Черкаської області найбільш доступною та якісною є екстрена медична допомога.

Що стосується аналізу доступності медичної допомоги за місцем проживання, то отримані результати вказують на достовірні відмінності її доступності для населення яке проживає у віддалених районах.

Висновки

Отримані результати соціологічного дослідження щодо доступності та якості первинної, вторинної та екстреної медичної допомоги повинні бути використані в процесі структурної перебудови системи надання медичної допомоги, яка має бути скерована на забезпечення доступності та якості насамперед первинної медико-санітарної допомоги для сільського населення області.

Таблиця 8

Оцінка доступності та якості екстреної медичної допомоги

Показник	Абс.	%
<i>Фізична доступність</i>		
Доступна	207	51,75±2,5
Скоріше доступна ніж недоступна	134	33,5±2,4
Скоріше недоступна ніж доступна	44	11,0±1,6
Недоступна	15	3,75±0,9
<i>Економічна доступність</i>		
Доступна	207	51,75±2,5
Скоріше доступна ніж недоступна	132	33,0±2,4
Скоріше недоступна ніж доступна	47	11,75±1,6
Недоступна	14	3,5±0,9
<i>Якість медичної допомоги</i>		
Якісна	120	30,0±2,3
Скоріше якісна ніж неякісна	212	53,0±2,5
Скоріше неякісна ніж якісна	49	12,25±1,6
Не якісна	19	4,75±1,1
<i>Своєчасність</i>		
Своєчасна	31	7,75±1,3
Скоріше своєчасна ніж несвоєчасна	164	41,0±2,5
Скоріше несвоєчасна ніж своєчасна	108	27,0±2,2

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням шляхів реформування системи медичної допомоги сільському населенню області.

Література

1. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1 (13). – С. 5–23.
2. Лехан В. М. Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2008. – Т. 2, № 2. – С. 44–52.
3. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів / О. В. Аніщенко, Р. О. Моїсеєнко, О. К. Толстанов [та ін.]. – Київ, 2011. – 149 с.
4. Попченко Т. П. Реформування сфери охорони здоров'я України: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення (аналітична доповідь) / Т. П. Попченко. – Київ, 2011. – 61 с.
5. Реформа больниц в новой Европе / под ред. Martin McKee и Judith Healy Open University Press. – World Health Organization, 2002. – 295 p.

6. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 р. / за ред. В. В. Шафранського ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 452 с.*
7. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України, 2014 рік / за ред. О. Квіташвілі ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України» – Київ : МВЦ «Медінформ», 2015. – 460 с.*

Дата надходження рукопису до редакції: 01.08.2017 р.

Оценка сельским населением Черкасской области доступности и качества первичной, вторичной и экстренной медицинской помощи

М.В. Лобас

Управление здравоохранения Черкасской областной государственной администрации, г. Черкассы, Украина

Цель – изучить оценку сельским населением Черкасской области доступности и качества первичной и вторичной медицинской помощи.

Материалы и методы. По специально разработанной и утвержденной решением биоэтической комиссии Украинского института стратегических исследований МЗ Украины анкете опрошены 400 сельских жителей Черкасской области. В данном исследовании использованы социологический и статистический методы.

Результаты. Результаты социологического опроса указывают на то, что для сельских жителей Черкасской области наиболее доступной физически и экономически и качественной является экстренная медицинская помощь.

Выводы. Полученные результаты социологического исследования по доступности и качеству первичной, вторичной и экстренной медицинской помощи должны быть использованы в процессе структурной перестройки системы оказания медицинской помощи, которая должна быть направлена на обеспечение доступности и качества в первую очередь первичной медико-санитарной помощи для сельского населения области.

Ключевые слова: сельские жители, медицинская помощь, доступность, качество, опрос, оценка.

Estimation of accessibility and quality of primary, secondary and emergency medical care by the rural population of Cherkassy region

M.V. Lobas

Department of Health Care of Cherkassy regional state administration, Cherkassy, Ukraine

Purpose – to study the estimation of accessibility and quality of primary and secondary medical care by the rural population of Cherkassy region.

Materials and methods. When performing the study we applied used the sociological and statistical research methods. 400 rural residents of Cherkassy region were interviewed according to specially developed questionnaire approved by the decision of Commission on bioethics of the Ukrainian Institute of Strategic Research of Ministry of Health of Ukraine.

Results. The results of sociological poll indicate that emergency medical care is the most physically and economically accessible and qualified for rural residents of Cherkassy region.

Conclusions. The results of sociological research on the accessibility and quality of primary, secondary and emergency medical care should be used in the process of restructuring the system of medical care, which should be aimed at ensuring the accessibility and quality of first of all primary health care for the rural population of the region.

Key words: rural residents, medical care, accessibility, quality, poll, estimation.

Відомості про автора

Лобас Михайло Віталійович – начальник Управління охорони здоров'я Черкаської обласної державної адміністрації; бул. Шевченка, 185, м. Черкаси, 18001, Україна.

УДК 614.2:316.728:616-084

Ф.П. Ринда, О.Р. Ситенко

До питання застосування профілактичних методів у практичній діяльності лікарів загальної практики – сімейних лікарів

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

Мета – вивчити застосування профілактичних методів у роботі закладів ПМСД.

Матеріали та методи. Проаналізовано інформацію від регіонів щодо застосування профілактичних методів за спеціально розробленою формою. Методи: інформаційно-аналітичний, соціологічний.

Результати. З'ясовано, що для уніфікації дій лікаря щодо своєчасного виконання профілактичних заходів наразі заважає недостатня забезпеченість закладів ПМСД УКПМД з найбільш поширених ХНІЗ, тестами Фагерстрема, AUDIT та CAGE, дефіцит інформаційних матеріалів для пацієнтів тощо. Відмічено, що тематична направленість шкіль здоров'я для хворих на ХНІЗ у регіонах фактично дуже обмежена та здебільшого розрахована тільки на пацієнтів, хворих на ГХ і на цукровий діабет. Виявлено, що за рейтингом практичних навичок із профілактики перевага надається імунопрофілактиці, далі формуванню ЗСЖ, потім профілактиці ХНІЗ і на останньому місці – гігієнічному вихованню пацієнтів.

Висновки. Лікарі загальної практики – сімейні лікарі у своїй діяльності з профілактики стикаються з певними об'єктивними труднощами. Тематична направленість шкіль здоров'я для хворих на ХНІЗ у регіонах фактично дуже обмежена. У регіонах відмічається нерівноправність доступу до профілактичних послуг. Деякі недоліки в профілактичній діяльності ймовірно пов'язані з хибамі під час підготовки в інтернатурі за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» з напрямків профілактичної роботи.

Ключові слова: профілактика, заклади ПМСД, УКПМД, напрямки профілактичної роботи, школи здоров'я, ХНІЗ.

Вступ

Існуюча система охорони здоров'я не в змозі через високу собівартість забезпечити надійною медичною допомогою тих, хто її потребує, на рівні сучасних досягнень медицини. Тільки дотримання засад ЗСЖ дає можливість людям жити до глибокої старості і без обтяжливих хвороб.

ВООЗ вважає, що на сучасному етапі розвитку жодна країна світу не має ідеальної системи охорони здоров'я, проте, водночас, сімейна медицина визнана такою, що здатна найповніше задовольнити потреби населення у медичній допомозі та є економічно доцільною для держави [5]. Тому не випадково наразі в європейських країнах 70% медичної допомоги надається якраз лікарями первинної ланки – сімейними лікарями, терапевтами та педіатрами [2].

Відповідно до Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» визначено, що з 1 січня 2020 р. надання медичної допомоги на первинному рівні має здійснюватися лише лікарями загальної практики – сімейними лікарями.

У зарубіжній літературі явище, при якому спостерігається відсутність застосування профілактичних технологій у практичній діяльності лікаря загальної практики, вже одержало назву «професійний нон-комплаєнс».

Мета роботи – вивчити стан застосування профілактичних методів у роботі закладів ПМСД.

Матеріали та методи

Робота виконувалася в УІСД МОЗ України. Вивчення стану застосування профілактичних методів у практичній діяльності ЛЗП/СЛ здійснювалося шляхом аналізу відповідної інформації від обласних УОЗ регіонів щодо оптимізації профілактичної роботи закладів ПМСД за спеціально розробленою формою, яка складалася із 15 запитань, з яких 14 були закритого і тільки 1 відкритого типу. Питання стосувалися загальної оцінки роботи ЛЗП/СЛ з профілактики: забезпеченість закладів ПМСД УКПМД з найбільш поширених ХНІЗ (цукровий діабет, артеріальна гіпертонія, бронхіальна астма, ішемічна хвороба серця) та тестами для виявлення небезпечного та шкідливого споживання інтоксикантів, видання матеріалів для пацієнтів відповідно із рекомендаціями УКПМД, функціонування в регіоні шкіль здоров'я для пацієнтів з однотипними ХНІЗ тощо.

Відповіді за вказаною формою отримали від 16 департаментів охорони здоров'я обласних (Волинська, Дніпропетровська, Житомирська, Закарпатська, Запорізька, Івано-Франківська, Київська, Миколаївська, Луганська, Львівська, Рівненська, Сумська, Тернопільська, Харківська, Херсонська та Хмельницька) та Київської міської держадміністрацій.

Результати дослідження та їх обговорення

У багатьох країнах Європи, а також у США, Канаді розроблені стандарти та протоколи надання медичної

допомоги при різних захворюваннях, мета яких не тільки уніфікувати дії лікаря, але й сприяти ефективному та своєчасному виконанню профілактичних заходів. Тим самим значно посилюється їхня роль та місце у запобіганні хронізації хвороб. В Україні наприкінці 2012 р. офіційно започатковано процес стандартизації медичної допомоги. За цей час вже створена досить

потужна нормативно-правова база стандартизації у сфері охорони здоров'я.

Забезпеченість закладів ПМСД УКПМД з найбільш поширених ХНІЗ (пропонувалося визначитися щодо ЦД, АГ, ІХС та бронхіальної астми), за оцінкою обласних ОДА, наразі коливається досить широко, що представлено у таблиці 1.

Таблиця 1

Забезпеченість закладів ПМСД УКПМД з найбільш поширених ХНІЗ

УКПМД	% забезпеченості				
	1–10	...26–40	...61–75	76–85	85–100
	Кількість регіонів				
Цукровий діабет	1		2	2	12*
Артеріальна гіпертензія				3	14**
Ішемічна хвороба серця			2	3	12***
Бронхіальна астма		1	3	2	11****

Примітки: * – у Херсонській обл. з 22 ЦПМСД 18 майже на 100% забезпечені УКПМД і тільки 4 – від 61 до 85%, у Житомирській – 8 з 16 ЦПМСД майже на 100% забезпечені ними, решта – від 11 до 85%; ** – у Житомирській обл. 10 з 16 ЦПМСД майже на 100% забезпечені ними, решта – від 26% до 75%; *** – у Житомирській обл. 9 з 16 ЦПМСД майже на 100% забезпечені ними, решта – від 26% до 75%; **** – у Житомирській обл. 10 з 16 ЦПМСД майже на 100% забезпечені ними, решта – від 26% до 75%.

Таким чином, у деяких регіонах заклади ПМСД можуть мати деякі труднощі з виконанням УКПМД, зокрема, щодо профілактичної складової.

Якщо УКПМД із найбільш поширених ХНІЗ заклади ПМСД більш-менш забезпечені, то значне гірше

справи щодо забезпеченості тестами Фагерстрема, AUDIT та CAGE (табл. 2).

Тим самим виявлення небезпечного та шкідливого споживання інтоксикантів серед пацієнтів ПМСД під час амбулаторного прийому в більшості регіонів утруднено.

Таблиця 2

Забезпеченість закладів ПМСД тестами Фагерстрема, AUDIT та CAGE

Тести	% забезпеченості				
	немає відповіді	0	1–10	11–25	...85–100
Фагерстрема	3 ¹	1 ²	7 ³	4 ⁴	2 ⁵
AUDIT	3 ¹	1 ²	7	4 ⁴	2 ⁵
CAGE	4 ⁶	1 ²	9	1	2 ⁵

¹ Запорізька, Тернопільська і Хмельницька обл.

² Львівська обл.

³ Волинська, Закарпатська, Рівненська, Сумська, Харківська обл. На Херсонщині тільки заклади ПМСД 16 із 22 районів мають тести Фагерстрема. У Житомирській обл. забезпечені цими тестами тільки 10 з 16 ЦПМСД.

⁴ Дніпропетровська. Миколаївська та Луганська обл., м. Київ.

⁵ Івано-Франківська та Київська обл.

⁶ Запорізька, Тернопільська і Хмельницька обл., м. Київ.

Популярна санітарно-освітня література є важливим засобом інформування населення про профілактику захворювань та ЗСЖ. Необхідність її полягає в тому, що відсутність або обмаль такої літератури унеможливує здійсненню будь-яких інтервенцій з різноманітних питань ЗСЖ, що повинні здійснюватися у закладах ПМСД, насамперед щодо відказу від куріння, зменшення вживання алкоголю, додержання норм раціонального харчування, своєчасне проходження профілактичних обстежень, своєчасного щеплення тощо. Без неї неможливо виконання УКПМД в

частині забезпечення пацієнтів матеріалами відповідно із станом свого здоров'я тощо.

За інформацією областей за останні 2 роки інформаційні матеріали для пацієнтів закладів ПМСД видавалися в 15 регіонах за виключенням двох областей (Львівська та Рівненська). Тим не менш дефіцит інформаційних матеріалів для пацієнтів залишається. Адаже за останні 5 років (2012–2016 рр.) наклад видання 1 найменування популярної санітарно-освітньої літератури з питань ЗСЖ та профілактики захворювань закладами системи МОЗ України становить не більше 500 прим.

Не дивно, що навіть в одному регіоні не всі заклади ПМСД можуть мати такі матеріали. Так, у Житомирській обл. 50% ЦПМСД (8 з 16) не були ними забезпечені. Тим самим спостерігається нерівноправність пацієнтів до профілактичних заходів. Більш того, слід зазначити, що в окремих регіонах (Волинська та Хмельницька обл.) такі інформаційні матеріали видавалися не у відповідності з УКПМД.

ВООЗ вважає, що на сьогодні при будь-якому контакті пацієнта у закладах ПМСД необхідно використовувати профілактичні втручання для виявлення факторів ризику, втручання, що направлені на зміну

поведінки та образу життя, проведення терапевтичних втручань із приводу таких станів, як артеріальна гіпертензія, діабет тощо. Вони є оптимальним місцем для виявлення алкогольних та тютюнових проблем [1]. Серед таких засобів впливу у практичній діяльності закладів ПМСД використовуються школи здоров'я для навчання хворих з однотипними захворюваннями або для пацієнтів груп ризику. За інформацією регіонів школи здоров'я для пацієнтів з однотипними ХНІЗ у 2016 р. функціонували у більшості з них, за винятком Закарпатської, Івано-Франківської, Київської та Тернопільської областей, м. Київ (табл. 3).

Таблиця 3

Охоплення пацієнтів з однотипними ХНІЗ школами здоров'я

Область	Школи здоров'я (кількість шкіл/охоплено осіб)					
	ГХ	ССЗ	ЦД	астма-школа	ХОЗЛ	одужуючі
Волинська			13/9650			
Дніпропетровська		155/64334	9/3000			
Житомирська*	є		є	є	є	
Запорізька	318/19883 38/5868***	38/168081	14/1563	21/637		
Миколаївська			44/378			
Луганська	7/788	5/526	6/471			2/2113
Львівська			/2208			
Рівненська	3/90		5/130			
Сумська	23/2990		24/418			
Харківська	12/6414					
Херсонська**	10/224		6/321			
Хмельницька			30/1100			

Примітки: * – в інформації від Житомирській обл. вказано тільки назви шкіл здоров'я; ** – в інформації від Херсонській обл. не вказано охоплення осіб по 1 школі для ГХ та ЦД; *** – II профілактика АГ.

Таким чином, для здорових осіб вони не передбачені взагалі. Для пацієнтів з однотипними захворюваннями вони практично обмежуються тільки школами для хворих на ГХ і на цукровий діабет, бо кількість астма-шкіл, для хворих на ССЗ, ХОЗЛ тощо мізерне. Загалом мережа шкіл здоров'я для хворих на ХНІЗ та охоплення ними пацієнтів незрівняно з кількістю хворих на ці захворювання в регіонах. Необхідно також зазначити, що відмічається нерівноправність доступу до таких профілактичних послуг. Так, наприклад, у Херсонській обл. школи здоров'я для хворих на ХНІЗ функціонують тільки в 4 з 22 районів.

Важливим є той факт, що в регіонах, в яких функціонують школи здоров'я для хворих на ХНІЗ, вивчається ефективність їхньої роботи за наступними показниками (можна було давати один та більше відповідей):

– забезпеченість необхідними матеріалами (методичними, інформаційними тощо) суб'єктів та об'єктів групового навчання – 11 областей;

– показники, що характеризують роботу шкіл здоров'я – 10 регіонів;

– запровадження форми звітності про роботу шкіл здоров'я – 6 регіонів;

– інформування громадськості про роботу таких шкіл здоров'я (через веб-сайт департаменту охорони здоров'я) – 5 регіонів. Тим не менш слід зазначити, що в 6 регіонах (Львівська, Миколаївська, Рівненська, Сумська, Харківська, переважна кількість районів Херсонської обл.) контроль за роботою шкіл здоров'я обмежується лише одним або двома показниками.

Робота ЛЗП/СМ здійснюється в умовах дефіциту часу: за 1 годину він повинен прийняти не менше 5 пацієнтів. МОЗ України вважає, що до 25–30% обсягу роботи сімейного лікаря мають складати профілактичні заходи [3]. У більшості з УКПМД заходи з первинної профілактики практично зводяться до констатації необхідності коректування способу життя пацієнтів на кшталт «До заходів первинної профілактики відносяться рекомендації щодо способу життя і дієти та певні психологічні настанови» (УКПМД «Диспепсія»). Однак таке індивідуальне консультування пацієнтів не враховує рівень готовності пацієнта до зміни свого способу життя, проте всім пацієнтам відповідно до вимог УКПМД

повинні надаватися однотипні рекомендації, що негативно позначається на якості консультування, та вимагає від ЛЗП/СЛ додаткових витрат свого робочого часу. Винятком з цього правила становить «Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років», в якому в розділі «Принципи ефективного консультування» висвітлюються питання методики «як говорити» з пацієнтом в залежності від його поінформованості. Згідно моделі стадійної зміни, розробленої вченими Prochaska та DiClemente, пацієнт може бути або не готовим, або невпевненим в цьому чи готовим до припинення (зменшення) змінити свою поведінку щодо прийому, наприклад, інтоксиканта. В той же час вони можуть переміщатися із однієї стадії готовності до іншої через різні обставини, наприклад, внаслідок погіршення здоров'я, зміни пріоритетів (народження дитини тощо) чи в оточенні (змінилася робота та ін.). Знання моделі стадійної зміни дає можливість більш раціонально та ефективніше використовувати час лікаря, зосередити його уваги насамперед тим пацієнтам, які бажають змінити свою поведінку. За інформацією з регіонів, ця модель стадійної зміни враховується на амбулаторному прийомі у 8 областях (Волинська, Дніпропетровська, 7 з 16 ЦПМСД Житомирщини, Закарпатська, Запорізька, Сумська, в 14 з 22 районів Херсонщини, Тернопільська). В цих та інших регіонах з метою компенсації дефіциту часу при амбулаторному прийомі використовуються також інші, однак менш ефективні прийоми та методики, як, наприклад, забезпечення пацієнтів відповідними інформаційними матеріалами (Волинська, Дніпропетровська, Житомирська, Закарпатська, Запорізька, Миколаївська, Луганська, Львівська, Тернопільська, Харківська, Херсонська, Хмельницька обл., м. Київ), покладання на медсестру обов'язків щодо надання невідкладних порад пацієнтам про інтоксиканти (Волинська, Дніпропетровська, Житомирська, Закарпатська, Запорізька, Івано-Франківська, Миколаївська, Луганська, Львівська, Рівненська, Сумська), запрошення пройти навчання в школі здоров'я (Дніпропетровська, Житомирська, Запорізька, Рівненська, Херсонська, Хмельницька обл.), долікарський прийом медсестрою з вимірюванням певних показників та оцінкою факторів ризику (Київська обл.) тощо.

Недостатність застосування моделі стадійної зміни під час амбулаторного прийому пацієнтів у закладах ПМСД безумовно свідчить про певні недоліки під час підготовки в інтернатурі за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» з напрямків профілактичної роботи. Адже типова програма інтернатури випускників медичних вищих навчальних закладів освіти III–IV рівнів акредитації за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» не передбачає вивчення моделі стадійної зміни поведінки людини [4].

Напрямки профілактичної роботи ЛЗП/СМ дещо умовно можна розділити на такі групи: гігієнічне виховання пацієнтів, формування ЗСЖ, профілактика ХНІЗ, імунопрофілактика інфекційних хвороб. За інформацією з регіонів щодо визначення в порядку

значущості за рейтингом практичних навичок з питань профілактики перевага (за сумою набраних балів) віддається імунопрофілактиці, далі формуванню ЗСЖ, потім профілактиці ХНІЗ і на останньому – гігієнічному вихованню пацієнтів. Акцент на імунопрофілактику та недооцінка значущості гігієнічного виховання пацієнтів ймовірно свідчить про те, що підготовка інтернів до цього часу переважно здійснюється з позиції лікувальної парадигми охорони здоров'я.

В той же час регіони загалом позитивно оцінюють ступінь володіння практичними навичками ЛЗП/СМ з профілактики:

– достатня та швидше достатня, ніж недостатня: гігієнічне виховання населення – 16 регіонів, формування ЗСЖ – 16 регіонів, профілактика ХНІЗ – 17 регіонів, імунопрофілактика інфекційних хвороб – 17 регіонів;

– скоріше недостатня: гігієнічне виховання населення – 1 регіон (Дніпропетровська обл.), формування ЗСЖ – 1 регіон (м. Київ).

На стан профілактичної діяльності закладів ПМСД впливає структура суб'єктів профілактичної роботи в регіоні. За останні 2 роки, за інформацією областей, позитивна тенденція відмічається загалом у зростанні мережі як лікарень, доброзичливих до дитини, так й клінік, дружніх до молоді, а також до кабінетів здорової дитини. В той же час мережа відділень профілактики практично залишається без змін, а центри здоров'я (обласні, міські) та кабінети антиалкогольної пропаганди та профілактичної допомоги невпинно скорочуються: практично кабінети антиалкогольної пропаганди залишилися лише в деяких областях, міські центри здоров'я – лише у Дніпропетровській, Запорізькій та Харківській областях. Тим не менш суб'єкти профілактичної роботи, з якими доцільно співпрацювати закладам ПМСД, в порядку значимості регіони визначилися наступним чином (за сумою балів): кабінети здорової дитини, центри здоров'я, лікарні, доброзичливі до дитини, відділення профілактики, консультації «Шлюб і сім'я», клініки, дружні до молоді, і на останньому місці – кабінети антиалкогольної пропаганди.

Висновки

Діяльність лікарів ЗП/СМ з профілактики наразі стикається з певними об'єктивними труднощами. Якщо УКПМД з найбільш поширених ХНІЗ (ЦД, АГ, ІХС та бронхіальної астми) більшість закладів ПМСД більш-менш забезпечені, то тестами Фагерстрема, AUDIT та CAGE явно недостатньо. Тим самим виявлення небезпечного та шкідливого споживання інтоксикантів серед пацієнтів під час амбулаторного прийому утруднено. Видання інформаційних матеріалів для пацієнтів закладів ПМСД відповідно з рекомендаціями УКПМД практично в усіх регіонах не задовольняє потреби пацієнтів в таких матеріалах.

Модель стадійної зміни поведінки пацієнта, яка дає можливість більш раціонально та ефективніше використовувати час лікаря, зосередити його уваги насамперед тим пацієнтам, які бажають змінити свою

поведінку, враховується при амбулаторному прийомі тільки у половині регіонів, що надали відповідну інформацію. Ймовірно це в певній мірі пов'язано з хибами під час підготовки в інтернатурі за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» з напрямків профілактичної роботи.

Тематична направленість шкіл здоров'я для хворих на ХНІЗ в регіонах фактично дуже обмежена та

здебільше розрахована тільки на пацієнтів, хворих на ГХ і на цукровий діабет, їхня мережа та потужність незрівняні з кількістю хворих на ці захворювання.

У регіонах відмічається нерівноправність доступу до профілактичних послуг.

Значимість суб'єктів профілактичної роботи не співпадає є існуючою мережею профілактичних структур у регіонах.

Література

1. *Андреева Т.* Что потребляют Ваши пациенты, кроме воздуха, воды и пищи? : книга для врача / Т. Андреева, К. Красовский. – Киев, 1999. – 199 с.
2. *Медицина реформа в Україні: провал операції. Частина 1* / Оксана Шкляревська 06.11.2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : // <http://ua.racurs.ua/386-medychna-reforma-v-ukrayini-proval-operaciyi-chastyna-1>. – Назва з екрана.
3. *Модернізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу : методичні рекомендації затверджені наказом МОЗ України від 11.09.2012 р. № 713.* – Київ, 2012.– 14 с.
4. *Ринда Ф. П.* Профілактична підготовка лікарів-інтернів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» / Ф. П. Ринда, В. В. Шафранський // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 1 (42). – С. 151–161.
5. *Сучасні проблеми та перспективи підготовки сімейних лікарів на післядипломному етапі навчання : матеріали конференції* / Л. В. Глушко, В. М. Куласць [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/simmed_2014_5_40.pdf. – Назва з екрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.07.2017 р.

К вопросу применения профилактических методов в практической деятельности врачей общей практики – семейных врачей*Ф.П. Рында, Е.Р. Сытенко*

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

Цель – изучить применение профилактических методов в работе учреждений ПМСП.

Материалы и методы. Проанализирована информация от регионов о применении профилактических мер по специально разработанной форме. Методы: информационно-аналитический, социологический.

Результаты. Определено, что для унификации действий врача относительно своевременного выполнения профилактических мер мешает недостаточная обеспеченность учреждений ПМСП УКПМП по наиболее распространенным ХНИЗ тестами Фагерстрема, AUDIT та CAGE, дефицит информационных материалов для пациентов и др. Отмечено, что тематическая направленность школ здоровья для больных ХНИЗ в регионах фактически очень ограничена и в основном рассчитана только на больных ГБ и сахарным диабетом. Выявлено, что по рейтингу практических навыков по профилактике преимущество отдается иммунопрофилактике, далее формированию ЗОЖ, потом профилактике ХНИЗ и на последнем месте – гигиеническому воспитанию пациентов.

Выводы. Врачи общей практики – семейные врачи в своей деятельности по профилактике сталкиваются с некоторыми объективными трудностями. Тематическая направленность школ здоровья для больных ХНИЗ в регионах фактически очень ограничена. В регионах отмечается неравноправность доступа к профилактическим услугам. Некоторые недостатки в профилактической деятельности, вероятно, связаны с недостатками во время подготовки в интернатуре по специальности «Общая практика – семейная медицина» по направлениям профилактической работы.

Ключевые слова: профилактика, заклады ПМСП, УКПМП, направления профилактической работы, школы здоровья, ХНИЗ.

To the issue of application of preventive methods in practical activities of general practice / family medicine*F.P. Rynda, O.R. Sytenko*

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

Purpose – studying of application of preventive methods in the work of PHC facilities.

Materials and methods. The information from regions on application of preventive methods has been analyzed. Methods: informational and analytical, sociological.

Results. It is clarified that unification of actions of the doctor on implementation of preventive measures insufficient provision of the PHC facilities by unified clinical protocols of medical care, tests of Fagerstrom, AUDIT and CAGE, materials for patients is hindered. It is marked, that the thematic orientation of health schools for patients with chronic non-communicable diseases is limited and designed only for patients with hypertension and diabetes. It is revealed, that according to the rating of practical preventive skills preference is given to immunoprophylaxis is farther to formation of healthy lifestyle, then to prophylaxis of chronic non-communicable diseases and on the last – to the hygienic education of patients.

Conclusions. Preventive work of GP / FM doctors faces certain objective difficulties. The thematic focus of health schools for patients with chronic non-communicable diseases is limited. In regions inequalities in access to preventive services are noted. Some disadvantages in preventive activities are connected to lacks by training during internship on specialty of “General practice / family medicine”.

Key words: prophylaxis, PHC, unified clinical protocols of medical care, health schools, chronic non-communicable diseases.

Відомості про авторів

Ринда Фелікс Павлович – завідувач відділу соціально-гігієнічних досліджень формування здоров'я населення та медичної статистики ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Ситенко Олена Ростиславівна – к.мед.н., с.н.с., завідувач науково-організаційного відділу ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

Характеристика системи променевої діагностики в умовах реформування системи медичної допомоги на регіональному рівні

¹ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Мета – обґрунтувати систему променевої діагностики в умовах реформування системи медичної допомоги на регіональному рівні.

Матеріали та методи. Інформаційною базою були дані власних досліджень та галузевої статистичної звітності. При проведенні комплексу досліджень використано такі методи: статистичний, соціологічний, описового моделювання, структурно-логічного аналізу. Методичною основою дослідження слугував системний підхід.

Результати. Результатом комплексного багаторічного дослідження є обґрунтування та розробка сучасної системи служби променевої діагностики на регіональному рівні. Інноваційним є обґрунтування принципово нових функціонально-організаційних підходів до організації служби променевої діагностики на регіональному рівні. Вони полягають у створенні центрів променевої діагностики на базі лікарень інтенсивного лікування. Друга інновація – оснащення центрів первинної медико-санітарної допомоги пересувними флюороустановками для проведення профілактичних флюорообстежень. Третя інновація – перегляд таблиць оснащення закладів охорони здоров'я відповідно до клінічних протоколів та доказово доведених даних із наступним оснащенням закладів охорони здоров'я відповідно до нових таблиць оснащення. Четверта інновація – залучення лікарів клінічних спеціальностей до процесу призначення обстеження та клінічної оцінки результатів променевого обстеження і їх навчання інтерпретації отриманих результатів. П'ята інновація – створення системи електронно-інформаційного забезпечення служби променевої діагностики на рівні госпітального округу. Шоста інновація – створення централізованого (на рівні госпітального округу) кабінету шифрування результатів флюорографічних профілактичних обстежень населення. Сьома інновація – застосування механізму державно-приватного партнерства в процесі створення матеріально-технічної бази та організації діагностичного процесу. Восьма інновація – створення централізованого архіву обстежень населення з використанням променевих методів діагностики. Дев'ята інновація – зміна системи оцінки діяльності служби променевої діагностики від існуючої до оцінки виконання клінічних протоколів за нозологічними формами захворювання та станом пацієнта, а також якістю діагностичного процесу.

Висновки. Обґрунтована та запропонована система променевої діагностики має забезпечити пацієнтів сучасними методами досліджень у визначені терміни.

Ключові слова: реформа системи надання медичної допомоги, променева діагностика, сучасна система.

Вступ

В інституті проведено комплексну роботу щодо обґрунтування системи променевої діагностики в умовах реформування системи медичної допомоги на регіональному рівні.

Обґрунтування проведено у два етапи. Під час першого етапу здійснено теоретичне обґрунтування концептуальних підходів до розбудови служби променевої діагностики в Україні на регіональному рівні. У ході другого етапу розроблено систему служби променевої діагностики, яка відповідає реформуванню системи надання медичної допомоги, що проводиться в регіонах країни. При розробці вказаної системи проведено розрахунки витратків необхідних для її впровадження на рівні госпітального округу (ГО).

Наукове обґрунтування сучасної системи служби променевої діагностики здійснено в рамках існуючої

медико-демографічної та соціально-економічної ситуації з урахуванням реформування системи медичної допомоги населення країни в регіональному аспекті.

Мета роботи – обґрунтувати систему променевої діагностики в умовах реформування системи медичної допомоги на регіональному рівні.

Матеріали та методи

Інформаційною базою були дані власних досліджень і галузевої статистичної звітності МОЗ України та управління охорони здоров'я Житомирської облдержадміністрації. При проведенні комплексу досліджень використано такі методи: статистичний, соціологічний, описового моделювання, структурно-логічного аналізу. Методичною основою дослідження слугував системний підхід.

Результати дослідження та їх обговорення

На першому етапі дослідження проведено теоретичне обґрунтування концептуальних підходів до побудови служби променевої діагностики на регіональному рівні в умовах реформування системи медичної допомоги населенню [2].

Теоретичною основою обґрунтування та розробки концептуальних підходів до побудови служби променевої діагностики на регіональному рівні в умовах реформування системи медичної допомоги населенню стали результати особистих досліджень [7] та рекомендації ВООЗ з організації діагностичних служб у системі охорони здоров'я населення.

У ході дослідження виявлено ряд недоліків в організації служби променевої діагностики, усунення яких потребує як прийняття відповідних управлінських рішень на всіх рівнях управління, так і значних фінансових і матеріально-технічних затрат.

До основних недоліків в організації служби променевої діагностики, виявлених у ході власного дослідження, належать:

1) невідповідність нормативно-правової бази даним із доведеною ефективністю щодо застосування променевих методів дослідження в клінічній практиці;

2) вкрай недостатній рівень забезпеченості закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) вторинного рівня сучасним обладнанням для проведення обстеження пацієнтів із використанням променевих методів обстеження [5];

3) низький рівень використання сучасних технологій із забезпечення променевої діагностики відповідно до галузевих стандартів [17];

4) вкрай недостатній рівень забезпеченості ЗОЗ лікарями-рентгенологами при недостатньому рівні підготовки з питань променевої діагностики лікарів клінічного профілю;

5) недосконалість механізмів забезпечення первинної ланки медичної допомоги методами променевої діагностики, у т.ч. флюорографічними методами обстеження;

6) служба променевої діагностики в ЗОЗ працює не цілодобово, а в чітко визначений графіком термін;

7) існуюча система флюорообстеження не дає змоги забезпечити профілактичними флюорографічними оглядами населення, яке проживає у віддалених селах, особливо старших вікових груп [14];

8) застосування методів оцінки використання променевої діагностики, які не відповідають сучасним вимогам клінічної медицини.

Нами проведено структурування проблем в організації діяльності системи променевої діагностики із застосуванням тріади Donabedian [18]: структура, процес, результат.

Структурна компонента організації променевої діагностики на вторинному рівні надання медичної допомоги характеризується й оцінюється наявністю та якістю ресурсів (кадрових, матеріально-технічних) та організаційних форм променевої діагностики. Таким чином, структура характеризує умови для організації променевої діагностики. Структурний аспект може визначатися як щодо ЗОЗ з його ресурсним забезпеченням (кадровим, матеріально-технічним), організацією роботи, так і щодо кожного медичного працівника ЗОЗ окремо, а також оцінюється ефективність використання променевої діагностики для підвищення якості медичної допомоги (табл. 1).

Таблиця 1

Показники структурної компоненти променевої діагностики (%)

Показник	ЦРЛ	ЦМЛ
Оснащення відповідно до табеля оснащення, затвердженого МОЗ України	66,7	80,0
Рівень оснащення, що використовується довше за нормативний термін	58,3	60,0
Забезпеченість витратними матеріалами відповідно до нормативу	25,0	40,0
Штатний розпис відповідає галузевому нормативу	8,3	40,0
Укомплектованість штатних посад лікарів	75,0	80,0
Укомплектованість штатних посад середніх медичних працівників	66,7	80,0

Отримані в ході дослідження та наведені в таблиці 1 дані вказують на недостатній рівень укомплектованості ЗОЗ обладнанням для променевої діагностики (66,7% і 80%) та високий рівень його зношеності (58,3% та 60% відповідно), низький рівень забезпеченості витратними матеріалами (25,0% та 40,0%) і медичними кадрами (на рівні 67–80%). Причому рівень ресурсного забезпечення центральних районних лікарень (ЦРЛ) нижчий, ніж центральних міських лікарень (ЦМЛ).

Зіставлення затверджених МОЗ України табелів оснащення ЦРЛ та ЦМЛ і клінічних протоколів із надання медичної допомоги за окремими нозологіями

вказує на їх невідповідність та неможливість при нормативному оснащенні ЗОЗ виконання в плані забезпечення пацієнтам променевої діагностики, галузевих нормативів обстеження, а відповідно, і якості медичної допомоги. При цьому необхідно зазначити, що табелі оснащення не відповідають доказовим даним і затвердженим МОЗ України клінічним протоколам.

Зіставлення нормативів кадрового забезпечення ЦРЛ та ЦМЛ медичними працівниками для проведення променевих методів обстеження, визначених наказом МОЗ України від 22.02.2002 р. №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» зі змінами і

доповненнями, та клінічних протоколів із надання медичної допомоги за окремими нозологіями також вказує на неможливість при нормативному кадровому забезпеченні виконання галузевих нормативів із забезпечення пацієнтів сучасною променевою діагностикою. Відміна МОЗ України зазначеного наказу МОЗ України не дає змоги збільшити штатну чисельність ЗОЗ у зв'язку із затвердженим бюджетним фінансуванням.

Компонента процесу є складовою сучасного управління організацією променевої діагностики пацієнтам на рівні ЗОЗ. Вона включає організаційні технології променевої діагностики, тобто виконання медичним персоналом своїх функцій з обстеження пацієнтів із використанням променевих методів,

взаємовідносини між персоналом і пацієнтом (табл. 2). Результати оцінки компоненти процесу організації променевої діагностики, наведені в таблиці 2, вказують на те, що променеві методи дослідження цілодобово проводяться у всіх ЦМЛ та у 75,0% ЦРЛ. У вихідні та святкові дні та нічний час лікарі з променевих методів дослідження чергують удома у 80,0% ЦМЛ та 58,3% ЦРЛ. Водночас лікарі-спеціалісти не мають підготовки з інтерпретації результатів обстеження пацієнтів з використанням методів променевої діагностики.

Результат – компонента системи, що відображає ефективність використання променевої діагностики. Узагальнені результати наведено в таблиці 3.

Таблиця 2

Показники компоненти процесу променевої діагностики (%)

Показник	ЦРЛ	ЦМЛ
Променеве обстеження проводиться цілодобово	75,0	100,0
У вихідні та святкові дні лікарі з променевої діагностики чергують удома	58,3	80,0
У нічний час лікарі з променевої діагностики чергують удома	58,3	80,0
Усі лікарі-спеціалісти пройшли підготовку з інтерпретації результатів променевих методів обстеження	-	-

Таблиця 3

Показники результатів використання променевої діагностики (%)

Показник	ЦРЛ	ЦМЛ
Обстеження відповідно до клінічного протоколу за обсягом	49,8	60,0
Обстеження відповідно до клінічного протоколу за терміном	35,8	49,0
Зазначене клінічним протоколом обстеження не проведено	7,1	15,5

Оцінка результативності організації променевої діагностики (табл. 3) свідчить про недостатній рівень використання променевих методів обстеження відповідно до клінічних протоколів за обсягом (49,8% у ЦРЛ та 60,0% у ЦМЛ) та низький рівень за термінами (35,8% та 49,0% відповідно), а також досить високий рівень непроведення обстежень (7,1% та 15,5%).

З використанням світового досвіду розроблено систему забезпечення якості діяльності служби променевої діагностики, яка охоплює організацію та управління, всі види діяльності і ресурсів, орієнтована на задоволення потреб лікарів клінічного профілю в професійній діяльності і потребах пацієнтів та полягає в досягненні певного рівня якості променевих діагностичних досліджень.

У дослідженні враховано підходи, які полягають у наступному:

- для отримання кращих результатів систему необхідно постійно удосконалювати;
- результативність та ефективність діяльності системи визначається її властивостями;
- вклади у систему гарантують поліпшення тільки в тій мірі, в якій вони можуть вплинути на зміну системи, тобто діяльність (навчання, заохочення, оцінка)

приводить до поліпшення тільки за умови відповідного поліпшення всієї системи;

– необхідно змінювати не тільки окремі компоненти системи служби променевої діагностики (структура, процес, результат), але й зв'язки між ними.

Виходячи з цього, безперервне підвищення якості променевих досліджень передбачає комплексний і динамічний підхід, спрямований на поліпшення результатів діяльності системи в цілому (системний підхід) шляхом постійної модифікації і вдосконалення як її складових, так і взаємозв'язків між ними, виявлення і вирішення існуючих проблем [12, 15].

Важливою теоретичною основою для обґрунтування та створення сучасної системи променевої діагностики є реформа системи надання медичної допомоги населенню.

Центральна роль у підвищенні ефективності функціонування системи надання медичної допомоги населенню належить структурній реорганізації системи відповідно до потреб населення в різних видах медичної допомоги.

На первинному рівні для структурної реорганізації та розвитку системи первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини

проведено юридичне та фінансове розмежування первинної та вторинної медичної допомоги; створено мережу ЗОЗ первинного рівня, переважно у вигляді амбулаторій загальної практики / сімейної медицини з формуванням центрів ПМСД.

На вторинному рівні, на основі даних доказового менеджменту та з урахуванням найкращого світового досвіду, для поліпшення якості медичної допомоги з одночасним підвищенням ефективності використання наявних ресурсів, усунення невиправданого дублювання медичних послуг заплановано проведення диференціації лікарень за інтенсивністю медичної допомоги, яка в них надається шляхом створення ГО, які об'єднують оптимізовані ЗОЗ на нових адміністративних територіях.

Структура ГО включає: багатопрофільну лікарню інтенсивного лікування (ЛІЛ) (першого та другого

рівнів); лікарні відновлювального лікування – відповідно до потреби; хоспіс – один на ГО; заклади медико-соціальної допомоги / сестринського догляду; лікарні планового лікування (ЛПЛ) хронічних хворих.

Діагностичні дослідження для потреб первинної ланки та надання планової амбулаторної спеціалізованої допомоги забезпечуються в поліклінічних консультативних відділеннях ЛПЛ та консультативно-діагностичних центрах (КДЦ) ЛІЛ. У гострих випадках амбулаторна спеціалізована допомога також має надаватися спеціалістами ЛІЛ.

Враховуючи значення променевих методів діагностики в забезпеченні якісної медичної допомоги, нами запропоновано сучасну концептуальну систему організації променевої діагностики в ЗОЗ, які входять до складу ГО (рис.).

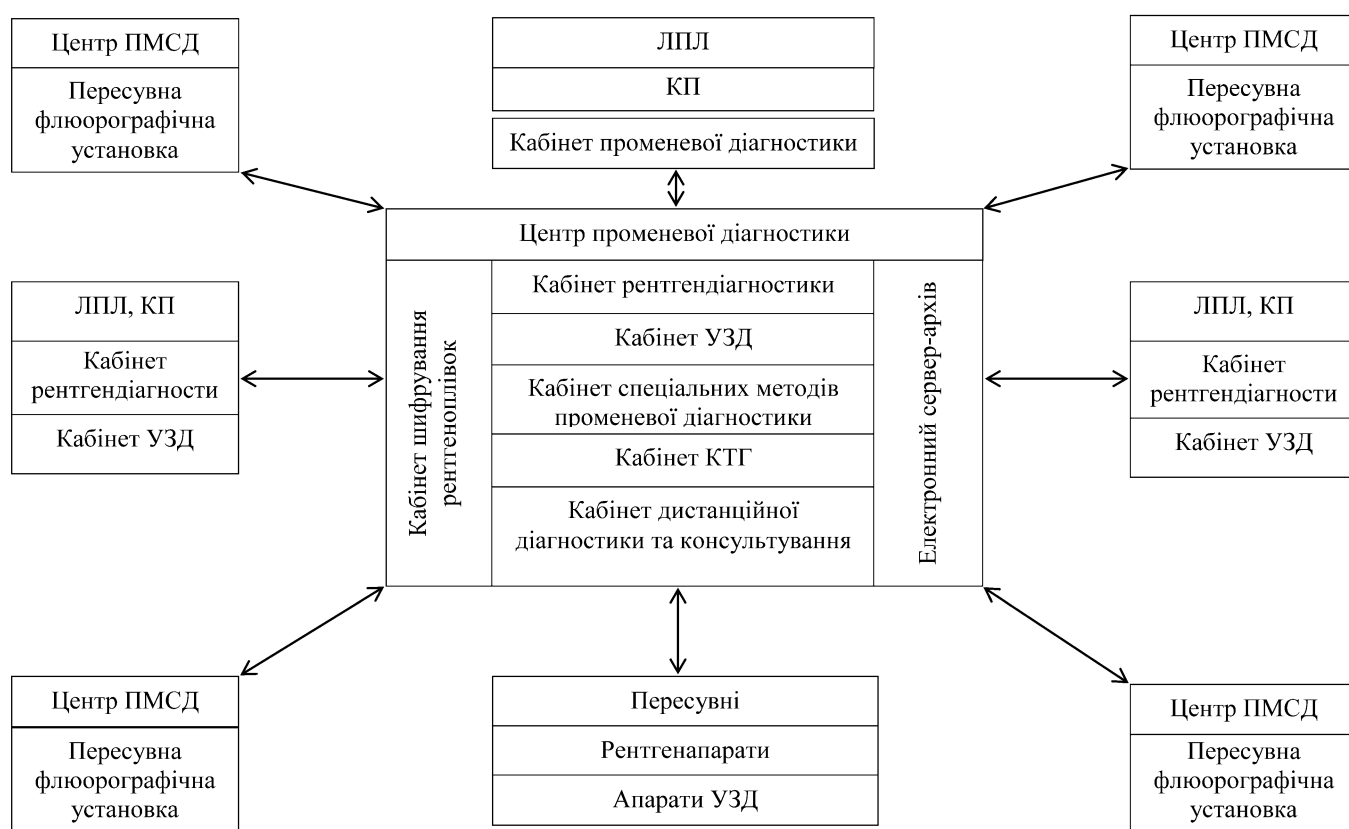


Рис. Функціонально-організаційна модель системи променевої діагностики на рівні госпітального округу

Концептуальна система променевої діагностики на рівні ГО включає такі складові: нормативно-правові, організаційні, кадрові, матеріально-технічні, інформаційні, моніторингу та оцінки діяльності системи на рівні ГО. Розглянемо вказані складові системи.

Нормативно-правові. Удосконалення даної складової потребує вирішення завдання щодо удосконалення нормативно-правової бази і передусім затвердження нових табелів оснащення ЗОЗ шляхом їх узгодження з чинними клінічними протоколами, які затверджені МОЗ України (галузевий стандарт) і відповідають даним із доведеною ефективністю. Крім

того, нормативно має бути визначений алгоритм обстеження пацієнтів у межах ГО з використанням променевих методів обстеження пацієнтів з усіх ЗОЗ.

Організаційні. Вирішення завдання організаційної складової системи полягає у створенні на базі ЛІЛ центру променевої діагностики із забезпеченням обладнанням та технологіями щодо забезпечення пацієнтів необхідними дослідженнями у доказово визначені терміни. При цьому ЛІЛ у своїй структурі повинні мати рентгенологічні кабінети та кабінети УЗД, функціонально пов'язані з центрами променевої діагностики. Первинна ланка медичної допомоги забезпечується пересувними

флюорографічними установками, які працюють у населених пунктах за графіком, який доведено до відома населення. Шифрування флюороплівок має відбуватися централізовано в центрі променевої діагностики. Там же ведеться флюорокартотека на рівні ГО.

Кадрові ресурси. Вирішення кадрової складової має відбуватися у двох напрямках. Перший: забезпечення лікарями-спеціалістами з променевих методів діагностики з організації роботи служби в цілодобовому режимі. При цьому лікарі мають бути підготовленими таким чином, щоб володіти всіма сучасними методами променевих досліджень і забезпечувати взаємозаміну в роботі. Другий: підготовка лікарів клінічного профілю щодо забезпечення їх можливості здійснювати інтерпретацію результатів дослідження за даними первинного променевого дослідження (рентгенплівки, касети). На рівні ЗОЗ має бути вирішене питання обов'язкового залучення лікарів променевої діагностики до участі у засіданні ЛКК із визначенням обсягів та методів обстеження пацієнтів (тяжкохворих і складних у діагностичному плані) та під час обговорення результатів обстеження.

Матеріально-технічні ресурси. Вирішення даної складової системи полягає у забезпеченні служби променевої діагностики апаратами, устаткуванням та обладнанням відповідно до сучасних вимог клінічної практики та досягнень науки і техніки. Забезпечення апаратурою потребує впровадження сучасних методів і технологій променевої діагностики. Важливою складовою вирішення даного завдання є наявність відповідних приміщень для розміщення діагностичного променевого обладнання та апаратури. Для вирішення складне завдання, адже воно потребує значних фінансових ресурсів. В умовах недостатнього фінансування системи охорони здоров'я вирішити вказане питання можна шляхом запровадження механізму державно-приватного партнерства. При застосуванні механізму державно-приватного партнерства на договірній основі між ЗОЗ і приватним сектором визначаються умови забезпечення та використання приміщень, обладнання та устаткування, медичних кадрів, розхідних матеріалів, оплати послуг тощо. Обов'язковою умовою договору має бути визначення безоплатного обстеження пацієнтів, які потребують інтенсивної медичної допомоги та пільгових категорій населення за медичними показаннями.

Розширити можливість застосування механізму державно-приватного партнерства дає змогу автономізація ЗОЗ, яка наразі декларована МОЗ України та визначена на законодавчому рівні.

Інформаційні. Вирішення інформаційної складової полягає у створенні на базі центру променевої діагностики з включенням до неї кожного ЗОЗ ГО інформаційної системи променевої діагностики із наявністю головного серверу-архіву. Основними функціями інформаційної системи є:

– цілодобова дистанційна консультативно-діагностична допомога;

– створення архіву рентгенологічних досліджень у межах ГО;

– моніторинг та оцінка діяльності служби променевої діагностики;

– автоматизована підготовка та подання статистичних звітів.

Моніторингу та оцінки діяльності системи на рівні ГО. Пропонується повна зміна системи оцінки діяльності системи променевої діагностики. Вважаємо за необхідне відійти від оцінки діяльності служби променевої діагностики від визначення кількості обстежень із застосуванням методів променевої діагностики на 100 амбулаторних пацієнтів, одного стаціонарного хворого, один апарат променевої діагностики, одного лікаря-рентгенолога до відповідності обстеження з використанням променевих методів діагностики клінічним протоколам за методами та термінами обстеження відповідно до класів хвороб (окремих нозологічних одиниць), а також якості діагностики (розходження діагностичних та патологоанатомічних діагнозів; розходження діагностичних і діагнозів, встановлених у ході хірургічних втручань). Для цього в процесі формування центрів променевої діагностики ГО мають бути відпрацьовані конкретні індикатори структури, процесу та результату.

Таким чином, проведене теоретичне обґрунтування концептуальних підходів використано при розробці концептуальної моделі створення служби променевої діагностики на регіональному рівні.

Далі наведено характеристику системи променевої діагностики на регіональному рівні в умовах реформування системи медичної допомоги населенню.

На даному етапі дослідження сформовано перелік відділень ЛЛЛ. До переліку внесено профіль відділень, які найбільш часто зустрічалися в нормативно-правових актах та науковій літературі.

Наступним кроком дослідження проведено вибірку променевих методів обстеження пацієнтів із затверджених МОЗ України клінічних протоколів, чинних на даному етапі.

Далі проаналізовано та визначено потребу в обладнанні для проведення променевих обстежень пацієнтів у ЛЛЛ. Результати наведено в таблиці 4.

За даними таблиці 4, для забезпечення пацієнтів ЛЛЛ відповідно до галузевих нормативів необхідні такі сучасні методи променевої діагностики: комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ), ангіографія, ультразвукова діагностика (УЗД) та методи рентгенографії і рентгеноскопії.

Впровадження даних методів обстеження можливе за наявності такого обладнання: апарати рентгенографії стаціонарний та пересувний, цифрові; апарати ангіографії; апарати КТ та МРТ; стаціонарні та пересувні апарати УЗД із комплексним набором датчиків.

Таблиця 4

**Потреба лікарні інтенсивного лікування
в променевих методах обстеження пацієнтів за профілями відділень**

Профіль відділення	Променеві методи дослідження	Потреба в обладнанні щодо забезпечення обстеження пацієнтів
Приймальне з діагностичним блоком	Рентгенографія. Ультразвукова діагностика. Ангіографія. Магнітно-резонансна томографія. Комп'ютерна томографія	Апарат рентгенографії стаціонарний, цифровий. Апарати ангіографії. Апарати КТ та МРТ. Стаціонарні апарати УЗД з комплексним набором датчиків
Реанімації та інтенсивної терапії	Рентгенографія. Ультразвукова діагностика. Ангіографія. Магнітно-резонансна томографія. Комп'ютерна томографія	Апарат рентгенографії пересувний
Терапевтичне	Рентгенографія та рентгеноскопія. Ультразвукова діагностика. Ангіографія Магнітно-резонансна томографія	Обстеження у відділенні променевої діагностики лікарні
Кардіологічне з блоком інтенсивної терапії	Ультразвукова діагностика. Ангіографія	Пересувний апарат УЗД із комплексним набором датчиків
Неврологічне з блоком інтенсивної терапії	Ангіографія. Рентгенографія. Магнітно-резонансна томографія. Комп'ютерна томографія	Обстеження у відділенні променевої діагностики лікарні
Пульмонологічне з блоком інтенсивної терапії	Рентгенографія та рентгеноскопія органів дихання. Комп'ютерна томографія	Обстеження у відділенні променевої діагностики лікарні
Інфекційне боксоване	Рентгенографія та рентгеноскопія. Ультразвукова діагностика	Обстеження у відділенні променевої діагностики лікарні
Ортопедотравматологічне	Рентгенографія органів руху. Магнітно-резонансна томографія. Комп'ютерна томографія	Обстеження у відділенні променевої діагностики лікарні
Хірургічне	Рентгенографія та рентгеноскопія Ультразвукова діагностика. Ангіографія. Комп'ютерна томографія. Магнітно-резонансна томографія	Пересувний апарат УЗД з комплексним набором датчиків
Урологічне	Ультразвукова діагностика. Рентгенографія. Магнітно-резонансна томографія	Обстеження у відділенні променевої діагностики лікарні
Нейрохірургічне	Комп'ютерна томографія. Магнітно-резонансна томографія. Ангіографія	Обстеження у відділенні променевої діагностики лікарні
Офтальмологічне	Комп'ютерна томографія. Ультразвукова діагностика. Ангіографія	Обстеження у відділенні променевої діагностики лікарні
Гінекологічне з блоком інтенсивної терапії	Ультразвукова діагностика. Магнітно-резонансна томографія	Обстеження у відділенні променевої діагностики лікарні
Пологове з блоком інтенсивної терапії	Ультразвукова діагностика	Пересувний апарат УЗД з комплексним набором датчиків
Відділення новонароджених з блоком інтенсивної терапії	Ультразвукова діагностика. Магнітно-резонансна томографія	Пересувний апарат УЗД з комплексним набором датчиків

Далі розроблено модель алгоритму обстеження пацієнтів із використанням променевих методів діагностики в ЗОЗ ГО.

Метою створення даної моделі стало забезпечення променевими методами діагностики пацієнтів усіх ЗОЗ незалежно від рівня та етапу медичної допомоги. При цьому розглядалося питання можливості проведення обстеження в межах терапевтичного вікна (за даними клінічних протоколів) із раціональним використанням як матеріально-технічних, так і кадрових ресурсів.

Тактичним напрямком моделі стало забезпечення етапності в обстеженні пацієнтів із використанням променевих методів діагностики.

Найменший рівень потреби в променевих методах діагностики існує для первинного рівня її надання. Базовим методом для цього рівня є флюорографічний метод, який забезпечується наявністю в центрі ПМСД пересувного флюорографічного апарату. Для проведення обстеження з використанням променевих методів діагностики лікарі загальної практики – сімейні лікарі (ЛЗПСЛ) скеровують пацієнтів до консультативної поліклініки (КП), де за направленням ЛЗПСЛ чи після консультації лікарем-спеціалістом проводиться обстеження у відповідних кабінетах. Угодою між центром ПМСД та КП (наказом по управлінню охороною здоров'я) затверджується порядок обстеження пацієнтів за направленнями ЛЗПСЛ.

Відсутні структурні підрозділи променевої діагностики у лікарнях відновлювального лікування, закладах медико-соціальної допомоги, хоспісах. До даних ЗОЗ пацієнти надходять обстеженими. При зміні стану здоров'я пацієнт скеровується до ЛПЛ чи ЛЛЛ, де після консультування лікарем-спеціалістом визначається потреба та організується обстеження з використанням променевих методів діагностики.

Лікарні планового лікування сумісно чи з окремою КП мають кабінети рентгендіагностики, ультразвукової діагностики та флюорографії, які використовуються для обстеження як амбулаторних, так і стаціонарних пацієнтів у денному режимі роботи.

У ЛЛЛ сумісно чи з окремою консультативно-діагностичною поліклінікою (КДП) функціонують сумісне відділення променевих методів діагностики із забезпеченням, крім вказаних вище, таких методів діагностики: КТ і МРТ. У даному відділенні в ургентному порядку цілодобово та планово обстежуються пацієнти за направленням лікарів-спеціалістів КДП та ЛЛЛ.

Враховуючи вище наведене, розроблено функціонально-організаційну модель системи променевої діагностики на рівні ГО, яка складається із: центру променевої діагностики ЛЛЛ, кабінетів променевої діагностики ЛПЛ, пересувних флюорографічних кабінетів центрів ПМСД, які функціонально пов'язані між собою за допомогою електронно-інформаційної системи, що дає змогу в дистанційному режимі забезпечити шифрування результатів дослідження з використанням променевих методів і надання необхідних консультацій. Центр променевої діагностики у своєму складі, крім необхідного обладнання та устаткування, що

при цілодобовій роботі забезпечує пацієнтів своєчасним обстеженням із використанням сучасних діагностичних технологій, має централізований кабінет шифрування флюорографічних плівок і сервер-архів результатів обстежень пацієнтів із використанням променевих методів.

Ключовою ідеєю створення системи є забезпечення пацієнтів сучасними методами променевої діагностики відповідно до галузевих стандартів, які базуються на доказовій базі за рівнями та видами медичної допомоги.

Запропонована система, структурну основу якої становлять ЗОЗ ГО, визначає потребу кожного ЗОЗ у методах променевої діагностики залежно від виду медичної допомоги, яка в ньому надається; структурний підрозділ, який створюється в кожному із зазначених ЗОЗ, режим його роботи, а також організацію інтерпретації результатів променевих методів обстеження в кожному типі закладів.

Центральним елементом системи є відділення променевої діагностики та відділення ультразвукових методів дослідження ЛЛЛ, які проводять усі види променевої діагностики населенню ГО залежно від потреби.

Розроблено та представлено алгоритм впровадження в охорону здоров'я сучасної системи організації променевої діагностики на регіональному рівні [3].

Висновки

Результатом комплексного багаторічного дослідження є обґрунтування та розробка сучасної системи служби променевої діагностики на регіональному рівні.

Інноваційним є обґрунтування принципово нових функціонально-організаційних підходів до організації служби променевої діагностики в Україні на регіональному рівні. Вони полягають у створенні центрів променевої діагностики на базі ЛЛЛ ГО [4, 16].

Друга інновація – оснащення центрів ПМСД пересувними флюороустановками для проведення профілактичних флюорообстежень.

Третя інновація – перегляд табелів оснащення ЗОЗ відповідно до клінічних протоколів та доказово доведених даних із наступним оснащенням ЗОЗ відповідно до нових табелів оснащення.

Четверта інновація – залучення лікарів клінічних спеціальностей до процесу призначення обстеження та клінічної оцінки результатів променевого обстеження і навчання їх інтерпретації отриманих результатів із метою застосування як для діагностики захворювань, так і для моніторингу процесу лікування пацієнтів [1, 10].

П'ята інновація – створення системи електронно-інформаційного забезпечення служби променевої діагностики на рівні ГО [11, 13].

Шоста інновація [9] – створення централізованого (на рівні ГО) кабінету шифрування результатів флюорографічних профілактичних обстежень населення.

Сьома інновація – застосування механізму державно-приватного партнерства в процесі створення матеріально-технічної бази та організації діагностичного процесу.

Восьма інновація [6] – створення централізованого архіву обстежень населення з використанням променевих методів діагностики.

Дев'ята інновація [8] – зміна системи оцінки діяльності служби променевої діагностики від існуючої

до оцінки виконання клінічних протоколів за нозологічними формами захворювання та станом пацієнта, а також якістю діагностичного процесу.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням процесу впровадження запропонованої системи в охорону здоров'я та вивчення її ефективності.

Література

1. Качур О. Ю. Рівень теоретичної та практичної підготовки лікарів – спеціалістів поліклінік другого рівня надання медичної допомоги до використання променевих методів діагностики / О. Ю. Качур // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 1 (29). – С. 39–44.
2. Качур О. Ю. Структурна перебудова системи надання медичної допомоги як основа нової моделі організації променевої діагностики / О. Ю. Качур // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 2 (30). – С. 37–41.
3. Качур О. Ю. Алгоритм впровадження в охорону здоров'я сучасної системи організації променевої діагностики на регіональному рівні / О. Ю. Качур // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 3 (31). – С. 45–49.
4. Качур О. Ю. До питання забезпечення населення госпітального округу променевими методами діагностики / О. Ю. Качур // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3. – С. 56–59.
5. Качур О. Ю. Доступність пацієнтам-жінкам сучасних методів променевої діагностики у закладах охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги (за даними соціологічного опитування) / О. Ю. Качур // Здоров'я жінчин. – 2014. – № 3. – С. 31–34.
6. Качур О. Ю. Інформаційні технології в забезпеченні променевої діагностики на рівні госпітального округу / О. Ю. Качур, Г. О. Слабкий // Interlekarsky Casopis Intermedical. VPS-Slovakia, Scientific Journal. – 2016. – Vol. 1, № 3. – Р. 29–31.
7. Качур О. Ю. Основні показники діяльності рентгенологічної служби системи охорони здоров'я України / О. Ю. Качур // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2013. – № 4. – С. 9–12.
8. Качур О. Ю. Сучасні методологічні підходи до оцінки діяльності рентгенологічної служби в системі охорони здоров'я України / О. Ю. Качур // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 4. – С. 40–44.
9. Качур О. Ю. Характеристика можливості використання лікарями загальної практики–сімейної медицини променевих методів діагностики / О. Ю. Качур, Г. О. Слабкий // Сімейна медицина. – 2013. – № 6. – С. 109–111.
10. Качур О. Ю. Щодо підвищення кваліфікації лікарів загальної практики–сімейних лікарів з променевої діагностики / О. Ю. Качур, Г. О. Слабкий // Сімейна медицина. – 2014. – № 1. – С. 131–133.
11. Качур О. Ю. Організація дистанційного забезпечення інтерпретації результатів рентгенологічного обстеження пацієнтів в умовах госпітального округу / О. Ю. Качур // Медико-соціальні питання у реформі сфери охорони здоров'я», присвяченої пам'яті професора В. М. Пономаренко: тези НПК, м. Київ, 24–25 жовт. 2013 р. // Україна, здоров'я нації. – 2013. – № 4 (28). – С. 215.
12. Проблемні питання в організації в закладах охорони здоров'я вторинного рівня променевої діагностики / І. М. Рогач, Г. О. Слабкий, Л. О. Качала, Р. Ю. Погоріляк, О. Ю. Качур // 69-а підсумкова наукова конф. професорсько-викладацького складу УжНУ ф-та післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки : тези доп. – Ужгород, 2015. – С. 48–49.
13. Слабкий Г. А. К вопросу использования информационных технологий в рентгенологии / Г. А. Слабкий, А. Ю. Качур // Возможности превентивного та лікувального впливу на соціально-значимі захворювання в закладах первинної медико-санітарної допомоги : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. : – тези доп. ; Ужгород, 12–13 квіт. 2016 р. // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 1–2 (37–38). – С. 258.
14. Слабкий Г. О. Потреби населення в променевих методах дослідження на первинному рівні надання медичної допомоги та шляхи її забезпечення / Г. О. Слабкий, О. Ю. Качур // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 1. – С. 32–35.
15. Слабкий Г. О. Проблеми в організації променевої діагностики на вторинному рівні надання медичної допомоги та шляхи їх рішення / Г. О. Слабкий, О. Ю. Качур // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2014. – № 3. – С. 27–30.
16. Слабкий Г. О. До питання забезпечення лікарні інтенсивного лікування в променевих методах обстеження пацієнтів / Г. О. Слабкий, О. Ю. Качур, Л. О. Качала // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф., м. Одеса, 19–20 лютого 2016 р. – Одеса : ГО «Південна фундація медицини», 2016. – 140 с.

17. Щодо забезпеченості закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги променевою діагностикою у відповідності до галузевих стандартів / Г. О. Слабкий, І. М. Рогач, Л. О. Качала [та ін.] // Матеріали 70-ї підсумкової конф. проф.-викл. складу УжНУ; МОН України; ДВНЗ «Ужгородський нац. ун-т»; ф-ту післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки. – Ужгород : ТОВ РІК-У, 2016. – 130 с.
18. Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? / A. Donabedian // Am. J. Public Health. – 1981. – Vol. 71, № 4. – P. 409–412.

Дата надходження рукопису до редакції: 03.08.2017 р.

Характеристика системи лучевої діагностики в умовах реформування системи медичної допомоги на регіональному рівні

Г.А. Слабкий ¹, А.Ю. Качур ²

¹ГВУЗ «Ужгородський національний університет», г. Ужгород, Україна

²ГУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства здравоохранення України», г. Київ, Україна

Цель – обосновать систему лучевой диагностики в условиях реформирования системы медицинской помощи на региональном уровне.

Материалы и методы. Информационной базой были данные собственных исследований и отраслевой статистической отчетности. При проведении комплекса исследований использованы следующие методы исследования: статистический, социологический, описательного моделирования, структурно-логического анализа. Методической основой исследования послужил системный подход.

Результаты. Результатом комплексного многолетнего исследования являются обоснование и разработка современной системы службы лучевой диагностики на региональном уровне. Инновационным является обоснование принципиально новых функционально-организационных подходов к организации службы лучевой диагностики на региональном уровне. Они заключаются в создании центров лучевой диагностики на базе больниц интенсивного лечения. Вторая инновация – обеспечение центров первичной медико-санитарной помощи передвижными флюороустановками для проведения профилактических флюорообследований. Третья

инновация – пересмотр таблиц обеспечения учреждений здравоохранения в соответствии с клиническими протоколами и доказанными данными с дальнейшим обеспечением учреждений здравоохранения в соответствии с новыми таблицами обеспечения. Четвертая инновация – привлечение врачей клинических специальностей к процессу назначения обследования и клинической оценки результатов лучевого обследования и их обучения интерпретации полученных результатов. Пятая инновация – создание системы электронно-информационного обеспечения службы лучевой диагностики на уровне госпитального округа. Шестая инновация – создание централизованного (на уровне госпитального округа) кабинета шифрования результатов флюорографических профилактических обследований населения. Седьмая инновация – применение механизма государственно-частного партнерства в процессе создания материально-технической базы и организации диагностического процесса. Восьмая инновация – создание централизованного архива обследований населения с использованием лучевых методов диагностики. Девятая инновация – изменение системы оценки деятельности службы лучевой диагностики от существующей к оценке выполнения клинических протоколов по нозологическим формам заболевания и состоянию пациента, а также качеству диагностического процесса.

Выводы. Обоснованная и предложенная система лучевой диагностики должна обеспечить пациентов современными методами исследований в определенные сроки.

Ключевые слова: реформа системы оказания медицинской помощи, лучевая диагностика, современная система.

Characteristics of the system of radial diagnostics in terms of reforming the system of medical care at regional level

G.O. Slabkiy¹, O.Yu. Kachur²

¹SU "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine

²PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine", Kyiv, Ukraine

Purpose – to justify the system of radial diagnostics in terms of reforming the system of medical care at the regional level.

Materials and methods. When carrying out complex researches were used the following research methods: statistical, sociological, descriptive modeling, structural-and-logical analysis. Systematic approach became the methodological base of the research. Informational base of study was composed by the data of personal research and industry statistical reporting.

Results. Justifying and development of modern system of radial diagnostic service at regional level became the result of a comprehensive multi-year study. Innovative is the study of brand new functional-and-organizational approaches to the organization of radial diagnostic service at regional level. They consist in the creation of the Centers of Radial diagnostics on the base of the hospitals of intensive treatment. The second innovation consists in equipping the PMSC centers with mobile fluorographs for carrying out preventive fluoroexaminations. The third innovation consists in

reviewing the timesheets of health care institutions equipping in accordance with Clinical protocols and proved data with the following equipping of health care institutions in accordance to the new timesheets. The fourth innovation consists in bringing the physicians of clinical specialties to the process of examination appointment and evaluation of clinical results of radial examination and teaching them the interpretation of the results. The fifth innovation lies in creating the system of electronic informational provision of radial diagnostics service at the level of hospital region. The sixth innovation consists in creating the centralized (at the hospital region level) office for encryption of fluorographic results of prophylactic examinations. The use of the mechanism of public-and-private partnership in the process of creating the material and technical base and organizing the diagnostic process is the seventh innovation. The eighth innovation presumes the creation of centralized archive of examinations with the use of radial methods of diagnostics. The ninth innovation consists in the change of the system of evaluation of radial diagnostic service from existing performance to clinical protocols according to nosological forms of the disease and the patient's condition, as well as the quality of the diagnostic process.

Conclusions. Proposed and justified system of radial diagnostics is to provide patients with modern methods of examination in the specified time.

Key words: reform of health care system, radial diagnostics, modern system.

Відомості про авторів

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

Качур Олександр Юрійович – к.мед.н., н.с. ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

УДК 614.23:316.728(438)

Т.С. Грузєва

Компетентнісний підхід до підготовки фахівців громадського здоров'я в Ягелонському університеті

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета – дослідити реалізацію компетентнісного підходу в процесі підготовки фахівців громадського здоров'я в Ягелонському університеті.

Матеріали та методи. У роботі із застосуванням бібліографічного, інформаційно-аналітичного методів та контент-аналізу досліджено нормативні документи, які регламентують вимоги до навчання за фахом «громадське здоров'я», навчальні плани та навчальні програми з підготовки фахівців в Ягелонському університеті.

Результати. Нормативна та навчально-методична база підготовки фахівців громадського здоров'я в Ягелонському університеті відповідає національному стандарту та Європейській програмі ключових компетенцій фахівців громадського здоров'я ASPHER. У нормативних документах представлено сфери навчання, напрями підготовки, профілі та форми навчання, кількість семестрів та кредитів, посеместрові плани навчання, навчальні програми з дисциплін, можливості подальшого навчання, загальні цілі, зв'язок з місією університету, передбачувані результати навчання, набуті знання, вміння, навички, які забезпечують належну компетенцію фахівців.

Висновки. Нормативна база та навчально-методичне забезпечення підготовки фахівців громадського здоров'я в Ягелонському університеті можуть слугувати прототипами для відповідних документів в Україні.

Ключові слова: громадське здоров'я, бакалаври і магістри, освітні стандарти, навчальні плани і програми, ключові компетенції.

Вступ

Пріоритетним напрямом розбудови сфери охорони здоров'я визначено розвиток служби громадського здоров'я, що підтверджено низкою стратегічних та програмних документів ВООЗ, ЄРБ ВООЗ, інших міжнародних організацій [8, 12, 14, 18]. Такий вектор є найбільш ефективним у сучасних умовах посилення викликів і загроз для здоров'я населення, у т.ч. старіння, епідемії неінфекційних захворювань (НІЗ) і чинників ризику її розвитку, погіршення соціально-економічних детермінант, збільшення масштабів некерованої міграції, поглиблення нерівності у здоров'ї, коли країни та суспільства зазнають значних медико-соціальних втрат та економічних збитків. Зростання тягаря нездоров'я підвищує потребу в медичній та медико-соціальній допомозі, задоволення попиту на яку в період економічної кризи та скорочення ресурсів є проблематичним. Водночас, існують профілактичні стратегії та заходи, які дають змогу суттєво, зміцнити потенціал здоров'я і поліпшити його детермінанти, зменшити тягар нездоров'я, попередити значну кількість випадків захворювань та їх негативних наслідків, що реалізуються в рамках служб громадського здоров'я.

Відомо, що громадське здоров'я охоплює три основні сфери, а саме охорону здоров'я, профілактику хвороб та зміцнення здоров'я. Успішна діяльність у вказаних сферах можлива лише за умов наявності надійної оперативної-аналітичної інформації, чинників сприяння, таких як стійке фінансування, організаційна структура, стратегічне керівництво, підготовка кадрів,

інформаційно-роз'яснювальна робота, наукова робота [2, 7, 9].

Особлива роль у наведеному переліку чинників сприяння належить кадровій складовій, оскільки від наявності достатньої чисельності кадрів, їх правильної розстановки, належної підготовки фахівців із набуттям відповідних компетенцій, знань, вмінь і навичок залежить результативність та ефективність роботи з профілактики захворювань, подовження життя і зміцнення здоров'я населення.

Відповідно до стратегічного вектору розвитку національної системи охорони здоров'я та міжнародних зобов'язань в Україні активно розбудовується служба громадського здоров'я, формується її організаційна структура, мережа закладів тощо [13, 16, 17]. Згідно з Концепцією розвитку системи громадського здоров'я в Україні розпочато роботу з формування людських ресурсів, яка передбачає визначення реальних та прогнозованих потреб в кадрах, їх планування, раціональний розподіл, управління ресурсами, реформування системи додипломної та післядипломної підготовки працівників громадського здоров'я [11]. Важливим кроком на шляху кадрового забезпечення новоствореної служби стало внесення до переліку спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, спеціальності «громадське здоров'я» згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 01.02.2017 р. № 53 [15].

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця як провідний навчальний заклад в системі вищої медичної освіти України ініціативно розпочав обґрунтування та розробку навчально-

методичного забезпечення підготовки фахівців громадського здоров'я. Реалізація цього завдання вимагає створення якісно нових освітніх стандартів, навчальних програм та планів. Робоча група працювала над створенням проекту стандарту вищої освіти другого (магістерського) рівня освіти підготовки магістрів громадського здоров'я, навчального плану та навчальної програми.

Обґрунтування проектів вказаних нормативних документів потребувало глибокого аналізу існуючого досвіду підготовки фахівців громадського здоров'я за кордоном, вивчення стратегічних і програмних документів міжнародного рівня, визначення освітніх потреб при плануванні підготовки фахівців на національному та регіональному рівнях. У зв'язку з цим було проаналізовано нормативну базу та навчально-методичне забезпечення підготовки бакалаврів і магістрів громадського здоров'я в понад 30 провідних університетах Європи, Північної Америки та Австралії, результати якого висвітлено в низці публікацій [1, 3, 4, 6, 10, 18].

У даному контексті особливий інтерес становило вивчення досвіду підготовки бакалаврів і магістрів громадського здоров'я в Ягелонському університеті з огляду на незаперечний авторитет і високий рейтинг цього навчального закладу в Польщі та у світі в цілому, належну якість підготовки фахівців даного профілю з точки зору споживачів послуг і працедавців.

Необхідність поглибленого аналізу зарубіжного досвіду посилюється з огляду на затвердження МОЗ України Плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я в Україні, який включає завдання з розробки Національного плану з розвитку кадрових ресурсів у системі громадського здоров'я, навчання та підвищення кваліфікації, забезпечення мобільності, можливостей кар'єрного зростання тощо.

Матеріали та методи

У роботі із застосуванням бібліографічного, інформаційно-аналітичного методів та контент-аналізу досліджено стратегічні документи ВООЗ, ЄРБ ВООЗ, Європейську програму ключових компетенцій фахівців громадського здоров'я ASPHER, офіційні нормативні документи МОН Республіки Польща, які регламентують вимоги до навчання бакалаврів та магістрів за фахом «громадське здоров'я», а також навчальні плани та навчальні програми з підготовки бакалаврів та магістрів в Інституті громадського здоров'я Ягелонського університету. Проведено робочі зустрічі та інтерв'ю з керівництвом університету, у т.ч. з проректором, директором Інституту громадського здоров'я, деканом та завідувачами і співробітниками кафедр факультету наук про здоров'я, де готують фахівців громадського здоров'я, а також однопрофільної кафедри медичного факультету.

Результати дослідження та їх обговорення

У стратегічному документі ВООЗ «Здоров'я-2020: основи європейської політики та стратегія для XXI століття» вказано, що поліпшення здоров'я населення в Європейському регіоні потребує значного зміцнення функцій і потенціалу громадського здоров'я. Незважаючи на різницю в розмірі інвестицій в громадське здоров'я в країнах Європейського регіону та відмінності в його інфраструктурі, пріоритетним завданням на сучасному етапі визначено розвиток інституційної структури громадського здоров'я і зміцнення організаційно-кадрового потенціалу.

Вимоги до фахівців громадського здоров'я визначено низкою документів європейських інституцій. Зокрема, в документі ЄРБ ВООЗ «Зміцнення потенціалу і служб громадського здоров'я в Європі: рамкова основа дій» вказано, що компетентні і багатопрофільні кадри є запорукою ефективного виконання функцій громадського здоров'я. Зважаючи на складність проблем і завдань, що стоять перед громадським здоров'ям, майбутнім фахівцям потрібен широкий набір компетенцій, існуючих і нових навичок та знань. При цьому зростає потреба в різноманітних навичках у сферах епідеміології, аналітичної інформатики, інформаційних систем, зміцнення здоров'я, гігієни навколишнього середовища, управління і керівництва та інших сферах діяльності. Володіння необхідними компетенціями і навичками забезпечить виконання фахівцями 10 оперативних функцій громадського здоров'я, які включають епідеміологічний нагляд та оцінка стану здоров'я і благополуччя населення; моніторинг та реагування на небезпеки для здоров'я і при надзвичайних ситуаціях в охороні здоров'я; захист здоров'я, у т.ч. забезпечення безпеки навколишнього середовища, праці, харчових продуктів та ін.; зміцнення здоров'я, у т.ч. вплив на соціальні детермінанти і скорочення нерівностей за показниками здоров'я; профілактику хвороб, у т.ч. раннє виявлення порушень здоров'я; забезпечення стратегічного керівництва в інтересах здоров'я; забезпечення сфери громадської охорони здоров'я кваліфікованими кадрами достатньої чисельності; забезпечення організаційних структур і фінансування; інформаційно-роз'яснювальну діяльність (адвокацію), комунікацію та соціальну мобілізація в інтересах здоров'я; сприяння розвитку досліджень у сфері громадської охорони здоров'я.

Перелік необхідних компетенцій фахівців громадського здоров'я визначено Європейською програмою ключових компетенцій фахівців громадського здоров'я ASPHER. Документ схвалено усіма країнами-членами ЄР ВООЗ в якості основи для освіти у сфері громадського здоров'я. У документі представлено інтелектуальні та практичні компетенції за розділами здоров'я населення, методи його оцінки, соціальні, економічні та екологічні детермінанти здоров'я, політика охорони здоров'я, економіка, організаційна теорія, менеджмент, промоція здоров'я, етика тощо.

Аналіз нормативної та навчально-методичної бази підготовки магістрів громадського здоров'я в Ягелонському університеті здійснювали саме з позицій компетентнісного підходу відповідно до ключових компетенцій ASPHER.

Підготовка фахівців громадського здоров'я здійснюється в Ягелонському університеті відповідно до стандартів навчання, які затверджено МОН Республіки Польща. Навчання передбачено за 2 ступенями: першим (бакалавріат) та другим (магістратура).

Загальними вимогами до навчання на першому циклі є тривалість навчання не менше 6 семестрів з кількістю годин не менше 2600 та кількістю кредитів ECTS не менше 180. Навчальний план підготовки бакалавра громадського здоров'я згідно зі стандартом повинен включати базові дисципліни (360 год.) та спеціальні дисципліни (960 год.). Базове навчання передбачає засвоєння основ права, основ економіки, основ соціології, основ психології, основ охорони навколишнього середовища, основ біостатистики, основ демографії, науки про людину та пропедевтики медицини.

Зміст спеціального навчання в бакалавріаті включає вивчення пропедевтики громадської охорони здоров'я, основ зміцнення здоров'я і медичної освіти, основ епідеміології, економіки і фінансів, організації і управління, основ санітарно-епідеміологічного нагляду, основ соціального і медичного страхування, основ соціальної політики і охорони здоров'я, проблем здоров'я в міжнародному аспекті, невідкладної медичної допомоги, основ харчування людини, здоров'я навколишнього середовища, кваліфікованої першої допомоги.

Практика повинна тривати на менше 6 тижнів або 240 год. Також стандартом передбачено час на заняття фізичною культурою, мовою підготовкою, на засвоєння інформаційних технологій, підготовку курсової роботи та підготовку до екзамену.

По закінченню навчання випускник першого ступеня має міждисциплінарні знання в галузі соціальних, медичних, економічних наук та управління. Бакалавр громадського здоров'я повинен знати основні проблеми громадського здоров'я, системи надання медичної допомоги в Польщі та країнах ЄС. Випускник повинен володіти іноземною мовою на рівні B2. Випускник має навички: визначення біологічних та екологічних детермінант здоров'я людини, громади; встановлення біологічних, екологічних, демографічних, соціальних та психологічних загроз для здоров'я населення; здійснення перевірок і оцінки санітарно-епідемічної ситуації на регіональному рівні; інформування про результати оцінки санітарно-епідемічної ситуації об'єктів нагляду; збору даних про стан здоров'я населення; реалізації програм профілактики, надання допомоги та психологічної реабілітації; впровадження та координації освітніх програм з охорони здоров'я та промоції здоров'я; збору даних з економіки та управління охороною здоров'я в

локальних осередках та використанням професійного знання іноземних мов.

Випускник володіє компетенціями і може займати керівні посади в закладах охорони здоров'я та виконувати різні функції, пов'язані з промоцією й охороною здоров'я в державних закладах, муніципальних і приватних. Здобута кваліфікація дозволяє випускнику займати посади в закладах охорони здоров'я та установах, що займаються промоцією і охороною здоров'я. Випускник є підготовленим до початку навчання за другим ступенем. В цілому, конкретні результати навчання за стандартом передбачають чіткі позиції щодо знань, вмінь і компетенцій випускників бакалавріату.

Навчання другого ступеню згідно зі стандартом повинно тривати не менше 4 семестрів з кількістю годин не менше 1400 та кількістю кредитів ECTS не менше 120.

Навчальний план підготовки магістра громадського здоров'я згідно зі стандартом повинен включати базові дисципліни (300 год.) та спеціальні дисципліни (930 год.). Базове навчання передбачає вивчення права, економіки, соціології, психології, методології досліджень, охорони навколишнього середовища, біостатистики, педагогіки. Зміст спеціального навчання в магістратурі передбачає наступні навчальні дисципліни: елементи громадського здоров'я, промоція здоров'я і санітарна освіта, епідеміологія, економіка і фінансування охорони здоров'я, організація і управління в охороні здоров'я, санітарно-епідеміологічний нагляд, соціальне і медичне страхування, соціальна політика і політика в охороні здоров'я, міжнародні проблеми здоров'я, харчування людини, здоров'я навколишнього середовища, форми охорони здоров'я, ресурси та інформаційні системи в охороні здоров'я, маркетинг медичних послуг.

Практика під час навчання в магістратурі повинна тривати на менше 3 тижнів або 120 год. Для підготовки магістерської роботи та підготовки до дипломного іспиту студент отримує 20 кредитів ECTS.

Випускник магістратури займає авансовану позицію стосовно до першого ступеня навчання і має поглиблені знання у сфері соціальних і медичних наук. Він володіє вміннями і може вирішувати завдання профілактики та охорони здоров'я, працюючи в різних інституціях: державних, комунальних, соціальних та приватних, які функціонують у системі охорони здоров'я і займаються медико-соціальною допомогою, промоцією здоров'я, санітарною просвітою, санітарно-епідеміологічним наглядом, організацією та адмініструванням системи охорони здоров'я та соціальної допомоги для підвищення рівня здоров'я суспільства. Випускник має компетенцію виконання управлінських обов'язків в установах громадського здоров'я, державних та недержавних закладах охорони здоров'я; установах страхування здоров'я, закладах, підпорядкованих територіальним громадам, неурядових організаціях, закладах, що здійснюють санітарно-епідеміологічний нагляд – Державна санітарна інспекція та установи, які здійснюють захист навколишнього природного середовища.

Випускник має навички детального виявлення та прогнозування загроз і проблем зі здоров'ям громади; визначення впливу соціальних та демографічних процесів на здоров'я людей; планування, розробки, організації та оцінювання ефективності та оцінку профілактичних програм та програм промоції здоров'я для різних соціальних прошарків; прогнозування та формування структури та обсягів медичних потреб та медичних послуг населення; організаційного керівництва колективами; координації діяльності установ; мобілізації суспільства для реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я на місцевому та національному рівні; менеджменту – на основі норм права та новітніх прийомів менеджменту – закладами охорони здоров'я та установи, що займаються громадським здоров'ям; організації та забезпечення функціонування структур, які надають медичні послуги в системі обов'язкового та приватного медичного і соціального страхування щодо лікування, реабілітації, довгострокової опіки та соціальної допомоги; управління підрозділами інтегрованої медичної рятувальної системи та системи кризової інформації; контролю та оцінки санітарно-епідеміологічної ситуації на національному та регіональному рівні; збору та аналізу економічних витрат на медичні послуги, реабілітацію, профілактику та промоцію здоров'я; використовувати знання про цілі та завдання громадського здоров'я в Європейському Союзі, щоб збагатити програми з оздоровлення та підтримки здоров'я в локальних осередках, громадах; опрацювання експертних звітів, доповідей, рефератів та публікацій з питань громадського здоров'я з використанням професійного знання іноземних мов. Випускник готовий працювати в: інституціях, управлінських структурах різних рівнів, які займаються проблемами здоров'я та широко розуміють питання громадського здоров'я; закладах санітарного нагляду, Державній санітарній інспекції, закладах охорони і контролю навколишнього середовища, інтегрованій рятувальній медичній системі; установах соціального і медичного страхування; та соціальні; структурах, що беруть участь у захисті і промоції здоров'я та науково-дослідних установах, що займаються проблемами громадське здоров'я. Випускник підготовлений до роботи експертом, радником чи консультантом в: органах державної влади та місцевого самоврядування на всіх рівнях, неурядових організаціях, асоціаціях та фондах. Випускник має прагнення до постійного навчання та професійного розвитку та підготовлений до проведення наукових досліджень і навчання на третьому ступені.

Вивчення навчальних планів і програм підготовки фахівців громадського здоров'я в Ягелонському університеті засвідчило, що навчально-методичне забезпечення розроблено відповідно до стандарту навчання, затвердженого МОН Республіки Польща, та згідно з вимогами Європейської програми ключових компетенцій фахівців громадського здоров'я ASPHER.

У затвердженому Вченою радою Інституту громадського здоров'я Ягелонського університету документі «Детальні програми і плани стаціонарного

навчання другого ступеня «Громадське здоров'я» представлено сфери навчання, визначення напрямів підготовки, профілі та форми навчання, кількість семестрів та кількість кредитів, необхідних для отримання кваліфікації «магістр», назву професії, яку отримує випускник, можливості подальшого навчання, загальні цілі навчання на напрямі певного рівня і профілю навчання, зв'язок навчання на напрямі освітньому певного рівня і профілю з місією і стратегією університету і структури, що проводить викладання, відмінності щодо інших програм з аналогічними цілями і результатами навчання, які проводяться в університеті, можливості зайнятості тощо.

Навчання магістрів ведеться за трьома напрямами: програми в галузі охорони здоров'я, управління в охороні здоров'я, економіка охорони здоров'я та управління системи охорони здоров'я. На соціальні науки, у т.ч. соціальну політику, економіку, управління, право, відводиться 56% кредитів ECTS, на медичні науки та науки про здоров'я і фізичну культуру – 30% кредитів ECTS. Крім того, програма забезпечує навчання професійним навичкам, включаючи мовні (13% ECTS) і предметів з гуманістичних наук (1% ECTS).

Протягом чотирьох семестрів особи, що навчаються, проходять 120 кредитів. При виборі студентом англійської форми навчання на другий рік навчання число кредитів, необхідних для отримання кваліфікації, складає принаймні 129.

Цілями навчання є здобуття навичок, що дозволяють працювати на керівних посадах і незалежних позиціях в програмах охорони здоров'я, зміцнення здоров'я, профілактики і т.д., а також на посадах в адміністративних структурах охорони здоров'я, санітарної інспекції та постачальників медичних послуг, а також підготовка до подальшого навчання на третьому циклі, з особливим акцентом на здатності провести критичний аналіз та оцінку інформації / наукової інформації.

У результаті реалізації програми навчання, студент: презентує поглиблені знання щодо визначення основних загроз для здоров'я населення, пов'язаних з якістю навколишнього середовища, способом життя та іншими факторами ризику для здоров'я; ідентифікує перешкоди для здійснення медичної освіти в популяції, засновані на теорії соціальних змін, і застосовує відповідні методи навчання та навички комунікації в процесі навчання; демонструє знання про принципи створення і реалізації стратегій у сфері охорони здоров'я, охорони здоров'я та соціальної політики на місцевому, національному та європейському рівні; має поглиблені і розширені знання з правових та економічних питань в контексті функціонування сектора охорони здоров'я і структур, що працюють в ньому; має здатність до ефективної роботи і використання процедур в кризовій ситуації; може провести критичний аналіз і інтерпретацію експертиз, рапортів щодо політики в охороні здоров'я, економіці охорони здоров'я, охороні здоров'я громади; вміє самостійно здобувати знання і вживати автономні дії для розвитку здатності контролювати свою власну кар'єру.

До прийому на навчання допускаються особи з вищою освітою (принаймні бакалавра). Від кандидатів очікується базові знання змісту навчання для першого циклу напряму «громадське здоров'я».

Загальна кількість кредитів, які студент повинен отримати на заняттях, що вимагають безпосередньої участі викладачів і студентів, становить 117, кількість кредитів, які студент повинен отримати в рамках діапазону фундаментальних наук, – 17, в рамках практичних занять, в тому числі лабораторних і проектних, – 5, в рамках вивчення гуманітарних та соціальних наук – 2, мови – 4, в рамках реалізованих модулів у формі факультативів – 21 з предметів з обраного спеціалізаційного списку, 18 – семінари дипломні, вибрані студентом за списком.

Навчальний план підготовки магістрів громадського здоров'я протягом двох років передбачає вивчення наступних дисциплін: політика громадського здоров'я, промоція здоров'я, програми охорони здоров'я, право в охороні здоров'я, економіка, адресна соціальна політика, психологія здоров'я і якість життя, методологія наукових досліджень, професійна іноземна мова, охорона інтелектуальної власності, харчування людини, біостатистика, епідеміологія, економіка охорони здоров'я, соціологія медицини, здоров'я навколишнього середовища, система охорони здоров'я і її європейські інституції, управління людськими ресурсами, інформаційні системи, управління фінансами і управлінський облік, стратегічне планування і стратегічне управління, соціальні детермінанти здоров'я, соціальна політика і політика в охороні здоров'я на різних рівнях управління, демографія і здоров'я, стиль життя, здоров'я матері і дитини, фінансування охорони здоров'я, економічний аналіз в охороні здоров'я, медичне страхування, людські ресурси в охороні здоров'я, нагляд в громадському здоров'ї, оцінка медичних технологій та економіка ліків, проектування наукових досліджень, аналіз даних у біомедичних дослідженнях, етика громадського здоров'я, медицина праці, маркетинг, телемедицина та електронне здоров'я та інші.

Широка палітра навчальних дисциплін закладає основу для набуття необхідних компетенцій майбутніми магістрами громадського здоров'я. Посилює компетентнісну основу проходження практики з набуттям навичок діяльності у сфері громадського здоров'я.

Метою практики є поглиблення знань про організацію та функціонування системи охорони здоров'я, її установ і закладів, беручи до уваги інтереси студента і теми дисертації. Практика триває 5 тижнів (200 год.) і відбувається під час літніх канікул (якщо не передбачено інший термін практики організатором).

Під час практичних занять студент повинен здобути знання про функціонування інститутів, в яких відбувається практика, ознайомитися з навколишнім середовищем інституції, його стосунками з іншими учасниками системи охорони здоров'я, отримати практичний досвід з виконання завдань, визначених організатором практики.

Під час проходження практики завданнями навчання студента є активне спостереження, участь в

роботі структурного підрозділу в межах, встановлених менеджером або іншим співробітником, відповідальним за контроль студентів і виконувати команди своїх керівників. Час навчання, студент повинен використовувати в найбільш ефективний спосіб. Рекомендується, щоб скрізь, де це можливо, студенту надавалася можливість використання набутих під час практики знань і навичок в підготовці майбутньої дисертації.

В основі оцінки практики є підтвердження досягнення цілей практики керівником підрозділу, в якому студент проходив практику (або уповноважена керівником особа), а також короткий звіт (не більше 3 сторінок), в якому описується хід практики, сфера діяльності і оцінки накопиченого досвіду в плані реалізації усталеної практики результатів навчання, описаних у програмі.

Нормативним документом «Детальні програми і плани стаціонарного навчання другого ступеня «Громадське здоров'я» визначено передбачувані результати навчання випускників навчання другого ступеня, у т.ч. набуті знання (31 позиція), вміння (23 позиції) та навички (11 позицій), які забезпечують належну компетенцію магістрів громадського здоров'я відповідно до національних та загальноєвропейських вимог.

Висновки

Нормативна база та навчально-методичне забезпечення підготовки фахівців громадського здоров'я в Ягелонському університеті забезпечують належну компетенцію магістрів громадського здоров'я відповідно до національних та загальноєвропейських вимог. Широка палітра навчальних дисциплін закладає основу для набуття необхідних компетенцій майбутніми магістрами громадського здоров'я. Посилює компетентнісну основу проходження практики з набуттям навичок діяльності у сфері громадського здоров'я.

Досвід обґрунтування та розробки стандартів навчання, навчальних планів і програм підготовки бакалаврів і магістрів громадського здоров'я з позицій компетентнісного підходу в Ягелонському університеті може бути використаний для формування відповідних національних та галузевих проектів документів підготовки фахівців громадського здоров'я в Україні.

Перспективи подальших досліджень

Враховуючи становлення служби громадського здоров'я в Україні, формування інституційного середовища, у т.ч. з підготовки кадрів, необхідність розробки стандартів освіти, навчальних планів та навчальних програм за напрямом «громадське здоров'я», доцільним є подальше вивчення досвіду зарубіжних країн з успішними системами охорони здоров'я і службами громадського здоров'я для створення якісного навчально-методичного підґрунтя підготовки національних кадрів громадського здоров'я і забезпечення їх належної компетенції.

Література

1. *Аналіз кадрового забезпечення та принципів підготовки фахівців для служби громадського здоров'я в Україні* / Т. С. Грузева, Л. І. Галієнко, О. Я. Антонюк, С. В. Власенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2017. – № 1.
2. *Аргументы в пользу инвестиций в общественное здоровье* / ЕРК ВОЗ. – Копенгаген, 2014. – 32 с.
3. *Грузева Т. С.* Аналіз європейського досвіду з питань додипломної та післядипломної підготовки фахівців з громадського здоров'я / Т. С. Грузева, Л. І. Галієнко // Профілактична медицина: Здобутки сьогодення та погляд у майбутнє : матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Дніпропетровськ, 19–20 трав. 2016 р. – Дніпропетровськ : Літограф, 2016. – С. 33–34.
4. *Грузева Т. С.* Громадське здоров'я (public health) як нова спеціальність: сучасні підходи до викладання (на прикладі Дебреценського університету, Угорщина) / Т. С. Грузева, Н. В. Гречишкіна, Л. О. Литвинова // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 1. – С. 166–172.
5. *Грузева Т. С.* Досвід забезпечення якості підготовки фахівців із громадського здоров'я в Європейському регіоні : уроки для України / Т. С. Грузева, Л. І. Галієнко // Актуальні питання якості медичної освіти (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку) : матеріали XIII Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Тернопіль, 12–13 трав. 2016 р. : у 2 т. / Терноп. держ. мед. ун-т ім. І. Я. Горбачевського. – Тернопіль : ТДМУ, 2016. – Т. 1. – С. 95.
6. *Грузева Т. С.* Особливості підготовки фахівців громадського здоров'я в Республіці Казахстан / Т. С. Грузева, Т. М. Курило // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 1. – С. 162–165.
7. *Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения* / ЕРК ВОЗ. – Копенгаген, 2012. – 52 с.
8. *Здоровье-2020: Основы Европейской политики и стратегия для XXI века* / ЕРК ВОЗ. – Копенгаген, 2013. – 224 с.
9. *Инструмент самооценки выполнения основных оперативных функций общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ* / ЕРК ВОЗ. – Копенгаген, 2015. – 137 с.
10. *Концептуальні підходи до обґрунтування системи підготовки кадрів для служби громадського здоров'я в Україні. Conceptual assumptions to create a system for preparation of healthcare human resources in Ukraine* / Т. С. Грузева, І. М. Пельо, В. А. Сміянов, Л. І. Галієнко // Wiadomości Lekarskie. – 2016. – Т. LXIX, № 6. – С. 719–725.
11. *Концепція розвитку системи громадського здоров'я в Україні – 2016* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/docfiles/Pro_20160309_0_dod.pdf. – Назва з екрана.
12. *На пути к достижению целевых ориентиров политики Здоровье-2020: мониторинг качественных индикаторов. Обновленные сведения* / ЕРК ВОЗ. – Копенгаген, 2017. – 36 с.
13. *Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я України на період 2015–2020 рр.* [Електронний ресурс] – Київ, 2014. – С. 1–41. – Режим доступу : http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf. – Назва з екрана.
14. *Осуществление концептуального видения политики Здоровье-2020: стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке* / ЕРК ВОЗ. – Копенгаген, 2014. – 100 с.
15. *Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 р. № 266 : постанова Кабінету Міністрів України від 01.02.2017 р. № 53* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=248149695>. – Назва з екрана.
16. *Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я : розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.02016 р. № 1002-р* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249618799>. – Назва з екрана.
17. *Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/984_011. – Назва з екрана.
18. *Taking a participatory approach to development and better health examples from the Regions for Health Network / WHO Regional Office for Europe.* – Copenhagen, 2015. – 72 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 07.07.2017 р.

**Компетентностный подход
к подготовке специалистов общественного здоровья
в Ягеллонском университете**

Т.С. Грузева

Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Цель – исследовать реализацию компетентностного подхода в процессе подготовки специалистов общественного здоровья в Ягеллонском университете.

Материалы и методы. В работе с применением библиографического, информационно-аналитического методов и контент-анализа исследованы нормативные документы, регламентирующие требования к обучению по специальности «Общественное здоровье», учебные планы и учебные программы по подготовке специалистов в Ягеллонском университете.

Результаты. Нормативная и учебно-методическая база подготовки специалистов общественного здоровья в Ягеллонском университете соответствует национальному стандарту и Европейской программе ключевых компетенций специалистов общественного здоровья ASPHER. В нормативных документах представлены сферы обучения, направления подготовки, профили и формы обучения, количество семестров и кредитов, посеместровые планы обучения, учебные программы по дисциплинам, возможности дальнейшего обучения, общие цели, связь с миссией университета, предполагаемые результаты обучения, приобретенные знания, умения, навыки, которые обеспечивают надлежащую компетенцию специалистов.

Выводы. Нормативная база и учебно-методическое обеспечение подготовки специалистов общественного здоровья в Ягеллонском университете могут служить прототипами для подготовки соответствующих документов в Украине.

Ключевые слова: общественное здоровье, бакалавры и магистры, образовательные стандарты, учебные планы и программы, ключевые компетенции.

**Competent approach to training
of public health professionals
at the Jagiellonian University**

T.S. Gruzieva

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Purpose – to study the implementation of a competent approach to training of public health professionals at the Jagiellonian University.

Materials and methods. Using bibliographic, information-analytical methods and content-analysis, we have investigated the normative documents that regulate the requirements for training in the field of public health, curricula and training programs for the training of specialists at the Jagiellonian University.

Results. The normative and teaching methodological basis for the training of public health specialists at the Jagiellonian University corresponds to the national standard and the European program of key competences of the public health specialists ASPHER. The normative documents comprise as of training, directions of training, profiles and forms of training, a number of semesters and credits, semester plans of study, curricula of disciplines, possibilities of further education, general objectives, relationship with the mission of the university, expected learning outcomes, acquired knowledge, and skills that ensure the proper competence of specialists.

Conclusions. The normative base and educational and methodological provision of training of public health specialists at the Jagiellonian University can serve as a prototype for relevant documents in Ukraine.

Key words: public health, bachelors and masters, educational standards, curriculum and program, key competencies.

Відомості про автора

Грузева Тетяна Степанівна – д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; вул. Політехнічна, 25/29, м. Київ, 03056, Україна.

УДК 614.2:616.6-084.001.73(477-37)

О.З. Децик, Д.Б. Соломчак

Перспективні напрями удосконалення організації урологічної допомоги на регіональному рівні

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

Мета – обґрунтувати і розробити нову регіональну модель урологічної допомоги на підставі аналізу організації медичної допомоги хворим на сечокам'яну хворобу.

Матеріали та методи. Проведено аналіз медичних карт стаціонарних хворих приватного медичного закладу (108 од.), шести центральних районних (625 од.) і обласної клінічної лікарні (157 од.) та експертну оцінку запропонованих нововведень.

Результати. Виявлено структурні і функціональні диспропорції існуючої системи урологічної допомоги. Розроблено якісно нову “hub-and-spokes” (маточина-і-спиці) модель організації урологічної допомоги при уролітіазі на регіональному рівні. Її основними інноваційними елементами стали: концентрація хірургічної урологічної допомоги в окремих високотехнологічних медичних закладах; забезпечення ургентної урологічної допомоги на базі відділень невідкладної допомоги лікарень інтенсивного лікування та планової амбулаторної – на базі консультативно-діагностичних районних і міських центрів; залучення лікарів первинної медичної допомоги до профілактики, вчасного виявлення та виконання індивідуальних програм метафілактики, розроблених лікарями-урологами з врахуванням типу конкрементів і величини ризику повторного каменеутворення.

Висновки. Впровадження моделі у практику охорони здоров'я матиме позитивний медико-соціальний і економічний ефект.

Ключові слова: урологічна допомога, організація охорони здоров'я.

Вступ

Проголошений курс України на європейську інтеграцію на тлі складної соціально-економічної та політичної ситуації спонукають до реформування багатьох державних інституцій, у т.ч. такої соціально значущої, як сфера охорони здоров'я [4]. Серйозним її викликом є не тільки недостатнє фінансування, але й нераціональне використання ресурсів, головним чином, внаслідок неефективних механізмів управління, утримання надмірної мережі та штатів закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), передусім лікарень [2, 5, 17]. Це не дає можливості вітчизняній системі охорони здоров'я забезпечити належний рівень популяційного здоров'я, задовольнити потреби населення у якісній та доступній медичній допомозі [17].

Прийняті Закони України стосовно децентралізації влади, посилення місцевого самоврядування та ролі громад (2014, 2015), автономізації закладів охорони здоров'я (2016), затверджені Кабінетом Міністрів України «Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я», «Порядок створення госпітальних округів» (2016), низка нормативних документів МОЗ України започаткували зміни у галузі. Проте їх реалізація все ще потребує детального опрацювання, обґрунтування та апробації раціональних організаційних форм надання окремих видів медичної допомоги. Особливу увагу у цьому плані привертає спеціалізована хірургічна допомога, недоліки та структурні диспропорції в наданні

якої призводять до значних соціально-економічних збитків [2, 5, 6, 11].

Одним із таких видів медичної допомоги є урологічна. В структурі захворювань нирок і сечостатевої шляхів уролітіаз посідає друге місце за поширеністю, третє – як причина смертності і четверте – як причина інвалідності [1, 15].

Хронічний перебіг сечокам'яної хвороби з частими рецидивами визначають, що організація медичної допомоги таким хворим включає всі медико-технологічні процеси: профілактику, діагностику, лікування (оперативне і медикаментозне), диспансерне спостереження з метою запобігання повторному каменеутворенню (метафілактику), реабілітацію [1, 18, 19]. А отже, це може слугувати об'єктом вивчення проблем в організації урологічної допомоги населенню.

Мета роботи – на підставі аналізу організації медичної допомоги хворим на сечокам'яну хворобу обґрунтувати і розробити нову регіональну модель урологічної допомоги, здатної раціонально використовувати обмежені ресурси сфери охорони здоров'я і задовольнити при цьому потребу хворих у доступі до необхідних медичних послуг.

Матеріали та методи

Проаналізували медичні карти стаціонарних хворих на сечокам'яну хворобу у закладах охорони здоров'я Івано-Франківської області: шести центральних

районних і міських лікарень (ЦРЛ, 625 од.), обласної клінічної лікарні (ОКЛ, 157 од.) та приватного лікувально-діагностичного центру (ТзОВ, 108 од.).

Для оцінки обґрунтованості шпиталізації та повноти дотримання медико-технологічних стандартів створили експертну групу із досвідчених (середній стаж роботи за спеціальністю 35,6 року) незалежних експертів – двох професорів та доцента кафедри урології, а також двох лікарів-урологів вищої кваліфікаційної категорії. Оскільки вітчизняні клінічні протоколи [7, 8] застарілі, не відповідають вимогам наказу МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 і не можуть вважатися такими, що створені на принципах доказової медицини, для досягнення консенсусу також брались до уваги рекомендації клінічних настанов Американської та Європейської асоціацій урологів [9, 14].

Експертну оцінку ефективності запропонованих нововведень проводили 18 незалежних високо досвідчених фахівців: 4 докторів медичних наук, 10 кандидатів медичних наук, 11 з вищою і 6 з першою кваліфікаційними категоріями з урології та організації і управління охороною здоров'я.

Отримані кількісні дані узагальнювали шляхом розрахунку середнього арифметичного (M) із стандартною похибкою ($\pm m_M$) для середніх величин, якісні – частоти ознаки на 100 хворих (P) і похибки репрезентативності для відносних величин ($\pm m_p$). Оцінку достовірності різниці отриманих даних проводили за допомогою критерію χ^2 для відносних величин і критеріїв Стьюдента (t test) та Крускал–Уолліса (Kruskal-Wallis ANOVA) для середніх [10].

Використано методи: експертних оцінок, медико-статистичний, фармако-економічний.

Результати дослідження та їх обговорення

Встановлено, що найраціональніше організована госпіталізація хворих на уrolітіаз в приватному ЗОЗ, а необґрунтована шпиталізація характерна тільки для комунальних закладів охорони здоров'я і становить п'яту частину пролікованих хворих в обласній (21,7%) та більшість (80,5%) у районних лікарнях.

Основні характеристики необґрунтовано шпиталізованих: молодші за віком (76,7% до 60 років), із незначним стажем захворювання (81,2% хворіли один чи декілька днів) на камені сечоводів (77,3%), що супроводжуються нирковою колькою (72,3%), які самостійно звертались (65,2%) чи доставлені каретою ЕМД (20,3%), вказують на недосконалість організаційних технологій госпіталізації хворих, у першу чергу, в спеціалізовані хірургічні відділення вторинного рівня.

Показано, що необґрунтованість госпіталізації призводить до соціально-економічних збитків, оскільки такі пацієнти поступають повністю необстежені, а частка необґрунтовано госпіталізованих прямо корелює із більшою тривалістю стаціонарного лікування ($r_{xy}=0,87$), яка становила 8,1 дня в обласній та 11,0 дня в районних лікарнях проти 1,4 дня в приватному ЗОЗ. У результаті у ЦРЛ тільки на готельні послуги витрачалось зайві

370,70 грн на один випадок обґрунтованої госпіталізації і 422,60 грн при необґрунтованій шпиталізації, а в ОКЛ: 361,67 грн та 437,24 грн відповідно, що сумарно склало 277,70 грн при обґрунтованій і удвічі більше – 500,78 грн на один випадок необґрунтованої госпіталізації.

Комплексний аналіз співставлення окремих обов'язкових обстежень на до- та госпітальному рівні підтвердив найраціональніше дотримання існуючих нормативів у приватному медичному закладі. Водночас зафіксовано надмірне охоплення пацієнтів комунальних закладів охорони здоров'я простими лабораторними та інструментальними обстеженнями (загальний аналіз сечі, крові, ультразвукове дослідження нирок) на тлі неналежного доступу до таких високотехнологічних та дороговартісних методів, як комп'ютерна томографія та екскреторна урографія, особливо в районних лікарнях.

Встановлене недотримання стандартів діагностичних обстежень призводило до того, що на їх дублювання, незалежно від обґрунтованості госпіталізації витрачалось зайві 77,56 грн на одного хворого в районній і 129,46 грн в обласній лікарні. При цьому без підтвердження діагнозу виписували кожного п'ятого (19,1%) пацієнта третинного і понад 40% (41,2%) пацієнтів вторинного рівня.

Виявлено, що показники хірургічної допомоги при сечокам'яній хворобі відповідали сучасним вимогам також тільки в приватному медичному закладі, де всі пацієнти госпіталізувались для оперативних втручань інноваційними методами з мінімальним терміном очікування на операцію (0,3 дня).

Встановлено, що в обласній клінічній лікарні оперували не всіх пацієнтів з уrolітазом (хірургічна активність – 78,3%), значна частка операцій, при цьому, застарілі чи паліативні (22,4%) або могли бути проведені в амбулаторних умовах (12,9%), а час очікування на операцію становив 1,9 дня.

Показано, що в районних урологічних стаціонарних підрозділах оперували всього 9,3% хворих на СКХ (з яких 60% за всіма ознаками перенесли втручання не в цих закладах охорони здоров'я) із найдовшими термінами очікування на операцію (5,3 дня).

Виявлено, що лікарі-урологи стаціонарів комунальних закладів охорони здоров'я схильні до поліпрагмазії (5–9 препаратів на одного хворого проти 3–4 у приватному медичному закладі), що призводило до у 4,4–8,7 разу вищих витрат на фармакотерапію.

За результатами поєднаного фармако-економічного частотного/VEN/ABC аналізу показано, що в ЦРЛ майже половина (46,9%) переліку препаратів та 40% (40,4%, у т.ч. 36,2% у найбільш затратній групі А) призначень мали сумнівну цінність (група N), сягаючи третини (31,2%) сумарних витрат і четвертої частини (26,5%) витрат у групі А. Як наслідок, зайві витрати, спричинені головним чином дублюванням та надмірним застосуванням спазмолітиків у поєднанні із знеболювальними, а також другорядних лікарських засобів – фітопрепаратів, уросептиків тощо, становили 92,7% від фактичних, тобто 1055,12 грн із 1138,27 грн на одного хворого.

Виявлено значні резерви удосконалення фармакотерапії урологіазу в обласній лікарні, де частка групи N в переліку лікарських засобів (42,9%) і серед усіх призначень (31,9%) також була суттєвою, а зайві витрати в результаті дублювання та надмірного призначення переважно антибіотиків, знеболювальних, спазмолітиків сягали 84,5% від фактичних, що становило найвищі рівні в абсолютних числах – 1909,39 грн із 2261,11 грн на одного хворого.

Показано, що найбільш відповідає сучасним стандартам фармакотерапія урологіазу в медичному закладі недержавної форми власності, де лікарські засоби сумнівної цінності (група N) займали мінімальні частки у переліку лікарських засобів (15,4%), серед призначень (15,9%), у структурі загальних витрат (7,3%) і в групі A (8,0%), а резерв раціонального використання коштів був найнижчим – 35,3% (за рахунок надмірної антибіотикотерапії), що склало 92,01 грн із 260,76 грн на одного хворого.

Таким чином, проведений аналіз організації стаціонарної допомоги при сечокам'яній хворобі показав, що найбільш сприяє дотриманню сучасних стандартів приватний менеджмент, водночас, як система спеціалізованої хірургічної допомоги на рівні регіону вимагає значної оптимізації, як у напрямі реорганізації урологічної допомоги та перегляду доцільності утримання урологічних ліжок у більшості стаціонарів районного рівня, так і в напрямі удосконалення системи управління якістю її надання.

На підставі отриманих результатів дослідження, а також опираючись на передовий світовий досвід [3, 5, 6, 11–13, 16], нами розроблена “hub-and-spokes” (маточина-і-спиці) модель організації урологічної допомоги при СКХ на регіональному рівні (рис.).

На наш погляд, планову хірургічну урологічну допомогу варто сконцентрувати у так званій «маточині» (hub), яку функціонально та організаційно можуть забезпечити, як показують у т.ч. і результати нашого дослідження, тільки ЗОЗ, що мають відповідне високотехнологічне обладнання та кваліфікований персонал, а саме: ОКЛ, потужні приватні медичні заклади та окремі ЦРЛ – ті, які будуть реорганізовані у лікарні інтенсивного лікування (ЛІЛ) II рівня, тобто для надання більш складних стаціонарних послуг.

У решті районних (міських) лікарень, які увійдуть у госпітальні округи як лікарні інтенсивного лікування I рівня (для забезпечення базових стаціонарних послуг), урологічні ліжка потрібно скоротити, оскільки там немає можливості надавати хірургічну спеціалізовану допомогу.

На цьому рівні необхідно забезпечити надання ургентної допомоги хворим із неускладненою СКХ, які самостійно звернулись в лікарню. Для цього достатньо потужностей відділення невідкладної допомоги, де пацієнтів після зняття приступу ниркової кольки та

базових обстежень повинні, не шпиталізуючи, направити на планову консультацію до лікаря-уролога.

На базі цього ж відділення при ускладненій СКХ цілком можливо організувати ургентну урологічну консультацію та допомогу, спрямовану на відновлення відтоку сечі.

Госпіталізація хворих з гострим вторинним пієлонефритом, гострою нирковою недостатністю, уросепсисом не потребує спеціалізованих хірургічних ліжок. Для цього достатньо потужностей терапевтичних відділень лікарень інтенсивного лікування I рівня. Після нормалізації стану хворих і виписки із стаціонару потрібно рекомендувати консультацію уролога для вибору подальшої тактики лікування.

Тобто у більшості сьгоднішніх ЦРЛ, РЛ і МЛ (тих, на базі яких будуть сформовані ЛІЛ I рівня) посаду лікаря-уролога достатньо залишити тільки для забезпечення амбулаторного прийому в поліклініці (консультативно-діагностичному центрі). До функцій цього лікаря слід віднести: планову спеціалізовану допомогу хворим за направленням лікаря загальної практики-сімейного лікаря (ЛЗПСЛ); ургентна консультація і допомога при невідкладних станах; скерування хворих на амбулаторне чи стаціонарне оперативне лікування в залежності від показів; розробка індивідуальної програми метафілактики після оперативного втручання на підставі результатів аналізу конкрементів і визначення величини ризику повторного каменеутворення; співпраця із ЛЗПСЛ щодо раннього виявлення хворих на СКХ, реалізації та контролю дотримання хворими рекомендацій спеціалістів урологічного профілю, насамперед індивідуальних програм метафілактики.

Як бачимо, у моделі (рис.) важливе місце відводиться ЛЗПСЛ, який як лікар першого контакту тільки може і зобов'язаний організувати та скоординувати профілактичну складову системи урологічної допомоги.

З метою виключення недоцільного залучення служби екстреної медичної допомоги необхідно завершити її реформу відповідно до сучасних стандартів:

– укомплектувати обласні Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (ЦЕМДМК) належними диспетчерськими службами із кол-центрами, де пацієнтам, які звертаються із не екстреними випадками (у т.ч. із нирковою колькою) можуть згідно із затвердженими алгоритмами надати консультацію і перенаправити непрофільні виклики на ЗОЗ ПМСД;

– сформувати мережу належно обладнаних та укомплектованих кваліфікованим персоналом відділень невідкладної допомоги при лікарнях інтенсивного лікування, до функцій яких, крім надання допомоги в екстрених ситуаціях, слід віднести надання амбулаторної невідкладної допомоги за зверненням пацієнтів.

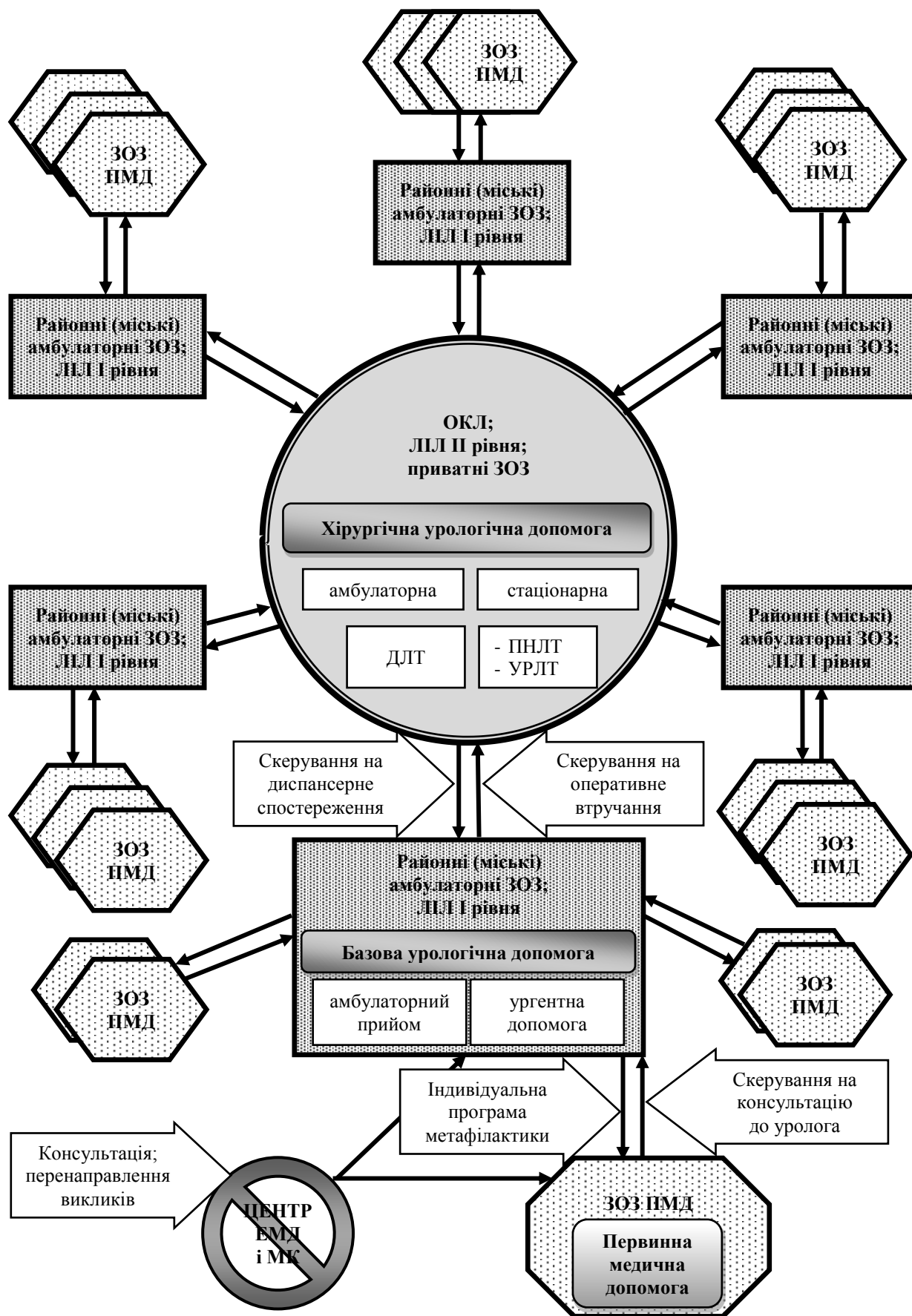


Рис. "Hub-and-spokes" модель надання урологічної допомоги при СКХ

Незалежні досвідчені експерти позитивно оцінили основні інноваційні елементи моделі: зосередження оперативної хірургічної допомоги тільки в окремих потужних високотехнологічних ЗОЗ області (9,8), доцільність розробки лікарями-урологами індивідуальних програм метафілактики з врахуванням типу конкрементів і величини ризику повторного каменеутворення (9,6), залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до профілактики, раннього виявлення СКХ (9,6), мотивації пацієнтів до виконання програм диспансеризації, метафілактики і реабілітації (9,4).

Висновки

Виявлено структурні та функціональні диспропорції існуючої системи урологічної допомоги, нераціональність використання ресурсів, невідповідність наданих послуг сучасним медико-технологічним стандартам.

Розроблено якісно нову "hub-and-spokes" (маточина-і-спиці) модель організації урологічної допомоги при СКХ на регіональному рівні. Основними інноваційними елементами моделі стали: концентрація хірургічної урологічної допомоги в окремих високотехнологічних

медичних закладах регіону (обласна клінічна лікарня, лікарні інтенсивного лікування II рівня, потужні медичні заклади недержавної форми власності); забезпечення ургентної урологічної допомоги на базі відділень невідкладної допомоги лікарень інтенсивного лікування та планової амбулаторної – на базі консультативно-діагностичних районних та міських центрів; залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до профілактики, вчасного виявлення та виконання індивідуальних програм метафілактики, розроблених лікарями-урологами з врахуванням типу конкрементів і величини ризику повторного каменеутворення.

Прогностична ефективність запропонованих нововведень підтверджена шляхом експертних оцінок досвідчених лікарів-урологів та організаторів охорони здоров'я, за узгодженою думкою яких впровадження моделі у практику охорони здоров'я матиме позитивний медико-соціальний і економічний ефект.

Перспективи подальших досліджень полягатимуть в апробації основних елементів запропонованої моделі урологічної допомоги в практичній охороні здоров'я.

Література

1. Боржієвський А. Ц. Уретеролітаз: (урологічні аспекти) : монографія / А. Ц. Боржієвський, С. О. Возіанов. – Львів : Видавничий Дім «Високий замок», 2007. – 264 с.
2. Бугро В. І. Стаціонарна медична допомога в розвинених системах охорони здоров'я / В. І. Бугро // Український медичний часопис. – 2015. – № 5 (109). – С. 39–41.
3. Інтеграція медичної допомоги як технологія підвищення ефективності системи охорони здоров'я / В. М. Лехан, В. В. Волчек, Л. В. Крячкова, В. Г. Кий–Кокарева // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 1 (3). – С.5-11.
4. Лехан В. М. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах: позитивні результати, проблеми та можливі шляхи їх вирішення / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3. – С. 67–86.
5. Модернізація вторинної медичної допомоги – шлях до підвищення ефективності охорони здоров'я / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 3, Т. 1 (110). – С. 201–205.
6. Основи політики. Планирование оказания медицинской помощи. Обзор международного опыта / S. Ettelt, E. Nolte, S. Thomson, N. Mays, International Healthcare Comparisons Network. – Москва : Реал Тайм, 2009. – 64 с.
7. Урологія. Діючі протоколи надання медичної допомоги : науково-методичне видання / за ред. д.мед.н., проф. С. П. Пасечнікова. – Київ : ТОВ «Доктор-Медіа», 2011. – 626 с.
8. Урологія. Клінічний протокол надання медичної допомоги: «Рекомендації з діагностики, лікування уrolітазу» : наказ МОЗ України від 15.06.2007р. № 330 «Про удосконалення надання урологічної допомоги населенню України».
9. EAU Guidelines on urolithiasis / C. Türk, T. Knoll, A. Petrik [et al.] – European Association of Urology, 2015. – 71 p.
10. Forthofer R. N. Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery / R. N. Forthofer, E. S. Lee, M. Hernandez. – Amsterdam : Elsevier Academic Press, 2007. – 502 p.
11. Investing in hospitals of the future / B. Rechel, S. Wright, N. Edwards [et al.] / WHO and Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009. – 304 p.
12. Modern health care delivery systems, care coordination and the role of hospitals. – WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2012. – 36 p.
13. Rice J. Integrated care delivery models: insights from USA and Europe / J. Rice // Seminar at Research University – High School of Economics, 27 June, 2011. – Brussels, 2011. – 26 p.
14. Surgical Management of Stones: Endourological Society Guideline / D. Assimos, A. Krambeck, N. L. Miller [et al.]. – American Urological Association, 2016. – 50 p.
15. The new epidemiology of nephrolithiasis / J. Shoag, G. E. Tasian, D. S. Goldfarb, B. H. Eisner // Adv. Chronic Kidney Dis. – 2015. – Vol. 22 (4). – P. 273–278.
16. The Veneto model – a regional approach to tackling global and European health challenges. – World Health Organization, 2016. – 58 p.

17. *Ukraine: Health system review* / V. N. Lekhan, V. M. Rudyi, M. V. Shevchenko [et al.] // *Health Systems in Transition*. – 2015. – № 17 (2). – С. 1–153.
18. *Urolithiasis – an Interdisciplinary Diagnostic, Therapeutic and Secondary Preventive Challenge* / C. Fisang, R. Anding, S. C. Müller [et al.] // *Dtsch Arztebl Int*. – 2015. – Vol. 112. – P. 83–91.
19. *Wang R. C. Managing Urolithiasis* / R. C. Wang // *Ann Emerg Med*. – 2016. – Vol. 67 (4). – P. 449–454.

Дата надходження рукопису до редакції: 06.07.2017 р.

Перспективные направления усовершенствования организации урологической помощи на региональном уровне

О.З. Децик, Д.Б. Соломчак

ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет», г. Ивано-Франковск, Украина

Цель – на основании анализа организации медицинской помощи больным мочекаменной болезнью обосновать и разработать новую региональную модель урологической помощи.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинских карт стационарных больных частного медицинского учреждения (108 ед.), шести центральных районных (625 ед.), областной клинической больницы (157 ед.) и экспертную оценку предлагаемых нововведений.

Результаты. Выявлены структурные и функциональные диспропорции существующей системы урологической помощи. Разработана качественно новая “hub-and-spokes” (втулка-и-спицы) модель организации урологической помощи при уролитиазе на региональном уровне. Ее основными инновационными элементами стали: концентрация хирургической урологической помощи в отдельных высокотехнологичных медицинских учреждениях; обеспечение urgentной урологической помощи на базе отделений неотложной помощи больниц интенсивного лечения и плановой амбулаторной – на базе консультативно-диагностических районных и городских центров; привлечение врачей первичной медицинской помощи к профилактике, своевременному выявлению и выполнению индивидуальных программ метафилактики, разработанных врачами-урологами с учетом типа конкрементов и величины риска повторного камнеобразования.

Выводы. Внедрение модели в практику здравоохранения окажет положительный медико-социальный и экономический эффект.

Ключевые слова: урологическая помощь, организация здравоохранения.

Perspective directions of the urological care improvement at the regional level

O.Z. Detsyk, D.B. Solomchak

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Purpose – to substantiate and develop a new regional model of urological care based on the analysis of the organization of medical care for patients with urolithiasis.

Materials and methods. The inpatients medical records of private healthcare institutions (108 units), six central district hospitals (625 units) and the regional hospital (157 units) were analyzed. The developed innovations peer reviewed.

Results. Structural and functional disproportions of the existing system of urological care are revealed. A quite new “hub-and-spokes” model of the organization of urological care for urolithiasis at the regional level was developed. Its main innovative elements were: concentration of surgical urological care in some high-tech medical facilities; provision of urgent urological care on the basis of emergency departments of intensive care hospitals and planned outpatient care – on the basis of consulting and diagnostic district and city centers; involvement of primary care physicians in the prevention, early detection and implementation of individual metaphylaxis programs done by urologists considering the type of stones and the risk of recurrence assessment.

Conclusions. Implementation of the model in the health care practice will have positive medical, social and economic effect.

Key words: urological care, health care management.

Відомості про авторів

Децик Орина Зенонівна – д.мед.н., проф., зав. кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»; вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, 76018, Україна.

Соломчак Дмитро Богданович – к.мед.н., доц., доцент кафедри урології ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»; вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, 76018, Україна.

УДК 614.4:316.728

Г.О. Слабкий¹, І.С. Миронюк¹, В.В. Шафранський²

Епідеміологічний нагляд як основна функція громадського здоров'я

¹ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета – визначити місце епідеміологічного нагляду в системі громадського здоров'я за його рівнями.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали документи ВООЗ із питань розвитку в Європі системи громадського здоров'я. У ході дослідження використано такі методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, описового моделювання. Методичною основою дослідження став системний підхід.

Результати. Запропоновано комплексну систему епідеміологічного нагляду в громадській охороні здоров'я Україні, яка базується на рекомендаціях ВООЗ. Проведено структурування функцій з епідеміологічного нагляду за рівнями управління.

Висновки. Впровадження запропонованої системи дасть змогу забезпечити комплексний епідеміологічний нагляд за станом здоров'я населення та факторами, які на нього впливають.

Ключові слова: громадське здоров'я, епідеміологічний нагляд, забезпечення, рівні управління, функції.

Вступ

У 2012 р. Європейським регіональним бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) прийнято документ «Європейський план дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я» (ЄПД), який став дороговказом у розвитку громадського здоров'я в Європейському регіоні [1].

Метою ЄПД є поліпшення здоров'я, скорочення нерівності, а також у забезпеченні здійснення оперативних функцій громадського здоров'я (ОФГЗ) і основного переліку доступних, високоякісних, ефективних послуг системи громадського здоров'я на індивідуальному, місцевому та популяційному рівнях, а також зміцнення потенціалу системи громадського здоров'я [2].

Десять ОФГЗ запропоновані у формі докладного переліку для оцінювання потенціалу та послуг системи громадського здоров'я, а також дій, необхідних для їх поліпшення. Вони належать до найважливіших послуг системи громадського здоров'я (ОФГЗ 1–5), а також стосуються всіх аспектів (ОФГЗ 6–10) і сприяють здійсненню ОФГЗ 1–5. Не передбачається, що ОФГЗ розглядатимуться як 10 окремих послуг. Їх можна буде адаптувати залежно від різних умов і виконувати групами або блоками. Наприклад, ОФГЗ 1 і 2 в основному стосуються аналітичної інформації з питань громадського здоров'я, яка може використовуватися в процесі вирішення завдань щодо захисту й зміцнення здоров'я і профілактики хвороб (ОФГЗ 3–5), тоді як ОФГЗ 6–10 покликані сприяти вдосконаленню надання послуг у цілому.

В умовах створення національної системи громадського здоров'я в Україні є нагальна потреба визначення місця епідеміологічного нагляду в даній системі та провести його функціональний розподіл за рівнями управління [4, 5].

Мета роботи – визначити місце епідеміологічного нагляду в системі громадського здоров'я за рівнями функціонально-структурного забезпечення системи.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження стали документи ВООЗ із питань розвитку в Європі системи громадського здоров'я. У ході дослідження використано такі методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, описового моделювання. Методичною основою дослідження став системний підхід.

Результати дослідження та їх обговорення

В описі даної оперативної функції ВООЗ визначено наступне: створення та забезпечення функціонування систем епідеміологічного нагляду з метою моніторингу частоти виникнення і поширеності хвороб, а також систем медико-санітарної інформації для кількісного оцінювання захворюваності і показників стану здоров'я населення. Іншими складовими цієї оперативної функції є оцінка показників здоров'я місцевих громад, виявлення проблем і нерівностей за показниками здоров'я конкретних груп населення, виявлення потреб і планування дій на основі об'єктивних даних. Компоненти епідеміологічного нагляду наводимо нижче.

- 1.1. Епідеміологічний нагляд у сфері демографічної статистики.
- 1.2. Епідеміологічний нагляд за інфекційними хворобами.
- 1.3. Епідеміологічний нагляд за неінфекційними захворюваннями.
- 1.4. Епідеміологічний нагляд за станом соціального і психічного здоров'я.
- 1.5. Епідеміологічний нагляд за здоров'ям матері й дитини.
- 1.6. Епідеміологічний нагляд у сфері гігієни навколишнього середовища.
- 1.7. Епідеміологічний нагляд у сфері гігієни праці.

- 1.8. Епіднагляд за травматизмом і насильством.
- 1.9. Епіднагляд за внутрішньолікарняними інфекціями.
- 1.10. Епіднагляд за стійкістю до антибіотиків.
- 1.11. Огляди стану здоров'я і дослідження поведінкових аспектів здоров'я.
- 1.12. Систематичний опис (картування) виявлених нерівностей щодо здоров'я.
- 1.13. Інтегрування і аналіз даних (у тому числі оцінювання здоров'я місцевих громад) з метою визначення потреб населення, виявлення груп ризику і моніторингу прогресу у вирішенні завдань охорони здоров'я (за сферами 1.1–1.8).
- 1.14. Публікація звітних даних для різних аудиторій (за сферами 1.1–1.8).

Далі нами розглядалося питання забезпечення даної оперативної функції в системі громадського здоров'я України при її запропонованій структурі [3]. Необхідно зазначити, що виконання даної оперативної функції тісно пов'язане із забезпеченням у системі громадського здоров'я таких основних оперативних функцій [5]:

ОФГЗ 2. Моніторинг та реагування на небезпеки для здоров'я і під час надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я.

ОФГЗ 3. Захист здоров'я, у тому числі забезпечення безпеки навколишнього середовища, праці, харчових продуктів тощо.

ОФГЗ 4. Зміцнення здоров'я, у тому числі вплив на соціальні детермінанти і скорочення нерівностей за показниками здоров'я.

ОФГЗ 5. Профілактика хвороб, у тому числі раннє виявлення порушень здоров'я.

ОФГЗ 6. Забезпечення стратегічного управління в інтересах здоров'я і благополуччя.

ОФГЗ 7. Забезпечення сфери суспільної громадської охорони здоров'я достатньою кількістю кваліфікованих кадрів.

ОФГЗ 8. Створення стійких організаційних структур і забезпечення їх фінансування.

ОФГЗ 9. Інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація), комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я.

ОФГЗ 10. Сприяння розвитку досліджень у сфері охорони здоров'я для наукового обґрунтування відповідної політики і практики.

Таким чином, можна говорити про те, що дана оперативна функція є основною в діяльності системи громадського здоров'я, а всі інші тією чи іншою мірою забезпечують її виконання чи діють в інтересах втіленню в життя результатів її виконання.

Представляємо методично-організаційні підходи до забезпечення епіднагляду та оцінювання стану здоров'я і благополуччя населення за його напрямками відповідно до рівнів управління.

Центральний рівень. На центральному рівні мають виконуватися функції загального характеру та з безпосереднього здійснення епідеміологічного нагляду.

До загальних функцій необхідно віднести заходи зі стратегічного планування та здійснення контролю за виконанням запланованих заходів і якості їх здійснення; методичне забезпечення виконання даної функції на регіональному та місцевому рівнях, а також забезпечення навчання працівників використанню сучасних методик проведення епідеміологічного нагляду за окремими його напрямками; узагальнення результатів епіднагляду в розрізі регіонів України та за окремими територіями і представлення результатів керівництву держави та галузі (залежно від рівня їх значущості) з розробкою управлінських рішень та адвокацією їх прийняття; реагування на небезпеки для здоров'я, які виявлені під час епіднагляду і можуть мати масовий характер або привели до смерті людей; організацію наукових досліджень із зазначеної теми. Надзвичайно важливою функцією центрального рівня є розробка та адвокація проектів законодавчих актів скерованих на покращення медико-демографічної та санітарно-епідеміологічної ситуації в країні.

До спеціальних функцій з організації епідеміологічного нагляду до центрального рівня в системі громадського здоров'я необхідно віднести епіднагляд можливого впливу на здоров'я населення факторів ядерної, хімічної променевої небезпеки, епіднагляду за збудниками особливо та соціально небезпечних інфекцій, епіднагляду впливу на стан здоров'я населення змін клімату; забезпечення епіднагляду при можливості застосування біотероризму. На центральному рівні мають бути розроблені програми (заходи) профілактики негативного впливу вказаних факторів на здоров'я населення та міжсекторальних дій при виникненні надзвичайних подій інфекційного, техногенного чи військового характеру. Функцією центрального рівня є забезпечення впровадження в країні Міжнародних медико-санітарних правил та контролювання їх виконання. В сучасних умовах постійно підвищується необхідність здійснення епідеміологічного нагляду за станом соціального і психічного здоров'я населення і його окремих категорій з розробкою та прийняттям на державному рівні програми збереження психічного здоров'я населення. Організація даного процесу є теж важливою функцією центрального рівня громадського здоров'я.

Регіональний рівень. Функції регіонального рівня нами теж розділено на загальні і спеціальні.

До загальних функцій регіонального рівня необхідно віднести заходи з поточного планування та здійснення контролю за виконанням запланованих заходів і якості їх здійснення та забезпечення епідеміологічного нагляду за визначеними напрямками, а також прогнозування тенденцій медико-демографічної та санітарно-гігієнічної ситуації в регіоні; безперервне підвищення професійної майстерності працівників системи громадського здоров'я використанню сучасних методик проведення епідеміологічного нагляду за окремими його напрямками; узагальнення результатів епіднагляду в розрізі адміністративних територій і

представлення результатів керівництву регіону з розробкою управлінських рішень та адвокацією їх прийняття; реагування на небезпеки для здоров'я, які виявлені під час епідагляду і можуть мати масовий характер або привели до смерті людей; організацію наукових досліджень із зазначеної теми. Однією з найважливіших функцій регіонального рівня є розробка та адвокація їх прийняття проектів нормативно-правових актів органами місцевої та регіональної влади скерованих на покращення медико-демографічної та санітарно-епідеміологічної ситуації в регіоні. Важливою функцією регіонального рівня є масові комунікації та комунікації з цільовими групами інформаційного впливу з питань профілактики захворювань, збереження та зміцнення здоров'я населення та відповідального відношення до особистого здоров'я.

До спеціальних функцій нами віднесено епідагляд у сфері демографічної статистики та інфекційними і неінфекційними хворобами та станом соціального і психічного здоров'я, а також епідагляд за здоров'ям матері й дитини, епідагляд у сфері гігієни навколишнього середовища та сфері гігієни праці, за травматизмом і насильством. Також функцією регіонального рівня є епідагляд за внутрішньо-лікарняними інфекціями та за стійкістю до антибіотиків. На регіональному рівні мають бути організовані дослідження з вивчення поведінкових аспектів здоров'я.

При виявленні порушень законодавства України щодо забезпечення права населення на здоров'я регіональні органи громадського здоров'я повинні звертатися до органів регіональної влади з метою прийняття управлінських рішень з їх усунення та до правоохоронних органів з метою притягнення винних до відповідальності.

Місцевий рівень. На місцевому рівні має здійснюватися епідеміологічний нагляд за інфекційними та неінфекційними хворобами, здоров'я матері і дитини, соціальним і психічним здоров'ям, травматизмом і насильством, а також участь у проведенні дослідження поведінкових аспектів здоров'я.

Результати дослідження мають узагальнюватися та представлятися на регіональний рівень системи громадського здоров'я, а також місцевим органам влади для прийняття управлінських рішень з метою розробки заходів з усунення виявлених негативних факторів ризику та проведення санітарно-освітньої роботи з формування у населення здорового способу життя і відповідального ставлення до особистого здоров'я. Задачею органів місцевої влади є створення умов на рівні громади для максимальної можливості вести здоровий спосіб життя. Вся робота працівників системи громадського здоров'я має проводитися у тісній співпраці з медичними працівниками первинної ланки медичної допомоги населенню.

Висновки

Запропоновано комплексну систему епідеміологічного нагляду в громадській охороні здоров'я Україні, яка базується на рекомендаціях ВООЗ. Проведено структурування функцій з епідеміологічного нагляду за рівнями управління. Запропоновано алгоритм впровадження епідеміологічного нагляду за його видами.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності епідеміологічного нагляду у системі громадського здоров'я України.

Література

1. *Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения.* – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (документ EUR/RC62/12). – 52 с.
2. *Здоровье – 2020.* Основы европейской политики и стратегия для XXI века [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>. – Название с экрана.
3. *Миронюк І. С.* До структури національної системи громадського здоров'я / І. С. Миронюк, Г. О. Слабкий, В. В. Шафранський // Вісник проблем біології і медицини. – 2017. – Вип. 3, т. 2, № 138. – С. 135–142.
4. *Про внесення змін до постанови КМУ від 29.04.2015 р. № 266 :* постанова КМУ від 02.02.2017 р. № 53 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрана.
5. *Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я :* розпорядження КМУ від 30.11.2016 р. № 1002-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>. – Назва з екрана.
6. *Слабкий Г. О.* Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст / Г. О. Слабкий, В. І. Миронюк, Л. О. Качала // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3 (44). – С. 24–31.

Дата надходження рукопису до редакції: 14.07.2017 р.

Эпидемиологический надзор как основная функция общественного здоровья

Г.А. Слабкий¹, И.С. Миронюк¹, В.В. Шафранский²
¹ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина
²Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Цель – изучить место эпидемиологического надзора в системе общественного здоровья по его уровням.

Материалы и методы. Материалами исследования стали документы ВОЗ по вопросам развития в Европе системы общественного здоровья. В ходе исследования использованы следующие методы: библиосемантический, структурно-логического анализа, описательного моделирования. Методической основой исследований стал системный подход.

Результаты. Предложена комплексная система эпидемиологического надзора в общественном здравоохранении Украины, базирующая на рекомендациях ВОЗ. Проведена структуризация функций по эпидемиологическому надзору по уровням управления.

Выводы. Внедрение предложенной системы позволит обеспечить комплексный эпидемиологический надзор за состоянием здоровья населения и факторами, влияющими на него.

Ключевые слова: общественное здоровье, эпидемиологический надзор, обеспечение, уровни управления, функции.

Epidemiological supervision as the main function of public health

G.O. Slabkiy¹, I.S. Myronyuk¹, V.V. Shafranskiy²
¹SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine
²Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Purpose – to determine the role of epidemiological supervision in the system of public health according to its levels.

Materials and methods. WHO documents on the issues of the development of public health system in Europe became the materials for research. The following methods were used in the course of the study: bibliosemantic, structural-and-logical analysis, descriptive modeling. Systematic approach was applied as the methodological base of our research.

Results. The comprehensive system of epidemiological supervision in public health of Ukraine based on WHO recommendations is proposed. The structuring of epidemiological supervision functions according to the levels of management is performed.

Conclusions. Implementation of the proposed system will provide comprehensive epidemiological supervision upon the health of the population and the factors that influence it.

Key words: public health, epidemiological supervision, provision, the levels of management, functions.

Відомості про авторів

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

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

Шафранський Віктор Вікторович – к.мед.н., доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; бул. Т. Шевченка, 13, м. Київ, 01601, Україна.

УДК 614.2:316.728:303.43(083.97)

В.Л. Таралло

Оздоровчі програми: стратегія дій, контроль їх ефективності

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Мета – виокремити провідні інтегральні параметри динаміки здоров'я населення для визначення стратегії дій і контролю ефективності оздоровчих територіальних програм.

Матеріали та методи. Використано демографічні матеріали Чернівецької та Закарпатської областей, математичну обробку яких здійснено за системним підходом, ідеологією та методичними рекомендаціями.

Результати. Поліпшення здоров'я населення на будь-яких територіях ґрунтується на медико-соціально-екологічних, національних та територіальних програмах, спрямованих на: скорочення тривалості I та III періодів життя (за шкалою довголіття) з розширенням меж II періоду – адаптованого існування; зменшення значень усіх статевовікових ризиків здоров'ю і життю; збільшення значень показників внутрішньої та зовнішньої життєстійкості населення, за законами виживання популяцій та збереження здоров'я населення.

Висновки. Виділено базові контрольовані складові в стратегії поліпшення здоров'я населення на будь-яких територіях на довільний час. Реалізація чинних оздоровчих програм сприяє зменшенню поширеності хронічних захворювань, інвалідності і смертності; збільшенню середньої та граничної тривалості життя та його «здорової» частки.

Ключові слова: управління, оздоровчі програми, здоров'я населення.

Вступ

Будь-які перебудови систем охорони здоров'я в країнах світу завжди повинні спрямовуватися на покращання здоров'я населення [3]. Провідними показниками ефективності чинних заходів постають середня тривалість (очікуваного) життя (для поколінь новонароджених), її складова – середня тривалість «здорового» життя та якість життя (інтегральна), репрезентована співвідношенням «здорової» та загальної середньої тривалості життя. За потреби, тривалість «здорового» життя можна визначати в узгодженні з тими чи іншими провідними чинниками смертності, інвалідності, з чинниками «нездорового» існування, які пов'язані із вибором середовища життєдіяльності, умов, способу та укладу життя в останньому [5]. Визначення наведених показників дієвості (ефективності) оздоровчих програм і заходів вимагає створення на всіх адміністративних територіях чинної інформаційної бази даних, а бажаність їх порівняння – формування спільних методології та технології обробки [2].

Мета роботи – виокремити провідні інтегральні параметри динаміки здоров'я населення для визначення стратегії дій і контролю ефективності оздоровчих програм на підпорядкованих територіях.

Матеріали та методи

Використано демографічні матеріали Чернівецької та Закарпатської областей, математична обробка яких здійснена за системним підходом, ідеологією та чинними методичними розробками [4, 6].

Результати дослідження та їх обговорення

Визначення стратегії дій щодо покращання здоров'я населення засновується на всебічному аналізі динаміки збереження ресурсу здоров'я і життя жителів всіх регіонів України з 1979 року. В розрахунки цих параметрів залучені удосконалені табличні методи комплексного аналізу захворюваності, перебігу хвороб, малокової та загальної смертності, трендової середньої тривалості життя. В дослідженнях за характером та перегинами кривини виживання (шкали довголіття) наочно і у вимірах точно визначалися основні змінні етапи пристосування населення до умов власного існування в різних регіонах протягом життя – так звані періоди адаптації, адаптованого існування та дезадаптації. Перший період триває з моменту народження покоління однолітків до часу (віку) з найменшим показником їх смертності, третій – з моменту початку стрімкого нарощування швидкості вимирання до граничного віку життя останнього члена покоління однолітків. Проміжок між цими двома періодами – другий період, в якому спостерігаються найменші вікові показники смертності. Ці періоди, як нами доведено, унікальні для різних популяцій і суттєво залежні як від геохімічних і ландшафтних, так і від антропогенних чинників – за доступністю та якістю взаємодії, напряму та характеру взаємовпливу населення із середовищем власного існування і, отже, за якістю будови останнього для збереження здоров'я і, зокрема, за якістю створеної системи охорони власного здоров'я.

Порівняння характеру кривини дійсних шкал довголіття (і відповідних вимірів) з кривою шкали довголіття (та її математичними характеристиками), яка була побудована за бажаними параметрами здоров'я і смертності Європейської політики ВООЗ «Здоров'я – 21»

для населення Чернівецької області на 2020 рік, дозволило нам визначити на багатьох досліджуваних територіях існуючі унікальні проблемні ділянки в різних статевікових групах. З їх урахуванням визначався (шляхом порівняння реальних і контрольних значень) так званий невикористаний життєвий ресурс – як в окремих періодах, так і всередині них. Отримані результати дозволили визначити статевікові ризики з боку збереження здоров'я і життя у відповідності до пропонувані ВООЗ для Європейського регіону стандартів [1].

Всі розрахунки проводилися із використанням параметрів закону виживання популяцій та закону збереження здоров'я. Також визначалися обсяг і структура бажаних ресурсів для усунення існуючих ризиків з метою досягнення бажаних результатів та швидкість їх досягнення на окремих етапах.

Отримані результати засвідчили можливість визначення наукових прогнозів, можливість всебічних обґрунтувань і наукового супроводження загальних та цільових програм, спрямованих на покращання здоров'я населення на будь-яких територіях у будь-який момент.

Водночас отримані результати дозволили встановити загальні стратегічні напрями покращання здоров'я населення на будь-яких територіях, серед яких провідним напрямом постало налаштування будь-яких оздоровчих програм на:

- скорочення тривалості I та III періодів життя (за шкалою довголіття) з розширенням меж II періоду – адаптованого існування;
- зменшення значень всіх статевікових ризиків здоров'ю і життя;
- збільшення значень показників внутрішньої та зовнішньої хворобо- та життєстійкості населення (за законами виживання популяцій та збереження здоров'я населення).

Доведено, що спрямування і реалізація чинних оздоровчих заходів і способу життя у середовище існування населення поступово призводить до скорочення поширеності хронічних хвороб у всіх статевікових групах, загальної смертності із сталим збільшенням середньої та граничної тривалості життя.

Належить зазначити, що виміряні статевікові територіальні чинники ризику, які визначалися в дослідженнях, постають маркерами і водночас показниками виміру якості здоров'я – як негативних, так і позитивних його якісних ознак. Негативні відбивають зміни в здоров'ї спостережуваної групи населення (очікувані або ті, що сталися), позитивні – дають чітко спрямовану основу для розробки певних оздоровчих заходів (програм), для їх регулювання, управління ними, визначення належної фінансової підтримки, контролю ефективності загальних і часткових заходів та витрат.

Зауважимо, що будь-який дослідник у довільно вибраному аспекті спостереження здоров'я населення здатний побачити і виміряти лише окрему частку

спостережуваного явища і змін в ньому. Отже, тільки спостереження за середовищем в цілісності (і в ньому – за об'єктом, процесом, подією) дозволяє побачити цілісність, всебічно і вірно виокремити в ній чинники ризику здоров'ю та життю. Тільки розгляд цілісності дозволяє виміряти так званий «повний» ризик – здоров'ю, життю, виникненню хвороби, отриманню травми, інвалідності тощо, а також точно виміряти частку, пов'язану з певним чинником, визначити його роль і вагу у формуванні спостережуваного явища, зокрема здоров'я населення (популяції, дема, родини, окремої людини), прогнозувати небажані зміни.

Проведення чинних досліджень вимагає усвідомлення, що для реалізації цілей управління (менеджменту) в охороні здоров'я в структурі чинників ризику здоров'ю і життю належить виокремлювати наступні: 1) похідні від людини (популяції, населення); 2) похідні від середовища їх життєдіяльності; 3) похідні від наслідків взаємодії перших із другими. В подальшому належить поділяти виокремлені чинники ризику на керовані і некеровані. Глибша структуризація чинників ризику визначається цілями, завданнями та предметом дослідження, ознаками останнього тощо.

Докладна стратифікація ризиків здоров'ю і життю на всьому циклі існування поколінь однолітків (населення, популяції, дема) сприяє на всіх етапах спостереження за їх станом запровадити адекватні до об'єкту і релевантні до його структури та чинних ризиків (існуванню, збереженню, захисту і розвитку здоров'я) оздоровчі заходи і програми.

Висновки

Виділені базові контрольовані складові в стратегії покращання здоров'я населення на будь-яких територіях у довільний час;

Реалізація чинної стратегії (оздоровчих заходів, програм) сприяє зменшенню поширеності хронічних захворювань, смертності, збільшенню середньої та граничної тривалості життя, їх «здорової» частки;

Поліпшення здоров'я населення невід'ємне від реалізації програм оздоровлення осередків його мешкання і життєдіяльності; визначення якості останніх похідне і невід'ємне від показників здоров'я населення.

Сучасні інформаційні технології дозволяють запровадити системні моделі динамічного контролю здоров'я людей, а також системне обґрунтування бажаних напрямів оздоровчих заходів з урахуванням програми ВООЗ «Здоров'я для всіх».

Перспективи подальших досліджень

Практична реалізація наведеної теоретичної розробки буде сприяти досягненню в Україні стандартів здоров'я населення за політикою ВООЗ.

Література

1. *Здоровье–2020*. Основы политики и стратегия / Шестдесят вторая сессия, Европейский региональный комитет EUR/RC62/8, Мальта, 10–13 сентября 2015 г. Док. EUR/RC62/Conf. Doc./8. – ЕРК ВОЗ, 2011. – 192 с.
2. *Кривенко Є. М.* Сучасна структура функціонально-організаційної моделі інформатизації охорони здоров'я на регіональному рівні / Є. М. Кривенко // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 2 (30). – С. 75–82.
3. *Рекомендації* щодо реорганізації системи медичної допомоги в Україні: базова проблематика і варіанти рішень // Матеріали до заключної конференції Проекту ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», м. Київ, 17 грудня 2009 р. – Київ : Представництво Комісії в Україні, 2009. – 36 с.
4. *Скрип В. В.* Характеристика населення Закарпатської області та основні показники його здоров'я / В. В. Скрип // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 93–99.
5. *Трагедія, якої можна уникнути: Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи* // Здоров'я людини та демографія : звіт. – Київ : ВЕРСО-04, 2009. – 72 с.
6. *Tarallo V. L.* Classics of population health / V. L. Tarallo. – Chernovtsy : BSMU, 2015. – 736 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 06.08.2017 р.

Оздоровительные программы: стратегия действий, контроль их эффективности

В.Л. Таралло

ВГНУУ «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

Цель – выделить ведущие интегральные параметры динамики здоровья населения для определения стратегии действий и контроля эффективности оздоровительных программ на контролируемых территориях.

Материалы и методы. Используются демографические материалы Черновицкой и Закарпатской областей, математическая обработка которых осуществлена на основе системных подходов, соответствующей идеологии и методических разработок.

Результаты. Улучшение здоровья населения на любых территориях всегда производны от реализации медико-социально-экологических программ, нацеленных на сокращение продолжительности I и III периодов жизни (по шкале долголетия) с расширением границ II периода – адаптированного существования, уменьшения значений всех половозрастных рисков

здоровью и жизни, увеличения значений показателей внутренней и внешней жизне- и болезнестойкости населения (элементных показателей законов выживания популяций и сохранения здоровья населения). Реализация соответствующих оздоровительных программ постепенно приводит к снижению распространенности хронических заболеваний во всех поло-возрастных группах, общей смертности и устойчивому увеличению средней продолжительности жизни.

Выводы. Выделены базовые контролируемые составляющие в стратегии улучшения здоровья населения на любых территориях в любое время; реализация данной стратегии приводит к уменьшению хронических заболеваний, смертности, увеличению средней и предельной продолжительностей жизни, их «здоровой» части; улучшение здоровья населения неотъемлемо от реализации программ оздоровления среды его проживания и жизнедеятельности; определение качества реализации последних производно и неотделимо от показателей здоровья населения.

Ключевые слова: управление, оздоровительные программы, здоровье населения.

**Wellness programs: strategy for action,
monitoring of their effectiveness**

V.L. Tarallo

HSEIU "Bukovinian State Medical University",
Chernivtsi, Ukraine

Purpose – to segregate the leading integrated options of the dynamics of population health for the definition of strategies for action and monitoring the effectiveness of the territorial wellness programs.

Materials and methods. We used demographic materials of the Chernivtsi and Transcarpathian regions, mathematical processing of which was performed according to systemic approach, ideology and methodological recommendations.

Results. Improvement of the health of population in any territories is based on the medico-social-and-environmental,

national and regional programs, which are focused on: reducing the duration of the 1st and 3rd periods of life (according to the scale of longevity) with the extension of the boundaries of the 2nd period – adapted existence; decrease of the values of all the risks to health and life related to sex and age; increase of the values of the indices of inner and outer persistence of the population, according to the laws of populations survival and saving the health of population.

Conclusions. Basic controlled components in strategies of improving the health of population at any territories for any period of time were selected. The implementation of effective health programs helps to reduce the prevalence of chronic disease, disability and mortality and also to increase the average and maximum lifespan and its "healthy" share.

Key words: management, wellness programs, health of population.

Відомості про автора

Таралло Володимир Леонідович – д.мед.н., професор кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»; пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58000, Україна.

УДК 616.379-008-64:613.254:616-071

С.В. Фейса, І.В. Чоней

Використання неінвазивних маркерів стеатозу та фіброзу в діагностиці неалкогольної жирової хвороби печінки у хворих на предіабет та цукровий діабет другого типу

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

Мета – вивчити діагностичні можливості неінвазивних тестів у виявленні стеатозу та фіброзу печінки, оцінити їх чутливість і специфічність порівняно з УЗД та біопсією печінки.

Матеріали та методи. Обстежено 117 тематичних пацієнтів. Використано клінічні, антропометричні, лабораторні, ультразвукові, гістологічні, розрахунково-статистичні методи.

Результати. Виявлено хорошу діагностичну цінність неінвазивних тестів загалом ($>0,8$), високу чутливість (0,89) за специфічності 0,7852 (78,52%). Чутливість індексу жиру в печінці (FLI) – 75,4%, коефіцієнту накопичення жирів (LAP) – 85,4%, показника жиру в печінці (LFS) – майже 100%. Чутливість тестів на фіброзоутворення FIB-4 – 83,73%, NFS – 85,32%. Індекс диференціації між алкогольним та неалкогольним ураженням печінки (ANI) вказував на неалкогольну жирову хворобу печінки. Результати неінвазивної діагностики підтверджені гістологічним дослідженням біоптатів печінки.

Висновки. Неінвазивні тести є чутливими та простими у використанні, їх можна рекомендувати до впровадження в практичну медицину. Біопсія печінки залишається «золотим стандартом» діагностики, вона дає змогу оцінити патологічні зміни не лише якісно, але й кількісно.

Ключові слова: неалкогольна жирова хвороба печінки, неалкогольний стеатогепатит, стеатоз, стеатогепатоз, неінвазивні тести, діагностичні індекси, біопсія печінки, ультразвукове дослідження печінки, цукровий діабет, предіабет.

Вступ

З огляду на широку розповсюдженість неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП), що включає послідовні стадії гепатостеатозу (ГС) та неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ), не підлягає сумніву актуальність пошуку ефективних діагностичних методів даної нозології, оптимізація алгоритму діагностики та розробка методики, придатної для скринінгу ГС серед осіб, що належать до груп ризику розвитку метаболічного синдрому (МС), оскільки НАЖХП вважається печінковим проявом МС.

Згідно з «Клінічними рекомендаціями EASL-EASD-EASO щодо діагностики та лікування неалкогольної жирової хвороби печінки» (2016 р.) [2], «золотим стандартом» діагностики НАЖХП залишається біопсія печінки. Проте, враховуючи коморбідність НАЖХП, для уникнення надмірної кількості діагностичних процедур, актуальним є використання методів неінвазивної діагностики стану печінки. При виборі неінвазивного тесту слід враховувати його надійність та значущість, адже достовірний скринінг-тест повинен мати високу чутливість, в той час як діагностичний індекс, який використовується для верифікації діагнозу та вибору подальшої тактики лікування, повинен володіти також високою специфічністю.

Для верифікації, кількісної оцінки ступеня та прогнозування ГС описано кілька моделей діагностичних

індексів. Poynard та співавтори [1, 15] у 2005 р. описали Steatotest, чутливість якого 90%, проте специфічність – лише 70%. Bedogni та співавтори [17] в 2006 р. запропонували оцінювати ступінь ГС за індексом ожиріння печінки – Fatty Liver Index (FLI), чутливість якого 87%, специфічність – 86% (порівняння за УЗД). У 2010 р. запропоновано оцінювати коефіцієнт накопичення жирів (Lipid Accumulation Product – LAP) [1, 2]. Більший рівень чутливості (95%) та специфічності (95%) був описаний у тесту NAFLD Liver Fat Score [5, 8, 16], величина якого у дослідженні контролювалася магнітно-резонансною спектроскопією. Для диференційної діагностики між НАЖХП та алкогольною хворобою печінки (АХП) рекомендовано використовувати он-лайн калькулятор The alcoholic liver disease/Nonalcoholic fatty liver disease index (ANI) [15]. Описано багато неінвазивних тест-систем для виявлення фіброзу печінки. Найбільш вивченими серед них є такі індекси як: NAFLD fibrosis score – NFS, індекс фіброзу-4 (fibrosis 4 calculator – FIB-4 [14], а також BARD та APRI, шкала NAFLD Fibrometer, закрита формула Fibrotest, що входить до складу панелі FibroMax [16].

Розрахунок більшості неінвазивних діагностичних індексів є простим та доступним для використання у рутинній практиці не тільки гастроентерологів та гепатологів, але й терапевтів та сімейних лікарів. Проте залишається відкритим питання вибору оптимального тесту, відсутня інформація про можливості їх використання в якості достойної альтернативи біопсії

печінки [11, 13, 18]. Тому актуальним є пошук наукових результатів, які б підтвердили чи спростували факт можливості використання неінвазивних тестів у пацієнтів з НАЖХП.

Мета роботи – вивчити діагностичні можливості неінвазивних лабораторних тестів у виявленні стеатозу та фіброзу за НАЖХП, оцінити їх чутливість та специфічність порівняно з УЗД та гістологічним дослідженням біоптатів печінки.

Матеріали та методи

На кафедрі терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету протягом 2011–2016 рр. обстежено 117 пацієнтів з НАЖХП на фоні предіабету (55 осіб) та цукрового діабету другого типу (ЦД-2) (62 особи). Діагноз НАЖХП встановлювався згідно «Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Неалкогольний стеатогепатит» (наказ МОЗ України від 06.11.2014 р. № 826) [6].

Усім пацієнтам проведено ультразвукове дослідження (УЗД) печінки та нирок. УЗД-критерії стеатозу печінки: наявність гепатомегалії, гіперехогенності («яскравості») паренхіми внаслідок дифузної жирової інфільтрації, дрібно- чи середньозернистого ущільнення, дорзального затухання ультразвукового сигналу, а також гіпоехогенність порталних судин; іноді на фоні жирової інфільтрації можуть візуалізуватися ділянки зниженої ехогенності, що відповідають незмінній паренхімі печінки. У хворих з індексом маси тіла (ІМТ) < 30 кг/м² діагноз НАЖХП додатково підтверджувався транзиторною еластографією.

Крім того, 6 пацієнтам з ЦД-2 та 3 особам з предіабетом виконано біопсію печінки з наступним гістологічним дослідженням біоптатів. Біоптати печінки отримували шляхом черезшкірної біопсії із міжреберного доступу з використанням голки аспіраційного типу Menghini [7] під контролем УЗД (конвексний полічастотний датчик 2,5–5 МГц). Забраний матеріал фіксували за Р. Ліллі [3, 7], виготовляли зрізи товщиною 5 мкм на скельця SuperFrost®Plus (Germany) [3]. Для напівкількісної морфометрії зрізи фарбували гематоксилін-еозином. Для визначення характеру та поширеності стеатозу проводили фарбування біоптатів за методиками I. Van Gieson, M. З. Слинченка [3, 7]. Стадію фіброзу визначали за класифікацією E. Brunt із обчисленням індексу фіброзу [10, 12].

Алгоритм обстеження включав огляд пацієнтів з вимірюванням антропометричних показників (маса тіла, зріст, індекс маси тіла (ІМТ), обхват талії (ОТ)), лабораторне дослідження (загальний аналіз крові, аланінамінотрансфераза (АЛТ), аспартатамінотрансфераза (АСТ), глюкоза натще, пероральний тест толерантності до глюкози, глікозильований гемоглобін, загальний холестерин, тригліцериди (ТГ)). Лабораторні показники визначалися за допомогою уніфікованих методик, затверджених МОЗ України.

Математично розраховували тести на фіброзоутворення в печінці (NFS, FIB-4) та циротичні зміни (HALT-C тест). Для верифікації НАЖХП розраховували такі неінвазивні індекси:

– показник рівня жиру в печінці (NAFLD liver fat score – LFS) [4, 9]; LFS ≤ 0,640 інтерпретувався як відсутність НАЖХП, а > 0,640 – наявність НАЖХП;

– індекс жиру в печінці (Fatty liver index – FLI) [17]: менше 30 свідчить про відсутність стеатозу, ≥ 60 – про його наявність;

– коефіцієнт накопичення жирів (Lipid Accumulation Product – LAP) вираховувався за формулою: (ОТ (см)–65) x ТГ (ммоль/л) у чоловіків та (ОТ (см)–58) x ТГ (ммоль/л) у жінок; граничним значенням цього параметру вважалось 4,28.

Для диференційної діагностики між НАЖХП та алкогольною хворобою печінки (АХП) використано онлайн калькулятор «The alcoholic liver disease/Nonalcoholic fatty liver disease index (ANI)» – статистичну модель, що враховує АЛТ, АСТ, середній об'єм еритроцита (MCV – mean corpuscular volume), масу, зріст та стать пацієнта. Значення індексу більше за нуль інтерпретувалося нами як АХП, а менше нуля – як НАЖХП.

Статистична обробка результатів виконана за допомогою пакету програм Statistica 10.0 з попереднім створенням бази даних в електронних таблицях Excel.

Результати дослідження та їх обговорення

Проведення неінвазивної діагностики НАЖХП за допомогою розрахункових індексів паралельно з інструментальними методами дослідження (УЗД з еластографією, КТ/МРТ, біопсія печінки) дозволило оцінити інформативність діагностичних тестів та їх придатність для скринінгу НАЖХП. З метою перевірки чутливості та специфічності використаних нами діагностичних індексів НАЖХП виконано ROC-аналіз (Receiver Operating Characteristic), що дозволило оцінити співвідношення між часткою об'єктів від загальної кількості із наявними ознаками НАЖХП (від англ. TPR (true positive rate) – рівень справді позитивних тестів, чутливість алгоритму) і часткою об'єктів, котрі не мають ознак НАЖХП і хибно класифікуються як такі, що мають ознаки хвороби (від англ. FPR (false positive rate) – рівень хибнопозитивних тестів, специфічність алгоритму класифікації). Кількісну інтерпретацію ROC оцінювали за показником AUC (англ. Area Under ROC Curve), що є площею, обмеженою ROC – кривою та віссю частки хибнопозитивних результатів. Відомо, що чим вищим є показник AUC, тим якісніший тест (класифікатор), значення цього показника менше 0,5 свідчать про непридатність методу діагностики чи класифікації та відповідають випадковим значенням. У результаті нашого дослідження виявилось, що площа під кривою – показник AUC – становила 0,8011, що свідчило про хорошу діагностичну цінність застосованих тестів загалом (> 0,8), високу чутливість (0,89) за специфічності 0,7852 (78,52%) (рис. 1).

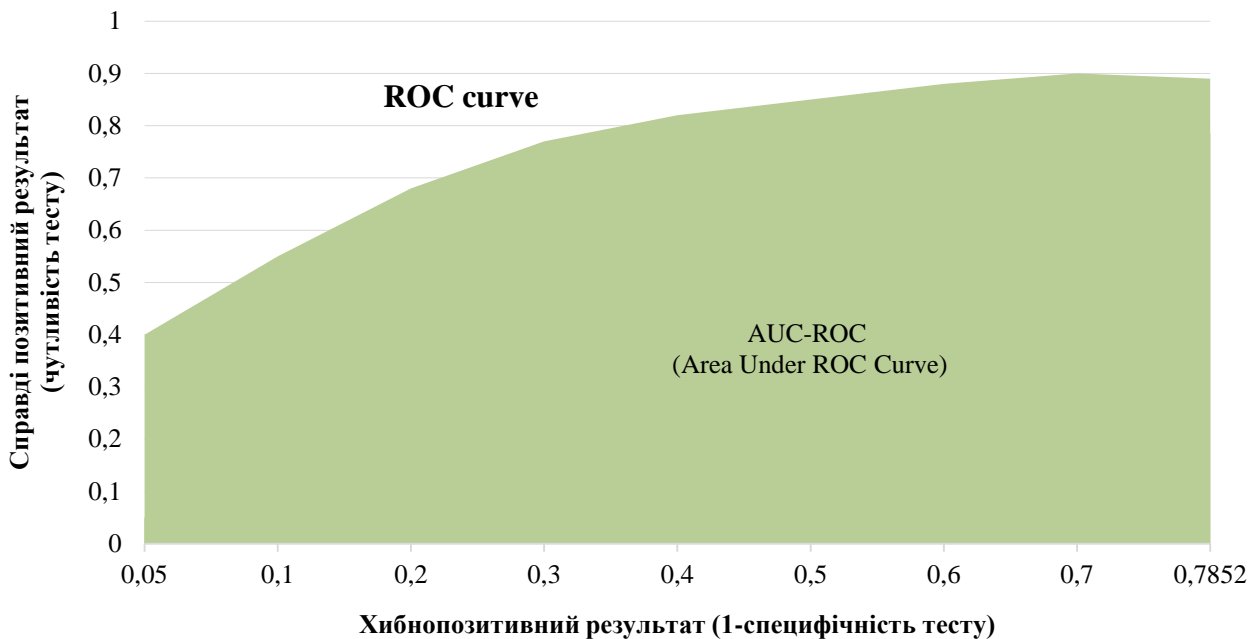


Рис. 1. ROC-аналіз діагностичних неінвазивних тестів неалкогольної жирової хвороби печінки у хворих на предіабет та цукровий діабет другого типу

При порівнянні тесту FLI з результатами ультразвукової діагностики виявлено, що у 8,33% пацієнтів із FLI<30 були ознаки стеатозу за даними УЗД. Поряд із цим, у 16,27% хворих індекс ожиріння печінки вказував на можливий стеатоз печінки (FLI>60), а ультразвукова діагностика не виявляла жодних змін, характерних для ГС. Отже, чутливість індексу ожиріння печінки у обстежених нами хворих на НАЖХП складала 75,4%. Чутливість індексу LFS була достовірно більшою і складала майже 100% (1 випадок неспівпадіння з результатом УЗД печінки). Трохи меншою виявилася чутливість тестів на фіброзоутворення FIB-4 – 83,73%, NFS – 85,32% та тесту на гепатостеатоз LAP – 85,4%.

Значення індексу ANI у всіх обстежених пацієнтів було меншим за нуль, що дозволило розцінювати зміни в печінці як НАЖХП та виключити наявність АХП.

Аналіз морфологічного дослідження біоптатів печінки вказував на ознаки жирової дистрофії гепатоцитів, стеатонекрозу і запалення у часточках. У більшості випадків (5 пацієнтів із 9; 55,6%) НАСГ встановлено макровезикулярний стеатоз, переважно центролобулярно, який характеризувався наявністю великих поодиноких ліпідних крапель, «пустих» вакуолей у цитоплазмі гепатоцитів із зсувом ядра до периферії клітини. У інших 4 пацієнтів спостерігався переважно мікроевезикулярний стеатоз, при якому в гепатоцитах виявляли безліч дрібних ліпідних крапель із центральним розташуванням ядра. У 2 пацієнтів з НАСГ виявляли гіалінові тільця Меллорі. Крім жирової та білкової дистрофії гепатоцитів, НАСГ мінімальної активності характеризувався фокальними центролобулярними некрозами. Запальний інфільтрат містив лімфоцити, мононуклеарні клітини, переважно

нейтрофіли; інфільтрати розповсюджувалися на периферію печінкових часточок, досягаючи портальних трактів. У хворих на НАСГ помірної активності, порівняно з НАСГ мінімальної активності, спостерігалася істотніша поліморфноклітинна інфільтрація портальних трактів, що складала майже третину їх об'єму. Подекуди з'являлися перипортальні ступінчасті або поодинокі мостоподібні портоцентральні некрози гепатоцитів з вогнищевою або дифузною лімфоїдно-клітинною інфільтрацією. Площа незмінених гепатоцитів у хворих на ГС була вірогідно ($p<0,05$) більшою ($389,07\pm 15,02$ мкм) за аналогічний показник хворих з НАСГ мінімальної активності ($208,14\pm 12,23$ мкм) та вірогідно ($p<0,05$) більшою порівняно з відповідним показником у хворих на НАСГ помірної активності ($165,48\pm 9,89$ мкм). Індекс гістологічної активності становив $4,3\pm 0,32$ за ГС, $7,3\pm 0,13$ за НАСГ мінімальної активності та $12,3\pm 0,28$ за НАСГ помірної активності. Фіброз печінки характеризувався раннім перичелюлярним («колагенізація, що повзе») та перивенулярним розповсюдженням у зоні 3 (центролобулярно) та мав місце лише у двох хворих з НАСГ помірної активності (за рівнем АЛТ та АСТ), причому в обох випадках неінвазивні тести NFS та FIB-4 свідчили про наявність невираженого фіброзу.

Гістологічна класифікація НАСГ за E. Brunt [10, 12], що дає змогу оцінити ступінь ураження гепатоцитів стеатозом, передбачає 3 ступені гістологічної активності НАСГ. Ступінь 1 (м'який) характеризується поширенням стеатозу до 66%, наявністю поодиноких гепатоцитів з балонною дистрофією (переважно в зоні 3), центролобулярною інфільтрацією нейтрофілами та лімфоцитами із відсутнім або м'яким портальним запаленням. У нашому дослідженні ступінь 1 за E. Brunt

виявлений у 2 пацієнтів, у яких АЛТ та АСТ були в межах норми, а результати УЗД та індекси LFS, LAP свідчили про наявність НАЖХП на стадії ГС, хоча в одного із вказаних пацієнтів FLI мав сумнівний результат і не вказував на наявність ГС. Перший ступінь стеатозу за E. Brunt також виявлений у 4 осіб з мінімальною активністю (за рівнем АЛТ, АСТ) НАСГ, наявністю стеатозу за індексами FLI, LFS, LAP та відсутністю фіброзу (за NFS, FIB-4). Ступінь 2 (помірний) передбачає стеатоз із істотною жировою та білковою дистрофією зони 3, внутрішньодольковою та портальною поліморфноклітинною інфільтрацією, перисинусоїдальним, перисинусоїдальним фіброзом зони 3. Другому ступеню стеатозу за E. Brunt відповідала гістологічна картина

біоптатів печінки 2 пацієнтів з НАСГ мінімальної активності (за АЛТ, АСТ), з наявністю стеатозу (за індексами FLI, LFS, LAP) та невираженим фіброзом (за NFS, FIB-4). Ступінь 3 (тяжкий) передбачає панацинарний стеатоз, балонну дистрофію гепатоцитів, внутрішньодолькове запалення із поліморфноклітинною інфільтрацією та запалення портальних трактів. Третьому ступеню стеатозу (за E. Brunt) відповідала гістологічна картина біоптату тільки одного пацієнта, у якого був діагностований НАСГ помірної активності (за АЛТ, АСТ), наявність стеатозу за індексами FLI, LFS, LAP та невиражений (за NFS) фіброз (F2 за FIB-4). На фото (рис. 2–3) зображені гістологічні препарати пунктів печінки, фарбовані водним блакитним за Н.З. Слісценко.

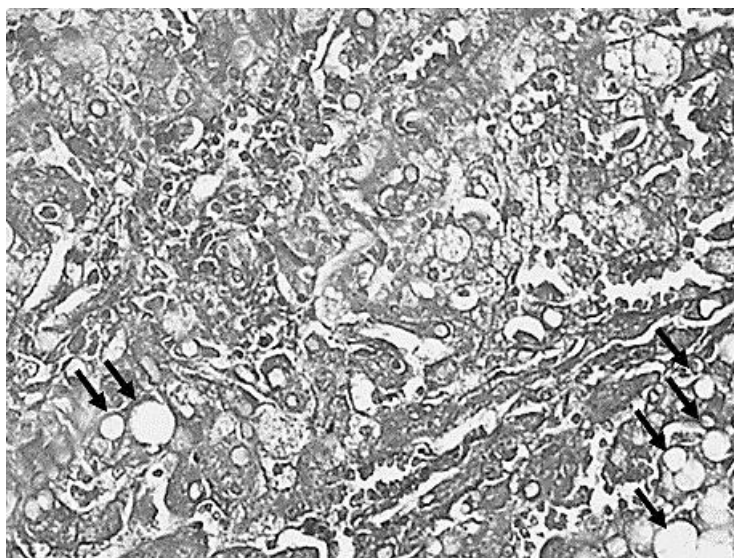


Рис. 2. Хворий А. Неалкогольний стеатогепатит на фоні предіабету (в складі метаболічного синдрому). Макровезикулярна жирова дистрофія гепатоцитів (близько 5% площі) – S1 за шкалою METAVIR. Об. 20х. Ок. 10х

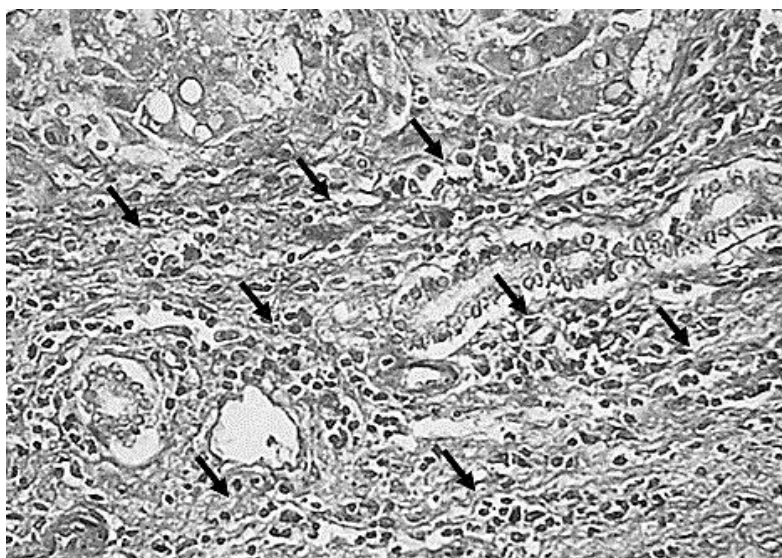


Рис. 3. Хворий Б. НАСГ на фоні цукрового діабету 2 типу. Ознаки запалення в портальному тракті – лімфоцитарно-макрофагальна інфільтрація стромы. Об. 20х. Ок. 10х

Висновки

Сироваткові тести дають можливість діагностувати лише наявність стеатозу, але не оцінюють його важкість. Доведено, що індекси FLI, LFS, LAP для додаткової діагностики СГ є загалом діагностично цінними ($>0,8$), мають високу чутливість (0,89) за специфічності 0,7852 (78,52%), площа під кривою (AUC) – 0,8011. Отже, можна рекомендувати їх до впровадження в практичну охорону здоров'я.

Маючи порівнювану чутливість, більш простими та дешевими у виконанні є тест FLI, для розрахунку якого потрібно знати ІМТ, ОТ, ТГ і ГГТП, та індекс LAP (за ОТ та ТГ), що дає змогу використовувати їх в якості скринінгових щодо НАЖХП у пацієнтів з ЦД-2 та предіабетом. В той же час, проведення тесту LFS (NAFLD Liver Fat Score), який вважається більш точним [2], не є придатним для скринінгу НАЖХП на первинній ланці, оскільки потребує більш витратного лабораторного обстеження і може впроваджуватися в практику лише в спеціалізованих закладах.

Індекси фіброзоутворення NFS та FIB-4 характеризуються хорошими чутливістю та специфічністю, що дозволяє рекомендувати їх до впровадження в клінічну практику. Ці тести більш точні

при диференціації вираженого ($\geq F3$) від невираженого фіброзу, проте не дають можливості однозначно відрізнити наявність фіброзу будь-якого ступеня від його відсутності. Їх можна використовувати як методи першої лінії стратифікації ризику для виключення важкої форми захворювання.

Використання он-лайн калькулятора «The alcoholic liver disease/Nonalcoholic fatty liver disease index (ANI)» дає можливість провести диференційну діагностику між НАЖХП та АХП.

Біопсія печінки залишається «золотим стандартом» діагностики захворювань печінки, в тому числі НАЖХП, даючи можливість оцінити патологічні зміни не лише якісно, а й кількісно. Поєднання сироваткових біомаркерів і показників УЗД з еластографією забезпечує додаткову діагностичну ефективність і дозволяє в ряді випадків уникнути біопсії печінки.

Перспективи подальших досліджень

Враховуючи часту коморбідність за НАЖХП, перспективним є дослідження кореляцій між числовими значеннями біомаркерів стеатозу й фіброзоутворення та лабораторними ознаками найчастіших коморбідних станів.

Література

1. Динник Н. В. Неалкогольна жирова хвороба печінки: можливості неінвазивної діагностики / Н. В. Динник // Практикуючий лікар. – 2015. – № 3. – С. 36–40.
2. Клинические рекомендации EASL-EASD-EASO по диагностике и лечению неалкогольной жировой болезни печени / Journal of Hepatology. – 2016. – Vol. 64. – P. 1388–1402.
3. Коржевский Д. Э. Основы гистологической техники / Д. Э. Коржевский, А. В. Гиляров. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2010. – С. 43–54.
4. Маркери функціонування гепатоцитів у хворих на артеріальну гіпертензію, ожиріння та метаболічний синдром / Ю. М. Яринич, В. І. Маценко, Л. П. Сидорчук, О. І. Бондаренко // Буковинський медичний вісник. – 2016. – №1 (77). – С. 188–192.
5. Неінвазивна діагностика ступеня стеатозу та фіброзу печінки при неалкогольній жировій хворобі печінки / А. С. Свінцицький, Г. А. Соловійов, Н. В. Динник [та ін.] // Сучасна гастроентерологія. – 2016. – № 2 (88). – С. 106–113.
6. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічних неінфекційних гепатитах». «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги: неалкогольний стеатогепатит», «Неалкогольна жирова хвороба печінки. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах : наказ МОЗ України від 06.11.2014 р. № 826. – Київ : МОЗ, 2014. – 29/55 [1] с.
7. Фейса С. В. Особенности клинической диагностики неалкогольной жировой болезни печени / С. В. Фейса, В. В. Шевчук // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2016. – № 3–4. – С. 2–6.
8. European Association for the Study of the Liver, Association Latinoamericana para el Estudio del Hígado. EASL-ALEN Clinical Practice Guidelines: non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis // J. Hepatology. – 2015. – Vol. 63. – P. 237–264.
9. Hepatic steatosis index: a simple screening tool reflecting nonalcoholic fatty liver disease / J.H. Lee, D. Kim, H.J. Kim [et al.] // Dig. Liver Dis. – 2010. – Vol. 42. – P. 503–508.
10. Kleiner D. E. Nonalcoholic fatty liver disease: pathologic patterns and biopsy evaluation in clinical research / D. E. Kleiner, E. M. Brunt // Semin. Liver Dis. – 2012. – Vol. 32. – P. 3–13.
11. Machado M. V. Non-invasive diagnosis of non-alcoholic fatty liver disease. A critical appraisal / M. V. Machado, H. Cortez-Pinto // J. Hepatology. – 2013. – Vol. 58. – P. 1007–1019.
12. Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) activity score and the histopathologic diagnosis in NAFLD: distinct clinic-pathologic meanings / E. M. Brunt, D. E. Kleiner, L. A. Wilson [et al.] // Hepatology. – 2011. – Vol. 53. – P. 810–820.

13. *Non-invasive* markers associated with liver fibrosis in non-alcoholic fatty liver disease / I. N. Guha, J. Parces, P. R. Roderick [et al.] // *Gut*. – 2006. – Vol. 55 (11). – P. 1650–1660.
14. *Noninvasive* markers of fibrosis in nonalcoholic fatty liver disease: validating the European Liver Fibrosis Panel and exploring simple markers / I. N. Guho, J. Parkes, P. Roderick [et al.] // *Hepatology*. – 2008. – Vol. 47. – P. 455–460.
15. *Overview* and development in noninvasive diagnosis of nonalcoholic fatty liver disease / N. Barsic, I. Lerotic, L. Smircic-Duvnjak [et al.] // *World J. Gastroenterol.* – 2012. – Vol. 18. – P. 3945–3954.
16. *Performance* and limitations of steatosis biomarkers in patients with nonalcoholic fatty liver disease / L. Fedchuk, F. Nascimbeni, R. Pais [et al.] // *Aliment Pharmacol Ther.* – 2014. – Vol. 40. – P. 1209–1222.
17. *The Fatty Liver Index*: a simple and accurate predictor of hepatic steatosis in the general population / G. Bedogni, S. Bellentani, L. Miglioli [et al.] // *BMC Gastroenterol.* – 2006. – Vol. 6. – P. 33.
18. *Utility* of a new model to diagnose an alcohol basis for steatohepatitis / W. Dunn, P. Angulo, S. Sanderson [et al.] // *Gastroenterology*. – 2006. – Vol. 131 (4). – P. 1057–1063. DOI: 10.1053/j.gastro.2006.08.020.

Дата надходження рукопису до редакції: 09.08.2017 р.

Неинвазивные маркеры стеатоза и фиброза в диагностике неалкогольной жировой болезни печени у больных предиабетом и сахарным диабетом второго типа

С.В. Фейса, И.В. Чоней

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

Цель – изучить диагностические возможности неинвазивных тестов в выявлении стеатоза и фиброза печени, оценить их чувствительность и специфичность в сравнении с УЗИ и биопсией печени.

Материалы и методы. Обследованы 117 тематических пациентов. Используются клинические, антропометрические, лабораторные, ультразвуковые, гистологические, расчетно-статистические методы.

Результаты. Выявлена хорошая диагностическая ценность неинвазивных тестов в целом (>0,8), высокая чувствительность (0,89) при специфичности 0,7852 (78,52%). Чувствительность индекса жира в печени (FLI) – 75,4%, коэффициента накопления жиров (LAP) – 85,4%, показателя жира в печени (LFS) – почти 100%. Чувствительность тестов фиброгенеза FIB-4 – 83,73%, NFS – 85,32%. Индекс дифференциации между алкогольным и неалкогольным поражением печени (ANI) указывал на неалкогольную жировую болезнь печени. Результаты неинвазивной диагностики подтверждены гистологическим исследованием биоптатов печени.

Выводы. Неинвазивные тесты являются чувствительными и простыми в использовании, их можно рекомендовать к внедрению в практическую медицину. Биопсия печени остается «золотым стандартом» диагностики, она позволяет оценить патологические изменения не только качественно, но и количественно.

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, неалкогольный стеатогепатит, стеатоз, стеатогепатоз, неинвазивные тесты, диагностические индексы, биопсия печени, ультразвуковое исследование печени, сахарный диабет, предиабет.

Non-invasive markers of a steatosis and fibrosis in diagnostics of non-alcoholic fatty liver disease in patients with prediabetes and type 2 diabetes mellitus

S.V. Feisa, I.V. Chopei

SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to study diagnostic opportunities of non-invasive tests in identification of a liver steatosis and fibrosis, to estimate their sensitivity and specificity in comparison with ultrasonography and a biopsy of a liver.

Materials and methods. 117 thematic patients are examined; the clinical, anthropometric, laboratory, ultrasonography, histological, calculation and statistical methods were used.

Results. It is revealed a good diagnostic value of non-invasive tests in general (>0.8), high sensitivity (0.89) at specificity 0.7852 (78.52%). Sensitivity of the Fatty Liver Index (FLI) is 75.4%, coefficient of Lipid Accumulation Product (LAP) is 85.4%, the NAFLD Liver Fat Score (LFS) is nearly 100%. Sensitivity of tests of a fibrogenesis FIB-4 is 83.73%, of NAFLD Liver Fibrosis Score (NFS) is 85.32%. The alcoholic liver disease/Non-alcoholic fatty liver disease index (ANI) indicated non-alcoholic fatty liver disease. The results of non-invasive diagnostics are confirmed by a results of a liver biopsy.

Conclusions. Non-invasive tests are sensitive and simple in use, they can be recommended for implementation in applied medicine. The biopsy of a liver remains “the gold standard” of diagnostics, it gives the chance to estimate pathological changes both qualitatively and quantitatively.

Key words: non-alcoholic fatty liver disease, non-alcoholic steatohepatitis, steatosis, steatohepatosis, non-invasive tests, diagnostic indexes, a liver biopsy, ultrasonography of a liver, a diabetes mellitus, prediabetes.

Відомості про авторів

Фейса Сніжана Василівна – к.мед.н., доцент кафедри терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Чопей Іван Васильович – д.мед.н., проф., професор кафедри терапії та сімейної медицини, декан факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

УДК 613.25:616.366-002:613.24

І.А. Якубовська, Л.Ф. Матюха

Вплив комплексного лікування із застосуванням дієтотерапії на харчовий статус та функціональний стан жовчного міхура хворих на хронічні захворювання біліарної системи на тлі ожиріння

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

Визначення компонентного складу тіла важливе при лікуванні хворих з ожирінням. За допомогою цього методу можна оцінити, за рахунок якої тканини втрачається маса тіла.

Мета – розробити та оцінити вплив індивідуального лікувального комплексу.

Матеріали та методи. Обстежено 124 хворих на хронічні захворювання біліарної системи на тлі ожиріння.

Результати. Розроблений лікувальний комплекс сприяє зменшенню маси тіла за рахунок переважно жирової тканини, збереженню м'язової маси та нормалізації компонентного складу тіла.

Висновки. Лікувальний комплекс має позитивний вплив на функціональний стан жовчного міхура та компонентний склад тіла хворих, про що свідчить підвищення співвідношення М/Ж.

Ключові слова: харчування, компонентний склад тіла, ожиріння, жовчний міхур, м'язова маса, жирова маса.

Вступ

Ожиріння, яке є серйозною медико-соціальною та економічною проблемою сучасного суспільства характеризується значною поширеністю. В загальній популяції кількість людей із ожирінням складає 24% чоловіків та 27% жінок [1–3, 5, 7, 9, 13, 14]. Ця патологія є невід'ємною складовою метаболічного синдрому – симптомокомплексу поєднаних між собою патологічних станів, таких як інсулінорезистентність, порушення вуглеводного та ліпідного обміну, артеріальна гіпертензія та ін. Ожиріння є фактором ризику розвитку захворювань гепатобіліарної системи, включаючи неалкогольну жирову хворобу печінки, гіпотонічну дискінезію жовчного міхура (ДЖМ) та холелітіаз [5, 6, 10–12, 14]. Серед етіологічних чинників розвитку хронічних захворювань біліарної системи (ХЗБС) на тлі ожиріння доведений негативний вплив нераціонального харчування, порушень режиму прийому їжі, зловживання великою кількістю жирних, смажених та надмірно солоних страв [4, 8, 11, 15, 16]. Важливим фактором ризику ХЗБС на тлі ожиріння є гіподинамія, при якій вірогідність розвитку запального процесу в жовчному міхурі (ЖМ) на 20–50% вище, ніж у осіб із високою фізичною активністю [4, 12, 14]. Одним із інтегральних показників будови тіла є відносний вміст компонентів маси тіла кожної конкретної людини. Жировий компонент маси тіла людини є одним із показників її харчового статусу, який може динамічно змінюватись під впливом різних факторів [4, 6, 9, 12, 13, 15, 16]. М'язовий компонент маси тіла людини є одним із індикаторів його структурно-функціонального стану. Зміни м'язового компоненту тіла можуть бути транзиторними або стійкими, що визначається станом

метаболічних процесів, аліментарним забезпеченням нутрієнтного гомеостазу, режимом рухової активності та станом соматичного здоров'я людини [4, 10, 14–16].

Метод біоелектричного імпедансу на даний час вважається найбільш точним методом оцінки компонентного складу тіла, який виконується в рутинній клінічній практиці. Визначення складу тіла базується на більшій провідності загальної маси тіла (ЗМТ) у порівнянні з жировою, що пов'язано з різним вмістом рідини в цих тканинах. Високогідратовані тканини (м'язова тканина) – хороші провідники, а погано гідратована жирова тканина – ізолятор. Таким чином, імпеданс обернено пропорційний вмісту рідини в тканинах організму. Нормальним вмістом жиру в організмі вважається для чоловіків 15–25%, для жінок – 18–30% від загальної маси тіла, хоча ці показники можуть варіювати. Скелетна мускулатура в середньому становить 30% від ЗМТ, маса вісцеральних органів – 20%, кісткова тканина – 7%. Коефіцієнт м'язи/жир (М/Ж) становить у нормі 1,2 [10, 11, 13, 16].

Визначення компонентного складу тіла важливе при лікуванні хворих із ожирінням. За допомогою цього методу можна оцінити за рахунок якої тканини втрачається маса тіла. Позитивним є втрата жирової тканини і збереження м'язової частини маси тіла [12–16].

Мета роботи – розробити та оцінити вплив індивідуального лікувального комплексу на функціональний стан жовчного міхура, характер харчування, особливостей харчової поведінки, антропометричні показники, включаючи компонентний склад тіла, за допомогою методу біоелектричного імпедансу у хворих на хронічні захворювання біліарної системи на тлі ожиріння.

Матеріали та методи

Обстежено 124 хворих на хронічні захворювання біліарної системи (ХЗБС) на тлі ожиріння віком від 31 до 55 років. Обстежено 21 практично здорова особа, які не перебували на диспансерному обліку з приводу соматичної патології, не мали хронічних захворювань біліарної системи та мали нормальну масу тіла. Хворі на ХЗБС на тлі ожиріння були розподілені на дві групи – основну (62 хворих) та контрольну (62 пацієнти). Обидві групи були рандомізовані за віком та статтю. Серед обстежених хворих переважали жінки – 80 (64,5%), чоловіків було 44 (35,5%). Найбільша кількість хворих на ХЗБС на тлі ожиріння була у віці від 41 до 50 років – 48,4% в основній та 51,6% в контрольній групі. У віці від 31 до 40 років відсоток хворих на ХЗБС на тлі ожиріння в основній групі склав 14,5%, в контрольній групі – 12,9%, у віці 51–55 років кількість хворих на ХЗБС на тлі ожиріння в основній групі склала 37,1%, в контрольній групі – 35,5%. Проведені дослідження показали, що серед обстежених хворих найчастіше виявлялась дисфункція жовчного міхура (ДЖМ) по гіпотонічному типу. Відсоток хворих на ХЗБС на тлі ожиріння із ДЖМ в основній групі склав 46,8%, в контрольній групі – 48,4%. Хронічний некаменевий холецистит (ХНХ) був виявлений у 30,6% хворих основної групи і у 32,3% пацієнтів контрольної групи, а холестероз жовчного міхура (ХЖМ) мав місце у 22,6% хворих основної групи і у 19,3% пацієнтів контрольної групи.

Діагноз захворювання біліарної системи було встановлено відповідно до протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення на підставі даних анамнезу, клінічного та інструментального обстеження (УЗД органів черевної порожнини, багатofракційного дуоденального зондування – БФДЗ). Характер харчування оцінювали методом анкетування найбільш типових харчових раціонів пацієнтів за три дні (два робочих і один вихідний) за допомогою триденного щоденника, схваленого МОЗ України 27.10.2014 р. В анкеті хворі вносили всі продукти харчування та страви, які вони вживали протягом трьох днів. Проводився аналіз анкет з визначенням енергетичної цінності, вмісту білків, вуглеводів, жиру раціонів харчування. Отримані дані порівнювались із рекомендованими потребами в енергії та основними компонентами з урахуванням статі та фізичної активності хворих. Антропометричні дослідження включали

визначення ОТ за допомогою сантиметрової стрічки, визначення відсотку жирової та м'язової маси тіла за допомогою ваг Tanita методом біоелектричного імпедансу.

Хворим основної групи з ХЗБС на тлі ожиріння (62 особи) рекомендували індивідуальне дієтичне харчування з помірним обмеженням енергії за рахунок значного зменшення в раціоні вуглеводів, помірного обмеження жиру та збільшення квоти тваринного білку, збільшення фізичної активності в залежності від компонентного складу тіла, призначення L-карнітину по 1 г вранці та по 1 г перед фізичними навантаженнями, УДХК у дозі 500 мг на ніч протягом 4 місяців.

Відмінність харчування хворих основної групи полягала у значному збільшенні квоти білку (до 1,6–1,8 г на 1 кг маси тіла), за рахунок нежирного м'яса, птиці та риби, ясного білку, зменшення в раціоні вуглеводів (до 3 г на 1 кг маси тіла) та нижню норму жиру (1,0–1,2 г на 1 кг маси тіла). Фізична активність полягала у рекомендаціях виконувати вправи, які направлені на збільшення м'язової маси тіла (фітнес) у поєднанні з аеробними навантаженнями.

Пацієнтам контрольної групи (62 хворих) призначали харчування з помірним обмеженням енергетичної цінності за рахунок всіх інгредієнтів, УДХК у дозі 500 мг на ніч протягом 4 місяців. Їх раціон відповідав рекомендаціям наказу МОЗ від 29.10.2013 р. № 931 «Про удосконалення лікувального харчування та роботи дієтологічної системи в Україні»; фізична активність збільшувалась за рахунок аеробних навантажень (ходьба).

Результати дослідження та їх обговорення

Оцінка ознак порушень харчової поведінки показала, що через 4 місяці від початку лікування у більшості хворих на ХЗБС на тлі ожиріння в основній групі сформувались здорові харчові звички (табл. 1).

Подолання харчової залежності є найбільш важливим для лікування хворих із ожирінням, оскільки дозволяє хворому контролювати всі аспекти харчування, включаючи об'єм страв, характер харчування, режим прийому їжі та сприяє утриманню зниженої маси тіла протягом тривалого часу. Дані, наведені в таблиці 1, показують, що більшість хворих на ХЗБС на тлі ожиріння основної групи подолали через 4 місяці значну кількість ознак харчової залежності.

Таблиця 1

Клінічні ознаки порушень харчової поведінки у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння

Симптоми	Основна група (n=62) (абс., %)		Контрольна група (n=62) (абс., %)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Швидкий прийом їжі	57 (91,9%)	8 (12,9%)	56 (90,3%)	40 (64,5%)
Втрата контролю за кількістю з'їденого	49 (79%)	10 (16,1%)	46 (74,2%)	38 (61,3%)
Вживання їжі в нічний час	38 (61,3%)	5 (8,1%)	40 (64,5%)	28 (45,2%)
Надмірна їда під час стресу	41 (66,1%)	6 (9,7%)	42(67,7%)	35 (56,5%)

Продовження таблиці 1

Надмірна їда при надлишку вільного часу	60(96,8%)	9 (14,5%)	59 (95,2%)	49 (79%)
Залежність від солодоців	47 (75,8%)	11 (17,7%)	46 (74,2%)	40 (64,5%)

Після проведеного курсу лікування в основній групі хворих на ХЗБС кількість хворих, які швидко їли зменшилася із 91,9% до лікування до 12,9% після лікування; кількість хворих із втраченим контролем за кількістю з'їденої їжі після лікування зменшилась в основній групі в 4,9 рази із 79% до 16,1%. Питома вага хворих із синдромом нічної їди у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння в основній групі хворих зменшився з 61,3% до 8,1%. Після проведеного лікування кількість хворих на ХЗБС на тлі ожиріння в основній групі, які підвищували вживання їжі під час стресових ситуацій, зменшилась з 66,1% до лікування до 9,7% після лікування.

До лікування питома вага хворих на ХЗБС на тлі ожиріння в основній групі, які у вихідні та святкові дні займали вільний час вживанням їжі зменшилась із 96,8% до 14,5%. Якщо до лікування залежність від солодоців відмічало 75,8% пацієнтів основної групи, то після лікування тільки у 17,7% мала місце харчова залежність від солодкого.

Дані антропометричних показників у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння до та після лікування наведені в таблиці 2. До лікування обстежені групи хворих на ХЗБС на тлі ожиріння мали ожиріння, про що свідчили підвищені показники індексу маси тіла (ІМТ) та обводу талії (ОТ) ($P < 0,05$ в обох випадках).

Таблиця 2

Антропометричні показники у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння до та після лікування

Група	ІМТ (кг/м ²)	ОТ (см)	% м'язів	% жиру	Коефіцієнт М/Ж
Здорові (n=21)	24,3±0,7	74,5±1,2	35,4±0,9	26,1±0,5	1,48±0,1
Основна група (n=62)					
до лікування	36,8±1,3*	112,3±3,9*	40,7±1,1*	45,3±1,5*	0,98±0,05*
після лікування	30,1±1,1#	96,5±2,1#	38,4±1,5	34,1±0,7#	1,21±0,07#
Контрольна група (n=62)					
до лікування	35,1±1,2*	110,3±3,4*	41,2±1,2*	44,1±1,6*	0,94±0,06*
після лікування	32,5±1,1	105,5±2,1	37,1±1,1	42,9±0,6	0,85±0,04

Примітка: * – вірогідно порівняно із здоровими; # – вірогідно порівняно із даними до лікування.

Визначення антропометричних показників у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння після лікування показало, що у хворих основної групи має місце суттєве зменшення ІМТ – в 1,2 рази порівняно із показниками до лікування ($P < 0,05$), а у хворих контрольної групи після лікування зниження ІМТ було невірогідним – в 1,1 рази ($P > 0,05$).

У хворих на ХЗБС на тлі ожиріння основної групи в результаті проведеного лікування зменшився ОТ в 1,2 рази ($P < 0,05$), у хворих контрольної групи ОТ зменшився в 1,04 рази ($P > 0,05$).

У хворих на ХЗБС на тлі ожиріння основної групи вміст м'язової тканини зменшився в 1,05 рази ($P > 0,05$), а жирової тканини в 1,3 рази ($P < 0,05$). Про позитивні зрушення компонентного складу тіла хворих на ХЗБС на тлі ожиріння свідчило підвищення коефіцієнта М/Ж (рис.).

Так, якщо до лікування у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння основної групи коефіцієнт М/Ж складав 0,98±0,05, що означало переважання маси жирової тканини над м'язовою, то після лікування коефіцієнт дорівнював 1,21±0,07 ($P < 0,05$). У хворих на ХЗБС на тлі ожиріння контрольної групи зниження ІМТ було

зумовлене зменшенням м'язової тканини, про що свідчать показники коефіцієнта М/Ж, який зменшився після лікування ($P > 0,05$).

Результати проведених досліджень свідчать про ефективність розробленого лікувального комплексу, який сприяв зменшенню маси тіла за рахунок переважно жирової тканини, збереженню м'язової маси та нормалізації компонентного складу тіла.

Після лікування у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння в основній групі зменшилась кількість пацієнтів, у яких під час дуоденального зондування при виділенні міхурової жовчі у великій кількості була присутня печінкова жовч з 62,9% до 11,3%. Отримані дані свідчили про покращення функціонального стану жовчного міхура, підвищилась його чутливість до введеного подразника, скоротлива та концентраційна функції. Незважаючи на деяку позитивну динаміку показників дуоденального зондування, у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння контрольної групи вірогідного покращення показників не спостерігалось.

Розподіл хворих на ХЗБС на тлі ожиріння за результатами мікроскопічного дослідження міхурової порції жовчі після лікування наведено в таблиці 3.

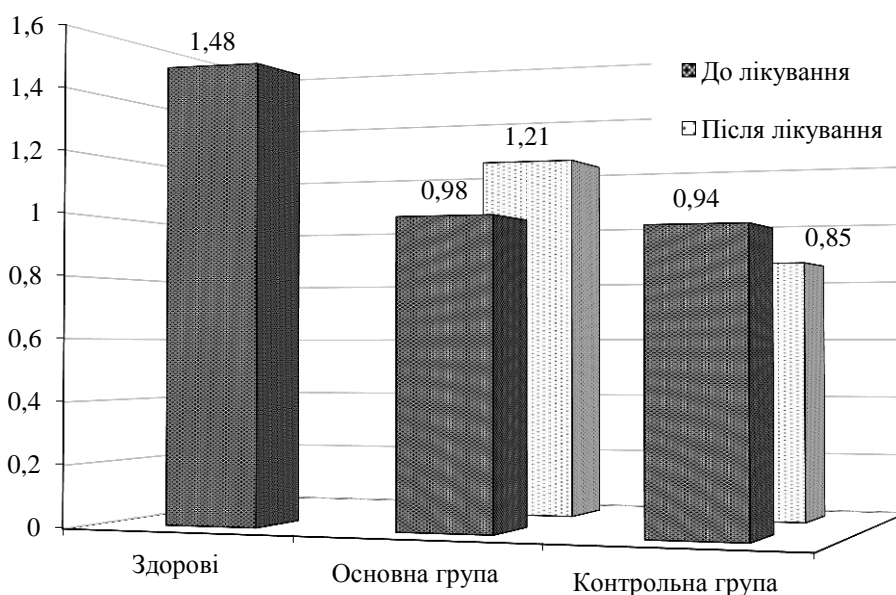


Рис. Коефіцієнт М/Ж у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння до та після лікування

Таблиця 3

Розподіл хворих згідно з мікроскопічним дослідженням центрифугату міхурової порції жовчі

Вміст в полі зору	Здорові (n=21)	Основна група (n=62)		Контрольна група (n=62)	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Лейкоцити та лейкоцитоїди					
-поодинокі	15 (71,4%)	12 (19,4%)	48 (77,4%)	13 (20,9%)	20 (32,3%)
-більше 10	6 (28,6%)	37 (59,7%)	14 (22,6%)	37 (59,7%)	40 (64,5%)
-все поле зору	-	13 (20,9%)	-	12 (19,4%)	2 (3,2%)
Кришталіки білірубінату кальцію					
-поодинокі	15 (71,42%)	4 (6,5%)	28 (45,2%)	5 (8,1%)	8 (12,9%)
-більше 10	5 (23,8%)	26 (41,9%)	32 (51,6%)	25 (40,3%)	42 (67,7%)
-все поле зору	1 (4,76%)	32 (51,6%)	2 (3,2%)	32 (51,6%)	12 (19,4%)
Кришталіки холестерину					
-поодинокі	16 (76,19%)	6 (9,7%)	38 (61,3%)	4 (6,4%)	16 (25,8%)
-більше 10	5 (23,8%)	16 (25,8%)	23 (37,1%)	20 (32,3%)	21 (33,9%)
-все поле зору	-	40 (64,5%)	1 (1,6%)	38 (61,3%)	25 (40,3%)
Мікроліти					
-поодинокі	-	10 (16,1%)	-	11 (17,7%)	18 (29%)
-більше 10	-	15 (24,2%)	8 (12,9%)	14 (22,6%)	12 (19,4%)
-все поле зору	-	6 (9,7%)	-	5 (8,1%)	1 (1,6%)

Повторне дослідження жовчі через 4 місяці від початку лікування виявило покращення мікроскопічної картини центрифугату міхурової порції жовчі в обох групах хворих, проте більш значним воно було у хворих основної групи. Як видно із таблиці 3, після лікування при мікроскопічному дослідженні у жодного хворого на ХЗБС на тлі ожиріння основної групи не виявлено покриття всього поля зору лейкоцитами та

лейкоцитоїдами центрифугату міхурової порції жовчі, в той час у 3,2% хворих контрольної групи після лікування все поле зору центрифугату міхурової порції жовчі було покрито лейкоцитами та лейкоцитоїдами.

Після лікування у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння в основній групі збільшилась питома вага хворих з поодинокими лейкоцитами та лейкоцитоїдами в полі зору центрифугату міхурової порції жовчі і склав 77,4%, у

хворих контрольної групи аналогічний показник дорівнював 32,3%. Після лікування в основній групі хворих до 22,6% зменшилась кількість хворих, у яких виявляли в центрифугаті міхурової порції жовчі більше ніж 10 лейкоцитів та лейкоцитодів, в той час як у хворих контрольної групи у 64,5% хворих в центрифугаті міхурової жовчі кількість лейкоцитів та лейкоцитодів при мікроскопічному дослідженні в полі зору перевищувала 10.

Після лікування у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння обох груп в центрифугаті міхурової порції жовчі зменшилась кількість білірубінату кальцію, кришталіків холестерину та мікролітів. В основній групі хворих на ХЗБС на тлі ожиріння після лікування збільшилась питома вага хворих з поодинокими кришталіками білірубінату кальцію в центрифугаті міхурової жовчі з 6,5% до 45,2%, при цьому зменшилась питома вага хворих, у яких все поле зору було покрито кришталіками білірубінату кальцію з 51,6% до 3,2%.

Серед хворих на ХЗБС на тлі ожиріння контрольної групи, не зважаючи на позитивну динаміку, після лікування питома вага пацієнтів, у яких все поле зору центрифугату міхурової порції жовчі було вкрите кришталіками білірубінату кальцію, була в 6 разів більшою і склала 19,4%, а кількість хворих із поодинокими кришталіками білірубінату кальцію була в 3,5 разу нижчою порівняно з основною групою хворих.

Порівнювальний аналіз вмісту кришталіків холестерину в центрифугаті міхурової порції жовчі у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння після лікування виявив, що у хворих основної групи питома вага пацієнтів, у яких до лікування все поле зору було вкрите кришталіками холестерину зменшився із 64,5% до 1,6%, а у хворих контрольної групи після лікування питома вага пацієнтів із високим вмістом кришталіків холестерину (все поле зору) зменшилась невірогідно і склала 40,3%.

Мікроліти відносять до найбільш патогенних утворень жовчі, які вказують на наявність початкової стадії формування жовчних каменів. Як видно із даних, наведених в таблиці 3, у пацієнтів з ХЗБС на тлі ожиріння основної групи після лікування в жодному випадку не виявлено в центрифугаті міхурової жовчі великої кількості мікролітів (все поле зору). У хворих контрольної групи при мікроскопічному дослідженні центрифугату міхурової жовчі після лікування в 1,6% мала місце наявність мікролітів, які покривали все поле зору.

У хворих на ХЗБС на тлі ожиріння основної групи, у яких мали місце поодинокі мікроліти в полі зору центрифугату міхурової жовчі після лікування, мікроліти не були виявлені взагалі. У хворих на ХЗБС на тлі

ожиріння контрольної групи після лікування збільшилась питома вага пацієнтів із мікролітами в жовчі з 17,7% до 29%, що можна вважати тенденцією до покращення. Збільшення кількості хворих із поодинокими мікролітами в центрифугаті жовчі хворих контрольної групи можна пояснити тим, що хворі із вмістом кришталіків холестерину більше 10 і все поле зору перейшли в групу з наявністю поодиноких кришталіків холестерину.

Висновки

Оцінка критеріїв харчової залежності після лікування показала зменшення проявів харчової залежності у хворих основної групи, що свідчить про формування здорових харчових звичок. Це є найбільш позитивним у лікуванні хворих на ХЗБС на тлі ожиріння, оскільки дозволить пацієнтам зберегти отримані результати протягом тривалого часу.

Аналіз антропометричних показників після лікування показав більш суттєве зниження ІМТ, ОТ у хворих основної групи. Про позитивний вплив на компонентний склад тіла хворих розробленого лікувального комплексу свідчило підвищення співвідношення М/Ж. Це означає, що розроблений нами лікувальний комплекс сприяв втраті маси тіла переважно за рахунок жирової тканини та збереження м'язової маси тіла під час схуднення на відміну від хворих контрольної групи, в яких співвідношення М/Ж після лікування було дещо нижчим порівняно із показниками до лікування. Це дозволяє зробити висновок про те, що застосування традиційних методів зменшення маси тіла має негативний вплив на компонентний склад тіла, оскільки схуднення супроводжується більшими втратами м'язової тканини.

Лікувальний комплекс мав позитивний вплив на функціональний стан жовчного міхура, сприяв зменшенню розмірів стінки жовчного міхура, зниженню часу закритого сфінктера Одді, підвищенню реакції жовчного міхура на подразник, зменшенню в центрифугаті міхурової жовчі вмісту білірубінату кальцію, кришталіків холестерину та мікролітів.

Перспективи подальших досліджень

Враховуючи, що у хворих на ХЗБС на тлі ожиріння основної групи спостерігалась позитивна динаміка мікроскопічної картини центрифугату міхурової жовчі, розроблений нами лікувальний комплекс можна використовувати для профілактики холелітазу у пацієнтів груп підвищеного ризику по розвитку ЖКХ та на ранніх стадіях мікрохолелітазу.

Література

1. Беловол А. Н. Ожирение: терапевтические подходы к ведению пациентов / А. Н. Беловол, И. И. Князькова // Мед. аспекты здоровья женщины. – 2013. – № 2. – С. 30–38.
2. Берштейн Л. М. “Метаболически здоровые” лица с ожирением и метаболические признаки ожирения у лиц с нормальной массой тела: что за этим стоит? / Л. М. Берштейн, И. Г. Коваленко // Проблемы эндокринологии. – 2010. – № 3. – С. 47–51.
3. Биомпедансный скрининг населения России в центрах здоровья: распространенность избыточной массы тела и ожирения / Н. П. Соболева, С. Г. Руднев, Д. В. Николаев [и др.] // Рос. мед. журнал. – 2014. – № 4. – С. 4–13.
4. Косовцова Г. В. Особливості фізичного і статевого розвитку в підлітків з ожирінням / Г. В. Косовцова, Л. Д. Нікітіна, О. І. Ющенко // Укр. журн. дит. ендокринології. – 2014. – № 2. – С. 81–82.
5. Красноперова О. И. Факторы, приводящие к развитию ожирения у детей и способствующие его трансформации в метаболический синдром / О. И. Красноперова, Е. Н. Смирнова, Н. Б. Мерзлова // Фундам. исследования. – 2012. – № 4, ч. 2. – С. 306–310.
6. Ожирение и избыточный вес [Электронный ресурс] : информ. бюл. № 311 / ВОЗ. – Режим доступа : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/>. – Название с экрана.
7. Циммерман Я. С. Гастроэнтерология : руководство / Я. С. Циммерман. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 813 с.
8. Combining body mass index with measures of central obesity in the assessment of mortality in subjects with coronary disease: role of “normal weight central obesity” / T. Coutinho, K. Goel, D. Correa de Sa [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. – 2013. – Vol. 61, N 5. – P. 553–560.
9. Competact, a fixed combination of pioglitazone and metformin, improves metabolic markers in type 2 diabetes patients with insufficient glycemic control by metformin alone – results from a post-marketing surveillance trial under daily routine conditions / T. Schondorf, E. Karagiannis, R. E. Posseldt [et al.] // Diabetes Technol. Ther. – 2009. – Vol. 11, N 6. – P. 379–383.
10. Evaluation of ultrasonographic fatty liver and severity of coronary atherosclerosis, and obesity in patients undergoing coronary angiography / M. Acikel, S. Sunay, M. Koplay [et al.] // Anadolu Kardiyol. Derg. – 2009. – Vol. 9, № 4. – P. 273–279.
11. Executive summary: standards of medical care in diabetes – 2011 / American Diabetes Association // Diabetes Care. – 2011. – Vol. 34, Suppl. 1. – P. S4–S10.
12. Executive summary: standards of medical care in diabetes – 2013 // Diabetes Care. – 2013. – Vol. 36, Suppl. 1. – P. S4–S10.
13. Perazzo H. The interactions of nonalcoholic fatty liver disease and cardiovascular diseases / H. Perazzo, T. Poynard, J. F. Dufour // Clin. Liver Dis. – 2014. – Vol. 18, № 1. – P. 233–248.
14. Sun L. Association between non-alcoholic fatty liver disease and coronary artery disease severity / L. Sun, S. Z. Lu // Chin. Med. J. (Engl.). – 2011. – Vol. 124, № 6. – P. 867–872.
15. Targher G. Non-alcoholic fatty liver disease, the metabolic syndrome and the risk of cardiovascular disease: the plot thickens / G. Targher // Diabet. Med. – 2007. – Vol. 24, № 1. – P. 1–6.
16. The “obesity paradox”, frailty, disability, and mortality in older men: a prospective, longitudinal cohort study / T. E. Strandberg, S. Stenholm, A. Y. Strandberg [et al.] // Am. J. Epidemiol. – 2013. – Vol. 178, № 9. – P. 1452–1460.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.08.2017 р.

Влияние комплексного лечения с использованием диетотерапии на пищевой статус и функциональное состояние желчного пузыря больных хроническими заболеваниями билиарной системы на фоне ожирения

И.А. Якубовская, Л.Ф. Матюха

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

Определение компонентного состава тела важно при лечении больных с ожирением. С помощью этого метода можно оценить, за счет какой ткани теряется масса тела.

Цель – разработать и оценить влияние индивидуального лечебного комплекса.

Материалы и методы. Обследованы 124 больных хроническими заболеваниями билиарной системы на фоне ожирения.

Результаты. Разработанный лечебный комплекс способствует уменьшению массы тела за счет преимущественно жировой ткани, сохранению мышечной массы и нормализации компонентного состава тела.

Выводы. Лечебный комплекс оказывает положительное влияние на функциональное состояние желчного пузыря и компонентный состав тела больных о чем свидетельствует повышение соотношения М/Ж.

Ключевые слова: питание, компонентный состав тела, ожирение, желчный пузырь, мышечная масса, жировая масса.

Influence of complex treatment with the use of dietotherapy on nutritional status and functional state of gallbladder in patients with chronic diseases of the biliary system against the background of obesity

I.A. Yakubovska, L.F. Matykha

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Determining compositional analysis of the body is important in treating patients with obesity. With the help of this method it is possible to estimate due to what tissue the body weight is lost.

Purpose – development and evaluation of the influence of individual therapeutic complex.

Materials and methods. There were examined 124 patients with chronic diseases of the biliary system against the background of obesity.

Results. The developed therapeutic complex contributes to the loss in body weight due to predominantly adipose tissue, the preservation of muscle mass and the normalization of compositional analysis of the body.

Conclusions. The therapeutic complex has a positive effect on the functional state of the gallbladder and compositional analysis of the body of patients, as evidenced by an increase in the ratio of M/F.

Key words: nutrition, compositional analysis of the body composition, obesity, gallbladder, muscle mass, fat mass.

Відомості про авторів

Якубовська Інна Андріївна – аспірант кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

Матюха Лариса Федорівна – д.мед.н., проф., завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

УДК 37:001.53(083.74)(100)

О.М. Ратанина¹, В.Г. Слабкий¹, Л.А. Качала², В.И. Миронюк²

Термины, употребляемые в Международной стандартной классификации образования

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

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

Цель – представить толкование терминов, употребляемых в Международной стандартной классификации образования, для их применения специалистами в Украине.

Материалы и методы. Материалом исследования стала Международная стандартная классификация образования. В работе использованы методы: библиосемантический и структурно-логического анализа. Методической основой исследования послужил системный подход.

Результаты. Представлен глоссарий терминов, употребляемых в Международной стандартной классификации образования.

Выводы. Предложенный глоссарий позволит обеспечить единый подход к толкованию терминов в системе образования.

Ключевые слова: Международная стандартная классификация образования, термины, значения.

Введение

Организация Объединенных Наций по вопросам образования науки и культуры приняла Международную стандартную классификацию образования (МСКО). Указанная классификация используется и в Украине.

Цель работы – представить толкование терминов, употребляемых в МСКО, для их применения специалистами в Украине.

Материалы и методы

Материалом исследования стала МСКО [1–3]. В работе использованы методы: библиосемантический и структурно-логического анализа. Методической основой исследования послужил системный подход.

Глоссарий терминов

Вторая или последующая степень. Степень, полученная в результате успешного завершения образовательной программы уровней МСКО 6 или 7, требующая предварительного успешного завершения программы на уровнях МСКО 6 или 7 для поступления с целью обучения по соответствующей образовательной программе.

Второй этап среднего образования (уровень МСКО 3). Программы уровня МСКО 3, или «второй этап среднего образования», как правило, рассчитаны на завершение среднего образования, дающего подготовку к третичному образованию или формированию навыков, позволяющих найти работу, или и то и другое. Программы этого уровня предлагают учащимся более

разнообразное, специализированное и углубленное изучение предметов, чем программы второго этапа среднего образования (уровень МСКО 2). Они более дифференцированы и предоставляют более широкий выбор возможностей и направлений.

Выпуск. Успешное завершение образовательной программы. Выпускник может иметь несколько выпусков (даже в рамках одного и того же учебного года), если он одновременно обучался на двух и более программах и успешно завершил их.

Выпускник образовательной программы. Индивидуум, который успешно закончил образовательную программу.

Завершение образовательной программы. Участие во всех составных частях образовательной программы (включая выпускные экзамены, если таковые имеются) без относительно результатов возможной оценки достижения целей обучения.

Завершение уровня МСКО. Успешное завершение образовательной программы, достаточное для завершения уровня. Для уровней МСКО 1 и 4–8 успешное завершение программы, соответствующее критериям содержания и минимальной продолжительности данного уровня, считается завершением уровня. Для уровней МСКО 2 и 3 успешное завершение любой программы, предоставляющее доступ к программам более высоких уровней МСКО (т.е. уровню МСКО 3 в случае программы уровня МСКО 2 и уровня МСКО 5, 6 и 7 в случае программы уровня МСКО 3), считается как завершением уровня, так и завершением любой конечной программы, соответствующей критериям содержания, минимальной продолжительности (2 года) и совокупной продолжительности соответствующего уровня МСКО (т.е. 8 лет с начала

обучения на уровне МСКО 1 в случае программ уровня МСКО 2 и 11 лет в случае программ уровня МСКО 3).

Информальное обучение. Формы обучения, которые являются целенаправленными или тщательно спланированными, но не институционализированными. Следовательно, они менее организованные и структурированные, чем формальное или неформальное образование. Информальное обучение может включать учебную деятельность в семье, на рабочем месте, по месту жительства и в повседневной жизни, и направленность его определяется самостоятельно, семьей или социумом.

Квалификация. Официальное подтверждение, обычно документом, успешного завершения образовательной программы или этапа программы. Квалификации могут быть получены в результате: I) успешного завершения образовательной программы полностью; II) успешного завершения этапа образовательной программы (промежуточные квалификации); или III) проверки приобретенных знаний, навыков и компетенций, вне зависимости от участия в образовательной программе. Это определение также может относиться к «ученой степени».

Класс. Конкретный этап обучения в рамках первоначального образования, обычно охватывающий учебный год. Возраст учащихся одного и того же класса обычно одинаков. Это определение также относится к понятиям «когорты» и «год».

Кредит. Единица, предполагающая успешное завершение курсов или модулей и его документальное подтверждение в течение или в конце образовательной программы. Кредиты выражают объем обучения, который основан на нагрузке учащегося, необходимой для достижения целей обучения.

Курс. Единица обучения, подразумевающая последовательность в рамках образовательной деятельности в определенной области или ряде областей образования. Определение также можно отнести к понятиям «модуль», «раздел» или «предмет».

Минимальная продолжительность. Минимальная теоретическая продолжительность образовательной программы для классификации программ на определенном уровне МСКО или определения уровня завершения или неполного завершения на определенном уровне МСКО.

Модуль. Курс или часть курса в контексте модульной программы. Обучение может проходить в рамках одного модуля или сочетания предлагаемых модулей.

Модульные программы. Образовательные программы, которые позволяют учащимся гибко составлять содержание образования за счет сочетания различных курсов или модулей. Модульная программа, поэтому, часто не имеет четко установленной последовательности.

Начальное образование (уровень МСКО 1) предполагает учебную и образовательную деятельность, как правило, направленную на обучение основным навыкам чтения, письма и математики (т.е. грамотность и счет), и на создание серьезной основы для изучения и

понимания основных областей знаний, для развития личности, для подготовки к обучению на первом этапе среднего образования. Начальное образование направлено на обучение на базовом уровне сложности с небольшой специализацией, если таковая имеется.

Неполное завершение уровня МСКО 2. Успешное завершение программы, продолжительностью не менее 2 лет на уровне МСКО 2 и совокупной продолжительности не менее 8 лет с начала обучения на уровне МСКО 1, и которые являются частью последовательности программ уровня МСКО 2, но не являются последними в последовательности на этом уровне. Эти программы не предоставляют прямого доступа к уровню МСКО 3.

Неполное завершение уровня МСКО 3. Успешное завершение программы, продолжительностью не менее 2 лет на уровне МСКО 3 и совокупной продолжительности не менее 11 лет с начала обучения на уровне МСКО 1, и которые являются частью последовательности программ уровня МСКО 3, но не являются последними в последовательности на этом уровне. Эти программы не предоставляют прямого доступа к более высокому уровню МСКО.

Несистемное обучение. Смотрите определения случайного или несистемного обучения.

Неуспешное завершение образовательной программы. Неспособность достичь учебных целей образовательной программы, несмотря на посещение или участие во всех компонентах образовательной программы (включая выпускные экзамены, если таковые существуют). Неуспешное завершение предполагает, что была оценка достижений целей обучения, но уровень продемонстрированных знаний, навыков и компетенций оценен как недостаточный.

Неформальная (образовательная) квалификация. Квалификация, присвоенная в результате достижения целей обучения образовательной программы в системе неформального образования, которая не признается соответствующими национальными образовательными властями и является эквивалентом квалификации в системе формального образования.

Неформальное образование. Образование, которое институционализировано, целенаправленно и спланировано лицом или организацией, обеспечивающей предоставление образовательных услуг. Определяющей характеристикой неформального образования является то, что оно является дополнением и/или альтернативой формального образования в обучении в течение всей жизни индивидуума. Обучение в рамках таких программ часто ведется для обеспечения всеобщего права доступа к образованию. Неформальное образование доступно людям всех возрастов, но оно необязательно имеет направленную структуру; оно может быть кратким по продолжительности и/или низким по интенсивности; и оно, как правило, организуется в форме краткосрочных курсов, мастер-классов или семинаров. Неформальное образование чаще всего ведет к получению квалификаций, которые не признаются квалификациями формального образования или эквивалентами формального образования соответствующими

національними або субнаціональними органами освіти, або кваліфікації взагалі не присвоюються. Неформальна освіта може охоплювати програми з ліквідації неграмотності дорослих і молодіжні та дитячі, невідвідувані школи, а також програми з розвитку життєвих і трудових навичок, програми, спрямовані на соціальне і культурне розвиток.

Нижче початкової освіти (МСКО-У рівень 0). Широкий рівень освітності, охоплюючий участь в освітньому процесі, певну частину участі в програмах освіти дітей молодшого віку і/або певну частину участі в початковій освіті.

Область освіти. Широке поняття, розділ або область змісту в межах освітньої програми, курсу або модуля. Часто називається «предметом» або «дисципліною». Також може називатися «областями вивчення».

Освіта. Процеси, за допомогою яких суспільство цілеспрямовано передає накоплені знання, розуміння, відчуття, цінності, навички, компетенції та моделі поведінки з покоління в покоління. Цей процес включає комунікацію з метою навчання.

Освіта без відходу від виробництва. Освітня діяльність, яка проходить в робочій обстановці, зазвичай в контексті програм професійно-технічної освіти. Головною метою є досягнення конкретних цілей навчання, практичне навчання і участь в трудовій діяльності під керівництвом досвідчених працівників або наставників.

Освіта дітей молодшого віку (МСКО-II рівень 0). Освіта дітей молодшого віку передбачає навчальну та освітню діяльність на основі комплексного підходу до підтримки когнітивного, фізичного, соціального та емоційного розвитку дітей молодшого віку, а також для знайомства дітей молодшого віку з організованим навчанням в відході від сімейної обстановки з метою розвитку навичок, необхідних для підготовки до навчальної діяльності і вступу до навчання за програмами початкової освіти.

Освіта для дорослих. Освіта головним чином спрямована на тих, хто вважається дорослим в суспільстві, для вдосконалення технічних і професійних кваліфікацій, подальшого розвитку здібностей, поглиблення знань з метою завершення рівня формальної освіти, або для отримання або оновлення своїх знань, навичок і компетенцій в якійсь конкретній області. Освіта для дорослих також може стосуватися «неперервної освіти», «возобновлюваної освіти» або «освітніми програмами «другого шансу».

Освіта на базі школи або коледжу. Освітня діяльність, здійснювана в закладах, призначених для освіти дітей і молодіжні в межах програм первинної

освіти, які спрямовані на досягнення конкретних цілей навчання, включаючи курси, організовані в особливій навчальній середі (наприклад, в лабораторії, кабінеті музики, комп'ютерному класі або спортивному залі), і проходять в групах під керівництвом одного або кількох викладачів. Учні зазвичай згруповані за класом навчання, віком або рівнем здібностей.

Освітня діяльність. Цілеспрямована діяльність, яка включає певну форму комунікації, спрямовану на навчання.

Освітня програма. Єдиний комплекс або послідовність освітніх заходів, спланованих і організованих для досягнення певних цілей навчання або конкретних освітніх завдань протягом неперервного (продовжувального) періоду часу.

В межах освітньої програми освітня діяльність може бути згрупована за компонентами, які в різних національних контекстах описуються як «курси», «модулі», «розділи» і/або «предмети». Програма може включати важливі складові частини, які зазвичай не вважаються курсами, розділами або модулями – наприклад, діяльність на основі ігор, практичні заняття, науково-дослідницькі проекти, підготовку дисертації.

Освітні програми «другого шансу». Освіта в особливості спрямована на тих, хто в силу різних причин ніколи не відвідував або покинув школу до завершення рівня, в межах якого вони навчалися, або завершив рівень, але бажає навчатися за освітньою програмою або отримати професію, оскільки ще не мають відповідної кваліфікації. Іноді це освіта стосується «з'єднуючих програм» або «програмами реінтеграції».

Навчання. Індивідуальне засвоєння, отримання, засвоєння або трансформація інформації, знань, розуміння, відчуттів, цінностей, навичок, компетенцій і поведінки через інструкції, вивчення, досвід і практику.

Загальна освіта. Освітні програми, спрямовані на розширення загальних знань, навичок і компетенцій учнів, а також на розвиток навичок читання, письма і рахунок, часто для їх підготовки до навчання за більш продвинутими програмами того ж або більш високого рівня МСКО і на формування основи для навчання протягом всієї життя індивідуума. Програми загальної освіти зазвичай проводяться на базі школи або коледжу. Загальна освіта включає освітні програми, розроблені для підготовки учнів до вступу до програм професійно-технічної освіти, але не спрямовані на підготовку до працевлаштування певного виду або видів професій і на безпосереднє отримання востребованої на ринку праці кваліфікації.

Звичайна тривалість. Час в перерахунок на навчальні роки, зазвичай потрібний учням

для успешного завершения образовательной программы, предполагая обычное очное участие в программе.

Обычное образование. Первоначальное образование для учащихся без особых образовательных потребностей.

Организация, обеспечивающая предоставление образовательных услуг. Организация, для которой предоставление образовательных услуг является основной или сопутствующей целью. Это может быть государственное учебное заведение, а также частное предприятие, негосударственная организация или государственная необразовательная организация.

Оценивание результатов обучения. Оценивание достижения целей обучения людей с помощью разнообразных методов (письменное, устное тестирование/ экзамены, практические тесты, проект и портфолио) в течение или в конце образовательной программы.

Первая степень. Степень, полученная в результате успешного завершения образовательной программы на уровнях МСКО 6 и 7, не требующая предварительного успешного получения любой степени уровня МСКО 6 для поступления с целью обучения по соответствующей образовательной программе.

Первоначальное образование. Первоначальное образование людей до их первого выхода на рынок труда, т.е. до того, как они будут получать формальное образование в очной форме. Оно, таким образом, направлено на тех, кто считается обществом, детьми, подростками и молодыми людьми. Как правило, обучение в рамках этого образования имеет место быть в учебных заведениях, обеспечивающих его непрерывность.

Первый этап среднего образования (уровень МСКО 2). Программы уровня МСКО 2, или программы «первого этапа среднего образования», как правило, основываются на учебных результатах уровня МСКО 1. Обычно цель образования заключается в том, чтобы заложить основы для обучения в течение всей жизни индивидуума и для развития личности, что может позволить образовательным системам расширять возможности для дальнейшего получения образования. Программы этого уровня обычно организованы по учебному плану, ориентированному на конкретные предметы с объяснением теоретических понятий по широкому кругу вопросов.

Подготовка. Образование для достижения конкретных целей обучения, особенно в профессионально-техническом образовании. Определение «образования» в МСКО также включает понятие «подготовка».

Последующая степень. См. вторая или последующая степень.

Послесреднее нетретичное образование (уровень МСКО 4). Послесреднее нетретичное образование предполагает учебный опыт на основе среднего образования, подготавливая как к выходу на рынок труда, так и к получению третичного образования. Это образование, как правило, направлено на учащихся, завершивших второй этап среднего образования (уровень

МСКО 3), но желающих повысить шансы на рынке труда или далее обучаться в системе третичного образования. Программы часто незначительно сложнее, чем программы второго этапа среднего образования, поскольку они служат, как правило, скорее для расширения, чем для углубления знаний, навыков и компетенций. Поэтому оно направлено на обучение на уровне ниже параметра высокого уровня сложности третичного образования.

Поступившие. Индивидуумы, зачисленные в начале образовательного уровня, ряда уровней, программы, или этапа программы, или ее модуля, вне зависимости от возраста.

Поступление. Начало участия в обучении на образовательном уровне, ряде уровней, программе, или этапе программы или ее модуля.

Признанная квалификация. Официальное подтверждение соответствующими национальными образовательными властями квалификации, полученной в результате достижения целей обучения образовательной программы со стороны.

Проверка результатов обучения. Оценивание достижения целей обучения людьми с помощью разнообразных методов оценивания (письменное, устное тестирование/ экзамены, практические тесты, проект и портфолио), не предполагающее участия в образовательной программе.

Программы дуальной системы образования. Программы, объединяющие образование на базе школы или колледжа, и программы без отрыва от производства. Обе составные части значимы (т.е. выходят за пределы отдельной интернатуры или нерегулярных занятий), хотя образование без отрыва от производства обычно охватывает 50% времени программы или более.

Промежуточная квалификация образования. Официальное подтверждение, обычно документом, удостоверяющим успешное завершение этапа образовательной программы.

Профессионально-техническое образование. Образовательные программы, направленные на приобретение знаний, навыков и компетенций для занятий определенного вида или видов профессиональной деятельности. Профессионально-техническое образование может включать такие компоненты, как обучение на базе предприятий (например, стажировка, дуальные образовательные программы). Успешное завершение таких программ ведет к получению пользующихся спросом на рынке труда профессиональных квалификаций, которые признаются соответствующими национальными властями и/или рынком труда как профессионально-ориентированные.

Случайное или несистемное обучение. Формы обучения, которые не являются организованными и предполагают коммуникацию, не предназначенную для обучения. Случайное или несистемное обучение может стать побочным продуктом повседневной деятельности или мероприятий или коммуникации, не предназначенных для целенаправленного образования или учебной деятельности.

Примерами подобного обучения может быть общение при встрече, радио- и телепередачи, не являющиеся образовательными программами.

Совокупная продолжительность. Общая теоретическая продолжительность последовательности образовательных программ. В МСКО, с начала уровней МСКО 1 и 3 или с начала обучения на программах третичного образования, понятие «совокупной продолжительности» необходимо для классификации образовательной программы.

Среднее образование (уровни МСКО 2 и 3). Среднее образование предоставляет учебную и образовательную деятельность, базирующуюся на начальном образовании и готовящую как к выходу на рынок труда, так и ко второму этапу послесреднего нетретичного образования и третичному образованию. В целом, среднее образование направлено на обучение на среднем уровне сложности. В МСКО проводится различие между первым и вторым этапом среднего образования.

Степень. Образовательная квалификация, полученная в результате успешного завершения отдельных образовательных программ третичного образования (традиционно в университетах или равнозначных им учебных заведениях).

Теоретическая продолжительность. Время в пересчете на учебные года, требуемое для реализации образовательной программы, предполагая обычное очное участие в программе.

Третичное образование (уровни МСКО с 5 по 8). Третичное образование основывается на среднем образовании, организуя учебную деятельность в рамках специализированных областей образования.

Оно направлено на обучение на более высоком уровне сложности и специализации.

Третичное образование включает то, что обычно понимается как академическое образование, но оно также включает профессиональное образование.

Уровень полученного образования. Самый высокий уровень МСКО, успешно заверченный индивидуумом. Он обычно измеряется по отношению к самой высокой по уровню заверченной образовательной программе, которая, как правило, документально подтверждается признанной квалификацией. Признанная промежуточная квалификация относится к более низкому уровню, чем сама программа.

Уровни образования. Упорядоченный набор категорий, классифицирующий образовательные программы в соответствии с градацией учебного опыта, а также навыков и компетенций, которые призвана дать образовательная программа. Уровень МСКО отражает степень сложности и специализации содержания образовательной программы, от основного до сложного.

Успешное завершение образовательной программы. Достижение учебных целей образовательной программы, как правило, подтверждаемое через оценку приобретенных знаний, умений и компетенций.

Успешное завершение образовательной программы обычно сопровождается выдачей документа, подтверждающего образовательную квалификацию.

Участие. Посещение или обучение в рамках образовательной программы, этапа программы или ее модуля.

Участник. Индивидуум, который посещает или принимает участие в образовательной программе или этапе программы или ее модуле.

Учащиеся. Индивидуумы, официально зарегистрированные на данную образовательную программу, или этап программы, или ее модуль, вне зависимости от возраста.

Учебная деятельность. Целенаправленная деятельность, участники которой имеют намерение учиться.

Учебное заведение. Официальная организация (школа, колледж, университет или учебный центр), основной целью которой является предоставление образования. Такие организации обычно аккредитуются и получают официальное разрешение на деятельность от национальных властей или равнозначных им органов. Частные организации, такие как религиозные, частные образовательные заведения, учебные предприятия, как коммерческие, так и некоммерческие, также могут организовывать деятельность учебных заведений.

Учебные результаты. Совокупность информации, знаний, понимания, мироощущений, ценностей, компетенций и моделей поведения, которыми, как ожидается, должен владеть слушатель в результате успешного завершения образовательной программы.

Учебный год. Ежегодный учебный или экзаменационный период, в течение которого учащиеся посещают курсы или сдают выпускные экзамены, небольшие перерывы не учитываются. Этот период может быть менее 12 месяцев, но, как правило, не короче 9 месяцев. Продолжительность может быть различной на разных уровнях образования или в разных учебных заведениях страны. Определение также относится к понятию «школьный год», главным образом для уровня дотретичного образования.

Формальное образование. Образование, которое является институционализированным, целенаправленным и спланированным при участии государственных организаций и признанных государством частных организаций, что в совокупности составляет систему формального образования страны. Таким образом, программы формального образования признаются как таковые соответствующими национальными властями или равнозначными им организациями, например, любым учебным заведением в сотрудничестве с национальными и субнациональными органами образования.

Формальное образование, в основном, состоит из программ предварительного образования. Профессионально-техническое образование, образование для учащихся с особыми потребностями и некоторые компоненты образования для взрослых зачастую рассматриваются как часть системы формального образования.

Цели обучения. Спецификация учебных результатов, которых необходимо достичь по завершении образовательной или учебной деятельности. Они состоят

в усовершенствовании знаний, навыков и компетенций в областях, относящихся к личной, гражданской, социальной и производственной деятельности. Как правило, цели обучения связаны с подготовкой к обучению на более высоком уровне и/или работе в одной или нескольких областях.

Етап. Подуровень образовательной программы, рассматриваемый в рамках теоретической продолжительности или определенного набора модулей для завершения программы или накопления кредитов. Отдельный этап имеет характеристики, отличные от других этапов одной и той же образовательной

программы, и по окончании этапа может выдаваться документ о получении промежуточной квалификации.

Выводы

Предложенный глоссарий терминов, применяемых в Международной стандартной классификации образования, позволит обеспечить единый подход к толкованию терминов в системе образования.

Перспективы дальнейших исследований связаны с изучением применения указанных терминов в образовательном процессе.

Литература

1. *Международная стандартная классификация образования МСКО 2011* / Институт Статистики ЮНЕСКО. – Montreal, Quebec НЗС 3J7, Canada, 2013. – 89 с.
2. *Области образования и профессиональной подготовки 2013 (МСКО-О 2013)* [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://dx.doi.org/10.15220/978-92-9189-159-7-ru>. – Название с экрана.
3. *Пересмотр Международной стандартной классификации образования (МСКО)* : резолюция // Генеральная конференция, 36-я сессия, г. Париж, 5 сентября 2011 г. – Париж, 2011. – 97 с.

Дата поступления рукописи в редакцию: 12.07.2017 г.

Терміни, які вживаються в Міжнародній стандартній класифікації освіти

*О.М. Ратаніна¹, В.Г. Слабкий¹,
Л.О. Качала², В.І. Миронюк²*

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

²ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
м. Ужгород, Україна

Мета – представити тлумачення термінів, які вживаються в Міжнародній стандартній класифікації освіти, для їх застосування спеціалістами в Україні.

Матеріали та методи. Матеріалом дослідження стала Міжнародна стандартна класифікація освіти. У роботі використано такі методи: бібліосемантичний та структурно-логічного аналізу. Методичною основою дослідження слугував системний підхід.

Результати. Наведено глосарій термінів, які вживаються в Міжнародній стандартній класифікації освіти.

Висновки. Запропонований глосарій дасть змогу забезпечити єдиний підхід до тлумачення термінів у системі освіти.

Ключові слова: Міжнародна стандартна класифікація освіти, терміни, значення.

The terms in International Standard Classification of Education

*O.M. Ratanina¹, V.G. Slabkiy¹,
L.O. Kachala², V.I. Myronyuk²*

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

²SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to present explanation of basic terms in International Standard Classification of Education.

Materials and methods. The material of research was International Standard Classification of Education. Methods: method of systemic approach, of structural-and-logical analysis, bibliosemantic.

Results. The glossary of terms in International Standard Classification of Education are presented.

Conclusions. The proposed glossary will allow for a unified approach to the interpretation of terms in the education system.

Key words: International Standard Classification of Education, terms, meanings.

Ведомости про авторов

Ратанина Оксана Михайловна – научный сотрудник научно-организационного отдела ГУ «Украинский институт стратегических исследований Министерства здравоохранения Украины»; переулок Волго-Донский, 3, г. Киев, 02099, Украина.

Слабкий Василий Геннадиевич – младший научный сотрудник научно-организационного отдела ГУ «Украинский институт стратегических исследований Министерства здравоохранения Украины»; переулок Волго-Донский, 3, г. Киев, 02099, Украина.

Качала Лариса Александровна – к.мед.н., доц., доцент кафедры общественного здоровья факультета последиplomного образования и доуниверситетской подготовки ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»; пл. Народная, 3, г. Ужгород, Закарпатская обл., 88000, Украина.

Миронюк Виктория Ивановна – старший лаборант кафедры здоровья человека и гуманитарных дисциплин медицинского факультета № 2 ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»; пл. Народная, 3, г. Ужгород, Закарпатская обл., 88000, Украина.



До ювілею професора Івана Миколайовича Солоненка

У липні 2017 р. виповнилось 70 років від дня народження доктора медичних наук, професора, заслуженого діяча науки і техніки України Івана Миколайовича Солоненка, лікаря-кардіолога, відомого вченого у галузі клінічної та профілактичної кардіології, педагога, засновника наукової школи та освітнього напрямку «Державне управління у сфері охорони здоров'я».

Солоненко І.М. у 1975 р. з відзнакою закінчив Київський медичний інститут імені О.О. Богомольця (нині – Національний медичний університет імені О.О. Богомольця), після чого навчався в аспірантурі Українського науково-дослідного інституту кардіології ім. М.Д. Стражеска МОЗ України (нині – Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України). Захистив дисертацію на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук на тему «Вплив дозованого обмеження коронарного кровообігу на функціональний стан міокарда та гемодинаміку» (наукові керівники – доктор медичних наук, професор М.А. Кондратович та академік НАН України, доктор медичних наук, професор В.В. Фролькіс).

З 1978 р. по 1994 р., працюючи в НДІ кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска, пройшов шлях від лікаря-кардіолога до доктора медичних наук, керівника відділу. В 1989 р. захистив дисертацію на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук на тему «Дрібновогнищевий інфаркт міокарда: особливості діагностики, клінічного перебігу та прогнозування, кардіо- та гемодинаміки, лікування» (науковий консультант – доктор медичних наук, професор,

заслужений діяч науки і техніки Н.А. Гватуа). У 1988 р. був обраний на посаду керівника відділу профілактичної кардіології. Досліджував проблеми зменшення захворюваності, інвалідності та смертності від серцево-судинних захворювань в Україні. Під його керівництвом та за безпосередньої участі було здійснено наукові дослідження щодо становлення та розвитку кардіологічної служби в Україні, розроблення Національної програми профілактики серцево-судинних захворювань, а також нових методів діагностики, лікування, профілактики ускладнень та прогнозування інфаркту міокарда. Розроблена та впроваджена ним класифікація дрібновогнищевого інфаркту міокарда, а також метод прогнозування та попередження ускладнень перебігу вказаного захворювання (результат спільних досліджень відділу гострої коронарної недостатності НДІ кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска та Інституту біохімії НАН України; автори винаходу – Н.А. Гватуа, С.В. Комісаренко, І.М. Солоненко та ін.) використані в підручниках і навчальних посібниках з внутрішніх хвороб та кардіології. Упровадження цих результатів дозволило удосконалити систему надання послуг з охорони здоров'я та покращити окремі показники стану здоров'я населення України.

У 1994 р. І.М. Солоненко заснував та очолив першу в Україні кафедру управління охороною здоров'я для підготовки нової генерації керівників органів управління та закладів охорони здоров'я на базі магістерської програми з державного управління в Інституті державного управління і місцевого самоврядування при Кабінеті Міністрів України (нині – Національна академія державного управління при

Президентів України). З метою вивчення зарубіжного досвіду з підготовки керівників вищої кваліфікації у сфері охорони здоров'я проходив стажування у Міністерстві охорони здоров'я Канади, Університеті Каліфорнії (Лос-Анджелес, США), університетах Данії, Канади, Польщі, Словаччини, Чехії та інших країн. У 1995 р. йому присвоєне вчене звання професора.

У сферу наукових інтересів І.М. Солоненка входять актуальні питання державної політики та державного управління охороною громадського здоров'я, реформування галузі відповідно до сучасних суспільних потреб, розроблення та впровадження дієвих механізмів державного управління і місцевого самоврядування з покращення стану громадського здоров'я, зокрема, міжгалузевої співпраці з охорони громадського здоров'я, децентралізації управління та фінансування у сфері охорони здоров'я, подолання нерівності стосовно здоров'я в окремих регіонах України, автономізації лікувально-профілактичних закладів, формування місцевих органів влади, як розпорядників коштів державного та місцевих бюджетів, в стратегічного замовника послуг з охорони здоров'я відповідно до потреб територіальної громади тощо. Науковий доробок І.М. Солоненка та співробітників кафедри узагальнено у 20 монографіях, одна з яких англійською мовою, понад 30 навчальних посібників та понад 500 наукових статтях і матеріалах конференцій (38 – у зарубіжних виданнях). На кафедрі проводиться підготовка фахівців вищої кваліфікації. Зокрема, підготовлено 12 докторів наук з державного управління та понад 30 кандидатів наук.

Наукові розробки І.М. Солоненка знайшли впровадження в роботі Національної Ради з охорони здоров'я населення при Президентів України, Комітету Верховної Ради України з охорони здоров'я, Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України, місцевих органів державного управління та місцевого самоврядування.

Солоненко І.М. здійснює значну науково-організаційну діяльність, зокрема з підготовки наукових кадрів вищої кваліфікації, в якості члена Експертної ради ВАК України з державного управління, голови науково-методичної комісії «Основи здоров'я» МОН України, члена Експертної ради Державної акредитаційної комісії України, спеціалізованої Вченої ради із захисту дисертацій в Національній академії державного управління при Президентів України, Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця, НДІ кардіології імені акад. М.Д. Стражеска (1989–1994), редколегії низки фахових наукових журналів України. Він був заступником голови Національної Ради з охорони здоров'я населення при Президентів України, членом Дорадчої ради при Комітеті Верховної Ради України з охорони здоров'я, робочої групи МОЗ України з розробки проектів законів України щодо покращення стану громадського здоров'я та реформування галузі.

Солоненко І.М. продовжує наукову та педагогічну діяльність з актуальних питань державної політики та державного управління охороною громадського здоров'я, реформування галузі в якості наукового керівника Інституту розвитку громадянського суспільства.

Солоненко І.М. нагороджений відзнакою «Відмінник охорони здоров'я», Почесною грамотою НДІ кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска, медаллю ім. акад. М.Д. Стражеска «За заслуги в охороні здоров'я», Почесною грамотою Світової Федерації українських лікарських товариств, Почесною відзнакою Канадської агенції міжнародного розвитку та Канадського товариства міжнародної охорони здоров'я, Почесною грамотою Національної академії державного управління при Президентів України, Подякою міського голови м. Києва, Почесною грамотою Міністра охорони здоров'я України, Почесною грамотою Кабінету Міністрів України. У 2007 р. йому присвоєне Почесне звання «Заслужений діяч науки і техніки України».

*Редакційна колегія журналу, учні та колеги
щиро вітають шановного Івана Миколайовича з ювілеєм,
бажають міцного здоров'я, наснаги,
реалізації всіх планів і сподівань.*

Дата надходження рукопису до редакції: 10.07.2017 р.

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.1993 р. №326 «Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики», рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.1998 р. №297 «Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду», у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (тепер – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України») (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного зіставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи).

Довідки та замовлення за телефонами: (44) 576-41-19, 576-41-48.

**В.о. директора ДУ «Український інститут
стратегічних досліджень МОЗ України»**

П. С. Мельник

ДО ВІДОМА АВТОРІВ

Редакція журналу «Україна. Здоров'я нації» запрошує Вас до активної співпраці!

Тематична спрямованість журналу: здоров'я населення та його перспективи; проблеми демографічного розвитку; організація медичної допомоги; боротьба із соціально небезпечними хворобами; правове забезпечення охорони здоров'я; права та захист пацієнта і лікаря; управління охороною здоров'я; розвиток національної системи охорони здоров'я; сільська медицина; розвиток приватного сектору; розвиток стандартизації медичної допомоги; економіка охорони здоров'я; соціальні проблеми охорони здоров'я; доказова медицина; медичні кадри; проблеми медичної освіти; формування здорового способу життя; проблеми екології та охорони здоров'я; міжнародний досвід розвитку охорони здоров'я; історія медицини; фармація: на шляху до міжнародних стандартів; наукова дискусія; ювілей науково-дослідної установи; офіційна інформація; корпоративна інформація.

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

Правила подання матеріалу для опублікування

• **Структура матеріалу:** вступ (стан проблеми за даними літератури); мета, основні завдання та методи дослідження; основна частина (висвітлення статистично опрацьованих результатів дослідження); висновки; перспективи подальшого розвитку в даному напрямку; список літератури, резюме.

• Стаття має супроводжуватись **офіційним направленням** (супровідним листом), **гарантійним листом про оплату публікації**, **експертним висновком** (внутрішньою рецензією установи, в якій була виконана дана робота) та **рецензією** з візою керівництва (наукового керівника) і завіреною круглою печаткою установи. Експертний висновок, внутрішня рецензія та заява надаються у друкованому вигляді з підписами авторів. Додатково – на електронну адресу як відскановані документи. Рукописи, що не відповідають цій вимозі, повертаються авторам.

• На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, а також **авторська довідка: прізвище, ім'я та по батькові (повністю)**, науковий ступінь, вчене звання, посада, установа, поштова та електронна адреси, номери телефонів. **Звертаємо вашу увагу, що зазначена інформація буде надрукована наприкінці статті.**

• Авторський текстовий оригінал має складатися з двох примірників українською або російською мовою:

- тексту (обсяг статей, у тому числі рисунків, таблиць, списку літератури, резюме, має становити до 8–10 с., оглядів літератури, лекцій – до 15 с., рецензій – до 4 с., повідомлень, листів до редакції – до 3 с.);
- списку літератури (якщо в статті є посилання, – до 15–18 літературних джерел, в оглядах – до 50),
- таблиць;
- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;
- резюме (українською, російською та англійською мовами).

• Текст статті має набиратися на комп'ютері в програмі Word, зберігатися у форматі .rtf і подаватися в роздрукованому та електронному варіантах (на диску або електронною поштою – e-mail: **s.nauka@ukr.net**). Шрифт – 12 пунктів, міжрядковий інтервал – 1,5, розміри берегів (полів): ліве, верхнє, нижнє – 25 мм, праве – 15 мм. Сторінки мають нумеруватися у правому нижньому кутку. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають будуватися в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаватися на диску. **Обсяг однієї сторінки – не більше 40 рядків.**

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

- Бібліографія має включати наукові роботи переважно за останні 7 років, оформлятися згідно з ДСТУ, подаватися відразу за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, опубліковані російською чи українською мовою, далі – іноземних авторів, опубліковані іноземною мовою.

- Посилання в тексті мають позначатися цифрами у квадратних дужках і відповідати нумерації у списку літератури. Скорочення слів та їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582–97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила».

- Кількість ілюстрацій (рисунки, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщуються у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводиться його назва, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули виконуються в редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводяться відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (Х, ХІ). Назви фірм і апаратів зазначаються в оригінальній транскрипції.

- Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і не змінюється протягом усього тексту.

- У резюме вказуються: назва статті, прізвища та ініціали авторів, установа, мета, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; при цьому обсяг кожного резюме має становити 175 слів (у т.ч. назва, автори, установа); у резюме не подаються аббревіатури, зноски та посилання. Резюме подається українською, російською та англійською мовами. ***Звертаємо вашу увагу на якість перекладу резюме англійською мовою.***

- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

Журнал видається за рахунок авторів статей. Журнал не є комерційним, тому кошти витрачаються виключно на його видання. **Інформаційний спонсор журналу – Закарпатський обласний благодійний фонд «Закарпаття проти СНІДу».** Кошти необхідно перераховувати на його рахунок **ПР – 26006011339902; МФО 300346; ІНН – 26395674; ПАТ «Альфа-Банк» у м. Києві.** Вартість однієї повної (чи неповної) сторінки рукопису (відповідно до зазначених вище вимог) уточнюється.

Редакційна рада